

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего
профессионального образования
«Сибирский федеральный университет»

Лесосибирский педагогический институт – филиал
федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего
профессионального образования
«Сибирский федеральный университет»
(ЛПИ – филиал СФУ)

УТВЕРЖДАЮ

Директор ЛПИ – филиала СФУ

_____ /Л.Н. Храмова/

« _____ » _____ 2011 г.

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ

Дисциплина ДПП.Ф.05 Коррекционная педагогика с основами
специальной психологии

(наименование дисциплины в соответствии с ГОС ВПО и учебным планом)

Укрупненная группа 050000 Образование и педагогика
(номер и наименование укрупненной группы)

Специальность 050706.65 Педагогика и психология
(номер и наименование специальности)

Факультет педагогики и психологии

Кафедра психологии развития личности

Лесосибирск
2011

Содержание

Выписка из ГОС ВПО.....	3
Рабочая программа учебной дисциплины.....	4
Конспекты лекций.....	16
Методические указания по подготовке к семинарским занятиям.....	73
Контрольно-измерительные материалы.....	96
Перечень вопросов к зачету.....	96
Вопросы к экзамену.....	97
Тестовые задания.....	98
Методическое обеспечение самостоятельной работы.....	102
Список статей для конспектирования.....	103
Тематика сообщений.....	103
Презентационные слайды.....	104
Перечень фильмов, рекомендуемых для просмотра.....	104
Творческие задания.....	104
Практические задачи.....	105
Учебно-методическая литература.....	108
Основная и дополнительная литература, представленная в библиотеке.....	108
Литература, представленная на электронных носителях.....	110
Рекомендуемые Интернет-ресурсы.....	111

Выписка из ГОС ВПО

ДПП.Ф.05 Коррекционная педагогика с основами специальной психологии

Предмет, задачи, принципы, категории, основные научные теории коррекционной педагогики. Норма и отклонения в развитии человека. Первичный и вторичный дефект. Комбинированные нарушения, их причины. Профилактика, диагностика, коррекция недостатков личностного развития детей. Девиантное поведение детей. Система консультативно-диагностической, коррекционно-педагогической, реабилитационной работы.

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего
профессионального образования
«Сибирский федеральный университет»

Лесосибирский педагогический институт – филиал
федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего
профессионального образования
«Сибирский федеральный университет»
(ЛПИ – филиал СФУ)

УТВЕРЖДАЮ

Директор ЛПИ – филиала СФУ

_____ /Л.Н. Храмова/

« _____ » _____ 2011 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

Дисциплина ДПП.Ф.05 Коррекционная педагогика с основами
специальной психологии

(наименование дисциплины в соответствии с ГОС ВПО и учебным планом)

Укрупненная группа 050000 Образование и педагогика
(номер и наименование укрупненной группы)

Специальность 050706.65 Педагогика и психология
(номер и наименование специальности)

Факультет педагогики и психологии

Кафедра психологии развития личности

Лесосибирск

2011

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

составлена

в соответствии с ГОС ВПО по укрупненной группе _____

050000 Образование и педагогика

(указывается номер и наименование укрупненной группы)

специальность 050706.65 Педагогика и психология

(указывается номер и наименование специальности)

Программу составили доцент каф. ПРЛ Бенькова О.А.

(должность, фамилия, и. о., подпись)

ассистент каф. ПРЛ Шелкунова Т.В.

(должность, фамилия, и. о., подпись)

Программа утверждена на заседании _____

кафедры психологии развития личности

(наименование кафедры)

« 13 » _____ сентября _____ 2011 г. протокол № 1

Заведующий кафедрой _____ Артюхова Т.Ю.

(фамилия, и. о., подпись)

Программа обсуждена и одобрена на заседании методической комиссии

факультета _____ педагогики и психологии

« 13 » _____ сентября _____ 2011 г. протокол № 1

Председатель методической комиссии факультета _____ Колокольникова З.У.

(фамилия, и. о., подпись)

Декан факультета _____ Басалаева Н.В.

(фамилия, и. о., подпись)

ДПП.Ф.05 Коррекционная педагогика с основами специальной психологии

Предмет, задачи, принципы, категории, основные научные теории коррекционной педагогики. Норма и отклонения в развитии человека. Первичный и вторичный дефект. Комбинированные нарушения, их причины. Профилактика, диагностика, коррекция недостатков личностного развития детей. Девиантное поведение детей. Система консультативно-диагностической, коррекционно-педагогической, реабилитационной работы.

1 Цели и задачи изучения дисциплины, междисциплинарные связи

1.1 Цель изучения дисциплины

Формирование у студентов представления о специфике педагогического и психологического подходов к проблеме нарушений в развитии у детей, о сущности аномального психического развития как социального феномена и возможностях воспитания, обучения, психокоррекции и реабилитации детей с особыми образовательными потребностями.

1.2 Задачи изучения дисциплины

- изучение теоретических вопросов воспитания, обучения и психокоррекции детей с особыми образовательными потребностями;
- формирование системы теоретических знаний о закономерностях психического развития и особых образовательных потребностях дошкольников с отклонениями в развитии;
- ознакомление с различными педагогическими моделями обучения и воспитания детей с особенностями в развитии, представленными в современном образовательном пространстве;
- ознакомление с принципами и методами специальной психолого-педагогической диагностики, коррекционно-развивающего и воспитательного воздействия на детей с отклонениями в развитии;
- ознакомление со спецификой основных отраслей специальной педагогики и психологии и современными тенденциями коррекционно-образовательного, реабилитационного и психокоррекционного процессов.

В результате изучения дисциплины студент должен

знать:

- основные категории детей с особенностями развития;
- особенности познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности детей с нарушениями развития;
- основы профилактики, диагностики, коррекции недостатков личностного развития детей;
- закономерности и возможности социализации и реабилитации детей с особенностями в развитии;
- теоретические основы построения коррекционно-развивающих программ для детей с особыми образовательными потребностями;

уметь:

- проектировать психодиагностическое исследование ребенка с особенностями в развитии;
- определять соотношение первичного дефекта и вторичных отклонений в развитии ребенка;
- определять основные формы и методы консультативно-диагностической, коррекционно-педагогической и реабилитационной работы с детьми с особыми образовательными потребностями;
- составлять психолого-педагогическое заключение по результатам исследования;

владеть:

- навыками организации системы коррекционно-педагогической работы с детьми, имеющими трудности в обучении в условиях общеобразовательной школы;

- основами консультативно-диагностической работы с детьми, имеющими проблемы в развитии.

1.3 Междисциплинарные связи

Таблица 1.1

Наименование дисциплины	Дисциплины учебного плана		
	Возрастная психология	Клиническая психология	Возрастная анатомия и физиология
1	2	3	4
I раздел	Введение в коррекционную педагогику с основами специальной психологии. Предмет, задачи, принципы, категории, основные научные теории коррекционной педагогики.		
II раздел	Норма и отклонения в развитии человека. Первичный и вторичный дефект.		
III раздел	Психология детей с аномалиями развития. Типы нарушения психического развития. Комбинированные нарушения, их причины.		
IV раздел	Профилактика, диагностика, коррекция недостатков личностного развития детей. Девиантное поведение детей. Система консультативно-диагностической, коррекционно-педагогической, реабилитационной работы.		

2 Объем дисциплины и виды учебной работы

Таблица 2.1

Вид учебной работы	Всего часов	Семестр
		VI
Общая трудоемкость дисциплины	152	152
Аудиторные занятия:	80	80
лекции	40	40
практические занятия (ПЗ)	40	40
семинарские занятия (СЗ)	–	–
лабораторные работы (ЛР)	–	–
другие виды аудиторных занятий	–	–
Самостоятельная работа:	45	45
изучение теоретического курса (ТО)	10	10
конспектирование статей, аннотирование	10	10
тезаурус	6	6
подготовка сообщения	5	5
заполнение таблицы	6	6
задачи	2	2
задания	6	6
Подготовка к экзамену	27	27
Вид текущего контроля (зачет, экзамен)	зачёт, экзамен	зачёт, экзамен

3 Содержание дисциплины

3.1 Разделы дисциплины и виды занятий в часах

Таблица 3.1

№ п/п	Раздел (модуль) дисциплины	Лекции часов	ПЗ или СЗ часов	ЛР часов	Самостоятельная работа часов
1	2	3	4	5	6
1	Введение в коррекционную педагогику с основами специальной психологии	4	2	не предусмотрены	5
2	Норма и отклонения в развитии человека	4	4	не предусмотрены	6
3	Психология детей с различными нарушениями развития	26	28	не предусмотрены	28
4	Консультативно-диагностическое, коррекционно-педагогическое, реабилитационное направление в работе с детьми с ограниченными возможностями	6	6	не предусмотрены	6

3.2. Содержание разделов и тем лекционного курса

Таблица 3.2

№ п/п	Название раздела (модуля)	Наименование и содержание лекционных занятий, объем в часах	Общий объем в часах
1	2	3	4
1.	Введение в коррекционную педагогику с основами специальной психологии	<p><i>Тема №1. Предмет, задачи, принципы, категории коррекционной педагогики и специальной психологии. 2 ч</i></p> <p>Сущность и назначение коррекционной педагогики, её место в системе педагогического знания. Объект, предмет, цель, задачи и методы коррекционной педагогики. История развития специальной педагогики и специальной психологии. Специальная психология как наука. Современное научное пространство и смысловые доминанты специальной психологии. Предмет, задачи, принципы специальной психологии. Теоретическое и практическое значение специальной психологии. Социально-психологические проблемы специальной психологии.</p> <p><i>Тема №2. Научные теории коррекционной педагогики и специальной психологии. 2 ч</i></p> <p>Основные научные теории специальной педагогики и специальной психологии. Методология специальной психологии. Вклад Л.С. Выготского, В.П. Кащенко в развитие специальной педагогики и специальной психологии. Культурно-историческая концепция развития высших психических функций Л.С. Выготского Теория А.Р. Лурия о мозговой организации ВПФ.</p>	4

2.	<p>Норма и отклонения в развитии человека</p>	<p><i>Тема №1. Проблема нормы и отклонения в психическом развитии человека. 2 ч</i> Понятия «норма» и «отклонение». Среднестатистическая норма. Функциональная норма. Возрастная норма. Условия нормального развития ребенка. <i>Тема №2. Первичный и вторичный дефект в развитии. 2 ч</i> Понятия «первичный и вторичный дефект». Факторы и механизмы возникновения вторичного дефекта. Общетеоретические положения Л.С. Выготского об аномалиях развития.</p>	4
3.	<p>Психология детей с различными нарушениями развития</p>	<p><i>Тема №1. Виды нарушений развития. Комбинированные нарушения и их причины. 4 ч</i> Категориально-понятийный аппарат. Основные понятия: «дизонтогенез» «коррекция», «реабилитация», «абилитация» и др. Этиология и патогенез дизонтогенеза. Понятие «психическая депривация», классификация ее видов. Психологические последствия различных видов депривации. Понятие «комбинированное нарушение». Основные группы детей с сочетанными нарушениями. <i>Тема №2. Психология детей с недоразвитием. 2 ч</i> Понятия «психическое недоразвитие». Факторы возникновения психического недоразвития. Характеристика психического недоразвития. Формы олигофрении. Два основных клинико-психологических «закона» олигофрении (по Г.Е. Сухаревой). <i>Тема №3. Психология детей с задержанным развитием. 2 ч</i> Понятия «задержанное развитие». Факторы возникновения задержанного развития. Варианты задержанного развития. Характеристика задержанного развития. <i>Тема №4. Образование и воспитание учащихся с отклонениями в развитии. 4 ч</i> Модели интегрированного образования детей с проблемами в развитии. Коррекционное обучение, воспитание, развитие. Принципы, содержание и формы коррекционной учебно-воспитательной работы. <i>Тема №5. Психология детей с дефицитным развитием: дети с нарушением слуха и зрения. 2 ч</i> Понятие «дефицитное развитие». Факторы возникновения дефицитного развития. Характеристика дефицитного развития. Аномалии развития в связи с недостаточностью зрения и слуха. <i>Тема №6. Аномалии развития в связи с недостаточностью двигательной сферы: дети с нарушением речи и опорно-двигательного аппарата. 4 ч</i> Понятия «аномалии развития в связи с недостаточностью двигательной сферы». Факторы возникновения аномалии развития в связи с недостаточностью двигательной сферы. Типы аномального развития двигательной сферы. Характеристика аномалии развития в связи с недостаточностью двигательной сферы. Формы детского церебрального паралича. <i>Тема №7. Психология детей с поврежденным и искаженным развитием. 2 ч</i> Понятие «поврежденного и искаженного развития».</p>	26

		<p>Органическая деменция. Факторы возникновения и характеристика поврежденного и искаженного развития.</p> <p><i>Тема №8. Психология детей с дисгармоническим развитием. 2 ч</i></p> <p>Понятие «дисгармонического развития». Модели дисгармонического развития. Факторы возникновения дисгармонического развития. Характеристика дисгармонического развития.</p> <p><i>Тема №9. Девиантное поведение детей. Акцентуации характера. 4 ч</i></p> <p>Девиантное поведение. Причины девиаций. Формы девиантного поведения. Стратегии социально-педагогической профилактики и психологической коррекции девиантного поведения. Мифы педагогов в отношении подростков с девиантным поведением. Перспективная схема помощи педагогам. Суицидальное поведение в детском и подростковом возрасте. Понятие «Акцентуации характера». Типы акцентуаций.</p>	
4.	Консультативно-диагностическое, коррекционно-педагогическое, реабилитационное направление в работе с детьми с ограниченными возможностями	<p><i>Тема №1. Профилактика диагностика и коррекция недостатков личностного развития детей. 2 ч</i></p> <p>Профилактика недостатков личностного развития детей. Проблемы диагностики и коррекции личностного развития детей. Характеристика диагностической работы в коррекционной педагогике.</p> <p><i>Тема №15. Система консультативно-диагностической, коррекционно-педагогической, реабилитационной работы с детьми, имеющими нарушения в развитии. 4 ч</i></p> <p>Коррекционно-педагогическая деятельность. Обще-педагогические принципы коррекционно-педагогической работы. Содержание консультативной деятельности. Диагностическая деятельность. Понятия «абилитация» и «реабилитация», социальная адаптация. Индивидуальная программа реабилитации. Деятельность реабилитационных центров: психолого-медико-педагогической реабилитации и коррекции, социально-трудовой адаптации и профориентации, психолого-педагогической и социальной помощи.</p>	6

3.3 Содержание разделов и тем практических занятий

Таблица 3.3

№ п/п	Название раздела (модуля)	Темы практических занятий, объем в часах	Общий объем в часах
1	2	3	4
1.	Введение в коррекционную педагогику с основами специальной психологии	<i>Занятие №1.</i> Предмет, задачи, принципы и категории коррекционной педагогики и специальной психологии. 2 ч	2
2.	Норма и отклонения в развитии человека	<i>Занятие №1.</i> Нормативное и отклоняющееся развитие человека. 2 ч <i>Занятие №2.</i> Л.С. Выготский о структуре дефекта 2 ч	4

3.	Психология детей с различными нарушениями развития	<p><i>Занятие №1.</i> Классификации нарушений в психическом развитии. 2 ч</p> <p><i>Занятие №2.</i> Комбинированные (комплексные) нарушения развития. 2 ч</p> <p><i>Занятие №3.</i> Особенности развития детей с недоразвитием. 2 ч</p> <p><i>Занятие №4.</i> Психологические особенности детей с задержанным развитием. 4 ч</p> <p><i>Занятие №5.</i> Проблемы обучения и воспитания детей с отклоняющимся развитием. 2 ч</p> <p><i>Занятие №6.</i> Особенности развития детей с нарушениями слуха и зрения. 2 ч</p> <p><i>Занятие №7.</i> Развитие детей с речевыми нарушениями. 2 ч</p> <p><i>Занятие №8.</i> Характеристика детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. 0,06 з.е., 2 ч</p> <p><i>Занятие №9.</i> Особенности детей с поврежденным развитием. 2 ч</p> <p><i>Занятие №10.</i> Психологические особенности детей с ранним детским аутизмом. 2 ч</p> <p><i>Занятие №11.</i> Девиантное поведение детей и подростков. 2 ч</p> <p><i>Занятие №12.</i> Акцентуации характера в подростковом возрасте. 2 ч</p> <p><i>Занятие №13.</i> Особенности детей с дисгармоническим развитием. 2 ч</p>	28
4.	Консультативно-диагностическое, коррекционно-педагогическое, реабилитационное направление в работе с детьми с ограниченными возможностями	<p><i>Занятие №1.</i> Профилактика и диагностика недостатков личностного развития детей. 2 ч</p> <p><i>Занятие №2.</i> Методы психологической и педагогической коррекции различных нарушений в развитии. 2 ч</p> <p><i>Занятие 3.</i> Государственная политика и направления работы в области проблем развития детей с ограниченными возможностями. 2 ч</p>	6

3.4 Лабораторные занятия

Учебным планом не предусмотрены

3.5 Самостоятельная работа

Таблица 3.5

№ и название раздела (модуля)	Наименование вида самостоятельной работы	Трудоемкость часов	Количество натуральных единиц
1	2	3	4
1. Введение в коррекционную педагогику с основами специальной психологии	изучение теоретического курса; работа с тезаурусом;	3 2	объем для чтения – 30-40 стр. 20-30 понятий
2. Норма и отклонения в развитии человека	изучение теоретического курса; работа с тезаурусом; конспектирование статей;	3 2 2	объем для чтения – 30-40 стр. 15 понятий 2 статьи, 10-15 страниц

3. Психология детей с различными нарушениями развития	изучение теоретического курса;	4	объем для чтения – 60-80 стр.
	заполнение таблицы;	6	3 таблицы
	составление тезауруса;	2	15-20 понятий
	конспектирование статей;	4	6 статей, 60-80 страниц
	подготовка сообщения;	4	4 сообщения
	подготовка доклада;	1	1 доклад
	решение задач;	2	3-5 задач
	практическое задание;	2	2 задания
творческое задание (видео-копилка);	2	10-15 фильмов	
4. Консультативно-диагностическое, коррекционно-педагогическое, реабилитационное направление в работе с детьми с ограниченными возможностями	конспектирование статей;	2	2 статьи, 25-30 страниц
	моделирование;	2	1 модель
	составление аннотированного списка;	2	1 аннотированный список литературы

4 Учебно-методические материалы по дисциплине

4.1 Основная и дополнительная литература, другие информационные ресурсы

Основная литература

1. Гонеев А.Д. Основы коррекционной педагогики: рек. МО РФ в кач-ве учеб. пособия для студентов высш. пед. учеб. заведений. – М.: Академия, 2007, 2004.
2. Основы специальной педагогики и психологии: рек. УМО по спец. пед. образования в кач-ве учеб. пособия для студ. высш. учеб. заведений / Н.М. Трофимов, С.П. Дуанова, Н.Б. Трофимова, Т.Ф. Пушкина. – СПб.: Питер, 2006.

Дополнительная литература

3. Змановская Е.В. Девиантология: Психология отклоняющегося поведения: доп. Учеб.-метод. объединением вузов России по образованию в области социальной работы в кач-ве учеб. пособия для студентов. – М.: Академия, 2006.
4. – М.: Академия, 2004.
5. Специальная психология: Учебное пособие / Под ред. В.И. Лубовского. – М.: Академия, 2005.
6. Специальная педагогика / Под ред. Н.М. Назаровой. – М.: Академия, 2005, 2004, 2001
7. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: Учебное пособие. – М.: Академия, 2004.
8. Андрущенко Т.Ю., Карабекова Н.В. Коррекционные и развивающие игры для детей 6-10 лет: рек. Советом по психологии УМО по классическому университетскому образованию в кач-ве учеб. пособия для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Академия, 2004.
9. Хухлаева О.В. Коррекция нарушений психологического здоровья дошкольников и младших школьников: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. – М.: Академия, 2003.
10. Кащенко В.П. Педагогическая коррекция. – М.: Академия, 2000.

Литература, имеющаяся на электронных носителях

(Все материалы размещены на внутреннем портале ЛПИ-филиала СФУ)

1. Артюхова Т.Ю., Бенькова О.А. Исследование эмоциональной неустойчивости младших школьников и пути ее преодоления: Учебно-методическое пособие. – Красноярск, СФУ, 2009. – 77 с.
2. Арцишевская И. Л. Работа психолога с гиперактивными детьми в детском саду. Изд. 2-е, доп. — М.: Книголюб, 2005. – 64 с.
3. Бачина О.В., Иванова Н.Н. Основы специальной психологии и коррекционной педагогики: Учебн. пособие. – Тамбов: изд-во ТГУ им. Г.Р.Державина, 2003. – 126 с.
4. Белоусова Е.Д., Никанорова М.Ю. Синдром дефицита внимания/гиперактивности.
5. Белоусова З.И. Овсянникова В.В. Социально-психологические проблемы девиантного поведения детей и подростков. – Запорожье, 1998.
6. Битянова М.Р. Работа с ребенком в образовательной среде: решение задач и проблем развития: Научно-методическое пособие для психологов и педагогов. – М.: МГППУ, 2006. – 96 с.
7. Бреслав Г.М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве: норма и отклонения. – М.: Педагогика, 1990. – 144 с.
8. Венгер А.Л. На что жалуетесь? Выявление и коррекция неблагоприятных вариантов развития личности детей и подростков. – Москва-Рига: Педагогический Центр «Эксперимент», 2003. – 132 с.
9. Карташова Е. Должны ли дети обучаться вместе. О проблемах инклюзивного образования // Школьный психолог. – 2012. - №3. – С.22-23.
10. Классификация психических расстройств МКБ-10.
11. Левшунова Ж.А. Психология девиантного поведения: учебно-методическое пособие. – Красноярск: Сибирский федеральный ун-т., 2012. – 116 с.
12. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. – СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2003. – 384 с.
13. Никулина Ф. Про зайку, кошку и мишку. Занятия по развитию сенсорики и мелкой моторики у детей 3–4 лет. // Школьный психолог. – 2012. №4. – С.31-33.
14. Основы коррекционной педагогики. Учебно-методическое пособие / Авт.-сост. Зайцев Д.В., Зайцева Н.В., Педагогический институт Саратовского государственного университета им. Н.Г. Чернышевского. – Саратов, 1999. – 110 с.
15. Пилипенко, А. В. Коррекционная педагогика с основами специальной психологии: Учеб. пособие / А. В. Пилипенко. – Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2008. – 45 с.
16. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. – М.: Издательский центр «Академия», 2002.
17. Специальная педагогика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведения / Л.И. Аксенова, Б.А. Архипов, Л.И. Белякова и др. / Под ред. Н.М. Назаровой. – 2-е изд., стереотип. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 400 с.
18. Фазлетдинова А. Цветные капельки. Упражнения для детей с СДВГ // Школьный психолог. – 2012. – 31. – С.23-25.
19. Цвирко О.Ю. Основы специальной педагогики и психологии: учебно-методическое пособие. - Барнаул: АлтГПА, 2009. – 115 с.
20. Ясюкова Л.А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций. – СПб.: «Иматон», 2003.

Интернет-ресурсы

1. [http:// dic.academic.ru](http://dic.academic.ru) – словари и энциклопедии онлайн.
2. [http:// dictionary.fio.ru](http://dictionary.fio.ru) – педагогический энциклопедический словарь.
3. <http://psyjournals.ru> – портал полнотекстовых психологических журналов.
4. <http://psylist.net> – словари, диагностические методики.
5. <http://www.erudition.ru/> - Библиотека психологической литературы «Эрудиция».
6. <http://www.gumer.info/bibliotek> - библиотека Гумер.
7. <http://www.pedlib.ru/books> - педагогическая библиотека.
8. <http://www.syntone.ru/library/books> - литература по психологии.

4.2 Перечень наглядных и других пособий, методических указаний и материалов по применению технических средств обучения

1. Презентационные слайды по темам:
 - Коррекция познавательных процессов (10 слайдов)
 - Нарушения слуха (12 слайдов)
 - Олигофренопсихология (42 слайда)
 - Организация работы в классах специального коррекционного обучения VII и V вида для детей с ЗПР и тяжёлыми нарушениями речи (14 слайдов)
 - Психолого-педагогическое сопровождение образовательного процесса в специальной (коррекционной) общеобразовательной школе VIII вида для детей с интеллектуальными нарушениями (17 слайдов)
 - Развивающие задания (17 слайдов)
 - Развитие внимания (14 слайдов)
 - Развитие зрительного восприятия (17 слайдов)
 - Развитие мыслительных процессов (11 слайдов)
 - Развитие мышления (15 слайдов)
 - Развитие психомоторики и сенсорных процессов (17 слайдов)
 - Специализированные кабинеты для работы с детьми с ОВЗ (17 слайдов)
2. Тематика сообщений – 20 тем.
3. Творческие задания – 10 шт.
4. Список статей для конспектирования
5. Тестовые задания – 4 варианта
6. Отрывки из фильмов по теме «Дисгармоническое развитие» – 9 отрывков
Для обеспечения данной дисциплины необходимы:
 - оборудованные аудитории;
 - технические средства обучения;
 - аудио-, видеоаппаратура.

4.3 Контрольно-измерительные материалы

- вопросы к зачету – 30 вопросов.
- вопросы к экзамену – 40 вопросов.

Вопросы к зачету

1. Предмет, задачи, принципы коррекционной педагогики и специальной психологии.
2. Отрасли коррекционной педагогики и специальной психологии: определение, предмет изучения.
3. Основные научные теории коррекционной педагогики.
4. Типы нарушений психического развития: недоразвитие, задержанное, поврежденное, дефицитарное, искаженное, дисгармоничное.
5. Умственная отсталость: характеристика интеллектуального и личностного развития детей.
6. Задержка психического развития: актуальное состояние, проблемы выявления, классификация (по В.В. Лебединскому).
7. Характеристика познавательных процессов и эмоционально-волевой сферы у детей с ЗПР.
8. Виды речи и основные причины ее нарушения. Современные классификации речевых нарушений.
9. Психокоррекционная и профилактическая работа с детьми, имеющими речевые нарушения.
10. Характеристика психического развития детей с нарушениями слуха: познавательная и эмоционально-волевая сфера.
11. Причины нарушения слуха. Жестовая речь глухих.
12. Особенности личностного развития детей при нарушении зрения.

13. Особенности психического развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
14. Детский церебральный паралич как типичная модель дефицитарного развития.
15. Умственная одаренность как отклонение в психическом развитии.
16. Категории развития в специальной психологии. Норма и отклонение в физическом, психологическом, интеллектуальном и моторном развитии.
17. Психическое развитие и деятельность. Положение Л.С. Выготского о зоне ближайшего развития при обучении и воспитании аномальных детей.
18. Дизонтогенез. Параметры дизонтогенеза.
19. Дефект. Первичный и вторичный дефект. Структура дефекта.
20. Органическая деменция как типичная модель поврежденного развития: этиология, специфика клинко-психологической структуры.
21. Синдром Каннера как типичная модель искаженного развития: этиология, специфика клинко-психологической структуры.
22. Клинико-психологическая структура психопатии как типичной модели дисгармоничного развития.
23. Комбинированные нарушения, их причины.
24. Девиантное поведение детей: особенности личности и психолого-педагогическая поддержка дезадаптированных детей и подростков.
25. Акцентуации характера.
26. Педагогическая коррекция В.П. Кащенко.
27. Психотерапия в дефектологии. Характеристика методов психолого-педагогической коррекции нарушений в развитии.
28. Система консультативно-диагностической, коррекционно-педагогической, реабилитационной работы в России.
29. Документально-правовая база защиты прав человека, имеющего отклонения и нарушения в физическом и психическом здоровье.
30. Школы VIII вида: специфика обучения, категория детей, обучающихся в коррекционных школах.

Вопросы к экзамену

1. Предмет, задачи, принципы коррекционной педагогики и специальной психологии.
2. Исторический очерк специальной психологии и коррекционной педагогики.
3. Основные научные теории коррекционной педагогики.
4. Методы коррекционной педагогики и специальной психологии.
5. Олигофренопсихология как отрасль специальной психологии: понятие и причины возникновения олигофрении. Степени олигофрении.
6. Психология детей дошкольного возраста с аномальным развитием (на примере недоразвития).
7. Недоразвитие как тип нарушенного психического развития. Проблемы обучения, воспитания и развития умственно отсталых детей.
8. Задержка как тип нарушенного психического развития: понятие, причины и классификация ЗПР (по В.В. Лебединскому).
9. Психология детей дошкольного возраста с аномальным развитием (на примере задержанного развития): познавательные процессы, эмоционально-волевая сфера.
10. Особенности обучения и воспитания детей с задержкой психического развития.
11. Логопсихология: история и современное состояние.
12. Психология детей дошкольного возраста с аномальным развитием (на примере дефицитарного развития): познавательные процессы, эмоционально-волевая сфера.
13. Виды речи и основные причины ее нарушения. Современные классификации речевых нарушений.
14. Психокоррекционная и профилактическая работа с детьми, имеющими речевые нарушения.
15. Сурдопсихология как отрасль специальной психологии. Особенности психического развития глухих и слабослышащих детей.

16. Причины нарушения слуха. Знаковые системы обучения глухих.
17. Тифлопсихология как отрасль специальной психологии: история и современное состояние.
18. Особенности личностного развития детей младшего школьного возраста при нарушении зрения.
19. Особенности аномального развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
20. Дефицитарное развитие: общая характеристика детского церебрального паралича.
21. Умственная одаренность как отклонение в психическом развитии.
22. Категории развития в специальной психологии. Норма и отклонения в развитии человека. Понятия «аномальное развитие», «аномальный ребенок».
23. Психическое развитие и деятельность. Положение Л.С. Выготского о закономерностях аномального развития, о зоне ближайшего развития при обучении и воспитании аномальных детей.
24. Типы нарушений психического развития: недоразвитие, задержанное, поврежденное, дефицитарное, искаженное, дисгармоничное.
25. Понятие аномального развития (дизонтогенез). Параметры дизонтогенеза.
26. Выготский Л.С. о дефекте. Первичный и вторичный дефект. Структура дефекта.
27. Психология детей дошкольного возраста с аномальным развитием (на примере поврежденного развития): познавательные процессы, эмоционально-волевая сфера.
28. Психология детей дошкольного возраста с аномальным развитием (на примере искаженного развития): познавательные процессы, эмоционально-волевая сфера.
29. Психология детей дошкольного возраста с аномальным развитием (на примере дисгармоничного развития): познавательные процессы, эмоционально-волевая сфера.
30. Комбинированные нарушения, их причины.
31. Девиантное поведение детей: особенности личности и психолого-педагогическая поддержка дезадаптированных детей и подростков.
32. Делинквентное и противоправное (аддиктивное) поведение как разновидности девиантного поведения.
33. Классификация отклоняющегося поведения. Акцентуации характера.
34. Профилактика, диагностика, коррекция недостатков личностного развития детей.
35. Педагогическая коррекция В.П. Кащенко.
36. Психотерапия в дефектологии. Характеристика методов психолого-педагогической коррекции нарушений в развитии.
37. Система консультативно-диагностической, коррекционно-педагогической, реабилитационной работы в России.
38. Документально-правовая база защиты прав человека, имеющего отклонения и нарушения в физическом и психическом здоровье.
39. Государственная политика в области социальной защиты детей-инвалидов.
40. Педагогические системы специального образования детей с особыми образовательными потребностями в России.

Конспекты лекций

Раздел 1. Введение в коррекционную педагогику с основами специальной психологии **Тема №1. Предмет, задачи, принципы, категории коррекционной педагогики и специальной психологии**

Введение. Сущность и назначение коррекционной педагогики, её место в системе педагогического знания. Объект, предмет, цель, задачи и методы коррекционной педагогики. История развития специальной педагогики и специальной психологии. Специальная психология как наука. Современное научное пространство и смысловые доминанты специальной психологии. Предмет, задачи, принципы специальной психологии. Теоретическое и практическое значение специальной психологии. Социально-психологические проблемы специальной психологии.

Приступая к изучению данной темы, студенты должны уяснить, что одной из современных ветвей педагогики является коррекционная педагогика (от лат. *correctio* – исправляю). Это отрасль педагогической науки, которая изучает закономерности, причины возникновения отклоняющегося поведения у детей, разрабатывает пути и способы его исправления. Предмет коррекционной педагогики – отклоняющееся развитие и поведение. Коррекционная педагогика возникла в ответ на вызов жизни – угрожающее повышение детской и подростковой невоспитанности. Этой беде нужно противопоставить новое воспитание, исходящее из глубоких современных знаний о растущем человеке.

Традиционно предметом коррекционной педагогики считалось обучение и воспитание детей с ограниченными возможностями здоровья. Само понятие коррекционной работы связывалось с аномальными, т.е. неправильно развивающимися детьми, причина которого есть органические нарушения. Здоровых детей приходит в школу все меньше. Поэтому можно не оспаривать традиционное понимание предмета коррекционной педагогики, просто современная наука раздвигает границы, включая в сферу своего действия всех детей с нарушениями развития и поведения.

Видный отечественный ученый профессор В.П. Кашенко считал коррекционную педагогику наукой о воспитании исключительных детей. При этом под исключительными понимались дети, поведение которых исключается, выпадает из общепринятой нормы.

Необходимость коррекционной педагогики в самом начале ее зарождения многие педагоги отвергали. Считали, что она входит в противоречие с гуманистическим воспитанием. Имеем ли мы право переделывать ребенка, лишать его права быть самим собой, свободно распоряжаться своей жизнью, судьбой? Но все это будет позже, когда человек созреет, окрепнут его силы, воля и разум. А в нежном возрасте самое главное – уберечь его от «выпадения» из нормы. В детском и подростковом возрасте усвоение скверных привычек – главная опасность. Девиантный ребенок опасен для себя не своей нестандартностью, не своим в данный момент плохим поведением, а именно тем, что оно выводит его на тот путь, с которого уже потом очень трудно вернуться назад. Своевременная коррекция – единственный способ уберечь ребенка от худшего.

Коррекционная педагогика сосредотачивает свое внимание на кризисных явлениях и отклоняющемся поведении. Ее основные задачи:

1. Выявление причин (условий, факторов), вызывающих отклонения в развитии и поведении.
2. Комплексный анализ факторов, выявление закономерностей возникновения отклоняющегося поведения.
3. Разработка понятия «норма» в воспитании и применение его к анализу видов, методов исправления отклоняющегося поведения.
4. Разработка практических методик (технологий) коррекционной работы со школьниками различных возрастных групп.

Основные *категории* коррекционной педагогики:

Формирование – процесс становления человека как социального существа под воздействием всех без исключения факторов – биологических, социальных, экономических, идеологических, психологических и т.д.

Развитие – это процесс и результат количественных и качественных преобразований в организме и сознании человека.

Отклоняющееся развитие – развитие, которое не подчиняется общим законам, развитие индивидуальное, во многом нестандартное, всегда непонятное и противоречивое.

Коррекция развития – направление развития ребенка в правильное русло.

Отклоняющееся поведение – поведение, вышедшее из общепринятой нормы, вредное для ребенка и для общества, мешающее ребенку нормально входить в социальную жизнь.

Коррекция поведения – исправление поведения ребенка, подростка педагогическими методами.

На 1.01.2002 в России обучалось 19,8 млн детей. Из них в городе – 13,8 млн, в селе – 6,0 млн детей. В обычный учебный процесс не «вписывается» 8 млн детей и 1 млн детей и подростков (по официальным данным) не обучается нигде и беспризорничают.

Коррекционная педагогика, в настоящий момент функционирует и существует в виде коррекционно-развивающей деятельности с детьми и подростками в общеобразовательной школе.

В то же время в области научно-теоретической коррекционная педагогика выверяет предмет и объект своего исследования, отрабатывает понятийный аппарат, поскольку возникла на стыке общей и специальной педагогики.

В качестве объекта исследования педагогической науки выступают те явления действительности (обучение, воспитание), которые обуславливают развитие человеческого индивида. Предметом общей педагогики является образование как реальный целостный процесс, организуемый в специально созданных социальных институтах (семье, образовательных, воспитательных учреждениях), изучение его сущности, закономерностей, тенденций и перспектив развития, влияние их на формирование личности человека (ребенка, подростка, юноши). Причем развитие его проходит в пределах нормы. В то же время специальная педагогика занимается исследованием теории и практики специального (особого) образования лиц с отклонениями в физическом и психическом развитии, для которых образование в обычных педагогических условиях, определяемых существующей культурой, при помощи общепедагогических методов и средств затруднительно или невозможно (Назарова Н.М.).

Вместе с тем как в общей и специальной педагогике, так и в современной педагогической практике существует немало моментов, когда бывает трудно дать однозначный диагноз отклонениям в развитии и поведении ребенка. Это происходит тогда, когда дефект неярко выражен, а аномалии в развитии имеют негрубые формы, когда тот или иной недостаток находится в пограничной области между нормой и патологией. Это может быть тогда, когда ребенок имеет затруднения в освоении учебной программы в общеобразовательной массовой школе, но резко опережает детей в развитии и обучении во вспомогательной школе, когда в ликвидации недостатков в его развитии нужны не специальное медицинское лечение, не активное вмешательство дефектологов, логопедов и психологов, а обычная коррекция его познавательных возможностей, изменение условий общего и семейного воспитания, предупреждение и частичное исправление его поведения и помощь в освоении социальных норм и нравственных ценностей.

В современной педагогической науке понятия «недостаток в развитии», «отклонение от нормы» (как и само понятие нормы) являются предметом научной дискуссии. Так, в специальной педагогике понятия «недостаток», «отклонение в развитии» используют тогда, когда возникает несоответствие возможностей данного человека (в том числе и ребенка) общественным социальным ожиданиям, школьно-образовательным нормативам успешности, установленным в обществе нормам поведения и общения, т.е. когда налицо ограничение социальных возможностей. К физическим недостаткам относят подтвержденные в установленном порядке временные или постоянные недостатки в развитии или функционировании органов (органа) человека либо хроническое соматическое или инфекционное заболевание. Психический недостаток рассматривается как подтвержденный в установленном порядке временный или постоянный недостаток в психическом развитии человека, включая нарушения речи, эмоционально-волевой сферы, а также нарушения умственного развития, задержку психического развития, создающие трудности в обучении. Недостатки в социальной и педагогической сфере трактуются как отклонения от нормы.

В общей и коррекционной педагогике недостаток ассоциируется с несоответствием психофизиологического и общего развития ребенка установленной норме развития для данного возраста или соответствующего вида деятельности. Кроме того, под недостатком может пониматься отставание от нормы развития в освоении общеобразовательных программ или учебных знаний в той или иной предметной области. Здесь в качестве педагогической нормы выступает стандарт образования. Отклонения в его освоении соотносятся с неуспеваемостью, отставанием в обучении, задержкой в общем развитии. Социальные отклонения соотносятся с несоответствием действий и поступков, поведения ребенка общепринятым социальным нормам, правилам поведения. Они проявляются в нарушениях дисциплины, невыполнении поручений или учебных заданий, этических норм и правил, трудновоспитуемости, социально-педагогической запущенности, склонности к правонарушениям и др.

Таким образом, областью научных интересов коррекционной педагогики является своевременное эффективное выявление, предупреждение и преодоление недостатков в развитии и отклонений в поведении детей и подростков, адекватная интеграция их в социальную среду.

Общепризнанным является утверждение, что недостаток, отклонение в развитии и поведении являются временной, переменной величиной в организации педагогического процесса с данной категорией детей и подростков, а, следовательно, поддаются изменению, коррекции.

Таким образом, предметом исследования коррекционной педагогики является процесс обучения и воспитания детей и подростков с недостатками в развитии и отклонениями в поведении, испытывающими временные адаптационные трудности и сложности в освоении образовательных программ. Для преодоления этих трудностей необходимы своевременное проведение диагностико-профилактической и коррекционно-педагогической работы, способствующей эффективному развитию и формированию личности данной категории детей и подростков в условиях функционирования общеобразовательной школы.

Специфические принципы коррекционно-педагогической деятельности

1. Ведущим в системе целенаправленной коррекционно-педагогической деятельности является *принцип единства коррекционных, профилактических и развивающих задач*, где системность и взаимообусловленность задач отражает взаимосвязь развития различных сторон личности ребенка и их гетерохронность, т.е. неравномерность развития. Закон неравномерности, гетерохронности, развития личности ребенка свидетельствует о том, что каждый человек находится как бы на разных уровнях развития в различных состояниях в одном и том же возрастном периоде: на уровне благополучия, соответствующего норме развития, на уровне риска, т.е. угрозы возникновения потенциальных трудностей развития, и на уровне актуальных трудностей развития, объективно выражающихся в разного рода отклонениях от нормативного хода развития. Необходимо не забывать при этом, что все аспекты развития личности, ее сознания и деятельности также взаимосвязаны и взаимообусловлены.

Поэтому при определении целей и задач коррекционно-педагогической деятельности необходимо исходить из ближайшего прогноза развития ребенка, а не сиюминутной ситуации его отклоняющегося поведения. Своевременно принятые превентивные (профилактические) меры позволят избежать ненужных осложнений в его развитии и поведении, а следовательно, необходимости разворачивания в дальнейшем полномасштабных специальных коррекционных мероприятий. Вместе с тем любая программа коррекции развития воспитанника должна быть направлена не столько на коррекцию отклонений в развитии и поведении, на их предупреждение, сколько на создание благоприятных условий для наиболее полной реализации потенциальных возможностей гармонического развития личности ребенка.

2. Реализация *принципа единства диагностики и коррекции* обеспечивает целостность педагогического процесса. Невозможно вести эффективную и полномасштабную коррекционную работу, не зная исходных данных об объекте. Трудно подобрать необходимые методы и приемы коррекции отклоняющегося поведения и развития, если у нас нет объективных данных о ребенке, о причинах и характере девиации, особенностях его взаимоотношений со сверстниками и взрослыми.

Коррекционно-педагогический процесс требует постоянного систематического контроля, фиксации происшедших изменений или их отсутствия, т. е. контроля динамики хода и эффективности коррекции; проведения диагностических процедур, пронизывающих (охватывающих) все этапы коррекционно-педагогической деятельности – от постановки целей до ее достижения, получения конечного результата.

3. *Принцип учета индивидуальных и возрастных особенностей* ребенка в коррекционно-педагогическом процессе целесообразнее рассматривается как *принцип «нормативности»* развития личности, как последовательность сменяющих друг друга возрастов, возрастных стадий онтогенетического развития. Понятие «психологический возраст» ввел Л.С. Выготский, который видел в этом новый тип строения личности и ее деятельности, те психические и социальные изменения, которые в самом главном и основном определяют сознание ребенка, его отношение к среде, его внутреннюю и внешнюю жизнь, весь ход его развития в данный период.

Д.Б. Эльконин, характеризуя психологический возраст, выделяет три его параметра, которые необходимо учитывать при формулировке коррекционных целей и организации коррекционно-педагогического процесса: 1) «социальная ситуация развития» (по Л.С. Выготскому) – единица анализа динамики развития ребенка, т. е. совокупность законов, которыми определяются возникновение и изменение структуры личности ребенка на каждом возрастном этапе; 2) уровень сформированности психологических новообразований и их значение на данном этапе возрастного развития. Подростковый возраст, например, как никакой другой, богат на психологические новообразования (в сфере сознания, деятельности, системы взаимоотношений с окружающими);

3) уровень развития ведущей деятельности ребенка как деятельности, играющей решающую роль в его развитии. Так, например, общение и его роль в коррекционно-педагогическом процессе подростков становится наиболее значимым явлением, без которого довольно трудно построить коррекционный процесс.

4. *Деятельностный принцип коррекции* определяет тактику проведения коррекционной работы и способы реализации поставленных целей, подчеркивая, что исходным моментом в их достижении является организация активной деятельности ребенка, создание необходимых условий для его ориентировки в сложных конфликтных ситуациях, выработка алгоритма социально приемлемого поведения.

Ведущая деятельность детей и подростков определяет их отношение к миру, позицию и взаимодействие с теми элементами социальной среды, которые в соответствующий момент являются источниками развития, задает типичные для данной возрастной стадии формы общения в системе отношений «ребенок – сверстник», «ребенок – взрослый». При планировании и организации коррекционно-педагогической деятельности следует выбирать наиболее адекватную целям и задачам коррекции модель деятельности, чтобы в ее содержании, формах и методах реализации были посильные сложные ситуации, которые ребенок в состоянии был бы разрешить, а разрешение их направляло бы его в положительное русло развития. Принцип деятельностного подхода является методологическим принципом построения процесса коррекции.

5. *Принцип комплексного использования методов и приемов коррекционно-педагогической деятельности.* Ни в психологии, ни в педагогике не существует универсальных приемов воздействия, способствующих переориентации, изменению направленности личности, резкому изменению поведения детей и подростков. Поэтому в коррекционной педагогике необходима некая совокупность способов и средств, методов и приемов, учитывающих индивидуально-психологические особенности личности, состояние социальной ситуации, уровень материально-технического и учебно-методического обеспечения педагогического процесса, подготовленность учителей к его проведению.

Должна присутствовать при этом и определенная логика и последовательность применения педагогических методов и коррекционных приемов, ступенчатость воздействия на сознание ребенка, его эмоционально-чувственную сферу, вовлечение его в активную индивидуальную или групповую деятельность со сверстниками или взрослыми.

6. *Принцип интеграции усилий ближайшего социального окружения.* Ребенок не может развиваться вне социального окружения, оно активный его компонент, составная часть системы целостных социальных отношений. Его отклонение в развитии и поведении есть не только результат его психофизиологического состояния, но и активного воздействия на них родителей, ближайших друзей и сверстников, педагогического и ученического коллективов школы, т. е. сложности в его поведении - следствие отношения ребенка с ближайшим окружением, форм и способов их совместной деятельности и общения, характера межличностных контактов с социумом. Следовательно, успех коррекционной работы с детьми и подростками без сотрудничества с родителями или другими взрослыми, без опоры на взаимоотношения со сверстниками в зависимости от характера отклонений в развитии и поведении оказывается либо недостаточно эффективным, либо попросту безрезультатным (Бурменская Г.В., Карабанова О.А.).

Выводы.

Таким образом, основополагающие положения системы коррекционно-педагогической деятельности формируют ее базу, определяют логику коррекционного процесса, намечают общую стратегию и конкретную тактику на соответствующих ступенях управления процессом педагогической коррекции развития и поведения детей и подростков.

Специальная психология – отрасль психологии, изучающая людей, для которых характерно отклонение от нормального психического развития, связанное с врожденными или приобретенными дефектами формирования и функционирования ЦНС.

Специальная психология входит в состав дефектологии.

Дефектология – комплексная научная дисциплина, изучающая особенности развития детей с физическими и психическими недостатками и закономерности их воспитания и обучения.

Разделы:

- тифлопсихология и тифлопедагогика (психология и педагогика слепых);
- сурдопсихология и сурдопедагогика (психология и педагогика глухих);
- олигофренопсихология и олигофренопедагогика (психология и педагогика умственно отсталых детей, детей с временными задержками психического развития, с нарушениями речи);
- патопсихология (психология распада психической деятельности и болезненных свойств личности).

Коррекционная педагогика изучает процесс взаимодействия учителей, воспитателей, родителей, обеспечивающих оказание помощи детям и подросткам (в корректной и тактичной форме) по исправлению, изменению поведения, их эмоционально-волевой сферы, а также психического развития в заданном обществе направлении. Процесс взаимодействия связан с созданием

благоприятной сферы для физического роста и психического развития, с использованием резервов и ресурсов личности воспитанников.

Предметом специальной педагогики и психологии является созидательная деятельность педагогов и родителей, помогающих устранить негативные черты характера и опыта поведения воспитанников, мешающие полноценному развитию личности в силу сложившихся неблагоприятных условий и детей, добровольно принимающих помощь взрослых и включенных в этот процесс по исправлению их «человеческого характера».

Задачи совместной созидательной работы, но коррекции судьбы детей, нуждающихся в более длительном индивидуальном внимании, работе и регулировании поведения и приобретенного ранее негативного опыта жизнедеятельности, состоят в следующем:

- систематическое наблюдение, внимание и фиксация различного рода ситуаций со стороны воспитывающих лиц или учреждений;
- подбор диагностики и методик, адресуемых конкретному ребенку;
- выявление причин, обусловивших различную степень «закрытости» детей и подростков для понимания их внутреннего мира окружающими;
- определение и обоснование направления работы по переориентации поведения детей и подростком, а также исправлению личностных качеств для приобретения собственного положительного опыта поведения.

Основными исходными положениями коррекции поведения и психического развития детей различного возраста нами определены следующие:

- осознание воспитателями уникальности ребенка, понимание поиска им своего направления в развитии, определения своего места в жизненном пространстве;
- осуществление сугубо индивидуального, ориентированного на конкретную личность внимания и поддержки со стороны взрослых;
- применение гуманистических технологий для переориентирования взглядов в убеждений ребенка, а также в целях формирования новых личностных установок, поведения, осознания ребенком изменений, происходящих в его поведении и сознании.

Тема №2. Научные теории коррекционной педагогики и специальной психологии

Основные научные теории специальной педагогики и специальной психологии. Методология специальной психологии. Вклад Л.С. Выготского, В.П. Кащенко в развитие специальной педагогики и специальной психологии. Культурно-историческая концепция развития высших психических функций Л.С. Выготского Теория А.Р. Лурия о мозговой организации ВПФ.

Коррекционная педагогика рассматривается как «интегральная область знаний на стыке медицины, психологии и педагогики». В этих условиях подчеркивается, что именно интеграция усилий разных специалистов оказывается наиболее действенной» в специальном образовании, что позволяет выработать общий междисциплинарный подход к обучению детей с отклонениями в развитии.

Теоретические основы отечественной дефектологии были заложены Л.С. Выготским. Им были определены общие закономерности развития аномальных детей разных категорий, основные принципы коррекции имеющихся нарушений (прежде всего, ориентация не на дефект и на ограниченный им уровень развития, а на потенциальные возможности ребенка).

Еще до Л.С. Выготского проводились многочисленные исследования в области дефектологии, накапливался эмпирический материал об особенностях развития детей с различными физическими и психическими аномалиями. Следует отметить огромное научно-практическое значение исследований, где подчеркивалась роль социального воспитания в развитии аномального ребенка. Это работы Э. Сегена, П.Я. Трошина, А.С. Грибоедова, А. Адлера и др. В работах М. Монтессори по изучению психомоторных функций у нормальных и аномальных детей представлен огромный фактический материал, отражающий сложность взаимосвязи отдельных функций, гетерохронность их развития. Эти работы имеют несомненную значимость и сегодня.

Л.С. Выготский обобщил работы своих предшественников и создал общую концепцию аномального развития. В основу исследований аномального детства положена теория психического развития, которую Л.С. Выготский разработал, изучая особенности нормального психического развития. Он показал, что наиболее общие законы развития нормального ребенка прослеживаются и в развитии аномальных детей.

Концепция детерминации психического развития аномального ребенка была выдвинута Л.С. Выготским в противовес существовавшей в тот период биологизаторской концепции, утверждающей, что развитие аномального ребенка протекает по особым законам. Обосновывая положение об

общности законов развития нормального и аномального ребенка, Л.С.Выготский подчеркивал, что общим для обоих вариантов является социальная обусловленность психического развития. Во всех своих работах ученый отмечал, что социальное воздействие составляет неиссякаемый источник формирования высших психических функций, как в норме, так и в патологии.

Идеи Л.С. Выготского о системном строении дефекта позволили ему выделить в аномальном развитии две группы симптомов: *первичные нарушения*, непосредственно вытекающие из биологического характера болезни, и *вторичные нарушения*, возникающие опосредованно, в процессе социального развития аномального ребенка. Вторичный дефект, по мнению Л.С.Выготского, является основным объектом психологического изучения и коррекции при аномальном развитии.

Л.С. Выготский выделил следующие факторы, определяющие аномальное развитие.

1 фактор – время возникновения первичного дефекта. Тот дефект, который возник в раннем детстве, когда не сформировалась вся система функций, обуславливает наибольшую тяжесть вторичных отклонений.

2 фактор – степень выраженности первичного дефекта. Различаются два основных вида дефекта. Первый из них – частный, обусловленный дефицитностью отдельных функций гнозиса, праксиса, речи. Второй – общий, связанный с нарушением регуляторных систем. Глубина поражения или степень выраженности первичного дефекта определяет разные условия аномального развития. Чем глубже первичный дефект, тем больше страдают другие функции.

Системно-структурный анализ дефекта при аномальном развитии ребенка, предложенный Л.С. Выготским, позволяет оценить все многообразие аномального развития, выделить его определяющие и побочные факторы и на основе этого построить научно обоснованную психокоррекционную программу.

В своих исследованиях Л.С. Выготский проанализировал разнообразные варианты дефекта, описал различные соотношения интеллекта и аффекта, низших и высших психических функций. Он выявил также закономерности их развития и возможность предупреждения вторичных нарушений как следствие первичных.

На основе комплексного подхода к изучению аномальных детей разработано научное обоснование процессов компенсации и коррекции дефектов развития, создана дифференцированная система специальных (коррекционных) образовательных учреждений.

Разработанная Л.С. Выготским теоретическая концепция аномального развития является чрезвычайно актуальной и сегодня и имеет огромное практическое значение.

Недаром основоположником отечественной коррекционной педагогики является В.П. Кащенко (психоневролог, педагог, психолог), который под ней понимал «синтез медико-терапевтических, учебно-педагогических и воспитательных приемов, имеющих целью выравнивание характера и личности, в целом».

Нельзя при этом забывать, что большинство дисциплин коррекционной педагогики и психологии произошли из соответствующих медицинских отраслей: сурдопедагогика из сурдологии, олигофренопедагогика из психиатрии и т.д. Известным фактом является и создание всех первых лабораторий по экспериментальной психологии в конце 19 века на базе кафедр душевных и нервных болезней, из которых в дальнейшем сформировались отечественные направления научной психологии в целом. Логопедия изначально была медицинской дисциплиной, причем в большинстве зарубежных странах, она сохранила этот статус. Поэтому подготовка логопедов и ряда других специалистов этого профиля осуществляется не в педагогических вузах, а на медицинских факультетах.

Кроме того, известно, что все отклонения в развитии детей обусловлены нервно-психическими расстройствами, т.е. поражениями нервной и психической систем ребенка. Поэтому в настоящее время все более актуальным становится концепция В.М. Бехтерева о едином нервно-психическом процессе развития ребенка и формирования отклонений от него. В.М. Бехтерев основал Институт комплексного изучения ребенка, а затем принял участие в организации Педологического института. В настоящее время в рамках интеграционного процесса формируются также психолого-медико-педагогические консультации и реабилитационные центры, что подчеркивает важность тройственного подхода к диагностике и коррекции проблем в развитии.

“Педагог должен стать творцом, сознательным организатором среды, в которой развиваются дети” (Кащенко В.П., 1930).

Взаимосвязь между развитием, обучением и воспитанием

Процессы обучения и воспитания, лежащие в основе формирования личности ребенка, опираются на механизмы развития нервной системы и психики. При этом под нервно-психическим развитием понимается непрерывный процесс поэтапного изменения морфологических структур мозга и функциональных систем психики в зависимости от возраста. Важное значение при этом отводится

развитию новых форм сознания ребенка, являющихся основным новообразованием каждого периода жизни.

Развитие как социо-биологический процесс находится под воздействием факторов внешней и особенно социальной среды. В частности, тесный контакт матери с ребенком необходим ему уже с первых дней жизни. Нарушение этого контакта приводит к отклонению в эмоциональном и умственном развитии, являясь часто психогенной причиной задержки нервно-психического развития.

Мозг ребенка содержит определенную генетическую программу развития. При этом чтобы научиться произвольно управлять своими эмоциями, уметь мыслить, анализировать свои действия ребенок должен пройти процесс обучения, освоить навыки познавательной, коммуникативной деятельности и т.д. Формирование жизненного опыта, нравственно-этических ценностей в результате воспитания также обеспечивает адекватное развитие психики ребенка. При этом воспитание и обучение активно стимулирует созревание структур мозга, формирование определенных психологических функций, и в целом, нервно-психическое развитие.

Биологическая программа развития реализуется в конкретной среде, которая может не только активировать ее, но и наоборот, тормозя ее проявления, вызывать отклонения в развитии. Так, например, депривация или негативное воздействие среды способствует значительным вторичным нервно-психическим нарушениям.

В свою очередь, первичные нарушения механизмов мозга будут затруднять процесс обучения и воспитания. Поэтому дети с отклонениями в развитии требуют специальных образовательных условий и технологий. Эти процессы взаимного отягощения или наоборот облегчения деятельности мозга и обучения характеризуются определенной стадийностью и многоуровневостью. В зависимости от стадии нарушения в них будет вовлекаться, например, при глухоте, кроме недоразвития слуха – слуховая депривация; недостаточность фонематического оформления речи – речевая депривация; задержка интеллектуального развития – психологическая депривация и т.д. (Астапов В.М., 1991).

Раздел 2. Норма и отклонения в развитии человека

Тема №1. Проблема нормы и отклонения в психическом развитии человека

Понятия «норма» и «отклонение». Среднестатистическая норма. Функциональная норма. Возрастная норма. Условия нормального развития ребенка.

Изучение данной темы дает студентам возможность узнать о проблемах нормы развития человека. Когда речь заходит об отклонениях в развитии человека, необходимо уяснить понятие «норма». Личностно-ориентированный подход как стратегия отечественного образования требует от педагога обеспечить индивидуальный путь развития не только среднестатистическому ребенку, но и тому, кто отличается неповторимостью.

Норма предполагает такое сочетание личности и социума, когда она бесконфликтно и продуктивно выполняет ведущую деятельность, удовлетворяет свои основные потребности, отвечая при этом требованиям социума соответственно ее возрасту, полу, психосоциальному развитию.

Ориентация на норму важна на этапе выявления недостатков в развитии с целью определения специальной помощи. Актуальны несколько значений этого понятия:

Среднестатистическая норма – уровень психосоциального развития человека, который соответствует средним качественно-количественным показателям, полученным при обследовании представительной группы популяции людей того же возраста, пола, культуры и т.д.

Функциональная норма – индивидуальная норма развития. Любое отклонение можно считать отклонением только в сопоставлении с индивидуальной тенденцией развития каждого человека.

Существенное различие между нормальными и ненормальными людьми состоит в том, что психические черты у первых являются случайным признаком, от которого они могут легко освободиться, если захотят приложить соответствующие усилия.

Исследователи считают ребенка нормальным при следующих условиях:

- когда уровень его развития соответствует уровню большинства детей его возраста или старшего возраста, с учетом развития общества, членом которого он является;
- когда ребенок развивается в соответствии с его собственным общим путем, определяющим развитие его индивидуальных свойств, способностей и возможностей, ясно и однозначно стремясь к полному развитию отдельных составных частей и их полной интеграции, преодолевая возможные отрицательные влияния со стороны собственного организма и средового окружения;
- когда ребенок развивается в соответствии с требованиями общества, определяющими как его актуальные формы поведения, так и дальнейшие перспективы его адекватного творческого социального функционирования в период зрелости (Поляр Л.).

Рассмотрим условия нормального развития ребенка. Г.М. Дульнев и А.Р. Лурия считают основными из них следующие показатели:

- 1) нормальная работа головного мозга и его коры. Патогенные воздействия нарушают нормальное соотношение раздражительных и тормозных процессов, анализ и синтез поступающей информации, взаимодействие между блоками мозга, отвечающими за различные аспекты психической деятельности человека;
- 2) нормальное психическое развитие ребенка и связанное с ним сохранение нормальной работоспособности, нормального тонуса нервных процессов;
- 3) сохранность органов чувств, которые обеспечивают нормальную связь ребенка с внешним миром;
- 4) систематичность и последовательность обучения ребенка в семье, в детском саду и в общеобразовательной школе.

Тема №2. Первичный и вторичный дефект в развитии

Понятия «первичный и вторичный дефект». Факторы и механизмы возникновения вторичного дефекта. Общетеоретические положения Л.С. Выготского об аномалиях развития.

При изучении данной темы студентам предстоит уяснить, что под дефектом (от лат. defectus – недостаток) понимается физический или психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития ребенка.

Дефект одной из функций нарушает развитие ребенка только при определенных обстоятельствах. Влияние дефекта всегда двойственно: с одной стороны, он затрудняет нормальное протекание деятельности организма, с другой – служит усиленному развитию других функций, которые могли бы компенсировать недостаток. Л.С. Выготский: «Минус дефекта превращается в плюс компенсации».

Следует различать две группы дефектов:

- Первичные дефекты, к которым относятся частные и общие нарушения функций центральной нервной системы, а также несоответствие уровня развития возрастной норме (недоразвитие, задержка, асинхрония развития, явления ретардации, регресса и акселерации), нарушения межфункциональных связей. Он является следствием таких нарушений, как недоразвитие или повреждение мозга. Проявляется первичный дефект в виде нарушений слуха, зрения, паралича, нарушений умственной работоспособности, мозговых дисфункций и т.д.

- Вторичные дефекты, которые возникают в ходе развития ребенка с нарушениями психофизиологического развития в том случае, если социальное окружение не компенсирует этих нарушений, а, напротив, детерминирует отклонения в личностном развитии.

Механизм возникновения вторичных дефектов различен. Вторичному недоразвитию подвергаются функции, непосредственно связанные с поврежденной. Например, по этому типу возникает нарушение формирования речи у глухих. Вторичное недоразвитие характерно и для тех функций, которые во время повреждения находились в сенситивном периоде развития. В результате этого разные повреждения могут приводить к сходным результатам.

Важнейшим фактором возникновения вторичного дефекта является *социальная депривация*. Дефект, препятствующий нормальному общению ребенка со сверстниками и взрослыми, тормозит усвоение им знаний и навыков, развитие в целом. Особое место в группе вторичных дефектов занимают личностные реакции на первичный дефект. Возможны несколько *типов личностного реагирования*.

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

Однако в отношении детского возраста патопсихологическая оценка психических нарушений не может быть полноценной, если она не учитывает также и отклонений от стадии возрастного развития, на которой находится больной ребенок, т.е. особенностей дизонтогенеза, вызванного болезненным процессом либо его последствиями.

Изучение закономерностей аномалий развития психики сосредоточено в двух других областях знаний: дефектологии (специальной психологии и специальной педагогике) и детской психиатрии.

Выдающийся вклад в изучение аномалий развития сделан Л.С. Выготским, который на модели умственной отсталости сформулировал ряд общетеоретических положений, оказавших фундаментальное влияние на все дальнейшее изучение аномалий развития.

К ним, прежде всего, относится положение, что развитие аномального ребенка подчиняется тем же основным закономерностям, которые характеризуют развитие здорового ребенка. Тем самым дефектология при изучении аномального ребенка могла ассимилировать многочисленные данные, накопленные детской психологией.

Л.С. Выготский (1936 г.) выдвинул *положение о первичном дефекте*, наиболее близко связанном с повреждением нервной системы, и ряде вторичных дефектов, отражающих нарушения психического развития в условиях первичного дефекта. Им было показано значение этих вторичных дефектов для прогноза развития и возможностей психолого-педагогической коррекции.

В отечественной дефектологии эти положения получили дальнейшее развитие в ряде теоретических и экспериментальных исследований, тесно связанных с разработкой системы обучения и воспитания аномальных детей (Л.В. Занков, Р. Боскис, Ж.И. Шиф, Т.А. Власова, В.И. Лубовский, и др.). Была изучена психологическая структура ряда вторичных дефектов при различных аномалиях развития сенсорной сферы, умственной отсталости, разработана система их дифференцированной психолого-педагогической коррекции.

По мере формирования детской психиатрии в патогенезе и клинической картине болезни все большее значение начало придаваться роли возраста, а также симптоматологии, обусловленной аномальным развитием в условиях болезни, — явлениям так называемого дизонтогенеза (Т.П. Симеон, Г.Е. Сухарева, Г.К. Ушаков, В.В. Ковалев и др.). Если объектом дефектологических исследований являлся дизонтогенез, обусловленный, как правило, уже завершенным болезненным процессом, то детская психиатрия накопила ряд данных о формировании аномалий развития в процессе текущего заболевания (шизофрения, эпилепсия), динамике дизонтогенетических форм психической конституции (различные формы психопатий) и аномальном развитии личности в результате деформирующего влияния отрицательных условий воспитания (различные варианты патохарактерологического формирования личности).

Возрастающая роль психолого-педагогических мероприятий привела к тому, что наряду с диагностикой заболеваний все более актуальной становится диагностика отдельных нарушений, препятствующих овладению определенными знаниями и умениями, психическому развитию ребенка в целом.

Разработка методов дифференцированной психолого-педагогической коррекции стимулирует дальнейшее расширение исследований механизмов формирования патологических новообразований в процессе различных вариантов аномального развития.

Таким образом, данные, полученные детской патопсихологией, дефектологией и клиникой, освещают различные стороны аномалий развития. Сопоставление данных, накопленных в этих различных областях знаний, может способствовать углублению представлений об аномалиях развития в детском возрасте и систематизации их психологических закономерностей.

Раздел 3. Психология детей с различными нарушениями развития

Тема №1. Виды нарушений развития. Комбинированные нарушения и их причины

Категориально-понятийный аппарат. Основные понятия: «дизонтогенез», «коррекция», «реабилитация», «абилитация» и др. Этиология и патогенез дизонтогенеза. Понятие «психическая депривация», классификация ее видов. Психологические последствия различных видов депривации. Понятие «комбинированное нарушение». Основные группы детей с сочетанными нарушениями.

При изучении данной темы студентам предстоит уяснить, что выделяется общая классификация дизонтогенеза. В 1927 г. Швальбе впервые употребил термин «дизонтогенез», обозначая им отклонения внутриутробного формирования структур организма от нормального развития. Впоследствии термин «дизонтогенез» приобрел более широкое значение: различные формы нарушений онтогенеза, включая и постнатальный, преимущественно ранний, ограниченный теми сроками развития, когда морфологические системы организма еще не достигли зрелости.

Как известно, практически почти любое более или менее длительное патологическое воздействие на незрелый мозг может привести к отклонению психического развития. Его проявления будут различны в зависимости от этиологии, локализации, степени распространенности и выраженности поражения, времени его возникновения и длительности воздействия, а также социальных условий, в которых оказался больной ребенок. Эти факторы определяют основную модальность психического дизонтогенеза, обусловленную тем, что страдают первично зрение, слух, моторика, интеллект, потребностно-эмоциональная сфера.

В отечественной дефектологии применительно к дизонтогенезам принят термин «аномалия развития».

Этиология и патогенез дизонтогенеза

Изучение причин и механизмов формирования дизонтогенеза нервно-психического развития особенно расширилось в последние десятилетия в связи с успехами генетики, биохимии, эмбриологии, нейрофизиологии.

Как известно, нарушения нервной системы могут быть вызваны как биологическими факторами, так и социальными.

Среди биологических факторов значительное место занимают так называемые пороки развития мозга, связанные с поражением генетического материала (хромосомные aberrации, генные мутации, наследственно обусловленные дефекты обмена и др.). Большая роль отводится внутриутробным нарушениям (в связи с тяжелыми токсикозами беременности, токсоплазмозом, краснухой и др. инфекциями, различными интоксикациями, в том числе гормонального и лекарственного происхождения), патологии родов, инфекциям, интоксикациям и травмам, реже — опухолевым образованиям раннего постнатального периода. При этом нарушения развития могут быть связаны с относительно стабильными патологическими состояниями нервной системы, как это имеет место при мозговой недостаточности вследствие хромосомных aberrаций, многих резидуальных органических состояниях, а также возникать на почве текущих заболеваний (врожденных дефектов обмена, хронических дегенеративных заболеваний, прогрессирующей гидроцефалии, опухолей, энцефалитов, шизофрении, эпилепсии и т. д.).

Большое значение имеет:

- 1) время повреждения: объем поражения тканей и органов при прочих равных условиях тем более выражен, чем раньше действует патогенный фактор. Для поражения нервной системы особенно неблагоприятно воздействие вредности в первую треть беременности.
- 2) интенсивность повреждения мозга: при органических поражениях мозга в детском возрасте, наряду с повреждением одних систем, наблюдается недоразвитие других, функционально связанных с поврежденной. Сочетание явлений повреждения с недоразвитием создает более обширный характер нарушений, не укладывающихся в четкие рамки топической диагностики.

Ряд проявлений дизонтогенеза, в целом менее грубых по степени выраженности и в принципе обратимых, связан с влиянием неблагоприятных социальных факторов. Чем раньше сложились для ребенка неблагоприятные социальные условия, тем более грубыми и стойкими будут нарушения развития.

К социально обусловленным видам непатологических отклонений развития относится так называемая микросоциально-педагогическая запущенность, под которой понимается задержка интеллектуального и в определенной мере эмоционального развития, обусловленная культуральной депривацией — неблагоприятными условиями воспитания, создающими значительный дефицит информации и эмоционального опыта на ранних этапах развития.

К социально обусловленным видам патологических нарушений онтогенеза относится так называемое патохарактерологическое формирование личности — аномалия развития эмоционально-волевой сферы с наличием стойких аффективных изменений, вегетативной дисфункции, вызванная длительными неблагоприятными условиями воспитания и возникшая в результате патологически закрепившихся реакций протеста, имитации, отказа, оппозиции и т. д. (В.В. Ковалев, А.Е. Личко и др.).

Причины нарушений			
Биологические			Социальные
Патогенные	Наследственные (генетические)	Приобретенные	
Внутриутробные (травмы, вирусы, химические вещества, токсоплазмоз, краснуха, резус-несовместимость)	обмен веществ, психозы (некот.), алкоголизм, наркомания, хромосомные нарушения у родителей	природовые послеродовые, асфиксия, нейроинфекции (менингит, энцефалит, менинго-энцефалит, полиомиелит) корь, грипп, интоксикации	педагогическая запущенность, культуральная депривация, нарушение типов семейного воспитания

Соотношение симптомов дизонтогенеза и болезни

Помимо этиологии и патогенеза поражения мозга в формировании структуры дизонтогенеза большое место принадлежит самим клиническим проявлениям болезни, ее симптоматике. Симптомы болезни сами тесно связаны с этиологией, локализацией поражения, временем его возникновения и главным образом патогенезом, прежде всего с той или иной выраженностью остроты течения

болезни. Они обладают определенной вариабельностью, разной степенью тяжести и длительности проявлений.

Симптомы болезни делятся на негативные и продуктивные.

Понятие «симптом» введено в начале новой эры древнегреческим врачом Сораном Эфесским, в современной медицине определяется как «статически значимое отклонение того или иного показателя жизнедеятельности организма от его нормального значения или возникновение качественно нового, не свойственного здоровому организму явления».

Синдром, согласно А.В. Снежневскому, представляет собой «биологическую функциональную структуру» или систему, состоящую из определенным образом взаимосвязанных между собой симптомов. Синдром представляет собой систему взаимосвязанных типовых расстройств — симптомов (элементов), подчиненных некоторому особому закону. Симптом вне этой системы не имеет смысла. Синдром с точки зрения момента исследования статичен, с точки зрения отрезка времени — динамичен. Любой процесс всегда обращен в будущее. Развитие болезни сопровождается увеличением числа симптомов, что приводит к видоизменению картины болезни, превращению одного синдрома в другой. Познание болезни не может ограничиться знанием ее причин, не менее важно знание связей состояния (смены синдромов) болезни, закономерностей, по которым одно состояние переходит в другое.

К негативным симптомам относятся явления «выпадения» в психической деятельности: снижение интеллектуальной и эмоциональной активности, ухудшение процессов мышления, памяти и т. д.

Продуктивные симптомы связаны с явлениями патологической ирритации психических процессов (различные невротические и неврозоподобные расстройства, судорожные состояния, страхи, галлюцинации, бредовые идеи и т.д).

Пограничными между симптомами болезни и проявлениями дизонтогенеза являются так называемые «возрастные» симптомы, отражающие патологически искаженные и утрированные проявления нормального возрастного развития.

В.В. Ковалев (1979) дифференцирует возрастные уровни нервно-психического реагирования у детей и подростков в ответ на различные вредности следующим образом: 1) сомато-вегетативный (0—3 года); 2) психомоторный (4—10 лет); 3) аффективный (7—12 лет); 4) эмоционально-идеаторный (12—16 лет).

Для каждого из этих уровней характерны свои преимущественные «возрастные» симптомы.

Для сомато-вегетативного уровня реагирования характерны повышенная общая и вегетативная возбудимость с нарушениями сна, аппетита, желудочные кишечными расстройствами. Данный уровень реагирования является ведущим на раннем возрастном этапе вследствие его уже достаточной зрелости.

Психомоторный уровень реагирования включает преимущественно гипердинамические расстройства различного генеза: психомоторную возбудимость, тики, заикание. Данный уровень патологического реагирования обусловлен наиболее интенсивной дифференциацией корковых отделов двигательного анализатора.

Для аффективного уровня реагирования характерны, синдромы и симптомы страхов, повышенной аффективной возбудимости с явлениями негативизма и агрессии. При этиологическом полиморфизме этих расстройств на данном возрастном этапе все же значительно возрастает уровень психогений.

Эмоционально-идеаторный уровень реагирования является ведущим в пре- и особенно пубертатном возрасте. В патологии это проявляется в так называемых «патологических реакциях пубертатного возраста», включающих, с одной стороны, сверхценные увлечения и интересы (например, «синдром философической интоксикации»), с другой — сверхценные ипохондрические идеи, идеи мнимого уродства (дисморфофобия, в том числе нервная анорексия), психогенные реакции — протеста, оппозиции, эмансипации и т. д.

Возрастные симптомы, отражая патологически измененную фазу развития, всегда обладают и определенной клинической спецификой, характерной для заболевания, их вызвавшего.

Так, страхи в дошкольном периоде являются возрастным симптомом, потому что они в определенной мере присущи и здоровому ребенку этого возраста. В патологии детского возраста страхи занимают одно из ведущих мест в становлении бредовых расстройств при шизофрении, связываются с нарушением сознания при эпилепсии, приобретают выраженный сверхценный характер при неврозах. То же касается и таких возрастных проявлений, как фантазии. Будучи неотъемлемой частью психической жизни нормального ребенка дошкольного возраста, в патологических случаях они принимают характер аутистических, вычурных, нелепых, стереотипных при шизофрении, тесно связаны с повышенными влечениями при эпилепсии, носят болезненный

гиперкомпенсаторный характер при ряде неврозов, психопатиях и патологических развитиях личности.

Таким образом, в детском возрасте взаимоотношения между симптомами болезни и проявлениями дизонтогенеза могут быть представлены следующим образом: негативные симптомы болезни в значительной мере определяют специфику и тяжесть дизонтогенеза; продуктивные симптомы, менее специфичные для дизонтогенеза, все же оказывают общее тормозящее воздействие на психическое развитие больного ребенка; «возрастные» симптомы являются пограничными между продуктивными симптомами болезни и самими явлениями дизонтогенеза.

Психологические параметры дизонтогенеза

При квалификации психических отклонений патопсихолог исходит из закономерностей нормального онтогенеза, опираясь на положение о единстве закономерностей нормального и аномального развития (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, Б.В. Зейгарник и др.).

Важным моментом в изучении как нормального, так и аномального онтогенеза явилось выделение Л.С. Выготским (1936) двух взаимосвязанных линий развития: биологической и социально-психической.

Болезнь, вызывая нарушение биологической линии развития, создает препятствия для социально-психического развития - усвоения знаний и умений, формирования личности ребенка.

Л.С. Выготский считал, что психологическое изучение аномального ребенка выдвигает задачи, в определенной мере аналогичные задачам и принципам клинической диагностики: путь от изучения симптомов дизонтогенеза к изучению его синдромов и далее — к типу дизонтогенеза, по существу приравняемому им к нозологической единице. Только в таком структурно-динамическом изучении аномального развития, вскрытии его патопсихологических механизмов, Л.С. Выготский видел путь к дифференцированной коррекции нарушений развития.

Эти положения Л.С. Выготского легли в основу выделяемого нами ряда патопсихологических параметров, определяющих характер психического дизонтогенеза.

1. Первый параметр связан с функциональной локализацией нарушения.

Целесообразно различать два основных вида дефекта. Первый из них — частный, обусловленный дефицитностью отдельных функций гнозиса, праксиса, речи. Вторым — общий, связанный с нарушением регуляторных систем, как подкорковых, при дисфункции которых наблюдаются снижение уровня бодрствования, психической активности, патология влечений, элементарные эмоциональные расстройства; так и корковых, обуславливающих дефекты интеллектуальной деятельности (недостаточность целенаправленности, программирования, контроля), нарушения более сложных, специфически человеческих эмоциональных образований.

При изучении любых нарушений развития требуется обязательный анализ состояния как общих, так и частных нарушений.

2. Время поражения. Характер аномалии развития будет различным в зависимости от того, когда возникло повреждение нервной системы. Чем раньше произошло поражение, тем вероятнее явления недоразвития. Чем позднее возникло нарушение нервной системы, тем более характерны явления повреждения с распадом структуры психической функции.

В ходе психического развития каждая функция в определенное время проходит через сензитивный период, который характеризуется не только наибольшей интенсивностью развития, но и наибольшей уязвимостью и неустойчивостью по отношению к вредности.

К таким основным сензитивным периодам детства относятся, как известно, возрасты 0—3 года и 11—15 лет. В эти периоды особенно велика возможность психических нарушений. Период от 4 до 11 лет более устойчив по отношению к различным вредностям.

При нарушении развития в сензитивный период возможно снижение функции на более ранний возрастной уровень (явление распада), а в случае грубой дезорганизации либо выпадении функции — явление регресса.

Взаимоотношение между первичным и вторичным дефектом

Исходя из идеи о системном строении дефекта, Л.С. Выготский, предложил различать в аномальном развитии две группы симптомов: первичные — нарушения, непосредственно вытекающие из биологического характера болезни (нарушения слуха и зрения при поражении органов чувств, детские церебральные параличи, локальные поражения определенных корковых зон и т. д.), и вторичные, возникающие опосредованно в процессе аномального социального развития. Это деление принципиально важно для изучения аномалий развития.

Первичный дефект может иметь характер недоразвития или повреждения. Часто наблюдается их сочетание (например, при осложненной олигофрении — недоразвитие корковых систем и повреждение подкорковых). В тех случаях, когда субстрат болезненного процесса неизвестен (например, при шизофрении), выделяется не первичный, а «основной» дефект, который определяется

местом, занимаемым тем или иным нарушением в общей структуре психической недостаточности при данном заболевании.

Вторичный дефект, по мнению Л.С. Выготского, является основным объектом в психологическом изучении и коррекции аномального развития. Его структура включает в себя ряд компонентов, отражающих как своеобразие болезненного процесса, так и закономерности, определяющие особенности дизонтогенеза в детском возрасте.

Механизм возникновения вторичных нарушений различен.

Вторично недоразвиваются те функции, которые непосредственно связаны с поврежденной — так называемое специфическое недоразвитие. Сюда, например, относится недоразвитие понимания речи у детей с нарушениями слуха.

Специфичность недоразвития уменьшается по мере удаления от основного дефекта. Чем сложнее психический процесс, чем больше опосредован он рядом межцентральных взаимодействий, тем больше факторов может привести к конечному сходному результату вторичных нарушений.

В зависимости от места первичного дефекта *направление вторичного недоразвития* может быть «снизу вверх» или «сверху вниз». Л.С. Выготский считал основной координатой вторичного недоразвития направление «снизу вверх» — от элементарных функций к более сложным. Однако, вторичное недоразвитие может наблюдаться не только в отношении высших, но и базальных функций. Известно, что в онтогенезе развитие идет не только «снизу вверх», но и «сверху вниз». В последнем случае развитие высших функций стимулирует перестройку базальных, внося в них новые задачи и цели. В случае дефекта высших уровней такого «подтягивания» не происходит, возникает вторичное недоразвитие базальных систем (недоразвитие «сверху вниз»). Так, например, при олигофрении недоразвитие мышления способствует и вторичному недоразвитию потенциально более сохраняемых гнозиса и праксиса.

Важнейшим фактором возникновения вторичных нарушений развития является фактор социальной депривации. Дефект, в той или иной мере препятствуя общению, тормозит приобретение знаний и умений. Своевременно не осуществленная психолого-педагогическая коррекция трудностей приводит к выраженной вторичной микросоциальной и педагогической запущенности, ряду расстройств в эмоциональной и личностной сфере, связанных с постоянным ощущением неуспеха (заниженность самооценки, уровня притязаний, возникновение аутистических черт и т.д.).

Необходимость наиболее ранней коррекции вторичных нарушений обусловлена особенностями самого психического развития детского возраста. Пропущенные сроки в обучении и воспитании автоматически не компенсируются в более старшем возрасте, а возникшее отставание требует уже более сложных и специальных усилий по его преодолению. Трудности в обучении создают не только педагогическую запущенность, но и стойкое отрицательное отношение к школе, которое в более старшем возрасте становится одним из основных факторов, формирующих нарушения поведения у подростков.

Таким образом, в процессе развития изменяется иерархия между первичными и вторичными, биологическими и социально обусловленными нарушениями.

4. Нарушение межфункциональных взаимодействий в процессе аномального системогенеза.

По современным представлениям физиологии и психологии новые качества возникают в результате перестройки внутрисистемных отношений.

В нормальном онтогенезе может быть выделено несколько типов межфункциональных отношений. К ним можно отнести следующие: *явления временной независимости функции, ассоциативные, иерархические связи.*

Явления временной независимости функции характерны для ранних этапов онтогенеза. Л.С. Выготский (1934): до двухлетнего возраста линии развития мышления и речи идут раздельно; позднее, перекрещиваясь, они дают начало новой форме развития. Явления независимости характерны для ранних этапов формирования и отдельных компонентов психических функций. Так, на ранних этапах становления речи наблюдается независимость в развитии ее фонетической и смысловой сторон. В норме состояние независимости функции имеет относительный характер. Например, роль образных, аффективных компонентов на ранних этапах развития речи ребенка больше, чем в речи взрослого человека.

Второй тип связей — ассоциативный (по Н.А. Бернштейну — по принципу цепочки) — в качестве ведущего также наблюдается на ранних этапах онтогенеза. При таком типе взаимодействия разрозненные, разномодальные чувственные впечатления объединяются в одно целое на основе временно-пространственной близости. Эти ассоциативные комплексы могут обладать различной степенью сложности, однако сам тип такой организации указывает на малую дифференцированность психических процессов.

Психические функции, построенные по третьему, иерархическому типу, формируются в процессе усложняющейся предметной деятельности и общения.

Н.А. Бернштейн: иерархический, многоуровневый тип взаимодействия обладает высокой пластичностью и устойчивостью. Это достигается рядом моментов: выделением ведущих (регуляторных) и фоновых (технических) уровней, а также определенной автономностью фоновых уровней, каждый из которых решает свою «личную» задачу.

В нормальном системогенезе эти типы связей – временная независимость, ассоциативные и иерархические – отражают уровни функциональной организации психических процессов. Их перестройки и усложнение протекают в определенной хронологической последовательности, обусловленной законом гетерохронии — разновременностью формирования различных функций с опережающим развитием одних по отношению к другим. Каждая из психических функций имеет свою хронологическую формулу, свой цикл развития.

Типы патологических связей, возникающих в результате дефекта, нарушают нормальный системогенез. В норме одним из механизмов возникновения новых координаций является гетерохрония. В патологии наблюдается его нарушение, возникновение диспропорции в развитии – явление асинхронии; среди основных проявлений которой можно выделить следующие:

а) явления ретардации — незавершенность отдельных периодов развития, отсутствие инволюции более ранних форм. Это наиболее характерно для олигофрении и задержки психического развития.

б) явления патологической акселерации отдельных функций, например, чрезвычайно раннее (до 1 года) и изолированное развитие речи при раннем детском аутизме;

в) сочетание явлений патологической акселерации и ретардации психических функций, например сочетание вышеуказанного раннего возникновения речи с выраженным недоразвитием сенсорной и моторной сферы при раннем детском аутизме.

Вышеописанные механизмы изоляции, патологической фиксации, нарушение инволюции ряда психических функций, временные и стойкие регрессии играют большую роль в формировании различных видов асинхронии развития.

Комбинированные нарушения

К сложным нарушениям детского развития относят сочетание 2-х или более психофизических нарушений (зрения, слуха, речи, умственного развития и др.) у одного ребенка. Например, сочетание глухоты и слабослышания, сочетание умственной отсталости и слепоты, сочетание нарушения опорно-двигательного аппарата и нарушений речи. В современной специальной литературе в номинации сложных нарушений обозначаются только так называемые первичные нарушения, например, слепоглухота.

В качестве синонимов термина «сложное нарушение» в литературе используются и другие термины, равнозначные ему: «сложный дефект», «сложные аномалии развития», «сочетанные нарушения», «комбинированные нарушения» и все более утверждающийся в последнее время – «сложная структура нарушения».

Выделяют 3 основные группы детей с сочетанными нарушениями.

В первую входят дети с двумя выраженными психофизическими нарушениями, каждое из которых может вызвать аномалию развития: слепоглухие дети, умственно отсталые глухие, слабослышащие с задержкой психического развития (первичной).

Во вторую – имеющие 1 существенное психофизическое нарушение (ведущее) и сопутствующее ему другое нарушение, выраженное в слабой степени, но заметно отягощающее ход развития: умственно отсталые дети с небольшим снижением слуха. В таких случаях говорят об «осложненном» дефекте.

В третью группу входят дети с так называемыми множественными нарушениями, когда имеется 3 или более нарушений (первичных), выраженных в разной степени и приводящих к значительным отклонениям в развитии ребенка: умственно отсталые слабослышащие глухие дети. К 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.

Тема №2. Психология детей с недоразвитием

Понятия «психическое недоразвитие». Факторы возникновения психического недоразвития. Характеристика психического недоразвития. Формы олигофрении. Два основных клинико-психологических «закона» олигофрении (по Г.Е. Сухаревой).

При изучении данной темы студентам предстоит уяснить, что наиболее типичной моделью психического недоразвития является олигофрения.

Ее этиологию можно разделить на две основные группы: эндогенную (генетическую) и экзогенную. По мере развития ряда естественных наук (генетики, биохимии, эмбриологии, общей биологии и т. д.) все большее значение придается генетическим факторам, которые являются причиной более чем половины случаев умственной отсталости: - патология хромосомного набора (описано более 200 видов хромосомных aberrаций, болезнь Дауна (трисомия в двадцать первой паре аутосом, частота которой составляет 1:700 новорожденных), аномалии половых хромосом (синдромы Шерешевского — Тернера, Клайнфельтера и др.), врожденные нарушения обмена аминокислот, металлов, солей, жиров и углеводов вследствие врожденной неполноценности ферментных структур (энзимопатические формы, около 10% УО наследственного происхождения - фенилкетонурия, 1—2 случая на 10000 новорожденных). Особую группу генетических пороков развития представляют наследственные дефекты, сочетающие слабоумие с поражением мышечной, костной, кожной, сердечно-сосудистой систем, а также органов зрения и слуха.

В настоящее время среди факторов, вызывающих олигофрению, значительная роль придается полигенному типу наследования, при котором у потомства происходит накопление патологических генов, полученных от обоих родителей, каждый из которых в отдельности, имея «подпороговое» количество патологических генов, олигофренией не страдает.

Возникновение *экзогенных форм олигофрении* связано с поражением мозга инфекциями, интоксикациями и травмами во внутриутробном и родовом периодах, а также в раннем детстве (в возрасте до 2—3 лет). Внутриутробные поражения мозга чаще обусловлены вирусными инфекциями, перенесенными матерью во время беременности, особенно на ее ранних этапах (краснуха, свинка, корь и т. д.). Определенное значение имеют такие хронические заболевания, как токсоплазмоз, сифилис. В настоящее время все большее значение придается внутриутробным интоксикация. Сюда относится так называемая «алкогольная эмбриопатия», обусловленная хроническим алкоголизмом матери, интоксикация плода рядом лекарственных препаратов. Причиной олигофрении также может быть влияние радиоактивного и рентгеновского облучения на половые клетки родителей и сам плод.

Имеют значение и эндокринные заболевания матери, недостаточность ее сердечно-сосудистой системы, легких печени, почек, несовместимость крови матери и плода. При различных причинах внутриутробного поражения общим фактором, нарушающим развитие; мозга плода, является хронический недостаток кислорода (т.н. внутриутробная гипоксия).

Значительную роль играет время воздействия вредности: для возникновения умственной отсталости особенно опасно поражение в первую треть беременности, когда происходит закладка и интенсивное формирование мозговых систем.

Олигофрения, обусловленная поражением мозга в раннем детстве, связана с заболеванием менингитом, менингоэнцефалитом, возникшим как в результате нейроинфекции, так и тяжелых форм общесоматических инфекций: дизентерии, кори, скарлатины и т. д.

Определенное место принадлежит черепно-мозговым травмам, реже — опухолям.

Клинико-психологическая структура дефекта при олигофрении обусловлена *явлениями необратимого недоразвития мозга в целом с преимущественной незрелостью его коры как образования, наиболее сложного и наиболее поздно созревающего в онтогенезе.*

Два основных клинико-психологических «закона» олигофрении (по Г.Е. Сухаревой): тотальность нервно-психического недоразвития, его иерархичность.

Понятие «тотальность» означает, что в состоянии недоразвития находятся все нервно-психические и в определенной мере даже соматические функции, начиная от врожденной несформированности ряда внутренних органов (порок сердца, нарушение строения желудочно-кишечного тракта и других систем), недоразвития роста, костной, мышечной и других систем.

Можно предположить, что обусловленная недоразвитием лобно-теменных отделов головного мозга, недостаточность развития этих высших психических функций является для олигофрении центральной и наиболее приближенной первичному дефекту.

Подход к систематике олигофрении различен в зависимости от того, рассматривается эта аномального развития с позиций степени выраженности дефекта этиологии и патогенеза либо качественной клиники психологической структуры.

Первый критерий положен в основу деления олигофрении на идиотию, имбецильность и дебильность.

Идиотия представляет наиболее тяжелую степень олигофрении, при которой имеется грубое недоразвитие даже функции восприятия. Мышление, по существу, отсутствует. Собственная речь представлена нечленораздельными звуками либо набором нескольких слов, употребляемых без согласования. В обращенной речи воспринимается не смысл, а интонация. Элементарные эмоции связаны с физиологическими потребностями (насыщением пищей, ощущением тепла и т. д.). Формы выражения эмоций примитивны: они проявляются в крике, гримасничаньи, двигательном возбуждении, агрессии и т. д. Все новое часто вызывает страх. При легких степенях идиотии

обнаруживаются определенные зачатки симпатических чувств. В этом отношении, как известно, классическим является описание С. С. Корсаковым (1894) больной, страдающей олигофренией в степени идиотии, у которой имелись отчетливая привязанность к ухаживающим за ней людям, радость при похвале, смутное беспокойство при порицании.

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

Имбецильность характеризуется меньшей выраженностью степени слабоумия. Имеется ограниченная способность к накоплению некоторого запаса сведений, возможность выделения простейших признаков предметов и ситуаций. Нередко доступно понимание и произнесение элементарных фраз, есть простейшие навыки самообслуживания. В эмоциональной сфере помимо симпатических эмоций обнаруживаются зачатки самооценки, переживание обиды, насмешек.

При имбецильности возможно обучение элементам чтения, письма, простого порядкового счета, в более легких случаях — овладение элементарными навыками физического труда.

Дебильность — наиболее легкая по степени и наиболее распространенная форма олигофрении. Мышление имеет наглядно-образный характер, доступна определенная оценка конкретной ситуации, ориентация в простых практических вопросах. Имеется фразовая речь, иногда неплохая механическая память.

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

Вышеописанная систематика по степени умственного недоразвития имеет первостепенное значение в дефектологии, так как является одним из критериев отбора во вспомогательные школы.

Для медицины большое значение имеют классификации олигофрении по этиологическому и клинко-патогенетическому критерию.

В клинко-патогенетической классификации Г.Е. Сухаревой выделяются неосложненные, осложненные и атипичные формы олигофрении.

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

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

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

Неврозоподобные синдромы (ранимость, боязливость, склонность к страхам, заиканию, тикам) могут резко тормозить активность, инициативу, самостоятельность, общение с окружающими, усугубляют неуверенность в деятельности. Психопатоподобные расстройства (аффективная возбудимость, расторможенность влечений) грубо дезорганизуют работоспособность, деятельность и поведение в целом.

Особенно большое значение для нарушения поведения при олигофрении эти психопатоподобные проявления приобретают в подростковом возрасте, нередко вызывая тяжелые явления школьной и социальной дезадаптации больного олигофренией ребенка.

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

медлительность, вялость, слабость побуждения к деятельности, наиболее грубо усугубляют умственное недоразвитие.

В динамике психического развития детей, страдающих олигофренией, признаки недоразвития выступают на каждом возрастном этапе. Степень их выраженности пропорциональна глубине поражения мозга, интенсивности и экстенсивности корковой недостаточности.

При большой тяжести органического поражения нервной системы психический онтогенез может ограничиться самыми ранними этапами развития. Формирование сложных психических функций может не развернуться вообще.

Отставание сроков становления и развития психических функций демонстративно и при негрубых степенях олигофрении. Для первого года жизни характерно запаздывание формирования перцептивных функций: реакций на свет, звук, игрушку, «комплекса оживления» на лицо матери, других близких. Задержка развития моторики выступает в замедлении статических и локомоторных навыков (удерживание головы, хватание предметов, сидение, стояние, ходьба). В возрасте 2—3 лет наиболее очевидно выраженное запаздывание развития навыков самообслуживания; отчетливо проявляется недоразвитие речи. В дошкольном возрасте уже четко выступает недостаточность интеллектуальной деятельности в целом: отсутствие любознательности, пылливости, слабость познавательной активности. При подготовке к школе обнаруживаются выраженные затруднения в освоении начальных элементов чтения и счета.

Динамика нарушений психического развития в дошкольном возрасте у детей, страдающих олигофренией, особенно ярко выступает при изучении формирования их игровой деятельности. Игра долго задерживается на стадии простого манипулирования, элементарных подражательных стереотипов. В ней отсутствует инициатива, творчество. Недопонимание условий ролевой игры, затрудняя общение со сверстниками, усугубляет дефицит интеллектуального развития.

Представленные данные клинической и психологической характеристики олигофрении как в статике, так и в динамике подтверждают выделенными нами выше закономерности структуры дизонтогенеза по типу психического недоразвития.

Для психологических параметров недоразвития при олигофрении типична тотальность поражения с вовлечением как частных функций, так и общих регуляторных систем. Раннее время поражения приводит к более выраженному недоразвитию функций, имеющих наиболее длительный временной период созревания, что определяет иерархию, в которой особая тяжесть недоразвития падает как на регуляторные системы, так и на высший уровень организации любой психической функции. Первичный дефект связан с тотальностью недоразвития мозга (особенно филогенетически наиболее молодых ассоциативных зон. Вторичный дефект, непосредственно связанный с первичным, имеет кольцевой характер, вызванный двумя координатами недоразвития: «сверху вниз» и «снизу вверх». В формировании вторичного дефекта большая роль принадлежит культуральной депривации: низкие интеллектуальные возможности ребенка, страдающего олигофренией, не только исходно затрудняют усвоение информации, но и создают для него ситуацию изоляции в среде сверстников, выпадение из сферы полноценного общения, вызывают невротические наслоения, еще более тормозящие контакты с окружающими.

Неустойчивость недоразвитых функций обуславливает их повышенную тенденцию к декомпенсации по типу регресса.

Тема №3. Психология детей с задержанным развитием

Понятия «задержанное развитие». Факторы возникновения задержанного развития. Варианты задержанного развития. Характеристика задержанного развития.

При изучении данной темы студентам предстоит уяснить, что для психического дизонтогенеза по типу задержанного развития характерно замедление темпа формирования познавательной и эмоциональной сфер с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах.

Задержанное психическое развитие может быть вызвано генетическими факторами, соматогенными (хронические соматические заболевания), психогенными (неблагоприятные условия воспитания), а также церебрально-органической недостаточностью, чаще резидуального характера (инфекции, интоксикации, травмы мозга внутриутробного, натального и раннего постнатального периода). При этом задержка развития эмоциональной сферы проявляется в различных клинических вариантах инфантилизма (конституционального, соматогенного, психогенного, церебрально-органического). Замедление же темпа познавательной деятельности при соматических заболеваниях будет связано с хронической астенией (общей повышенной истощаемостью), при психогенных формах — в большей мере с явлениями микросоциальной и педагогической запущенности, при церебрально-органических, наиболее часто приводящих к трудностям в обучении, с одной стороны, с нейродинамическими (в первую очередь церебрастеническими) и энцефалопатическими

(психопатоподобными, эпилептиформными и др.) расстройствами, а в ряде случаев — и с первичной недостаточностью отдельных корково-подкорковых функций (праксиса, гнозиса, речи, памяти и т. д.). Характерна мозаичность поражения, при которой наряду с дефицитарными функциями имеются и сохранные. Наблюдается инертная фиксация более элементарных связей, преимущественно в базальных звеньях, что ведет к временной задержке инволюции более ранних форм. Явления асинхронии связаны с тем, что первичный дефект чаще нарушает развитие отдельных базальных звеньев психических процессов, высшие же уровни страдают вторично (ведущая координата нарушения развития — «снизу вверх»). Парциальность поражения — с недостаточностью отдельных корково-подкорковых функций и большей сохранностью высших регуляторных систем, преимущественно нейродинамического характера, отличает задержанное развитие от стойкого психического недоразвития по типу олигофрении и определяет лучший прогноз динамики развития и коррекции.

Задержка психического развития встречается значительно чаще, чем олигофрения. Здесь речь идет не о стойком и, по существу, необратимом психическом недоразвитии, а о замедлении его темпа, которое чаще обнаруживается при поступлении в школу и выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, малой интеллектуальной целенаправленности преобладании игровых интересов, быстрой перенасыщаемости в интеллектуальной деятельности. В отличие от детей, страдающих олигофренией, эти дети достаточно сообразительны в пределах имеющихся знаний, значительно более продуктивны в использовании помощи. При этом в одних случаях на первый план будет выступать задержка развития эмоциональной сферы (различные виды инфантилизма), а нарушения в интеллектуальной сфере будут выражены нерезко. В других случаях, наоборот, будет преобладать замедление развития интеллектуальной сферы.

В этиологии задержки психического развития играют роль конституциональные факторы, хронические соматические заболевания, длительные неблагоприятные условия воспитания и главным образом органическая недостаточность нервной системы, чаще резидуального, реже — генетического характера.

При систематике задержки психического развития Т.А. Власова и М.С. Певзнер различают две основные формы: 1) задержку психического развития, обусловленную психическим и психофизическим инфантилизмом (неосложненным и осложненным недоразвитием познавательной деятельности и речи, где основное место занимает недоразвитие эмоционально-волевой сферы), и 2) задержку психического развития, обусловленную длительными астеническими и церебрастеническими состояниями. К.С. Лебединская (1982), исходя из этиологического принципа, различает четыре основных варианта задержки психического развития:

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

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

При задержке психического развития *конституционального* происхождения (гармонический психический и психофизический инфантилизм) инфантильности психики часто соответствует инфантильный тип телосложения с детской пластичностью мимики и моторики. Эмоциональная сфера этих детей находится на более ранней ступени развития, соответствуя психическому складу ребенка более младшего возраста. Более позднее время поражения приводит практически к обязательному наличию повреждения систем с относительно коротким периодом развития. Поэтому в клинко-психологическую структуру задержки психического развития всегда будут включены нейродинамические и разной степени выраженности энцефалопатические расстройства. Более позднее время поражения обуславливает и различную степень уязвимости отдельных функций к вредоносному воздействию; в связи с этим в отличие от тотального недоразвития при олигофрении здесь наблюдается мозаичность нарушений, особенно демонстративная в отношении высших корковых функций.

Спецификой недоразвития иерархических связей является длительное превалирование эмоциональных форм регуляции, что обуславливает инфантильные формы реагирования.

В формировании задержки психического развития даже церебрально-органического генеза существенная патогенетическая роль принадлежит и осложняющему социокультуральному фактору в виде явлений микросоциальной запущенности.

Задержку психического развития *соматогенного* происхождения характеризует эмоциональная незрелость, обусловленная длительными, нередко хроническими заболеваниями, пороками развития

и т.д. Хроническая физическая и психическая астения тормозят развитие активных форм деятельности, способствует формированию таких черт личности, как робость, боязливость, неуверенность в своих силах. Это способствует, в свою очередь, созданию ограничений и запретов для больного ребенка. К условиям, обусловленным болезнью, добавляется искусственная инфантилизация, вызванная условиями гиперопеки.

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

В условиях безнадзорности может формироваться патологическое развитие по типу психической неустойчивости: неумением тормозить свои эмоции и желания, импульсивностью, отсутствием чувства долга и ответственности. В условиях гиперопеки психогенная задержка эмоционального развития проявляется по типу эгоцентрических установок, неспособности к волевому усилию, труду. В психотравмирующих условиях воспитания, где преобладают жестокость либо грубая авторитарность, нередко формируется невротическое развитие личности, при котором задержка психического развития будет проявляться в отсутствии инициативы и самостоятельности, робости, боязливости.

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

Причины этого вида задержки психического развития в определенной мере сходны с причинами олигофрении. Это сходство определяется органическим поражением центральной нервной системы на ранних этапах онтогенеза. В зависимости от массивности поражения речь пойдет либо о ЗПР церебрально-органического генеза, либо об олигофрении. ЗПР чаще связана с более поздними, экзогенными повреждениями мозга, воздействующими в период, когда дифференциация основных мозговых систем уже в значительной мере продвинута и нет опасности их грубого недоразвития. Признаки замедления темпа созревания часто обнаруживаются уже в раннем развитии этих детей и касаются почти всех сфер: от познавательной до эмоционально-волевой. Эмоционально-волевая незрелость представлена в виде так называемого органического инфантилизма, познавательная – преобладанием нарушений познавательной деятельности.

Кроме выше описанных задержек психического развития необходимо представить педагогическую, правильнее – микросоциальную запущенность: недостаточный уровень знаний, умений и навыков у ребенка с полноценной нервной системой, но длительно находящегося в условиях недостатка информации, интеллектуальной, а часто и эмоциональной депривации.

Поврежденное развитие имеет ту же этиологию (наследственные заболевания; внутриутробные, натальные и постнатальные инфекции, интоксикации и травмы ЦНС), что и органическое недоразвитие психики либо задержанное. Основное отличие патогенеза связано с более поздним (после 2—3 лет) патологическим воздействием на мозг, когда большая часть мозговых систем в значительной степени уже сформирована и их недостаточность проявляется в признаках повреждения. Следует отметить, что компонент повреждения присутствует почти при всех видах аномального развития. Однако при других видах дизонтогенеза он является либо осложняющим фактором (например, при недоразвитии по типу осложненной олигофрении), либо пусковым механизмом, например в случае замедления темпа развития и т.д.

Характерной моделью поврежденного развития является органическая деменция. При ее возникновении в относительно раннем детском возрасте характер дизонтогенеза определяется сочетанием грубого повреждения ряда сформированных психических функций с недоразвитием онтогенетически более молодых образований (лобных систем). В более старшем детском возрасте может иметь место и первичное повреждение лобных систем. Страдают лобно-подкорковые взаимоотношения. Наряду с выпадением отдельных частных корковых функций прежде всего отмечаются расстройства эмоциональной сферы, нередко с расторможением влечений, тяжелые нарушения целенаправленной деятельности и личности в целом. Повреждение ведет к явлениям изоляции отдельных систем, распаду сложных иерархических связей, нередко с грубым регрессом интеллекта и поведения.

Тема №4. Образование и воспитание учащихся с отклонениями в развитии

Модели интегрированного образования детей с проблемами в развитии. Коррекционное обучение. Коррекционное воспитание. Коррекционное развитие. Принципы, содержание и формы коррекционной учебно-воспитательной работы.

Наиболее полное определение понятию образование дал В.С. Леднев: «Образование - это общественно организуемый и нормируемый процесс постоянной передачи предшествующими

поколениями последующим социально значимого опыта, представляющий собой в онтогенетическом плане биосоциальный процесс становления личности. В этом процессе выделяются три основных структурных аспекта: познавательный, обеспечивающий усвоение опыта личностью; воспитание типологических свойств личности, а также физическое и умственное развитие»

Таким образом, образование включает в себя три основные части: обучение, воспитание и развитие, которые, как указывает Б.К. Тупоногов, выступают едино, органично связаны друг с другом, и выделять, разграничивать их практически невозможно, да и нецелесообразно в условиях динамики срабатывания системы.

Коррекционное образование или коррекционная учебно-воспитательная работа представляет собой систему специальных психолого-педагогических, социокультурных и лечебных мероприятий, направленных на преодоление или ослабление недостатков психофизического развития детей с ограниченными возможностями, сообщение им доступных знаний, умений и навыков, развитие и формирование их личности в целом. Сущность коррекционного образования состоит в формировании психофизических функций ребенка и обогащении его практического опыта наряду с преодолением или ослаблением, сглаживанием, имеющихся у него нарушений психики, сенсорики, моторики, поведения.

Дадим примерную содержательную расшифровку образовательного коррекционного процесса по Б.К. Тупоногову:

1. *Коррекционное обучение* - это усвоение знаний о путях и средствах преодоления недостатков психофизического развития и усвоение способов применения полученных знаний;

2. *Коррекционное воспитание* - это воспитание типологических свойств и качеств личности, инвариантных предметной специфике деятельности (познавательной, трудовой, эстетической и т.д.), позволяющих адаптироваться в социальной среде;

3. *Коррекционное развитие* - это исправление (преодоление) недостатков умственного и физического развития, совершенствование психических и физических функций, сохранной сенсорной сферы и нейродинамических механизмов компенсации дефекта.

В основе функционирования коррекционной педагогической системы находятся следующие положения, сформулированные Л.С. Выготским в рамках, разработанной им теории культурно-исторического развития психики: сложность структуры (специфические особенности) дефекта, общие закономерности развития нормального и аномального ребенка.

Целью коррекционной работы по Л.С. Выготскому должна выступать ориентация на всестороннее развитие аномального ребенка как обычного, попутно осуществляя исправление и сглаживание его недостатков: "Надо воспитывать не слепого, но ребенка прежде всего. Воспитывать же слепого и глухого - значит воспитывать глухоту и слепоту...". Коррекция и компенсация нетипичного развития эффективно могут осуществляться лишь в процессе развивающего обучения, при максимальном использовании сензитивных периодов и опоре на зоны актуального и ближайшего развития. Процесс образования в целом опирается не только на сформировавшиеся функции, но и на формирующиеся. Отсюда, важнейшей задачей коррекционного обучения является - постепенный и последовательный перевод зоны ближайшего развития в зону актуального развития ребенка. Реализация коррекционно-компенсаторных процессов нетипичного развития ребенка возможны только при постоянном расширении зоны ближайшего развития, которая должна выступать ориентиром деятельности учителя, воспитателя, психолога и социального педагога. Необходимо систематическое, повседневное качественное совершенствование и приращение уровня ближайшего развития.

Коррекция и компенсация развития нетипичного ребенка не могут происходить стихийно. Необходимо создание определенных условий для этого: педагогизация окружающей среды, а также продуктивное сотрудничество различных социальных институтов. Решающим фактором, от которого зависит положительная динамика психомоторного развития, выступают адекватные условия воспитания в семье и раннее начало комплексных лечебно - реабилитационных и коррекционных психолого - педагогических, социокультурных мероприятий, которые подразумевают создание трудотерапевтической среды, ориентированной на формирование адекватных отношений к окружающим, обучение детей простейшим трудовым навыкам, развитие и совершенствование интегративных механизмов с целью включения, по-возможности на равных, детей с проблемами в обычные, общепринятые социокультурные отношения. Л.С. Выготский в связи с этим писал: "Чрезвычайно важно с психологической точки зрения не замыкать таких детей в особые группы, но возможно шире практиковать их общение с остальными детьми". Обязательным условием реализации интегрированного обучения выступает ориентация не на особенности имеющегося нарушения, а прежде всего на способности и возможности их развития у нетипичного ребенка. Существует, как отмечает Л.М. Шипицына, несколько моделей интегрированного образования детей с проблемами:

1. Обучение в условиях массовой школы (обычный класс).
2. Обучение в условиях специального класса коррекции (выравнивания, компенсирующего обучения) при массовой школе.
3. Обучение по разным образовательным программам в рамках одного класса.
4. Обучение в специальной образовательной коррекционной школе или школе-интернате, где имеются классы для здоровых детей.

Чем раньше начинается организация и проведение коррекционной работы, тем успешнее осуществляется преодоление дефекта и его последствий. С учетом онтогенетических особенностей детей со специальными образовательными потребностями выделяют ряд принципов коррекционной учебно-воспитательной работы:

1. Принцип единства диагностики и коррекции развития.
2. Принцип коррекционно-развивающей направленности обучения и воспитания.
3. Принцип комплексного (клинико-генетического, нейрофизиологического, психологического, педагогического) подхода к диагностике и реализации возможностей детей в процессе образования.
4. Принцип ранней интервенции, подразумевающий медико-психолого-педагогическое корригирование пораженных систем и функций организма, по возможности – с младенческого возраста.
5. Принцип опоры на сохранные и компенсаторные механизмы организма с целью повышения результативности проводимой системы психолого-педагогических мер.
6. Принцип индивидуального и дифференцированного подхода в рамках коррекционного образования.
7. Принцип непрерывности, преемственности дошкольного, школьного и профессионально-технического специального коррекционного образования.

Коррекционная учебно-воспитательная работа представляет собой систему педагогических мероприятий, направленных на преодоление или ослабление нарушений психофизического развития ребенка посредством применения специальных средств образования. Она является основой процесса социализации аномальных детей. Коррекционной задаче подчинены все формы и виды классной и внеклассной работы в процессе формирования у детей общеобразовательных и трудовых знаний, умений и навыков. Система коррекционной учебно-воспитательной работы строится на активном использовании сохранных возможностей нетипичного ребенка, "пудов здоровья", а не "золотников болезни", по образному выражению Л.С. Выготского. В истории развития взглядов на содержание и формы коррекционной учебно-воспитательной работы существовали различные направления:

1. *Сенсуалистическое* (лат. *sensus*-ощущение). Его представители полагали, что наиболее нарушенным процессом у аномального ребенка является восприятие, которое считалось основным источником познания мира (Монтессори М., 1870-1952, Италия). Поэтому в практику специальных учреждений были введены особые занятия по воспитанию сенсорной культуры, обогащению чувственного опыта детей. Недостатком данного направления было представление о том, что улучшение в развитии мышления происходит автоматически в результате совершенствования сенсорной сферы психической деятельности.

2. *Биологизаторское* (физиологическое). Основатель – О. Декроли (1871-1933гг., Бельгия). Представители считали, что весь учебный материал необходимо группировать вокруг элементарных физиологических процессов и инстинктов детей. О. Декроли выделял три этапа коррекционно-воспитательной работы: наблюдение (во многом этап созвучен теории Монтессори М.), ассоциация (этап развития мышления посредством изучения грамматики родного языка, общеобразовательных предметов), выражение (этап подразумевает работу над культурой непосредственных действий ребенка: речи, пения, рисования, ручного труда, движений).

3. *Социально-деятельностное*. А.Н. Граборов (1885-1949гг.) разработал систему воспитания сенсорной культуры с опорой на социально значимое содержание: игра, ручной труд, предметные уроки, экскурсии в природу. Реализация системы осуществлялась с целью воспитания у детей с умственной отсталостью культуры поведения, развития психических и физических функций, произвольных движений.

4. *Концепция комплексного воздействия на личность аномального ребенка в процессе образования*. Направление оформилось в отечественной олигофренопедагогике в 30 - 40гг. XXв. под влиянием исследований о развивающем значении процесса обучения в целом. Данное направление связано с *концепцией динамического подхода* к пониманию структуры дефекта и перспектив развития умственно отсталых детей. Основным положением данного направления было и остается в настоящее время то, что исправление дефектов познавательных процессов у детей с отклонениями в развитии не выделяется в обособленные занятия, как это имело место ранее (у Монтессори М., Граборова А.Н.), а осуществляется во всем процессе обучения и воспитания нетипичных детей.

В настоящее время перед дефектологической наукой и практикой стоит ряд организационных и научных проблем, решение которых позволило бы качественно и количественно осуществить совершенствование процесса коррекционного образования:

1.Создание постоянно действующих штатных психолого-медико-педагогических комиссий-консультаций, с целью более раннего выявления индивидуальной структуры дефекта развития у детей и начала коррекционного обучения и воспитания, а также повышения качества отбора детей в специальные (вспомогательные) образовательные учреждения;

2.Осуществление тотальной интенсификации процесса коррекционного образования детей с ограниченными возможностями здоровья за счет дефектологического всеобуча и повышения педагогического мастерства;

3.Организация дифференцированного подхода с элементами индивидуализации к дидактическому процессу внутри отдельных категорий детей с отклонениями в развитии;

4.Распространение коррекционной учебно-воспитательной работы в некоторых специализированных детских медицинских учреждениях, в которых лечатся дети дошкольного возраста, с целью оптимального сочетания лечебно-оздоровительной и психолого-педагогической работы для успешной подготовки детей к обучению в специальной образовательной коррекционной школе;

5.Предоставление возможности получить адекватное образование всем детям, имеющим нарушения психофизического развития. Отмечается недостаточный (неполный) охват нетипичных детей специальными (коррекционными) школами. В настоящее время в стране около 800 тысяч детей с дефектами развития или совсем не охвачены школьным обучением, или обучаются в массовых школах, где они не имеют адекватных условий для развития и не в состоянии усваивать образовательную программу;

6.Укрепление материально-технической базы специальных коррекционных дошкольных и школьных учреждений;

7.Создание многоцелевого опытно-экспериментального производства для разработки и изготовления малых серий технических средств обучения для детей с сенсорными и двигательными нарушениями развития;

8.Разработка социологических проблем, связанных с дефектами онтогенеза, что будет способствовать раскрытию причин отклонений развития, осуществлению превенции дефектов, планированию организации сети специальных учреждений с учетом распространенности детей с ограниченными возможностями в разных регионах страны;

9.Расширение сети социокультурной поддержки семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, дефектологическое просвещение родителей, внедрение инновационных форм работы образовательных учреждений с семьей нетипичного ребенка.

Разработкой данных проблем занимается институт коррекционной педагогики РАО.

Тема №5. Психология детей с дефицитным развитием: дети с нарушением слуха и зрения

Понятие «дефицитное развитие». Факторы возникновения дефицитного развития. Характеристика дефицитного развития. Аномалии развития в связи с недостаточностью зрения и слуха.

При изучении данной темы студентам предстоит уяснить, что особый вид дизонтогенеза представляет собой дефицитное развитие, связанное с тяжелыми нарушениями (грубым недоразвитием либо повреждением) отдельных анализаторных систем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата, а также рядом инвалидизирующих хронических соматических заболеваний. Первичный дефект анализатора либо определенной соматической системы ведет к недоразвитию функций, связанных с ними наиболее тесно, а также к замедлению развития ряда других функций, связанных с пострадавшей опосредованно. Эти нарушения развития частных психических функций тормозят психическое развитие в целом. Таким образом, преимущественной координатой нарушений развития является координата «снизу вверх». Асинхрония проявляется в разной степени недоразвития одних анализаторных систем при сохранности других. Дефицитность отдельных сенсорных и моторных систем способствует возникновению явлений изоляции. Так, нарушение зрения приводит к недоразвитию координации между речью и действием.

Прогноз психического развития ребенка с дизонтогенезом по дефицитному типу связан с глубиной поражения данной функции. Однако решающее значение имеет первичная потенциальная сохранность интеллектуальной сферы, других сенсорных и регуляторных систем. Дефицитное развитие при нарушениях отдельных сенсорных систем дает наиболее яркие примеры компенсации за счет сохранности других каналов связи и интел-ных возможностей.

Эта компенсация осуществляется в условиях адекватного воспитания и обучения. В случае недостаточности коррекционной работы возникают явления депривации, приводящие к нарушению развития как познавательной деятельности, так и личности ребенка.

Этот тип дизонтогенеза связан с первичной недостаточностью отдельных систем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательной, а также рядом инвалидизирующих соматических заболеваний (сердечно-сосудистой системы, например, при тяжелых пороках сердца, дыхательной — при бронхиальной астме, ряде эндокринных заболеваний и т. д.).

Наиболее показательной моделью аномалий развития по дефицитарному типу является психический дизонтогенез, возникший на почве поражения сенсорной либо моторной сферы.

Аномалии развития в связи с недостаточностью зрения и слуха

Теория Л.С. Выготского об основных закономерностях аномалий развития была наиболее полно развита и наполнена конкретным содержанием в отечественной дефектологии, накопившей фундаментальные знания о закономерностях психического формирования детей с патологией зрения и слуха.

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

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

Аналогичные соотношения характерны и для поражения зрения. Имеют значение различные экзогенные воздействия на плод в период беременности (такие инфекции, как туберкулез, токсоплазмоз, сифилис, вирусные заболевания, болезни обмена веществ, интоксикации беременной матери алкоголем, лекарственными препаратами — гормональными, снотворными и т. д.). Нередкой причиной является патология родов. Среди постнатальных заболеваний основное место занимают острые и хронические инфекции, реже — менингиты и опухоли мозга.

Наследственным факторам в происхождении патологии зрения отводится от 15 до 17%.

Исследования отечественных дефектологов выявили особенности формирования клинико-психологической структуры дефекта, типичной для развития детей с различной патологией в сенсорной сфере.

Эти исследования подтвердили и развили ряд положений учения Л.С.Выготского о закономерностях аномального развития. Сюда относятся данные о соотношениях различных параметров первичного дефекта (его модальности, времени возникновения, тяжести выраженности) и особенностей образования вторичных дефектов. Огромное значение для возникновения вторичных нарушений развития имеет степень выраженности сенсорного дефекта.

Так, небольшой дефект слуха предполагает ту или иную возможность самостоятельного овладения речью. В речи такого ребенка будут наблюдаться негрубые отклонения: смазанность артикуляции, слабая модулированность голоса, смешение глухих звуков со звонкими, шипящих со свистящими, твердых с мягкими; бедность речевого запаса, ошибочное употребление слов, близких по ситуации или звучанию, аграмматизмы. Полное же выпадение слуха при отсутствии специального обучения приводит к немоте.

Это касается и нарушений зрения. На уровне слабовидения зрительное восприятие ограничивается замедленностью, узостью обзора, недостаточностью четкости и яркости, нередко искаженностью предметов. Поэтому при слабовидении будут сохраняться значительно большие потенциальные возможности нервно-психического развития, чем при слепоте.

Характер и степень вторичных отклонений развития в свою очередь в значительной мере зависят от времени возникновения дефекта слуха и зрения. Психическое развитие глухих детей различно в зависимости от того, является ли его глухота врожденной, потерял ли он слух на ранних этапах онтогенеза, или нарушение произошло в более позднем возрасте. Врожденная или ранняя потеря слуха приводит к отсутствию речи (немоте) либо ее грубому недоразвитию. Недостаточность вестибулярного аппарата обуславливает нарушения развития, связанные с задержкой формирования прямохождения, недоразвитие пространственной ориентировки. При нарушении же слуха после трехлетнего возраста недоразвитие локомоторных функций выражено меньше. Успевают

сформироваться фразовая речь, нарушения словарного запаса и грамматического строя нередко выражены менее грубо. При поражении слуха в школьном возрасте речь грамматически сформирована; имеются лишь некоторые недостатки произношения: смазанность артикуляции, оглушение звонких согласных и т. д.

Сходные закономерности связаны с временем поражения зрения. При заболевании с рождения ребенок не получает никакого запаса зрительных представлений. Затруднения в возникновении вертикального положения тела, боязнь пространства и новых предметов ведут к задержке в освоении пространства и предметной деятельности. Первые специализированные манипуляции и отдельные функциональные действия с предметом появляются у слепых детей после двух лет. Грубое недоразвитие пространственной ориентации обуславливает недоразвитие походки тормозит формирование схемы тела. Нарушение зрения в раннем возрасте даже на уровне слабовидения вызывает и недоразвитие психомоторной сферы: отмечается слабость акта хватания, запаздывает дифференциация движений наблюдаются застывания с предметом либо, наоборот, ненужные стереотипные движения головы и рук.

По-иному складывается развитие ребенка, потерявшего зрение в более старшем возрасте. Имеющийся прошлый опыт зрительных впечатлений облегчает развитие моторики, предметной деятельности, образование представлений и понятий. Большое значение для прогноза психического развития ребенка будут иметь и индивидуальные особенности интеллекта, эмоционально-волевой сферы и личности ребенка в целом и своевременное начало спец.обучения.

Систематика нарушений сенсорной сферы учитывает критерии времени и степени поражения.

Среди детей с недостаточностью слуха выделяются: 1) глухие: а) рано оглохшие, б) поздно оглохшие; 2) слабослышащие: а) с относительно сохранной речью, б) с глубоким недоразвитием речи. Среди детей с недостаточностью зрения выделяют: а) totally слепых, б) частично видящих, в) слабослышащих.

Сложные вторичные нарушения характерны для формирования других психических процессов, эмоциональной сферы, деятельности в целом.

Так, у глухих детей из-за речевых нарушений задерживается общение, обеспечивающее совместную со взрослым деятельность с предметами.

Затруднения в овладении речью приводят и к отставанию формирования перцептивных обобщений, трудностям выделения и фиксации отдельных свойств предметов. Вследствие этого страдает формирование предметных представлений. Слабость закрепления предметов в словах в свою очередь приводит к тому, что ребенок не может свободно оперировать представлениями, возникают трудности в их актуализации. Задержка речевого развития затрудняет включение восприятия в более широкий круг деятельности.

В то же время введение слова без опоры на сенсорный опыт, как это имеет место у слепых детей, ведет либо к размыванию и непомерной генерализации значения слова, либо, наоборот, закреплению за словом более узкого круга понятий, сужающего развитие уровня обобщения. Большое значение имеет специфическое нарушение развития эмоциональной сферы. Так, у слепого ребенка недоразвитие эмоциональной сферы связано с ограничением либо невозможностью восприятия таких выразительных средств, как взгляд, жест, мимика. Это в свою очередь усугубляет недоразвитие форм общения на ранних этапах развития ребенка.

У глухих детей в связи с отсутствием воздействия речи взрослого, ее эмоционального тона формы эмоционального общения недоразвиваются уже с самых ранних этапов жизни. У них часто отсутствует «комплекс оживления», значительно позднее происходит дифференциация близких и чужих. В более старшем возрасте проявляется определенный дефект эмоциональной ориентировки, в значительной степени связанный с отсутствием восприятия интонационной стороны речи.

Вышеприведенные данные подтверждают положение Л.С. Выготского о механизмах влияния первичного дефекта на возникновение сложного иерархического ряда вторичных нарушений, определяющих развитие ребенка в целом. Общим для недостаточности сенсорной сферы — как зрения, так и слуха — является определенная специфика аномального развития личности, наблюдаемого в неблагоприятных условиях воспитания и неадекватности педагогической коррекции.

Причинами патологического формирования личности дефицитарного типа, связываемого с дефектами сенсорной и моторной сферы, считаются как реакция личности на хроническую психотравмирующую ситуацию, обусловленную осознанием своей несостоятельности, так и ограничение возможностей контактов вследствие сенсорной, моторной либо соматической депривации. Клинико-психологическая структура такого дефицитарного типа развития личности включает ряд общих признаков. К ним относятся пониженный фон настроения, астенические черты, нередко с явлениями ипохондричности, тенденция к аутизации как следствие объективных затруднений контактов, связанных с основным дефектом, так и гиперкомпенсаторного ухода во внутренний мир, нередко в мир фантазий. Такое стремление к аутизации, а также формирование

невротических, иногда истериформных свойств личности нередко усугубляется неправильным воспитанием ребенка в виде гиперопеки, инфантилизирующей его личность, еще более тормозящей формирование социальных установок. Следует отметить, что эти эмоциональные и личностные расстройства, как правило, формируются у таких детей, если они находятся в неадекватных условиях обучения и воспитания.

Среди коррекционных мероприятий большое место принадлежит стимуляции развития остаточных явлений слуха и зрения. Существенное значение имеет другой принцип коррекции: опора на сохранные функции, наиболее далеко отстоящие от дефектной. Так, при поражении слуха для формирования восприятия звуков речи используются зрительный, двигательный и тактильный анализаторы. Зрительный анализатор используется и для чтения с губ. Для выработки представлений у слепых компенсация идет по пути сочетания слухового восприятия с контактным тактильным осязанием, опирающимся на вибрационную, кожную, температурную чувствительность. Возникновение осязательно-слуховых образов предмета позволяет выделить звук в качестве сигнального признака предмета. При нарушениях зрения возможно воздействие на дефект «сверху вниз»: путь интеллектуализации и вербализации сенсорного опыта. Процесс речевого общения со взрослыми позволяет слепому ребенку быстрее овладеть предметным опытом.

В отечественной дефектологии получило широкое развитие и другое положение Л.С. Выготского о необходимости наибольшей опоры на те сохранные функции, которые находятся в сензитивном периоде.

Тема №6. Аномалии развития в связи с недостаточностью двигательной сферы: дети с нарушением речи и опорно-двигательного аппарата

Понятия «аномалии развития в связи с недостаточностью двигательной сферы». Факторы возникновения аномалии развития в связи с недостаточностью двигательной сферы. Типы аномального развития двигательной сферы. Характеристика аномалии развития в связи с недостаточностью двигательной сферы. Формы детского церебрального паралича.

При изучении данной темы студентам предстоит уяснить, что в этиологии аномалий развития двигательной сферы играют роль различные генетические факторы, чаще обуславливающие негрубые варианты конституциональной недостаточности моторики, внутриутробные, натальные и ранние постнатальные поражения ЦНС. Особые форма аномалий развития моторной сферы наблюдаются при раннем детском аутизме. Тяжелые двигательные нарушения возникают и при поражении спинного мозга (чаще инфекционного происхождения). Своеобразные нарушения моторного развития могут иметь место при явлениях эмоциональной депривации.

В детском возрасте отдельные стороны двигательной сферы еще находятся в процессе становления. Поэтому наблюдаются меньшие, чем у взрослых четкость, локальность и изолированность нарушений.

Чаще имеет место более диффузная симптоматика, сочетающая явления повреждения в двигательной сфере с ее недоразвитием. К явлениям недоразвития относятся синкинезии: произвольные движения, сочетающиеся с произвольным и не связанные с ним по смыслу. Так, ребенок при попытке закрыть один глаз одновременно закрывает и второй; при движении пальцев одной руки возникают аналогичные движения в другой. Синкинезии наблюдаются у детей и в норме, но с возрастом они уменьшаются, особенно быстро между 8 и 14 годами. При различных видах патологии наблюдается их стойкое сохранение.

Показателями общего недоразвития двигательной сферы являются недостаточная точность и стабильность движений и действий, их легкая «сбиваемость» под влиянием различных воздействий: шума, ограничения времени выполнения задания, смены орудия или материала.

Учитывая большое количество конституциональных вариантов особенностей моторики и физиологическую незрелость ряда ее компонентов в детском возрасте, экспериментально выявляемые особенности двигательной сферы, находящиеся на уровне негрубых отклонений, не обязательно указывают на патологический уровень расстройств. В этом отношении первостепенное значение имеет их сочетание с клиническими данными. При отсутствии клинических признаков патологии прогностическое значение отдельных экспериментальных данных имеет ограниченное значение.

Так, в младшем детском возрасте специальное исследование часто обнаруживает расхождение доминантности по руке и глазу: у детей-правшей в 6-летнем возрасте это расхождение наблюдается в 69%, в 7—8 лет — в 21%, в 9—10 лет — в 20%. Однако, при отсутствии признаков органического поражения нервной системы это явление не расценивается как патологическое; высокая пластичность здорового мозга обеспечивает компенсацию данного расхождения. Наличие же клинических

признаков патологии нервной системы всегда вызывает опасения, что расхождение доминантности по руке и глазу в дальнейшем может явиться препятствием при обучении письму и чтению.

В этом плане сложным и актуальным для детского возраста является вопрос коррекции левшества. При органической недостаточности левого полушария левшество нередко является проявлением. Последствия коррекции такого компенсаторного левшества неблагоприятны. В этих случаях «переучивание» фактически ведет к большей нагрузке на дефектное левое полушарие и опасности его более тяжелой декомпенсации. Практика переучивания требует и учета возможностей возникновения в процессе коррекции различных невротических образований, а также заикания.

Преимущественные нарушения движения способствовали систематике типов аномального развития двигательной сферы:

1) «моторная дебилность» (Дюпре Г., 1910), или корково-ассоциативная (Валлон А., 1925), которая связана преимущественно с недоразвитием пирамидной системы и проявляется в нарушениях мышечного тонуса, неловкости произвольных движений, синкинезиях. При кажущемся обилии движений наблюдается бедность их комбинаций, слабая приспособленность к реальным задачам. Скучность и инертность мимики нередко находятся в контрасте с повышенным настроением;

2) «двигательный инфантилизм» (Гомбургер А., 1926), отражающий замедленную динамику моторного развития, в основе которого лежит неугасание некоторых рефлексов, свойственных раннему детству (синкинезии и др.), запаздывание в развитии стояния, ходьбы, сидения;

3) экстрапирамидная недостаточность (Якоб К., 1924) с бедностью мимики, жестов, защитных и автоматических движений, недостаточностью их ритмичности, автоматизации;

4) фронтальная недостаточность (Гуревич М. И., 1930) с малой способностью выработки двигательных формул, нецеленаправленной расторможенностью либо, наоборот, гиподинамией.

Эти виды моторного недоразвития описаны у детей с органическим поражением нервной системы, чаще включающим и интеллектуальное недоразвитие по олигофреническому типу. Однако в негрубой форме большинство из них может наблюдаться и при задержке психического развития церебрально-органического генеза, других видах аномалий развития.

Наиболее изучена структура двигательных расстройств при детском церебральном параличе. Этиология его разнообразна. Наибольшее значение имеют органические поражения мозга в результате внутриутробных инфекций, интоксикаций, несовместимости крови матери и ребенка по групповой принадлежности или резус-фактору, асфиксии и внутричерепных кровоизлияний в родах, недоношенности плода. Реже заболевание возникает постнатально, в результате менингоэнцефалитов, перенесенных в первые годы жизни.

Его патогенез связан с поражением ряда отделов мозга, как корковых, так и подкорковых, среди которых одно из основных мест занимает повреждение премоторных зон.

В клинической структуре детского церебрального паралича, среди симптомов органического поражения мозга, центральное место занимают двигательные нарушения, основными из которых являются параличи и парезы, нарушения мышечного тонуса.

Сочетания расстройств моторной сферы и интеллекта различны. Согласно классификации К.А. Семеновой (1974), выделяются следующие *формы детского церебрального паралича*, специфика клинической картины которых в значительной мере обусловлена разным характером поражения.

1. Спастическая диплегия (болезнь Литтля) – тетрапарез, при котором руки страдают значительно меньше, чем ноги. Поэтому дети часто могут обслужить себя, писать, овладеть рядом трудовых навыков. Нарушения интеллектуального развития нередко незначительны, и многие из таких детей способны к обучению даже в массовых школах.

2. Двойная гемиплегия характеризуется тяжелым поражением всех конечностей, выраженной ригидностью мышц. Дети не могут даже сидеть. Интеллектуальное развитие большей частью на уровне олигофрении в степени тяжелой дебилности, имбецильности или даже идиотии.

3. Гиперкинетическая форма, при которой различные гиперкинезы могут сочетаться с параличами и парезами или выступать как самостоятельный вид расстройств. Интеллект в большинстве случаев развивается удовлетворительно.

4. Атонически-астеническая форма характеризуется парезами, низким тонусом мышц, мозжечковыми симптомами. К 3-5 годам при систематическом лечении дети овладевают возможностью произвольных движений. В половине случаев имеется олигофрения в степени дебилности и имбецильности.

5. Гемипаретическая форма – парезы одной стороны тела, тяжелее в верхней конечности. У 25-36% детей наблюдается олигофрения.

Выраженное интеллектуальное недоразвитие не вытекает прямо из двигательных расстройств, а свидетельствует о массивности и большой распространенности поражения мозга. Но тяжесть

недостаточности отдельных корковых функций в этих случаях делает клиническую картину олигофрении атипичной.

У детей с церебральными параличами часто отмечается недостаточность целого ряда других нервно-психических функций, в значительной мере связанная с поражением двигательной сферы.

Сюда, прежде всего, относятся нарушения развития речи, в большей мере обусловленные дефектностью ее моторного компонента. Основными из них считаются дизартрия разного характера и разной степени выраженности.

Наблюдаются более позднее формирование моторной стороны речи, правильность произношения, запаздывание в появлении первых слов, фразовой речи, замедленное расширение словаря. В более тяжелых случаях речевых расстройств наблюдаются явления моторной алалии с общим недоразвитием всех сторон речи. Реже имеют место явления сенсорной алалии, при которой недоразвитием моторной стороны речи носит вторичный характер. Указанные виды речевых расстройств часто сочетаются друг с другом, однако каждый из них наиболее характерен для того или иного вида двигательных нарушений.

В нарушении психического развития имеет значение и недостаточность пространственного гнозиса, связанная как с поражением теменных отделов мозга, так и в определенной мере обусловленная и нарушениями зрительного восприятия в связи с двигательными расстройствами (недостаточность фиксации взора, конвергенции и т. д.). У этих детей имеются трудности в формировании восприятия формы, в соотношении элементов в пространстве, в правильном восприятии пропорции я-перспективы, недоразвитие представлений о схеме собственного тела. Запаздывает формирование доминантности руки, понятий правого и левого. Отмечаются явления так называемой пальцевой агнозии: неспособность различать и обозначать свои пальцы, иногда невозможность обозначать элементы лица. В связи с этим наблюдаются характерные особенности рисунка таких детей: неумение правильно изобразить лицо и руки. Указанные расстройства проявляются и в динамике психического развития детей с церебральными параличами. Так, в раннем возрасте из-за двигательных расстройств (трудностей при поворотах головы, приближении к интересующему предмету, его захвату и т. д.) страдает формирование ориентировочной реакции. Этому способствует и ограничение полей зрения в связи с нарушением моторного аппарата глаз, недоразвитием статокинетических рефлексов.

Двигательная недостаточность обуславливает недоразвитие предметных действий. В дошкольном возрасте обращает внимание недоразвитие игровой деятельности. Позже страдает формирование школьных навыков: счета, письма и чтения. Трудности в освоении арифметики в значительной мере обусловлены недостаточностью пространственных функций. Они проявляются в нечеткости распознавания графического изображения цифр, смещении арифметических знаков. Характерна замедленность в усвоении числа и его разрядного строения. Нередки затруднения в узнавании и воспроизведении геометрических фигур. Наблюдаются явления дисграфии в виде зеркальности, смещения сходных по написанию букв.

В нарушении работоспособности большое значение имеют церебрастенические расстройства, однако, расстройства внимания, трудности сосредоточения на задании могут быть также обусловлены и недостаточностью фиксации взора, затруднением в прослеживании за движущимися предметами.

Тяжелые двигательные расстройства, нарушения ряда высших корковых функций, сопутствующие им явления психической истощаемости являются причиной задержки интеллектуального развития у многих детей с церебральными параличами. Эта задержка развития преодолевается специальной системой воспитания и обучения этих детей в соответствующих учреждениях.

Это основные особенности интеллектуального развития детей с церебральными параличами.

В их эмоциональной сфере описывается склонность к невротическим и неврозоподобным расстройствам, в первую очередь к страхам (высоты, закрытых дверей, темноты, новой обстановки и т.д.), повышенной пугливости в отношении неожиданных раздражителей. При отсутствии своевременной и адекватной коррекции неуклонно нарушается общее психическое развитие, как интеллектуальное, так и эмоциональное, обусловленное дефицитом информации вследствие первичного дефекта, затруднением коммуникаций с окружающим миром.

Дефицитарное развитие является показательной моделью для понимания связи между нарушением отдельных базальных функций и формированием сложных образований в личностной сфере, сочетающих явления недоразвития с рядом компенсаторных и гиперкомпенсаторных явлений. Для аномального развития дефицитарного типа при отсутствии либо недостаточности коррекции характерно, как указывалось, патологическое развитие личности, основным ядром которого является психогенная реакция на свой дефект.

Координатой основного нарушения является направление «снизу вверх». Однако, как указывалось, в неблагоприятных условиях может иметь место и координата недоразвития «сверху вниз»: усугубление первичного дефекта при отсутствии коррекции вторичных.

Воздействие «сверху вниз» используется в коррекции. Определенной спецификой корригирующего воздействия при аномалии развития по дефицитарному типу помимо развития остаточных сохранных функций зрения, слуха, моторики является и направленная адресация к другим анализаторам с четкой задачей расширения их функциональных способностей, замещающих дефектную функцию.

Тема №7. Психология детей с поврежденным и искаженным развитием

Понятие «поврежденного и искаженного развития». Органическая деменция. Факторы возникновения поврежденного и искаженного развития. Характеристика поврежденного и искаженного развития.

При изучении данной темы студентам предстоит уяснить, что при искаженном развитии наблюдаются сложные сочетания общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящие к ряду качественно новых патологических образований.

Искаженное развитие чаще свойственно ряду процессуальных наследственных заболеваний.

Наиболее характерной моделью является дизонтогенез при синдроме раннего детского аутизма. Его этиология и патогенез неясны. В значительной части случаев речь идет о ранней детской шизофрении. В последнее время все чаще высказывается мнение о связи этой аномалии развития и с органическим поражением мозга. Для искаженного развития характерна наиболее выраженная асинхрония. В процессе формирования психических функций наблюдается иная иерархия в последовательности развития отдельных систем, в значительной мере противоположная нормальному онтогенезу: так, преждевременное развитие речи значительно обгоняет формирование локомоторных функций, а в более старшем возрасте развитие вербального интеллекта парадоксально опережает становление предметных навыков. Большое значение в искаженном дизонтогенезе имеют явления изоляции: функции, развивающиеся ускоренно, не «подтягивают» развитие других. Формируясь на собственной узкой основе, в более тяжелых случаях они «зацикливаются», что приводит к явлениям стереотипии в речи, игровых действиях и т. д. Даже при шизофренической природе раннего аутизма явления дизонтогенеза нередко выражены больше, чем симптомы болезни. Однако последним также принадлежит определенная роль в формировании дизонтогенеза. Так, возникновение аутизма, особенно на ранних этапах развития, в большой мере обусловлено диффузными страхами окружающего. Выраженный дефицит общения в свою очередь является важнейшим тормозом соц. развития больного ребенка.

Характерной моделью поврежденного психического развития является органическая деменция.

Ее этиология связана с перенесенными инфекциями, интоксикациями, травмами нервной системы, наследственными дегенеративными, обменными заболеваниями мозга.

В отличие от олигофрении, которая также нередко имеет аналогичное происхождение, деменция возникает либо начинает грубо прогрессировать в возрасте после 2-3 лет. Этим хронологическим фактором в значительной мере определяется отличие патогенеза и клинико-психологической структуры деменции от олигофрении. К 2-3-летнему возрасту значительная часть мозговых структур является относительно сформированной, поэтому воздействие вредности вызывает их повреждение, а не только недоразвитие. Задержка психического развития церебрально-органического генеза от органической аменции отличается значительно меньшей 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, варибельности 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.).

Тяжелая прогрессирующая деменция, возникшая в детском возрасте, 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 клинико-психологических проявлений органической деменции помимо этиологии имеет значение и ряд других факторов.

К ним относятся степень распространенности и преимущественная локализация болезненного процесса. Возраст начала заболевания и длительность периода, прошедшего после его окончания, имеют большое значение для типа сочетания повреждения, недоразвития и компенсаторных возможностей нервной системы. Не безразличны индивидуальные преморбидные особенности ребенка. Бесспорная роль принадлежит своевременному началу восстановительной работы.

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

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

Поэтому здесь нет тотальности, нет иерархичности нарушения психических функций, характерных для олигофрении. 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.

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. Структуры дефекта, обусловленной механизмом «повреждения» нервной системы (парциальность поражения, дефицитарность высших корковых функций, осложненность энцефалопатическими синдромами). В отличие от задержки психического развития, деменция, связанная со значительно большей грубостью поражения мозга, характеризуется разлаженностью деятельности, личностным распадом, грубой некритичностью и большой тяжестью западения отдельных функций. Динамика задержки психического развития, как указывалось, благоприятна и содержит возможности социальной адаптации. При органической же деменции возможности психического развития резко ограничены.

Частный вариант деменции - эпилептической деменции.

Эпилептическая деменция формируется при так называемой эпилептической болезни, при которой помимо судорожных припадков имеются специфические особенности мышления, эмоциональной сферы, личности в целом, проявляющиеся в общей психической тугоподвижности, вязкости мышления и аффекта, полярности эмоций (сочетании склонности к экзальтации, ласковости с нередкой злопамятностью и мстительностью), выраженной напряженности аффекта с легко возникающими вспышками ярости и гнева.

При эпилептической деменции, формирующейся в случаях текущего эпилептического процесса, эти качественные особенности мышления и аффекта включены в структуру слабоумия. Так, с тугоподвижностью мышления тесно связаны застревания на малозначительных деталях с неспособностью выделения главного. Характерны плохая интеллектуальная переключаемость, выраженная замедленность речи. В детском возрасте при обучении даже во вспомогательной школе эти дети испытывают трудности ввиду большой медлительности при письме, чтении, счете и т. д. Аффективные особенности, типичные для эпилепсии, в случае деменции не ирригируются из-за дефектности интеллекта и личности. Склонность к агрессивным разрядам могут представлять опасность для окружающих.

Психологический анализ органической деменции с точки зрения дизонтогенеза представляется наиболее сложным. В структуре поврежденного развития будут иметь место явления стойкого, часто необратимого регресса роста функций. Выступает ряд и других закономерностей поврежденного развития. Так, более позднее время поражения определяет парциальность повреждения отдельных корковых и, как правило, подкорке.

В зависимости от возраста заболевания могут повреждаться функции как с более коротким, так и с более длительным периодом развития, однако все же более онтогенетически молодые функции одновременно и задерживаются в развитии.

Для изучения ряда закономерностей искажения психического развития показательным является дизонтогенез при так называемом синдроме раннего детского аутизма, отличающемся от всех вышеописанных аномалий развития наибольшей сложностью и дисгармоничностью как клинической картины, так и психологической структуры нарушений.

Клинико-психологическая структура раннего детского аутизма как особой аномалии развития была почти одновременно очерчена в 40-е годы Л. Каннером, Аспергером и С.С.Мнухиным.

Л. Каннером выделена типичная для этого состояния основная триада симптомов: 1) аутизм с аутистическими переживаниями, 2) однообразное поведение с элементами одержимости и особенностями двигательных расстройств и 3) своеобразные нарушения речи.

В вопросе об этиологии раннего детского аутизма единства мнений нет.

Л. Каннер расценивал ранний детский аутизм как особое болезненное состояние; Г. Аспергер – как патологическую конституциональную структуру, ближе к психопатической. Большинство исследователей ранний детский аутизм рассматривается в основном в рамках патологии шизофренного круга: как начальный период детской шизофрении, реже – тяжелой формы шизоидной психопатии. В этих случаях речь идет о наследственной патологии с невыясненными патогенетическими механизмами, как это имеет место при шизофрении.

Ряд исследователей предполагает возможность и органического происхождения синдрома раннего детского аутизма, его связь с внутриутробным поражением нервной системы и локализацией в стволовых отделах мозга.

В зарубежных исследованиях, особенно в рамках психоаналитического направления, в формировании синдрома раннего детского аутизма значительная роль отводится хронической психотравмирующей ситуации, вызванной нарушением аффективной связи ребенка с матерью, холодностью последней, ее деспотическим давлением, парализующим эмоциональную сферу и активность ребенка.

Клинико-психологическая структура таких стойких форм раннего детского аутизма различного генеза имеет общие радикалы, выраженные в большей или меньшей степени. Поэтому их изучение, поиски психолого-онтогенетических закономерностей правомерны, несмотря на различие этиологии. В этом плане существует бесспорная аналогия с другими аномалиями развития, этиология которых также имеет широкий диапазон, включающий наследственные и экзогенно-органические причины.

Аутизм, как это видно из названия синдрома, является основным, стержневым образованием, во многом определяющим клинико-психологическую структуру этой аномалии развития. Он проявляется в отсутствии или значительном снижении контактов с окружающими, «уходе в себя», в свой внутренний мир, наполненность и характер содержания которого зависят от уровня интеллектуального развития, возраста ребенка, особенностей течения заболевания.

Слабость либо отсутствие контактов наблюдаются по отношению, как к близким, так и сверстникам. Аутичный ребенок, будучи дома с родными или в детском коллективе, большей частью ведет себя так, как будто находится один: он смотрит мимо, не отзывается на зов, не обращает внимания на действия других. Он играет один или «около» детей, нередко разговаривает сам с собой, а чаще молчит. Все его проявления вовне, даже игра, скупы, а в тяжелых случаях ограничиваются бедным набором стереотипных движений и мимики.

Ребенок тщательно скрывает свой внутренний мир от окружающих, часто ни о чем не рассказывает сам, не отвечает на вопросы. Нередко только по косвенным признакам, случайным звукам, а иногда неожиданным фразам близкие могут догадаться о его переживаниях, игре, фантазиях, страхах.

Аутизм, избегание контакта, очевидно, имеет отношение к тому, что эти дети часто эмоционально не дифференцируют неодушевленные предметы от одушевленных, а нередко предпочитают первые, питая к одушевленному значительную неприязнь. Обращает на себя внимание отсутствие эмоционального резонанса на окружающую ситуацию, нередко холодность и безразличие даже к близким, часто сочетающиеся с повышенной ранимостью, пугливостью, чувствительностью к резкому тону, громкому голосу, малейшему замечанию в свой адрес. Но иногда коротким высказыванием, одной фразой такой ребенок неожиданно может обнаружить тонкое понимание какой-либо ситуации. Характерна болезненная гиперстезия к обычным сенсорным раздражителям: тактильным, температурным, свету, звукам. Обычные краски действительности для такого ребенка чрезмерны, неприятны, травмирующие. Поэтому окружающая среда, нормальная для здорового ребенка, для аутичного ребенка является источником постоянного отрицательного фон ощущений и эмоционального дискомфорта. Человеческое лицо особенно часто бывает сверхсильным раздражителем, отсюда избегание взгляда, прямого зрительного контакта. Ребенок как в скорлупу

«уходит» в свой внутренний мир от чрезмерных раздражителей, игры чисто носят манипулятивный характер. При этом характерно предпочтение манипуляций с неигровыми предметами: палочками, бумажками и т. д.

Аутистические фантазии, как правило, также имеют фабулу, оторванную от реальности, нередко вычурно-сказочную. Иногда имеется сюжет перевоплощения в животных. В отличие от игр и фантазий здорового ребенка в этих случаях наблюдаются полный отрыв от реальности, захваченность всего поведения фантастическим сюжетом. Так, считая себя собачкой, зайчиком, волком, ребенок требует не называть его по имени, по-особому кормить, ложится спать на полу и т. д. В причудливом содержании фантазий и игр нередко можно уловить компенсаторную тенденцию изживания страхов, чувства собственной неполноценности. Иногда фантазии носят агрессивный характер, отражающий как гиперкомпенсаторные проявления, так и расторможенность влечений.

Аутизм отчетливо проявляется и в речи этих детей. Нередко при потенциально большом словарном запасе и способности к сложным оборотам дети не пользуются речью для общения. В одних случаях, это может быть полный или почти полный мутизм, в других — аутичная речь, обращенная в пространство, к самому себе, эхоталии при ответах на вопросы. Характерно неупотребление личных местоимений, речь о себе во втором или третьем лице. Тембр и модуляция голоса неестественны, часто вычурны и певучи. При недоразвитии коммуникативной функции речи нередко наблюдается повышенное стремление к словотворчеству, неологизмам, бесцельному манипулированию звуками, слогами, отдельными фразами из стихов и песен.

Как в игре, так и в поведении в целом обращает на себя внимание плохая моторика, неловкость произвольных движений, особая трудность в овладении элементарными навыками самообслуживания, еды и т. д. Неврологическое обследование обнаруживает мышечную гипотонию. Наряду с неловкостью и слабостью, особенно рук, характерны манерность и вычурность движений, склонность к гримасничанью, неожиданным и своеобразным жестам, трудно отличимым от навязчивых ритуалов.

Такова внешняя картина поведения ребенка с ранним детским аутизмом. Все эти особенности прослеживаются в динамике развития аутичного ребенка с самого раннего возраста и, по существу, формируют специфическую аномалию его развития.

Уже до полуторагодовалого возраста выявляется слабость психического тонуса: общая вялость, недостаточность инстинктивной сферы (плохой аппетит, слабость инстинкта самосохранения, реакций на дискомфорт, мокрые пеленки, холод и т. д.). Ходьба долго остается неуверенной, страдает развитие целенаправленных действий. Но в то же время нередко наблюдается обилие стереотипных движений, ритмических разрядов, импульсивных действий. Едва научившись ходить, такой ребенок часто импульсивно бежит, не замечая края, опасности.

В отличие от моторики в развитии речи нередко наблюдается опережение, но часто уже с самого начала речь отличается аутичностью, наличием «автономности», превалированием неологизмов. Маленький ребенок, едва научившись говорить, может одержимо повторять отдельные слова, читать стихи, аффективно расставляя интонационные акценты. Таким образом, более сложные психические процессы, такие, как речь, развиваются раньше, чем более элементарные.

Уже с раннего детства отмечается сенсорная и эмоциональная гиперестезия: даже в младенческом возрасте дети отрицательно реагируют на яркие игрушки, страдают от громких звуков, прикосновений одежды. Сначала эта чувствительность приводит к чрезмерной ориентировочной реакции, состоянию возбужденности. В дальнейшем она как бы истощается, внимание ребенка становится трудно привлечь, он мало или совсем не реагирует на обращение, игрушку, что иногда приводит к ложным опасениям в отношении слепоты или глухоты. К 2,5-3 годам часто нарастают стереотипные двигательные разряды, появляются однообразные аутистические игры. В 3-5 лет аутичный ребенок может быть еще не приучен к опрятности, часто к элементарным навыкам самообслуживания. Такие дети могут быть чрезвычайно избирательны в еде.

К основным трудностям, мешающим психическому развитию аутичного ребенка, по этим данным могут быть отнесены следующие: дефицит психической активности; тесно связанные с ним нарушения инстинктивно-аффективной сферы; нарушения сенсорики; нарушения двигательной сферы; нарушения речи.

Эти нарушения могут быть разделены на две основные группы: одна из них связана с недостаточностью регуляторных систем (активирующей, инстинктивно-аффективной), другая — с дефицитностью анализаторных систем (гностических, речевых, двигательных).

Исходя из представлений о системной организации психических процессов, можно попытаться установить характер нарушений их взаимосвязей при раннем детском аутизме наоборот, инертная патологическая фиксация аффективных комплексов, двигательных стереотипов речевых штампов.

Таким образом, ряд психических особенностей детей с ранним аутизмом, в том числе мышления, представляются вторичными, отражающими аутистическую направленность.

При аутизме наиболее отчетливо выступают явления асинхронии формирования отдельных функций и систем: развитие речи нередко обгоняет развитие моторики, «абстрактное» мышление опережает развитие наглядно-действенного и наглядно-образного. Все это углубляет картину «искаженности» развития.

Тема №8. Психология детей с дисгармоническим развитием

Понятие «дисгармонического развития». Модели дисгармонического развития. Факторы возникновения дисгармонического развития. Характеристика дисгармонического развития.

При изучении данной темы студентам предстоит уяснить, что дисгармоническое развитие по своей структуре в определенной мере напоминает искаженное развитие. Это сходство состоит в сочетании явлений ретардации одних систем с парциальной акселерацией других. Наблюдается и сходное с искаженным развитием нарушение иерархии в последовательности развития ряда психических функций. Отличие дисгармонического развития от искаженного развития состоит в том, что основой этого вида дизонтогенеза является не текущий болезненный процесс, создающий на разных этапах различные виды искаженных межфункциональных связей, а врожденная либо рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики преимущественно в эмоционально-волевой сфере. Эта диспропорциональность, обуславливая формирование ряда аномальных вариантов личности, для которых, по Г.Е.Сухаревой, характерна «неадекватная реакция на внешние средовые раздражители, вследствие чего более или менее нарушено поведение затруднена активная приспособляемость к окружающей среде».

Моделью дисгармонического развития является ряд психопатий, в первую очередь конституциональных, большей частью наследственно обусловленных, а также т.н. патологические формирования личности в результате неправильных условий воспитания.

Отсутствие как грубых психопатологических расстройств, так и прогрессирования нарушений развития, характерных для текущего болезненного процесса, ограниченность дизонтогенеза преимущественно личностной сферой переносят акцент ряда закономерностей становления данной аномалии развития с биологического фактора на социальный. Степень выраженности психопатии и даже само ее формирование в значительной мере зависят от условий воспитания и окружения ребенка. Трудности социального приспособления способствуют формированию ряда компенсаторных и псевдокомпенсаторных образований (Г.Е. Сухарева, А.Е. Личко, В.В. Ковалев, и др.).

Как показывают клинические данные, при одном и том же заболевании могут сосуществовать различные варианты дизонтогенеза. Например, при ранней детской шизофрении можно наблюдать как задержанное и искаженное развитие, так и более грубую форму – недоразвитие (так называемой «олигофренический плюс») и даже поврежденное развитие (при злокачественном течении процесса). Эта особенность позволяет рассматривать отдельные варианты дизонтогенеза не как самостоятельные независимые образования, а скорее как синдромы аномального развития, которые нередко могут сочетаться друг с другом при преобладании какого-либо ведущего.

К показательным моделям дисгармонического психического развития относятся психопатии и патологические развития личности – аномалии психического развития, в основе которых лежит дизонтогенез эмоционально-волевой сферы.

Психопатия – стойкие нарушения адаптации в поведении, возникающие в детском возрасте и сохраняющиеся на протяжении жизни, нередко становящиеся менее выраженными в среднем и пожилом возрасте.

Аномальный человек – отклоняющийся от стандарта, групповой нормы, не вписывающийся в обыденную жизнь (Шнейдер К.: из-за своего характера страдает сам, и страдают окружающие)

Психопатии

Обусловленные мягкой задержкой развития	Искажения психического развития	Психоорганические
<ul style="list-style-type: none"> - инфантильные (ювенильные): легкомыслие, легко чувствие, образность мышления, склонность к фантазиям, эгоцентризм, упрямство, внушаемость; - неустойчивые, - истерические (НЛП) 	<ul style="list-style-type: none"> - паранояльная: сверхценные идеи, высокая с.о., - эпилептоидная (возбудимые психопаты) - циклоиды (Дюма ст); - шизоиды: способность к абстрактному мышлению, внешняя холодность, внутренняя ранимость, - астеники: комплекс неполноценности; - психастеники (Дарвин Ч.): сомнение во всем и везде, мягкие и застенчивые, самолюбивые и ранимые, - ананкасты: навязчивость, педантичность, холодность и рассудительность (до наглости) 	<p>обстоятельность мышления, вязкость, дисфория</p>

Психопатия представляет собой стойкий дисгармонический склад психики.

Ее клинико-психологическая структура ограничена кругом аномальных личностных свойств, не имеющих самостоятельной тенденции к прогрессированию, хотя и видоизменяющихся под влиянием ряда социальных и биологических факторов. Эта дисгармония личности лежит в основе нередких стойких нарушений адаптации к социальной среде, склонности к декомпенсации при изменении привычных условий.

Систематика психопатий и в настоящее время представляет большие трудности. Это связано с многообразием психопатических вариантов личности, их промежуточным положением и нечеткостью границ между нормальными вариантами характера и психическими заболеваниями. Большое значение имеют социальные факторы, определяющие личностную структуру и не укладывающиеся в клиническую терминологию. Так, в классификации психопатий Е. Крепелина (1915) выделяются семь групп: возбудимые, безудержные, импульсивные, лгуны и фантасты, враги общества, патологические спорщики. Очевидно отсутствие единства критериев этой классификации (наличие феноменологического, социального, клинико-описательного принципов). К. Шнайдер (1923) выделял гипертимных личностей, депрессивных, неуверенных в себе, фанатичных, ищущих признания, эмоционально-лабильных, эксплозивных, бездушных, безвольных, астенических.

Э. Кречмер (1921): по критериям сходства клинико-психологической картины ряда психопатий с особенностями личности при шизофрении, эпилепсии и маниакально-депрессивном психозе и на этом основании выделял шизоидные, циклоидные, а впоследствии и эпилептоидные психопатии.

В классификации П.Б. Ганнушкина (1933), использующей ряд критериев, выделены циклоиды, эпилептоиды, шизоиды, истерические характеры, неустойчивые, антисоциальные личности, конституционально глупые, параноики, астеники. О.В. Кербиков (1971) делит психопатии по этиологическому признаку на конституциональные, органические и краевые.

Подавляющая часть классификаций психопатий у детей и подростков сходна с вышеуказанными. Н.И.Озерецкий (1943), М.С.Певзнер (1941), Г.Е.Сухарева (1959) разграничивают основные варианты психопатий по их этиологии (конституциональные и органические). Г.Е. Сухарева выделяет также группу психопатий, имеющую смешанное происхождение, но объединенную общностью патогенеза — явлениями недоразвития эмоционально-волевой сферы («дисгармонический инфантилизм»: неустойчивые, истерические личности, псевдологи). Классификации А.Е. Личко (1977), В.В. Ковалева (1979) построены на обобщении классификаций П.Б. Ганнушкина, Г.Е. Сухаревой, О.В. Кербикова.

Этиология психопатий связывается либо с генетическими, наследственными факторами (конституциональные формы психопатий), либо экзогенными вредностями, действующими на ранних этапах онтогенеза (органические формы психопатий) и в ряде случаев создающими так называемые фенокопии генетических пороков развития. Некоторые виды психопатий могут иметь как наследственное, так и экзогенное происхождение.

Ряд авторов (О.В. Кербиков, В.А. Гурьева, В.Я. Гиндикин, В.В. Ковалев) не исключают возможности формирования психопатии под влиянием длительно действующих и деформирующих развитие личности ребенка средовых факторов.

Патогенез психопатий мало изучен. С позиций исследуемых нами закономерностей аномалий развития представляет большой интерес мнение о парциальном инфантилизме как основе аномалии развития личности при всех видах психопатий (Е. Крепелин) или их значительной части (Г. Е. Сухарева). Г. Е. Сухарева связывает патогенез психопатий с нарушенным формированием корково-подкорковых связей. Подчеркивая психическую дисгармонию как основное свойство психопатии, она выводит эту дисгармонию из трех вариантов нарушений формирования личности: задержанного (психопатии по типу «дисгармонического инфантилизма»), искаженного (конституциональные психопатии) и поврежденного (органические психопатии).

Несмотря на разнообразие классификаций, сложности вопросов патогенеза, клинико-психологическая структура отдельных вариантов психопатий разными авторами описывается достаточно сходно. Это касается и описаний психопатий в детском возрасте.

Ядерную группу составляют так называемые конституциональные психопатии, как правило, имеющие наследственное происхождение. Сюда относятся шизоидные, эпилептоидные, циклоидные, психастенические и в значительной части истерические психопатии.

Ребенку с шизоидной психопатией присущи черты аутизма; одиночество и мир фантазий он предпочитает обществу сверстников. Его эмоциональная сфера характеризуется дисгармоничным сочетанием повышенной чувствительности и ранимости в отношении собственных переживаний и интересов и парадоксальным для детского возраста отсутствием непосредственности, жизнерадостности, определенной внешней сухостью по отношению к родным и другим окружающим.

Своеобразная асинхрония психического развития характерна для этих детей с раннего детства. Развитие речи обгоняет развитие моторики. Дети с трудом овладевают навыками самообслуживания, отказываются принимать участие в подвижных играх. Непосредственному общению в игре они предпочитают беседы со взрослыми. В начальных классах школы они испытывают трудности при овладении моторными навыками письма. Несмотря на часто высокий интеллект, они нередко являются предметом насмешек сверстников из-за неконтактности, эмоциональной неадекватности, плохой ориентировки в конкретной ситуации.

Таким образом, в проявлениях шизоидной психопатии имеется значительное сходство с легкими формами синдрома раннего детского аутизма, в том числе шизофренического генеза.

Для многих детей с шизоидной психопатией характерны раннее возникновение интеллектуальных интересов, любовь к чтению, природе. В школе их часто привлекают математика, физика, другие точные науки. Нередка склонность к коллекционированию. Часто обращает на себя внимание хорошая речь. Одежда, еда, житейские удобства не вызывают интереса. Продуктивность в занятиях может страдать от рассеянности, связанной с сосредоточенностью на внутреннем мире. Внешняя эмоциональная сухость вялость, отсутствие детской жизнерадостности часто сочетаются с внутренней сензитивностью и ранимостью, тонкой чувствительностью.

По мнению Л.С.Выготского и М.С.Певзнер, аутистические установки шизоидов не обуславливают полного отрыва от окружающих, как это характерно для шизофрении, а порождают замещающие формы общения и деятельности: вместо контактов с детьми — общение со взрослыми, вместо игры — ранняя фиксация на интеллектуальной деятельности.

Клинико-генетические исследования последних лет указывают на значительную частоту лиц с шизоидной психопатией в семьях больных шизофренией, а также ряд данных психологического исследования особенностей мыслительной деятельности родственников лиц, больных шизофренией вновь ставят вопрос о возможном генетическом сродстве этих явлений.

Сходные соотношения имеются между эпилепсией и эпилептоидной психопатией. Выше описывалась клинико-психологическая структура эпилептической деменции, обусловленной эпилептической болезнью. Отмечалась специфичность слабоумия при эпилептической болезни, особенности личностной сферы.

При эпилептоидной психопатии нет типичных для эпилепсии судорожных расстройств, явлений слабоумия. Речь идет лишь о стойких характерологических особенностях в виде эмоциональной вязкости, напряженности эмоций и влечений, склонности к немотивированным колебаниям настроения по типу дисфорий (Г.Е. Сухарева, 1959 и др.).

В исследованиях А.С. Емельянова (1972) показана динамика развития эпилептоидной психопатии в детском возрасте. Уже в возрасте 2-3 лет для этих детей характерны бурные и затяжные аффективные реакции, в особенности связанные с чувством физического дискомфорта. В более старшем возрасте на первый план выступают агрессивность, нередко с садистическими наклонностями, длительное состояние озлобленности при невыполнении требований, упрямство, иногда мстительность. Этим детям свойственна повышенная до педантичности аккуратность, гипертрофированное стремление к установленному порядку.

В детском коллективе они трудны не только из-за силы и длительности своих аффективных вспышек, эмоциональной вязкости, но из-за конфликтности, связанной с постоянным стремлением к самоутверждению, властности, жестокости.

Эпилептоидная психопатия у взрослых характеризуется полярностью эмоциональной сферы: наряду со взрывчатостью, жестокостью — склонность к угодливости и слащавости. У детей этот второй полюс практически не наблюдается; не исключено, что его формирование в более старшем возрасте связано с гиперкомпенсаторными механизмами (Б.В. Зейгарник, 1976).

Циклоидный тип психопатии, при котором имеется склонность к немотивированным колебаниям настроения от пониженного субдепрессивного до повышенного маниакального, в детском возрасте диагностируется редко. Несколько чаще речь идет о гипертимном варианте, при котором имеется преобладание повышенного фона настроения со склонностью к шуткам, озорству, чрезмерной общительности. В коллективе сверстников эти дети трудны из-за своей неугомонности, гиперактивности, невыносливости ограничений (А.Е. Личко, 1977).

Психастенические личности, склонные к тревожности, мнительности, диагностируются и в детском возрасте (Г.Е. Сухарева, 1959). Уже в 3-4 года у этих детей наблюдаются страхи за жизнь и здоровье свое и близких, тревожные опасения, легко возникающие по любому поводу, боязнь нового, незнакомого, склонность к навязчивым мыслям и действиям. В школьном возрасте появляются навязчивые сомнения и опасения, патологическая нерешительность.

Ближе к подростковому возрасту мнительность принимает нередко характер ипохондричности, навязчивые страхи часто «обрастают» защитными ритуалами.

Как компенсаторное образование, связанное с тревогой перед всем новым и незнакомым, возникает педантичная склонность к порядку, неизменному режиму, любое нарушение которого вызывает состояние тревоги.

Истерическая психопатия не всегда имеет конституциональный характер, в части случаев она может быть обусловлена негрубыми экзогенными вредностями, нередко обменно-трофического характера, перенесенными в раннем детстве. В отличие от вышеперечисленных шизоидной, эпилептоидной, психастенической психопатий, часто встречаемых у лиц мужского пола, истерическая психопатия наиболее часто наблюдается у женщин и соответственно у девочек.

Г.Е. Сухарева (1959), отмечая психическую незрелость как основу данного варианта психопатии, однако, указывает на дисгармоничность этого инфантилизма, подчеркивает выраженную диссоциацию отдельных его компонентов. Свойственные инфантильным личностям эгоцентризм, повышенная внушаемость, сенсорная жажда, неспособность к волевому усилию имеют здесь своеобразный характер. С ранних лет обращает внимание тяжелая капризность.

«Жажда признания» наблюдается уже в дошкольном возрасте. Эти девочки нередко стремятся привлечь к себе внимание различными вымыслами, большей частью украшающего характера, очень ревнивы к похвалам в адрес других, из-за чего часто вступают в конфликты. В школьном возрасте завистливость, ревнивость сочетаются с демонстративностью поведения. Стремление привлечь к себе внимание часто проявляется в утрированном характере одежды, прически.

Неспособность к волевому усилию приводит к тому, что даже при хорошем интеллекте успехи в учебе часто значительно ниже возможностей. Ущемленное в связи с этим самолюбие приводит к частым конфликтам с учителями, а иногда вымыслам и оговорам.

В подростковом возрасте особенно типичны усиленное кокетство, склонность к интригам, а иногда и вымыслам сексуального содержания. Даже в детском и подростковом возрасте, типичный для истерической психопатии конфликт между жаждой признания и инфантильной неспособностью к волевому усилию, определяет сущность психической дисгармонии.

Психопатии типа неустойчивых (по Г.Е. Сухаревой, 1959) также представляют собой вариант дисгармонического инфантилизма. Такие дети отличаются незрелостью интересов, поверхностностью, нестойкостью привязанностей, импульсивностью поступков, действиями по первому побуждению. Малая продуктивность в занятиях и при хорошем интеллекте связана с неспособностью к длительной целенаправленной деятельности. Привычка уходить от трудностей в сочетании с «сенсорной жаждой» является частой причиной побегов из дома, школы, стремления к бродяжничеству. Безответственность, несформированность моральных запретов обуславливают выход из затруднительных ситуаций посредством обманов, вымыслов.

Будучи повышенно внушаемы, эти дети легко усваивают социально-отрицательные формы поведения.

В подростковом возрасте они нередко попадают в асоциальные группы, где, как правило, играют подчиненную роль (А.Е. Личко, 1977).

Психопатия типа неустойчивых может быть как конституционального генеза, так и возникать под влиянием ранних, чаще первых лет жизни, вредностей.

В первом случае ее проявления будут частично сходны с чертами конституционального инфантилизма, однако будут отличаться от него наличием более выраженной психической дисгармонии: частой аффективной возбудимостью, склонностью к расторможению влечений.

Органические психопатии (Г.Е. Сухарева, 1959; О.В. Кербиков, 1971) связаны с ранним поражением нервной системы во внутриутробном периоде, при родах, в первые годы жизни.

Среди органических психопатий наиболее часто встречается возбудимый (эксплозивный) тип. Он чаще наблюдается у мальчиков. Его клинической основой является аффективная и двигательная возбудимость. Уже в возрасте 2—3 лет эти дети обращают на себя внимание легкостью возникновения аффективных вспышек со злобностью, агрессией, упрямством, негативизмом. Тяжелые аффективные разряды чаще имеют астенический исход с расслабленностью вялостью, слезами. Эти дети представляют значительные трудности в коллективе: они бьют сверстников и младших, дерзят взрослым. При органической психопатии по возбудимому типу наблюдаются и немотивированные колебания настроения в виде дисфорий.

В ответ на малейшее замечание у этих детей возникают бурные реакции протеста, уходы из дома, школы. В подростковом возрасте сложившаяся стойкая конфликтная ситуация в школе способствует «выталкиванию» такого подростка в асоциальное внешкольное окружение, делает его уязвимым в отношении правонарушений (А.Е. Личко, 1977).

Для органической психопатии по бестормозному типу (Г.Е. Сухарева, 1959) характерны повышенный эйфорический фон настроения с грубой откликаемостью на все внешние раздражители, некритичность при достаточно сохранном интеллекте. Любое внешнее впечатление легко вызывает аффективную реакцию, однако, очень короткую. В школьном возрасте бестормозность часто

способствует формированию патологии влечений, импульсивным сексуальным эксцессам, склонности к бродяжничеству и т. д.

М.С. Певзнер (1941) описан такой тип психопатий после перенесенного в раннем возрасте эпидемического энцефалита.

Клинически «чистые» варианты психопатий достаточно редки. большей частью имеется переплетение черт, свойственных разным видам психопатий.

Таковы самые основные проявления психопатий у детей.

Диагностика психопатий в детском возрасте представляет определенные трудности, что связано с незавершенностью формирования личности. Кроме того, у детей такие характерные для ряда психопатий черты, как повышенная эмоциональная возбудимость и неустойчивость поведения, преобладание примитивных потребностей и влечений, до известной степени являются физиологическими. А.Е. Личко (1977), В.В. Ковалев (1979) и др. указывают на различный возраст структурирования отдельных видов психопатий. В связи с тем, что патологические черты характера в благоприятных условиях воспитания могут редуцироваться, Г.Е. Сухарева (1959), В.В. Ковалев (1979) и другие детские психиатры предостерегают от широкой диагностики психопатии до юношеского возраста.

В детском возрасте наиболее отчетливо выступает сочетание биологического и социального факторов в формировании различных типов психопатий. Несмотря на биологически обусловленные предпосылки темперамента, становление психопатии реализуется в соответствующих неблагоприятных средовых условиях, способствующих ее формированию. По мнению Г.Е. Сухаревой (1959), «врожденной или рано приобретенной недостаточностью определяются лишь основные, структурные особенности данной дисгармонической личности, только тенденция к определенному типу реагирования, тогда как актуализация этой тенденции зависит от социальной среды и воспитания».

Роль неблагоприятного средового фактора особенно очевидна в декомпенсации состояния у так называемых акцентуированных личностей, представляющих собой варианты, пограничные между нормой и психопатией, и, наоборот, благоприятные средовые условия способствуют сглаживанию патологических черт характера, компенсации психопатии.

Помимо социальных факторов большая роль в декомпенсации психопатии принадлежит и биологическому фактору: соматическому неблагополучию, кризисным возрастным периодам, характеризующимся эндокринно-вегетативным дисбалансом.

В динамике становления психопатии О.В. Кербинов (1961, 1971), В.В. Ковалев (1973, 1979) различают ряд этапов: сначала отдельные патологические реакции, возникающие в ответ на провоцирующие влияния среды, затем более длительные патологические состояния и, наконец, формирование психопатии как стойкой девиации личности.

Г.Е. Сухарева (1932), Л.С. Выготский (1936), М.С. Певзнер (1941) указывают, что ряд психопатических свойств имеет тенденцию закрепляться по механизму «порочного круга». Так, аутизм шизоидного ребенка нередко вызывает настороженное отношение к нему со стороны сверстников, что вторично еще более углубляет его аутизм. Аффективная возбудимость эпилептоидного ребенка, способствуя конфликтам, создает для него сложное положение в среде сверстников, ситуацию враждебности, подозрительности. Таким образом, сама психопатическая личность как бы утяжеляет окружающую среду, внося в нее дисгармонию и конфликт, тем создавая новый порочный круг, фиксирующий и усиливающий патологические черты характера. Ряд симптомов (страхи, робость, нерешительность, паранойальность), наблюдаемые у детей с различными видами психопатий, рассматривается как вторичные реактивные образования.

Г.Е. Сухарева (1959), квалифицируя эти формы как «патологическое развитие личности» вследствие неблагоприятных условий воспитания, отличает их от психопатий не только по этиологии, ряду клинических особенностей, но и принципиальной возможности обратимости.

Патологическое формирование личности тем не менее также можно отнести к типу дисгармонического развития. Как указывалось, его этиологией являются неблагоприятные условия воспитания, длительная психотравмирующая ситуация.

Два фактора патологического формирования личности:

1) закрепление патологических реакций (имитация, протест, пассивный и активный отказ и др.), представляющих собой форму ответа на психотравмирующую ситуацию; фиксируясь, они становятся устойчивыми свойствами личности особенно в детском возрасте;

2) непосредственное «воспитание» таких патологических черт характера, как возбудимость, неустойчивость, истеричность в результате прямой стимуляции отрицательным примером.

В систематике патохарактерологического формирования личности (В.В. Ковалев, 1973) различаются следующие основные варианты: аффективно возбудимый, тормозимый, истероидный, неустойчивый. Каждый из них связан с определенными особенностями неблагоприятной среды.

Аффективно возбудимый вариант чаще обусловлен неблагоприятной средой, в которой имеются длительная конфликтная ситуация, алкоголизм родителей, ссоры, агрессия членов семьи друг к другу, нередко жестокость. В таких семьях у ребенка часто развиваются черты аффективной взрывчатости, склонность к разрядам раздражения, гнева, неадекватных вызвавшему их раздражителю, повышенная готовность к конфликтам. Эти черты формируются или как имитация аналогичного поведения взрослых, или, наоборот, как закрепление реакции протеста. Постепенное изменение темперамента характеризуется стойким сдвигом настроения в сторону угрюмости, нередко злобности.

Истероидный вариант патологического развития личности, как и истерическая психопатия, чаще наблюдается у девочек. Он может формироваться как в среде, аналогичной вышеописанной, при аффективно возбудимом варианте (в этом случае истерические реакции возникают как реакции протеста), но может возникнуть и в изнеживающей обстановке, в условиях гиперопеки, когда жажда признания культивируется в ребенке обстановкой избалованности, обожания, неправомерно завышенной оценкой его внешности, способностей и т. д. и в то же время отсутствием трудового воспитания. В этих случаях речь идет о воспитании по типу «кумира семьи».

Патологическое развитие личности по типу психической неустойчивости напоминает аналогичный тип психопатии. Но происхождение его чаще всего обусловлено условиями гипоопеки — безнадзорности, при которой у ребенка не воспитываются чувство долга и ответственности, волевые задержки, способность преодолевать трудности. Поведение зависит от желаний данного момента. Черты патологической незрелости эмоционально-волевой сферы проявляются в виде лабильности аффекта, импульсивности, повышенной внушаемости. По существу, патологическое развитие личности по неустойчивому типу является вариантом психогенного психического инфантилизма — одного из компонентов задержки психического развития, описанным выше.

Тормозимый вариант патологического развития личности чаще формируется в условиях такого типа гиперопеки, при котором авторитарность, деспотичность воспитания подавляют в ребенке самостоятельность, инициативу, делают его робким, тормозимым, обидчивым, а впоследствии — пассивным, неуверенным в своих силах.

К тормозимому варианту по условиям возникновения и клинико-психологической структуре близко невротическое формирование личности, возникающее в тех случаях, когда психотравмирующая семейная ситуация приводит к развитию у ребенка невроза, а затем и формированию таких личностных черт, как боязливость, ипохондричность, склонность к страхам.

Невротическое развитие личности легко возникает у соматически ослабленных детей при неблагоприятных средовых условиях.

Развитие личности как по тормозимому, так и невротическому типу также влечет за собой вторичную инфантилизацию ребенка, так как лишает его активности, самостоятельности и инициативы.

К дисгармоническому развитию можно отнести и так называемую невропатию — особый вид аномалии эмоционально-волевой сферы, обусловленный неустойчивостью регуляции вегетативных функций (Г.Е. Сухарева, Т.П. Симеон, В.В. Ковалев и др.). Эта аномалия может иметь как конституциональный характер — «конституциональная детская нервность», связанная с генетическим фактором, так может быть вызвана ранними экзогенными вредностями.

Первичная дефектность вегетативной системы обуславливает склонность к нарушениям сна, аппетита, неустойчивости температурной регуляции, чувствительности к метеорологическим колебаниям и т. д.

Отклонения в нервно-психической сфере, в основном в эмоциональной, возникают вторично. Неустойчивость вегетатики и связанное с ней ощущение постоянного сомато-психического дискомфорта, в одних случаях, способствуют формированию личности тормозимой, малоактивной, повышено чувствительной и легко истощающейся; в других — возбудимой, раздражительной, двигательной расторможенной.

Г.Е. Сухарева (1955): два варианта невропатии: астенический и возбудимый (реже набл.).

Дети, страдающие невропатией, как правило, повышено впечатлительны и ранимы, в связи с чем у них легко возникают неврозы страха, заикание, тики, энурез и т. д.

Невропатия, как и задержанное развитие, является аномалией развития, наиболее типичной для детского возраста. По мере созревания вегетативной нервной системы в школьном возрасте она часто сглаживается, но иногда, в неблагоприятных условиях воспитания, является основой для формирования психопатии либо патологического развития личности тормозимого типа (В. В. Ковалев).

Особым видом дисгармонического развития является аномалия психического развития, связанная с отклонением темпа полового созревания. Если при невропатии первичный дефект обусловлен вегетативной дистопией, то здесь речь идет о нарушении вегетативно-эндокринной

регуляции, в одних случаях приводящей к замедлению темпа полового созревания (его ретардации), в других — ускорению (акселерации).

Эти аномалии развития могут быть обусловлены как генетическими особенностями, так и экзогенно обусловленной органической недостаточностью нервной системы. Этот тип аномалии отличается от явлений ретардации и акселерации полового созревания, наблюдаемого и в рамках физиологических проявлений, не достигающих степени аномалий, более или менее выраженной дисгармоничностью физического и нервно-психического развития (М. Блейлер, К.С. Лебединская, В. Кречмер).

Так, при задержке полового развития церебрального генеза будут наблюдаться недоразвитие моторики (медлительность, неуклюжесть движений), эмоционально-волевой сферы (несамостоятельность, повышенная внушаемость, трусливость).

Однако в отличие от вышеописанной аномалии развития по «задержанному» типу здесь будут отмечаться признаки специфической дисгармонии: черты двигательной и эмоциональной незрелости будут сочетаться с чрезмерной речевой продукцией — склонностью к бессодержательным рассуждениям, болтливости, сентенциям. Не исключено, что эта излишняя вербализация в определенной мере имеет компенсаторное происхождение и связана с реакцией личности на свою моторную несостоятельность. Двигательная неловкость, часто сочетающаяся с ожирением, склонность к болтливости, трусливость нередко делают этих детей объектом насмешек со стороны сверстников, что способствует возникновению невротических расстройств. Данная аномалия развития может иметь временный характер, сглаживаясь после пубертатного возраста по мере завершения запоздалого полового метаморфоза. Однако в ряде случаев черты «гипогенитальной конституции» в виде своеобразного сочетания описанных особенностей моторики, эмоциональной сферы и речи могут проследиваться и во взрослом возрасте как стойкая аномалия развития.

Ускоренное половое созревание церебрально-органического генеза по наличию ряда признаков вегетативно-эндокринной дисфункции, энцефалопатических расстройств, как указывалось, отличается от акселерации полового созревания, наблюдаемого в рамках физиологических возрастных проявлений. Ускоренное половое созревание церебрально-органического генеза часто формирует аномалию психического развития, по своим проявлениям в определенной мере обратную, чем та, которая наблюдается при задержке полового развития (К.С. Лебединская, 1969). К ее проявлениям относятся односторонняя взрослость интересов, связанная с ранним пробуждением сексуальности и других влечений, а также аффективная возбудимость, взрывчатость, обусловленные дисгармоничной эндокринной перестройкой. Такие подростки часто тяготеют к школе, стремятся к самостоятельному образу жизни, трудоустройству. Однако в этих намерениях они, как правило, оказываются несостоятельными, так как их интеллектуальный уровень не может обеспечить соответствующую неадекватным, односторонне «взрослым» установкам социальную адаптацию.

По мере нормализации эндокринной формулы уменьшаются напряженность влечений и аффективная возбудимость. В благоприятных средовых условиях девиация поведения претерпевает обратное развитие. Однако при наличии неблагоприятного окружения эти патологические черты являются предпосылками для патологического развития личности с явлениями аффективной возбудимости, расторможенности влечений, асоциальным поведением.

Описание аномалий развития, отнесенных нами к дисгармоническому типу — психопатий, невропатий, патологического развития личности, дизонтогенез при отклонении темпа полового созревания, как правило, принадлежит клиницистам. В детской патопсихологии они почти не исследовались.

При дисгармоническом типе внутри эмоциональной сферы наблюдаются различные варианты асинхронии развития элементарных и высших эмоций. Страдают элементарные эмоции при всех психопатиях. Большей частью оно проявляется в динамических расстройствах: повышенной возбудимости, патологической лабильности либо инертности, вязкости или вялости аффекта. Однако имеет значение и преимущественная для той или иной психопатии модальность эмоций. Недостаточность же высших эмоций имеет дизонтогенетический характер: чаще речь идет об их недоразвитии либо задержке формирования (при психопатии и патологическом развитии типа неустойчивых, истероидных, бестормозных и др.), реже — элементах частичной акселерации (при шизоидной психопатии, психастении). Можно предположить неслучайный характер сочетаний патологии элементарных эмоций с отклонениями в развитии высших: патологически повышенная возбудимость элементарных эмоций и влечений тормозит формирование высших. Гораздо сложнее понимание сочетания слабости элементарных эмоций, инстинктов и влечений с определенной парциальной акселерацией в развитии некоторых высших эмоций. При психопатиях и патологическом развитии личности наблюдается также дисгармония между эмоциональной и интеллектуальной сферами. Даже первично сохранный интеллект не регулирует эмоциональную

сферу, в том числе ее базальный уровень, а часто находится от него в большей зависимости, чем это наблюдается в норме. В этом плане можно говорить об измененности иерархических связей.

Однако при некоторых вариантах дисгармонического развития, в первую очередь конституциональных психопатиях, наблюдается отчетливая дисгармония и в самой интеллектуальной сфере. Различные сочетания диссоциаций развития в эмоциональной и интеллектуальной сферах создают значительный полиморфизм проявлений, которым отличаются разные варианты дисгармонического развития.

Тема №9. Девиантное поведение детей. Акцентуации характера

Девиантное поведение. Причины девиаций. Формы девиантного поведения. Стратегии социально-педагогической профилактики и психологической коррекции девиантного поведения. Мифы педагогов в отношении подростков с девиантным поведением. Перспективная схема помощи педагогам. Суицидальное поведение в детском и подростковом возрасте. Понятие «Акцентуации характера». Типы акцентуаций.

В педагогической литературе под девиантным поведением понимается отклонение от принятых в данном обществе, социальной среде, ближайшем окружении, коллективе социально-нравственных норм и ценностей, нарушение процесса усвоения и воспроизводства социальных норм и культурных ценностей, а также саморазвития и самореализации в том обществе, к которому человек принадлежит, совершаемых как в рамках психического здоровья, так и в различных формах нервно-психической патологии, особенно пограничного уровня.

В медицинской литературе под девиантным поведением понимается отклонение от принятых в данном обществе норм межличностных взаимоотношений: действий, поступков, высказываний, совершаемых как в рамках психического здоровья, так и в различных формах нервно-психической патологии, особенно пограничного уровня.

В психологической литературе девиантным называется поведение, отклоняющееся от социально-психологических и нравственных норм. Либо как ошибочный антиобщественный образец решения конфликта, проявляющийся в нарушении общественно принятых норм, либо в ущербе, нанесенном общественному благополучию, окружающим и себе. Несмотря на некоторые различия, все авторы главным критерием девиаций считают нарушение норм, принятых в данном обществе.

Наиболее общей причиной социального характера, как ни странно, является отношение общества к подросткам. Проблемы подросткового возраста и трудных подростков возникли только тогда, когда общество стало рассматривать подростков как особую группу людей и наделять их особыми правами.

Среди причин психологического и социального характера традиционно выделяют:

- 1) дефекты правового и нравственного сознания;
- 2) содержание потребностей личности;
- 3) особенности характера;
- 4) особенности эмоционально-волевой сферы.

Следует остановиться на причинах, связанных с возрастными кризисами. Развитие ребенка в школьные годы не всегда происходит безболезненно. В возрасте от 7 до 17 лет подрастающий человек проходит несколько стадий возрастного развития, на каждой из которых происходят значительные изменения физического и психологического состояний, меняются эмоциональные и коммуникативные восприятия. Далеко не все дети при этом хорошо владеют своими мыслями, чувствами и поступками. Возрастные кризисы характеризуются переходом к новому типу взаимоотношений со взрослыми, рассматриваются как условные обозначения более или менее выраженных состояний конфликтности при переходе от одного периода возрастного развития в другой, они часто сопровождаются депрессивными состояниями, выраженной неудовлетворенностью собой, а также трудноразрешимыми проблемами внутреннего (личностного) и внешнего (межличностного) характера. В связи с вышесказанным период подросткового кризиса наиболее чувствителен для возникновения различного рода девиаций.

Среди конкретных причин возникновения отклонений в поведении наибольшее значение имеют проблемы в семье:

- неблагополучие, разлад в семье;
- педагогическая некомпетентность родителей, нарекания, брань при взаимодействии с членами семьи, наказание по пустякам;
- непонимание или незнание родителями трудностей детей;
- алкоголизм родителей;
- сам факт принадлежности к неблагополучной семье.

В психологии характера, наряду с понятием «черты характера», «особенности характера», существует и понятие «акцентуации характера». Понятие «акцентуации» впервые ввел немецкий психиатр и психолог Карл Леонгард. Им же была разработана и описана известная классификация типов акцентуации личности. В нашей стране получила распространение иная классификация, предложенная известным детским психиатром А.Е. Личко. В том и другом подходе сохраняется общее понимание смысла акцентуации.

Акцентуации характера — это крайние варианты его нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, отчего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных: воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим.

Акцентуации характера большинство типов именно в подростковом возрасте оказываются наиболее выраженными, что все же, как правило, не препятствует удовлетворительной социальной адаптации. К концу подросткового периода или по миновании его проявления акцентуации могут сгладиться или быть компенсированы настолько, что, кроме как при особых обстоятельствах, не выявляться вовне. Иначе говоря, явные акцентуации в подростковом возрасте могут по его миновании стать скрытыми.

Однако подростки с явными акцентуациями характера и проявлениями суицидального поведения составляют группу «повышенного риска» — они податливы к определенным пагубным влияниям среды или психическим травмам. Если психическая травма или сложившаяся ситуация наносит удар по «слабому месту» данного типа акцентуации, то соответствующие черты характера могут раскрыться пыльным цветом, отражаясь на всем поведении, заостряясь до психопатического уровня. В таких случаях можно говорить о психопатических реакциях у акцентуированных подростков, имея в виду, что изменения обстановки, сглаживание следов психической травмы, разрешение ситуации все вернет в обычное русло.

Тяжелые или длительные психические травмы могут при акцентуациях характера быть причиной затяжных реактивных состояний (неврозов, реактивных депрессий и т.п.). Наиболее частыми в подростковом периоде нарушениями, возникающими на фоне акцентуаций характера, являются транзиторные непсихотические девиации поведения — делинквентность, алкоголизация, суицидальное поведение и др. Смена обстановки на более благоприятную, как правило, устраняет эти нарушения. Подоплекой этих ситуативно-обусловленных девиаций поведения могут быть поведенческие реакции, как общие для детей и подростков (реакции оппозиции, имитации, компенсации, гиперкомпенсации), так и специфически-подростковые (реакции эмансипации, группирования со сверстниками, увлечения, реакции, обусловленные формирующимся сексуальным увлечением).

В целом же проблема динамики акцентуаций характера, как справедливо указывает В.В. Ковалев, разработана еще недостаточно. Однако представляется целесообразным подчеркнуть наиболее значимые феномены в динамике акцентуаций характера:

1) заострение черт акцентуированного характера в подростковом возрасте, в период их формирования, с последующим их сглаживанием и компенсацией (переход явных акцентуаций в скрытые);

2) развертывание черт определенного типа при скрытых акцентуациях под влиянием психических травм или трудных ситуаций, оказавшихся ударом по месту наименьшего сопротивления данного типа;

3) возникновение на фоне акцентуаций характера преходящих нарушений — девиаций поведения, острых аффективных реакций, неврозов и других реактивных состояний;

4) трансформация типов акцентуаций характера в силу конституционально заложенных механизмов или влияний среды;

5) формирование приобретенных психопатий, для которых акцентуация характера послужила почвой, обусловившей избирательную уязвимость в отношении определенных неблагоприятных влияний среды.

Каждому типу акцентуации характера присущи свои, отличные от других типов «слабые места», у каждого типа своя ахиллесова пята.

Наблюдения ученых побудили выделить две степени акцентуаций характера, из них одна — явная акцентуация — принадлежит к крайним, а другая — скрытая акцентуация — к обычным вариантам нормы.

Явная акцентуация. Отличается наличием выраженных черт определенного типа характера. Тщательно собранный анамнез, сведения от близких, непродолжительное наблюдение за поведением, особенно среди сверстников, позволяют распознать этот тип. Однако выраженность черт какого-либо типа не препятствует обычно удовлетворительной социальной адаптации. Занимаемое положение соответствует способностям и возможностям. Акцентуированные черты характера обычно хорошо

компенсированы, хотя в пубертатном периоде они, как правило, заостряются и могут обуславливать временные нарушения адаптации. Однако преходящая социальная дезадаптация и нарушения поведения возникают только после тех психических травм и в тех трудных ситуациях, которые предъявляют повышенные требования к «месту наименьшего сопротивления» данного типа акцентуации.

Скрытая акцентуация. В обычных условиях черты определенного типа характера выражены слабо или не видны совсем. Даже при продолжительном наблюдении, разносторонних контактах и детальном знакомстве с биографией трудно бывает составить четкое представление об определенном типе характера. Однако черты этого типа ярко выступают, порою неожиданно для окружающих, под действием некоторых ситуаций или психических травм, но только опять же тех, которые предъявляют повышенные требования к «месту наименьшего сопротивления». Психические травмы иного рода, даже тяжелые, могут не выявить типа характера. Выявление акцентуированных черт, как правило, не приводит к заметной дезадаптации или она бывает кратковременной. Самооценка может включать как латентные черты, так и черты противоположные, являющиеся следствием компенсации. Поэтому в самооценке могут фигурировать, казалось бы, несовместимые сочетания шизоидности и гипертимности, истероидности и психастеничности и т.п.

Автор А.Е. Личко выделял следующие типы акцентуаций характера: лабильный циклоид, лабильный, истероидный, психастенический, эпилептоидный, шизоидный, сенситивный, астено-невротический, конформный, неустойчивый, гипертимный, циклоидный.

В работах Карла Леонгарда используется как словосочетание «акцентуированная личность», так и «акцентуированные черты характера», причем главным остается понятие «акцентуация личности». Сама классификация Карла Леонгарда является классификация акцентуированных личностей.

Основные типы акцентуаций по К. Леонгарду:

1. Демонстративный.

Характеризуется повышенной способностью к вытеснению, демонстративностью поведения, живостью, подвижностью, легкостью в установлении контактов. Склонен к фантазерству, лживости и притворству, направленным на приукрашивание своей персоны, к авантюризму, артистизму, позерству. Им движет стремление к лидерству, потребность в признании, жажда постоянного внимания к своей персоне, жажда власти, похвалы; перспектива быть незамеченным отягощает его. Он демонстрирует высокую приспособляемость к людям, эмоциональную лабильность (легкую смену настроений) при отсутствии действительно глубоких чувств, склонность к интригам (при внешней мягкости манеры общения). Отмечается беспредельный эгоцентризм, жажда восхищения, сочувствия, почитания, удивления. Обычно похвала других в его присутствии вызывает у него особо неприятные ощущения, он этого не выносит.

Стремление к компании обычно связано с потребностью ощутить себя лидером, занять исключительное положение. Самооценка сильно далека от объективности. Может раздражать своей самоуверенностью и высокими притязаниями, сам систематически провоцирует конфликты, но при этом активно защищается. Обладая патологической способностью к вытеснению, он может полностью забыть то, о чем он не желает знать. Это расковывает его во лжи. Обычно лжет с невинным лицом, поскольку то, о чем он говорит, в данный момент для него является правдой; по-видимому, внутренне он не осознает свою ложь или же осознает очень неглубоко, без заметных угрызений совести. Способен увлечь других неординарностью мышления и поступков.

2. Педантичный.

Характеризуется ригидностью, инертностью психических процессов, тяжестью на подъем, долгим переживанием травмирующих событий. В конфликты вступает редко, выступая скорее пассивной, чем активной стороной. В то же время очень сильно реагирует на любое проявление нарушения порядка. На службе ведет себя как бюрократ, предъявляя окружающим много формальных требований. Пунктуален, аккуратен, особое внимание уделяет чистоте и порядку, скрупулезен, добросовестен, склонен жестко следовать плану, в выполнении действий нетороплив, усидчив, ориентирован на высокое качество работы и особую аккуратность, склонен к частым самопроверкам, сомнениям в правильности выполненной работы, брюзжанию, формализму. С охотой уступает лидерство другим людям.

Педантичность наносит ущерб личности только тогда, когда она приобретает болезненный характер. Способность принять решение в этих случаях настолько резко нарушена, что человек не в состоянии нормально работать. Обуреваемый сомнениями, он вновь и вновь проверяет, удовлетворителен ли результат его труда, можно ли считать работу законченной.

3. Застревающий.

Его характеризует умеренная общительность, занудство, склонность к нравоучениям, неразговорчивость. Часто страдает от мнимой несправедливости по отношению к нему. В связи с

этим проявляет настороженность и недоверчивость по отношению к людям, чувствителен к обидам и огорчениям, уязвим, подозрителен, отличается мстительностью, долго переживает происшедшее, не способен легко отходить от обид.

Для него характерна заносчивость, часто выступает инициатором конфликтов. Самонадеянность, жесткость установок и взглядов, сильно развитое честолюбие часто приводят к настойчивому утверждению своих интересов, которые он отстаивает с особой энергичностью. Стремится добиться высоких показателей в любом деле, за которое берется, и проявляет большое упорство в достижении своих целей. Основной чертой является склонность к аффектам (правдолюбие, обидчивость, ревность, подозрительность), инертность в проявлении аффектов, в мышлении, в моторике.

4. Возбудимый.

Недостаточная управляемость, ослабление контроля над влечениями и побуждениями сочетаются у людей такого типа с властью физиологических влечений. Ему характерна повышенная импульсивность, инстинктивность, грубость, занудство, угрюмость, гневливость, склонность к хамству и брани, к трениям и конфликтам, в которых сам и является активной, провоцирующей стороной. Раздражителен, вспыльчив, часто меняет место работы, неуживчив в коллективе.

Отмечается низкая контактность в общении, замедленность вербальных и невербальных реакций, тяжеловесность поступков. Для него никакой труд не становится привлекательным, работает лишь по мере необходимости, проявляет такое же нежелание учиться. Равнодушен к будущему, целиком живет настоящим, желая извлечь из него массу развлечений. Повышенная импульсивность или возникающая реакция возбуждения гасятся с трудом и могут быть опасны для окружающих. Он может быть властным, выбирая для общения наиболее слабых.

5. Гипертимный.

Людей этого типа отличает большая подвижность, общительность, болтливость, выраженность жестов, мимики, пантомимики, чрезмерная самостоятельность, склонность к озорству, недостаток чувства дистанции в отношениях с другими. Часто спонтанно отклоняются от первоначальной темы в разговоре. Везде вносят много шума, любят компании сверстников, стремятся ими командовать. Они почти всегда имеют очень хорошее настроение, хорошее самочувствие, высокий жизненный тонус, нередко цветущий вид, хороший аппетит, здоровый сон, склонность к чревоугодию и иным радостям жизни. Это люди с повышенной самооценкой, веселые, легкомысленные, поверхностные и вместе с тем деловитые, изобретательные, блестящие собеседники; люди, умеющие развлекать других, энергичные, деятельные, инициативные. Большое стремление к самостоятельности может служить источником конфликтов. Им характерны вспышки гнева, раздражения, особенно когда они встречают сильное противодействие, терпят неудачу. Склонны к аморальным поступкам, повышенной раздражительности, прожектерству. Испытывают недостаточно серьезное отношение к своим обязанностям. Они трудно переносят условия жесткой дисциплины, монотонную деятельность, вынужденное одиночество.

6. Дистимичный.

Люди этого типа отличаются серьезностью, даже подавленностью настроения, медлительностью, слабостью волевых усилий. Для них характерны пессимистическое отношение к будущему, заниженная самооценка, а также низкая контактность, немногословность в беседе, даже молчаливость. Такие люди являются домоседами, индивидуалистами; общества, шумной компании обычно избегают, ведут замкнутый образ жизни. Часто угрюмы, заторможены, склонны фиксироваться на теневых сторонах жизни. Они добросовестны, ценят тех, кто с ними дружит, и готовы им подчиниться, располагают обостренным чувством справедливости, а также замедленностью мышления.

7. Тревожный.

Людям данного типа свойственны низкая контактность, минорное настроение, робость, пугливость, неуверенность в себе. Дети тревожного типа часто боятся темноты, животных, страшатся оставаться одни. Они сторонятся шумных и бойких сверстников, не любят чрезмерно шумных игр, испытывают чувство робости и застенчивости, тяжело переживают контрольные, экзамены, проверки. Часто стесняются отвечать перед классом.

Охотно подчиняются опеке старших, нотации взрослых могут вызвать у них угрызения совести, чувство вины, слезы, отчаяние. У них рано формируется чувство долга, ответственности, высокие моральные и этические требования. Чувство собственной неполноценности стараются замаскировать в самоутверждении через те виды деятельности, где они могут в большей мере раскрыть свои способности.

8. Циклотимный.

Типичные циклоиды в детстве обычно производят впечатление гипертимных, но затем проявляется вялость, упадок сил, то, что раньше давалось легко, теперь требует непомерных усилий.

Прежде шумные и бойкие, они становятся вялыми домоседами, наблюдается падение аппетита, бессонница или, наоборот, сонливость. На замечания реагируют раздражением, даже грубостью и гневом, в глубине души, однако, впадая при этом в уныние, глубокую депрессию, не исключены суицидальные попытки. Учатся неровно, случившиеся упущения наверстывают с трудом, порождают в себе отвращение к занятиям.

У *лабильных циклоидов* фазы смены настроения обычно короче, чем у типичных циклоидов. Плохие дни отмечаются более насыщенными дурным настроением, чем вялостью. В период подъема выражены желания иметь друзей, быть в компании. Настроение влияет на самооценку.

9. Экзальтированный.

Яркая черта этого типа — способность восторгаться, восхищаться, а также улыбочивость, ощущение счастья, радости, наслаждения. Эти чувства у них могут часто возникать по причине, которая у других не вызывает большого подъема, они легко приходят в восторг от радостных событий и в полное отчаяние — от печальных. Им свойственна высокая контактность, словоохотливость, влюбчивость.

Такие люди часто спорят, но не доводят дела до открытых конфликтов. В конфликтных ситуациях они бывают как активной, так и пассивной стороной. Они привязаны к друзьям и близким, альтруистичны, имеют чувство сострадания, хороший вкус, проявляют яркость и искренность чувств. Могут быть паникерами, подвержены сиюминутным настроениям, порывисты, легко переходят от состояния восторга к состоянию печали, обладают лабильностью психики.

10. Эмотивный.

Этот тип родствен экзальтированному, но проявления его не столь бурные. Для них характерны эмоциональность, чувствительность, тревожность, болтливость, боязливость, глубокие реакции в области тонких чувств. Наиболее сильно выраженная их черта — гуманность, сопереживание другим людям или животным, отзывчивость, мягкосердечность, они радуются чужим успехам. Впечатлительны, слезливы, любые жизненные события воспринимают серьезнее, чем другие люди. Подростки остро реагируют на сцены из фильмов, где кому-либо угрожает опасность, сцена насилия может вызвать у них сильное потрясение, которое долго не забудется и может нарушить сон. Редко вступают в конфликты, обиды носят в себе, не выплескивая их наружу. Им свойственно обостренное чувство долга, исполнительность. Бережно относятся к природе, любят выращивать растения, ухаживать за животными.

Таким образом, следует подчеркнуть, что акцентуации характера представляют собой хотя и крайние, но варианты нормы. Поэтому «акцентуация характера» не может быть психиатрическим диагнозом. Констатация акцентуации и ее типа — это определение преморбидного фона, на котором могут возникать различные расстройства — острые аффективные реакции, неврозы и иные реактивные состояния, непсихотические нарушения поведения, даже реактивные психозы — только они могут служить диагнозом. Однако в подавляющем большинстве случаев акцентуаций характера дело до развития подобных расстройств не доходит.

Раздел 4. Консультативно-диагностическое, коррекционно-педагогическое, реабилитационное направление в работе с детьми с ограниченными возможностями

Тема №1. Профилактика, диагностика и коррекция недостатков личностного развития детей

Профилактика недостатков личностного развития детей. Проблемы диагностики и коррекции личностного развития детей. Характеристика диагностической работы в коррекционной педагогике.

Возможность полноценного развития в детском возрасте — неотъемлемое право любого человека и одна из важнейших целей образования на современном этапе. Для достижения этой цели требуется поиск наиболее эффективных путей формирования образовательной среды с использованием инновационных научных знаний и ресурсов общества. Защита прав человека на охрану и укрепление здоровья, на свободное развитие в соответствии с индивидуальными возможностями является деятельностью, в которой тесно переплетены интересы родителей, медицинских работников, педагогов, психологов, различных социальных институтов, всего общества в целом.

В связи с этим человек, имеющий проблемы в интеллектуальной, физической, психической сферах, рассматривается как объект особой общественной заботы и помощи. А отношение общества к нему становится критерием оценки уровня его цивилизованности и развития.

Проблемы формирования новой философии отношений к людям с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности, к их гражданским правам находятся на пересечении различных отраслей научного знания, однако интегрирующая роль в разработке теории и практики

организации системы комплексной помощи и поддержки свободного развития особого ребенка средствами образования принадлежит специальной педагогике.

К числу первоочередных задач современной специальной педагогики относится изучение инновационных направлений создания оптимальных условий для профилактики нарушений в развитии ребенка, для воспитания, обучения, социальной адаптации и интеграции в общество людей с ограниченными возможностями.

В стандартных правилах обеспечения равных возможностей для инвалидов, принятых Генеральной Ассамблеей ООН 20 декабря 1993 г., определен комплексный по своему сущностному содержанию процесс предупреждения (профилактики) инвалидности.

Под предупреждением инвалидности понимается осуществление комплекса мер, направленных на профилактику возникновения физических, умственных, психических и сенсорных дефектов (профилактика первого уровня) или на предупреждение перехода дефекта в постоянное функциональное ограничение или инвалидность (профилактика второго уровня).

Предупреждение инвалидности может предусматривать не только осуществление мер медицинского характера, в частности, оказание первичной медико-санитарной помощи, пренатальной и послеродовой уход, но и раннюю стимуляцию развития ребенка с целью профилактики возникновения вторичных отклонений в процессе становления психофизических функций.

Ранняя диагностика и ранняя педагогическая помощь являются актуальными проблемами современной коррекционной педагогики, как в России, так и во всем мире.

Диагностика является одной из важнейших практических задач коррекционной педагогики. Диагностика – это выявление детей с нарушениями в развитии, их дифференциация, разработка соответствующих психодиагностических методик. Диагностика имеет свои принципы: принцип комплексного изучения ребенка, принцип целостного системного изучения ребенка, принцип качественно-количественного подхода при анализе данных.

Под коррекцией подразумевается как исправление отдельных дефектов, так и целостное влияние на личность ребенка с ограниченными возможностями в целях достижения положительного результата в процессе его обучения, воспитания и развития. Устранение или сглаживание дефектов развития познавательной деятельности и физического развития ребенка обозначается понятием «коррекционно-воспитательная работа».

Коррекционно-воспитательная работа представляет систему комплексных мер педагогического воздействия на различные особенности аномального развития личности в целом, поскольку всякий дефект отрицательно влияет не на отдельную функцию, а снижает социальную полноценность ребенка во всех ее проявлениях. Она не сводится к механическим упражнениям элементарных функций или к набору специальных упражнений, развивающих познавательные процессы и отдельные виды деятельности аномальных детей, а охватывает весь учебно-воспитательный процесс, всю систему деятельности специальных учреждений.

Коррекционно-воспитательной задаче подчинены все формы и виды классной и внеклассной работы в процессе формирования у школьников общеобразовательных и трудовых знаний, деятельности аномальных детей об окружающей действительности, формирование навыков самообслуживания, произвольных движений и других видов деятельности в зависимости от типов специальных школ и возраста их воспитанников.

В дальнейшем коррекционно-воспитательная работа осуществляется в процессе обучения аномальных детей общеобразовательным занятиям. Большие возможности для коррекционно-воспитательной работы открывает трудовое обучение, в процессе которого формируются не только профессиональные умения, но и воспитываются навыки планирования своей работы, умения руководствоваться словесными инструкциями, критически оценивать качество работы и т.п. Таким образом, трудовая деятельность имеет разностороннее значение в обучении и развитии аномальных детей, а трудовые процессы оказывают исключительное влияние не коррекцию дефектов их умственного и физического развития.

Диагностическая работа необходима для обеспечения контроля за динамикой развития личности, выявления и предупреждения отклонений развития, определения программы работы с обследуемым и т.п. Проведение этой работы позволяет начать своевременную коррекцию детей, а также оказывать консультативную помощь родителям, педагогическим, медицинским и социальным работникам, по вопросам, связанным с оказанием помощи детям с отклонениями в развитии и поведении.

Для достоверной диагностики отклонений развития у детей, определения их специальных образовательных потребностей, для консультирования родителей по вопросам нарушений у детей создаются межведомственные, окружные психолого-медико-педагогические консультации (ПМПК). Динамическое наблюдение за развитием детей в общеобразовательном учреждении осуществляет школьный психолого-медико-педагогический консилиум.

Следует различать различные виды диагностики: медицинскую, психологическую, педагогическую.

Виды психологической диагностики:

- скрининговая диагностика, которая проводится с группой детей или даже с целым классом и направлена на выделение детей, обладающих теми или иными свойствами (группой характеристик), оценивающая постоянство тех или иных психологических свойств у данной группы детей;

- углубленная психологическая диагностика, которая проводится уже после выделения детей, имеющих какие либо особенности развития и нуждающихся в дополнительной развивающей или коррекционной работе, т.е. в специальной психологической помощи;

- динамическое обследование, с помощью которого прослеживается динамика развития, эффективность обучения, развивающих и/или коррекционных мероприятий;

- итоговая диагностика. Цель последней оценить состояние ребенка «на выходе», в конце определённого этапа его обучения или цикла коррекционной работы.

Педагогическая диагностика – изучение личностей и коллектива воспитанников с целью оптимальной организации процесса воспитания.

Диагностика подростков с девиантным поведением предполагает социально-педагогическое исследование, направленное на определение уровня развития эмоционально-познавательной сферы несовершеннолетнего, сформированность качеств личности, социальных ролей, профессиональных интересов.

Тема №2. Система консультативно-диагностической, коррекционно-педагогической, реабилитационной работы с детьми, имеющими нарушения в развитии

Коррекционно-педагогическая деятельность. Общепедагогические принципы коррекционно-педагогической работы. Содержание консультативной деятельности. Диагностическая деятельность. Понятия «абилитация» и «реабилитация», социальная адаптация. Индивидуальная программа реабилитации. Деятельность реабилитационных центров: психолого-медико-педагогической реабилитации и коррекции, социально-трудовой адаптации и профориентации, психолого-педагогической и социальной помощи.

Коррекционно-педагогическая деятельность – это сложное психофизиологическое и социально-педагогическое явление, охватывающее весь образовательный процесс (обучение, воспитание и развитие), выступающий как единая педагогическая система, куда входят объект и субъект педагогической деятельности, ее целевой, содержательный, операционно-деятельностный и оценочно-результативный компоненты. Исходя из существующего положения и трактовки коррекционной работы, правомерно говорить о коррекционно-педагогическом процессе как едином образовательном процессе, в который входят обучение, воспитание и развитие.

Исходя из существующего положения и трактовки коррекционной работы, правомерно говорить о коррекционно-педагогическом процессе, как едином образовательном процессе, в который входят обучение, воспитание и развитие.

Коррекционно-педагогическую работу невозможно оторвать от образовательного процесса, включающего в себя обучение, воспитание и развитие. В то же время коррекционно-педагогическая деятельность связана с развитием ребенка, так как она прежде всего нацелена на исправление вторичных отклонений в развитии аномальных детей. В этом и заключается психолого-педагогическая сущность коррекционно-педагогической деятельности. Наиболее глубоко психолого-педагогическую сущность коррекционной деятельности и ее профилактическую направленность раскрыли психологи и психотерапевты С.А. Базмаев, Г.В. Бурменская, О.А. Карабанова, А.Г. Медерс, А.С. Спиваковская и др. Они считают коррекцию особым образом организованным психологическим воздействием, осуществляемым по отношению к группам повышенного риска и направленным на перестройку, реконструкцию тех неблагоприятных психологических новообразований, которые определяются как психологические факторы риска, на воссоздание гармоничных отношений ребенка со средой. Основопологающим психолого-педагогическим аспектом коррекционной работы является обеспечение условий для формирования высших форм психической деятельности в соответствии с базовыми законами онтогенетического развития (законами среды, законами развития высших психических функций). Коррекционно-педагогическая работа должна строиться как целостная осмысленная деятельность ребенка, органически вписывающаяся в систему его повседневной жизнедеятельности и систему его социальных отношений.

Цель коррекционно-педагогической деятельности должна определяться пониманием закономерностей психического развития ребенка как активного деятельного процесса, реализуемого в сотрудничестве со взрослыми в форме усвоения общественно-исторического опыта путем его интериоризации.

Таким образом, коррекционно-педагогическая деятельность – планируемый и особым образом организуемый педагогический процесс, реализуемый с группами детей, имеющих незначительные отклонения в развитии и поведении, и направленный на исправление и реконструкцию индивидуальных качеств личности и недостатков поведения – создание необходимых условий для ее формирования и развития, способствующий полноценной интеграции подростков в социум.

Из общепедагогических принципов наиболее значимым в коррекционно-педагогической деятельности является *принцип целенаправленности педагогического процесса*. Происходит соотнесение существующего уровня развития подростка с предполагаемым, проектируемым эталоном, что создает основу для формирования программы коррекционной деятельности.

Принцип целостности и системности педагогического процесса. Коррекционная деятельность имеет свою структуру, упорядоченное множество своих взаимосвязанных элементов, объединенных общей целью функционирования и единства управления.

Принцип гуманистической направленности педагогического процесса определяет необходимость гармонического сочетания целей общества и личности, ориентацию учебно-воспитательного процесса на личностные возможности ребенка, его интересы и потребности.

В тесном единстве с гуманистической направленностью педагогического процесса находится *принцип уважения к личности ребенка в сочетании с разумной требовательностью к нему*. Разумная требовательность предполагает объективную целесообразность, predetermined потребности педагогического процесса, направленного на положительное развитие личностных качеств ребенка.

Принцип опоры на положительное в человеке, на сильные стороны его личности является естественным продолжением предыдущих принципов. Только гуманное, уважительное отношение к ребенку, педагогическая прозорливость, умение увидеть среди отрицательных черт характера и поведения подростка его незащищенность, стремление быть лучше позволяют более эффективно построить коррекционно-педагогический процесс.

Принцип сознательности и активности личности в целостном педагогическом процессе является важным звеном коррекционного процесса. Только понимая и осознавая необходимость проводимых перемен в поведении, активно помогая их осуществлению, можно говорить об успешности и результативности коррекционно-педагогического процесса, надеяться на успех.

Можно назвать еще один *принцип – сочетания прямых и параллельных педагогических действий*. Этот принцип оптимизирует педагогический процесс, мобилизует в нем социально-значимые силы, создает поле дополнительного педагогического влияния, подключая воздействие ученического коллектива, силу общественного мнения.

Принципы специальной коррекционно-педагогической деятельности.

Ведущим в системе специальной коррекционно-педагогической деятельности должен стать *принцип системности коррекционных, профилактических и развивающих задач*, где системность и взаимообусловленность задач отражают взаимосвязанность развития различных сторон личности ребенка и их гетерохронность, т.е. неравномерность развития.

Реализация *принципа единства диагностики и коррекции* обеспечивает целостность педагогического процесса. Невозможно вести эффективную и полномасштабную коррекционную работу, не зная исходных данных об объекте.

Принципы учета индивидуальных и возрастных особенностей ребенка в коррекционно-педагогическом процессе целесообразнее рассмотреть в плоскости принципа нормативности развития личности как последовательности сменяющих друг друга возрастов, возрастных стадий онтогенетического развития и психологического возраста.

Деятельностный принцип коррекции определяет тактику проведения коррекционной работы и способы реализации поставленных целей, подчеркивая, что исходным моментом в их достижении является организация активной деятельности подростка, создание необходимых условий для его ориентировки в сложных конфликтных ситуациях, выработки алгоритма социально приемлемого поведения.

Направления процесса коррекционно-педагогической деятельности.

Исходя из принципов коррекционно-педагогической деятельности, обозначим ведущие *направления* этого процесса:

- Корректирующее воздействие на ребенка средовыми факторами (природными, социальными), т.е. «терапия средой»;
- Организация учебного процесса (его коррекционная направленность);
- Специальный подбор культурно-массовых и оздоровительных мероприятий;
- Психогигиена семейного воспитания.
- Коррекционно-педагогическая работа с подростками с отклоняющимся поведением.

В стандартных правилах обеспечения равных возможностей для инвалидов, принятых Генеральной Ассамблеей ООН 20 декабря 1993 г., определен комплексный по своему сущностному содержанию процесс предупреждения (профилактики) инвалидности.

Под предупреждением инвалидности понимается осуществление комплекса мер, направленных на профилактику возникновения физических, умственных, психических и сенсорных дефектов (профилактика первого уровня) или на предупреждение перехода дефекта в постоянное функциональное ограничение или инвалидность (профилактика второго уровня).

Предупреждение инвалидности может предусматривать не только осуществление мер медицинского характера, в частности, оказание первичной медико-санитарной помощи, пренатальной и послеродовой уход, но и раннюю стимуляцию развития ребенка с целью профилактики возникновения вторичных отклонений в процессе становления психофизических функций.

Как указывалось выше, Л.С. Выготский проблему патопсихологического анализа аномалии развития по аналогии с методом клинического анализа видел в переходе «от изучения отдельных симптомокомплексов к изучению процессов развития, обнаруживающих себя в этих симптомах». Успешность этого пути Л. С. Выготский тесно связывал с решением «типологической проблемы».

Изложенная выше типология аномалий психического развития, выделение ряда параметров, характеризующих как общие закономерности психического дизонтогенеза, так и особенности отдельных вариантов, могут быть использованы для психологического анализа аномалии развития.

Этот анализ строится на основании данных, полученных патопсихологом из обследования ребенка (беседа, экспериментально-психологическое обследование, включающее обучающий эксперимент, учет нормативных данных), беседы с его родителями или другими близкими родственниками, знакомства с историей болезни, данными клинического исследования, сведениями, полученными от педагога или воспитателя дошкольного учреждения.

Психологический анализ аномального развития ребенка должен включать несколько этапов.

Первый из них — это систематизация психологических данных о состоянии ребенка на момент исследования. По существу это анализ психологического статуса ребенка (квалификация первичного дефекта: его характера, а также ряда его особенностей, типичных для данного большого (распространенность, степень тяжести, стойкость и т. д.; характеристика вторичных дефектов: квалификация вторичных нарушений, как непосредственно обусловленных первичным дефектом, так и связанных с ним опосредованно поэтому менее специфичных. Особое место принадлежит анализу вторичных проявлений, вызванных реакцией личности на свою неполноценность).

Дается квалификация компенсаторных образований. Большое значение для характеристики психологического статуса имеет анализ сохранных психических функций. Для понимания механизмов формирования выявленных нарушений психического развития чрезвычайно важен следующий этап анализа – квалификация динамики психического дизонтогенеза. Прежде всего, он включает констатацию возраста выявления аномалии развития. Большое значение имеют особенности проявления первичного дефекта на разных возрастных этапах. Важна квалификация асинхроний развития под влиянием первичного дефекта (явления изоляции, патологической фиксации, регресса, распада, акселерации). Необходим учет последовательности формирования вторичных нарушений. Анализ динамики аномалий психического развития включает характеристику сохранных линий развития, не пострадавших от болезненного процесса.

Следующим этапом анализа является квалификация психического онтогенеза ребенка (развитие его сенсорной, моторной, эмоциональной сферы и личности в целом) до начала отклонений в развитии.

Анализ этого этапа развития имеет особенно большое значение в диагностике таких видов дизонтогенеза, как поврежденное и искаженное развитие, которое часто возникает на фоне ранее нормального психического онтогенеза. Не менее важно выявление так называемой «доманифестной» симптоматики: отдельных микросимптомов отклонений развития, которые, как правило, в свое время замечены не были.

Важен анализ особенностей воспитания и окружения ребенка, психологическая характеристика членов его семьи. Эти данные нередко выявляют как наследственные предпосылки аномального развития ребенка, так и роль неблагоприятных средовых условий.

Неблагоприятные условия воспитания и окружения ребенка, естественно, могут иметь место на всем протяжении его развития, в том числе в период, когда он попадает в поле зрения патопсихолога. Это нередко приводит к ошибочному мнению о ведущей роли психогении в аномалии его развития. Однако роль этого психогенного фактора в этиологии аномалии развития может быть решена только после анализа целостной структуры дефекта, динамики его формирования, особенностей психического онтогенеза до выявления отклонений в развитии.

Проведенный анализ истории развития ребенка позволяет сформулировать диагноз типа психического дизонтогенеза: недоразвитие или задержанное, поврежденное, искаженное, дефицитарное, дисгармоническое развитие.

Анализ истории развития ребенка, квалификация типа психического дизонтогенеза имеют значение для решения последующих вопросов:

- выбора методов психолого-педагогической коррекции;
- профилактики ряда вторичных расстройств, опирающейся на использование сохранных, а иногда и акселерированных в своем развитии функций;
- определения прогноза дальнейшего психического развития ребенка.

Решение этих вопросов возможно лишь совместно с врачом.

Выбор методов психолого-педагогической коррекции, профилактика вторичных дизонтогенетических расстройств невозможны без учета клинической картины основного заболевания или его последствий, характера медикаментозного лечения, получаемого ребенком.

Прогноз психического развития аномального ребенка также часто зависит от ряда клинических факторов: динамики болезненного процесса, остаточных энцефалопатических расстройств, соматических заболеваний и т. д.

Ранняя диагностика и ранняя педагогическая помощь являются актуальными проблемами современной коррекционной педагогики, как в России, так и во всем мире.

Диагностика является одной из важнейших практических задач коррекционной педагогики. Диагностика – это выявление детей с нарушениями в развитии, их дифференциация, разработка соответствующих психодиагностических методик. Диагностика имеет свои принципы: принцип комплексного изучения ребенка, принцип целостного системного изучения ребенка, принцип качественно-количественного подхода при анализе данных.

Под коррекцией подразумевается как исправление отдельных дефектов, так и целостное влияние на личность ребенка с ограниченными возможностями в целях достижения положительного результата в процессе его обучения, воспитания и развития. Устранение или сглаживание дефектов развития познавательной деятельности и физического развития ребенка обозначается понятием «коррекционно-воспитательная работа».

Коррекционно-воспитательная работа представляет систему комплексных мер педагогического воздействия на различные особенности аномального развития личности в целом, поскольку всякий дефект отрицательно влияет не на отдельную функцию, а снижает социальную полноценность ребенка во всех ее проявлениях. Она не сводится к механическим упражнениям элементарных функций или к набору специальных упражнений, развивающих познавательные процессы и отдельные виды деятельности аномальных детей, а охватывает весь учебно-воспитательный процесс, всю систему деятельности специальных учреждений.

Коррекционно-воспитательной задаче подчинены все формы и виды классной и внеклассной работы в процессе формирования у школьников общеобразовательных и трудовых знаний, деятельности аномальных детей об окружающей действительности, формирование навыков самообслуживания, произвольных движений и других видов деятельности в зависимости от типов специальных школ и возраста их воспитанников.

В дальнейшем коррекционно-воспитательная работа осуществляется в процессе обучения аномальных детей общеобразовательным занятиям. Большие возможности для коррекционно-воспитательной работы открывает трудовое обучение, в процессе которого формируются не только профессиональные умения, но и воспитываются навыки планирования своей работы, умения руководствоваться словесными инструкциями, критически оценивать качество работы и т.п. Таким образом, трудовая деятельность имеет разностороннее значение в обучении и развитии аномальных детей, а трудовые процессы оказывают исключительное влияние не коррекцию дефектов их умственного и физического развития.

В коррекционной педагогике консультативно-диагностическая работа является важнейшей практической задачей. Диагностика – это выявление детей с нарушениями в развитии, их дифференциация, разработка соответствующих психодиагностических методик. Диагностика имеет свои принципы: принцип комплексного изучения ребенка, принцип целостного системного изучения ребенка, принцип динамического изучения ребенка, принцип качественно-количественного подхода при анализе данных. *Принцип комплексного изучения ребенка* предполагает всестороннее обследование особенностей развития всех видов познавательной деятельности, личности, навыков, эмоциональной сферы, поведения и т.д. Одновременно проверяются биологические показатели зрения, слуха, речи, двигательной сферы, нервной системы ребенка. В обследовании принимают участие разные специалисты: психологи, психоневрологи, отарингологи, офтальмологи, логопеды, сурдопедагоги, олигофренопедагоги.

Принцип целостного системного изучения ребенка предполагает установление связей между отдельными проявлениями отклонений в развитии, определение причин этих отклонений. Целостное изучение ребенка, как правило, осуществляется в процессе его деятельности – предметно-манипулятивной, игровой или трудовой. Это помогает лучше выявить особенности познавательной сферы ребенка, его личности, интересов, состояние эмоционально-волевой сферы и т.д.

Принцип динамического изучения ребенка. В ходе такого изучения выясняются знания и умения детей, а также их возможности в обучении. Выявляются при этом не только реальные возможности ребенка, но и потенциальные. Принцип качественно-количественного подхода важен при анализе данных, полученных в ходе психологической диагностики. При таком подходе учитывается конечный результат деятельности, а также анализируется процесс ее выполнения – способ, последовательность, настойчивость в достижении цели. При этом количественные и качественные показатели выступают во взаимосвязи.

Необходимость реализации этих принципов при диагностике вызвала к жизни психологическую службу в системе специального образования. Эта помощь нацелена на разнообразную работу с личностью – профилактическую, диагностическую, развивающую, коррекционную, реабилитирующую. Для развития коррекционной педагогики это означает переход от диагностики отбора к диагностике специфических особенностей психического развития; стремление к поиску оптимальных условий компенсации, расширяющих возможности развития личности, создающих возможность построения развивающего образа жизни.

Для полной и верной диагностики отклонений в развитии детей в России созданы постоянные межведомственные психолого-медико-педагогические консультации (ПМПК). Основные задачи ПМПК: 1) проведение раннего бесплатного психолого-педагогического обследования детей, выявление особенностей их развития, установление диагноза; 2) предупреждение развития заболевания; 3) консультативная помощь родителям; 3) консультирование педагогических, медицинских, социальных работников по вопросам образовательных потребностей детей, их прав и прав родителей. ПМПК ставят определенный диагноз ребенку.

Важную роль в организации лечебно-коррекционного процесса играет консультирование семьи ребенка с ограниченными возможностями. Наиболее широко используется консультативно-рекомендательная форма организации лечебно-коррекционного процесса. В таких консультациях участвуют специалисты разных профилей, которые проводят первичное обследование ребенка и затем отслеживают динамику его развития. С первой консультации начинается активное сотрудничество специалистов и семьи.

Специалисты по желанию родителей выбирают те или иные вопросы воспитания и освещают их в своих лекциях. Слушая лекции и вопросы других родителей, слушатели лучше осознают и решают свои проблемы. Кроме того, они имеют возможность познакомиться и оказать поддержку друг другу.

Организация деятельности по оказанию помощи детям с ограниченными возможностями связана с комплексом мер по их абилитации и реабилитации, а также социальной адаптации. Абилитация - система лечебно-педагогических мероприятий с целью *предупреждения* и *лечения* тех патологических состояний у детей *раннего возраста*, еще не адаптировавшихся в социальной среде, которые приводят к стойкой утрате возможностей учиться, трудиться и быть полезным членом общества. Для успешной психолого-педагогической абилитации педагогам и психологам необходимо знать ключевые этапы медицинской абилитации для оптимального объединения усилий.

Реабилитация – это комплекс медицинских, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление нарушенных функций организма, а также социальных функций и трудоспособности больных и инвалидов.

Построение реабилитационной программы основывается на следующих принципах:

1) реабилитационные мероприятия начинаются с первых дней заболевания и проводятся непрерывно;

2) реабилитационные мероприятия должны быть комплексными, разносторонними;

3) реабилитационная программа должна быть индивидуальной для каждого больного в зависимости от этиологии, патогенеза, возраста больного и прочих факторов.

4) заключительным этапом реабилитационной программы для взрослых должна являться профориентация и трудоустройство, для детей – это возвращение к обычной для раннего детского возраста деятельности.

Этапы реабилитационного процесса:

1) реабилитационно - восстановительное лечение в стационаре (от 1 до 3 месяцев);

2) реадaptация – приспособление больного к условиям существования на том или ином уровне в соответствии с восстановлением и компенсацией функций;

3) собственно реабилитация – возвращение к обычной деятельности к прежним своим обязанностям.

Адаптация – морфофизиологическое приспособление организмов к конкретным условиям существования. Способностью к адаптации обладает как организм в целом, так и отдельные органы; напр., *адаптация глаза* – приспособление глаза к различным условиям освещения. *Адаптация слуха* – изменение восприятия звуковых раздражителей во время или после действия звука какой-либо постоянной интенсивности. В адаптации принимают участие центральные и периферические механизмы нервной системы.

Социальная адаптация – активное приспособление к условиям социальной среды путем усвоения и принятия целей, ценностей, норм и стилей поведения, принятых в обществе. Социальная адаптация детей с ограниченными возможностями здоровья затруднена из-за психофизиологических отклонений в развитии. Этим обусловлено значение коррекционно-воспитательной работы с детьми, имеющими различные отклонения в психофизическом развитии.

В современных условиях интенсивного развития системы специальной психолого-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья идёт поиск организационных форм такой помощи, наиболее отвечающих современным социокультурным и экономическим условиям жизни страны, а также удовлетворяющих особые образовательные и реабилитационные потребности детей и подростков с отклонениями в развитии.

Для достоверной диагностики отклонений развития у детей, определения их специальных образовательных потребностей, для консультирования родителей по вопросам нарушений у детей создаются постоянные межведомственные психолого-медико-педагогические комиссии (ПМПК). Основные задачи ПМПК заключаются в выявлении, комплексном обследовании детей с отклонениями в развитии и «группы риска», в разработке индивидуальных реабилитационных программ, в рекомендации форм обучения и воспитания «проблемных» детей, подростков, юношей. ПМПК разрабатывают и реализуют на практике комплекс мер психолого-медико-педагогического содействия развитию личности, социально-педагогической помощи по абилитации, реабилитации и социальной адаптации лиц с различными формами отклонений в развитии психических функций, нарушениями речи, интеллекта, зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, с проблемами в обучении, общении, поведении. ПМПК работают в сотрудничестве с органами и учреждениями образования, здравоохранения, социальной защиты населения, комиссиями по делам несовершеннолетних, органами по трудоустройству, общественными организациями.

Еще одной службой, обеспечивающей комплексную специализированную помощь детям и подросткам с отклонениями в развитии, является психолого-медико-педагогический консилиум (ПМПк) образовательного учреждения. ПМПк является одной из форм взаимодействия специалистов образовательного учреждения, объединяющихся для психолого-медико-педагогического сопровождения обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии и/или состояниями декомпенсации.

Для обучения, воспитания и социальной адаптации детей и подростков со сложными, с тяжёлыми нарушениями в развитии, с сопутствующими заболеваниями, а также для оказания им комплексной помощи создаются реабилитационные центры различных профилей.

Это могут быть центры: психолого-педагогической и медико-социальной реабилитации; социально-трудовой адаптации и профориентации; социальной помощи. Задачей таких центров является оказание коррекционно-педагогической, психологической и профориентационной помощи, а также формирование навыков самообслуживания и общения, социального взаимодействия, трудовых навыков у детей с тяжёлыми и множественными нарушениями. В ряде центров ведётся специальная образовательная деятельность. Занятия в реабилитационных центрах строятся по программам индивидуального или группового воспитания и обучения. Нередко центры оказывают консультативно-диагностическую и методическую помощь родителям детей с особыми образовательными потребностями, в том числе информационную и правовую поддержку.

Во многих регионах России по инициативе родителей и общественных ассоциаций делаются попытки открыть центры семьи и ребёнка, центры реабилитации.

Реабилитационные центры помогают образовательным учреждениям массового назначения, если там обучаются и воспитываются дети с особыми образовательными потребностями: ведут коррекционно-педагогическую работу и консультирование.

Дети с тяжелой степенью инвалидности, в основном, находятся за пределами образовательного пространства и направляются в интернаты системы социального обеспечения. Для детей с четырехлетнего возраста, имеющих множественные нарушения развития, предусмотрено пребывание в условиях психоневрологических домов-интернатов системы Министерства труда и социального развития. Основой деятельности этих учреждений является медицинская модель оказания социальной помощи детям-инвалидам.

Для детей, по состоянию здоровья временно или постоянно не посещающих образовательные учреждения, организуется обучение на дому. Данная форма обучения получает все большее распространение в связи с тем, что количество таких детей с каждым годом увеличивается. В проекте Закона о специальном образовании обучение на дому трактуется как освоение общеобразовательных и профессиональных программ лицом, по состоянию здоровья временно или постоянно не посещающим образовательное учреждение, при котором обучение осуществляется на дому педагогическими работниками соответствующих образовательных учреждений, в том числе с использованием дистанционных средств обучения.

Одной из задач специальной педагогики является изучение существующих педагогических систем образования лиц с ограниченными возможностями и прогнозирование возникновения и развития новых педагогических систем. Закон «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья (специальном образовании)» предусматривает вариативность видов образования для детей с отклонениями в психофизическом развитии: интегрированное обучение, обучение в специальном (коррекционном) образовательном учреждении, обучение на дому с последующей аттестацией.

Реальностью современной образовательной практики стал процесс интеграции детей с особенностями в развитии в массовую школу. Интегрированное (инклюзивное) образование – процесс совместного обучения обычных детей и детей с особенностями в развитии, установление между ними более тесных взаимоотношений в процессе их воспитания в одном классе массовой школы.

Следует отметить, что в России интеграционные процессы начались лишь в 90-е гг. XX века благодаря ее вхождению в мировое информационное и образовательное пространство. На необходимость создания такой системы обучения, в которой ребенок с ограниченными возможностями не исключался бы из общества детей с нормальным развитием, указывал еще Л.С. Выготский. Он считал неприемлемым воспитание, сосредоточенное в руках благотворительности, строящееся на идеях «жалости к убогим», формирования из них «социально-нейтральных личностей». Он подверг критике систему воспитания и обучения слепого ребенка, которая пришла в Россию из Германии: «...специальная школа создает систематический отрыв от нормальной среды, изолирует слепого и помещает его в узкий, замкнутый мирок, где все приспособлено к дефекту, ... все напоминает о нем».

Л.С. Выготский считал, что задачами воспитания ребенка с нарушениями развития являются его интеграция в жизнь и осуществление компенсации его недостатка каким-либо другим путем. Причем компенсацию он понимал не в биологическом, а в социальном аспекте, так как считал, что воспитателю в работе с ребенком, имеющим дефекты развития, приходится иметь дело не столько с биологическими фактами, сколько с их социальными последствиями.

К сожалению, идеи Л.С. Выготского во всей их совокупности на протяжении последующих лет оказались не востребованными коррекционной педагогикой в силу определенных причин. Между тем развитие современного общества, научной психолого-педагогической мысли следует по пути, предсказанному им. Ученый рассматривал идею «перевоспитания общества» как общественно-педагогическую задачу огромной важности. Согласно его культурно-исторической концепции, от уровня развития общества зависит содержание развития ребенка.

Анализ истории развития зарубежного опыта интегрированного образования подтверждает правоту идей российского ученого. Интеграция детей с проблемами развития в среду обычных сверстников – явление вполне распространенное во всех высокоразвитых странах мира. Таков сегодня социальный заказ общества и государства, достигшего определенного уровня экономического, культурного, правового развития.

В настоящее время в центре внимания специалистов и ученых таких стран, как США и Великобритания, находятся проблемы качественных изменений в области специального образования и интегрированного обучения. Приведем некоторые из них: использование современных информационных технологий для расширения возможностей выбора индивидуальных программ обучения, валидность исследований и услуг, реализуемых в специальном образовании, достоверность, объективность и возможность прогнозирования результатов работы, разработка программ ранней педагогической помощи и др.

Российская национальная система специального образования прошла долгий и сложный путь становления и развития. «Уникальность социокультурных основ становления отечественной государственной системы специального образования оказало влияние на характер ее развития, обуславливая в дальнейшем как несопоставимо более высокий уровень образования и непревзойденные достижения советских дефектологов в деле обучения детей с проблемами в развитии, так и объяснимую закрытость этой системы от общества и всех его институтов,» - так характеризует Н.М. Малофеев, известный специалист в области специального образования, один из

самых продолжительных этапов в развитии системы специального образования. Он выдвигает идею о необходимости разработки в России такой модели, которая предусматривала бы взаимодействие структур массового и специального образования, но при этом не приводила бы к свертыванию специальных образовательных учреждений.

Необходимость социальной и педагогической интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья в массовую среду вызвана не только вхождением нашей страны в мировое образовательное пространство, но и постепенным изменением отношения общества к самому человеку, уникальности его бытия.

Успешность вхождения интегрированного обучения и развития детей в широкую практику отечественного образования зависит от наличия ряда условий:

- демократическое общественное устройство с гарантированным соблюдением прав личности;
- финансовая обеспеченность, создание специальных образовательных услуг для детей с особыми образовательными потребностями в структуре массовой общеобразовательной школы;
- стабильная государственная гарантия материального обеспечения, трудоустройства, социальной защиты лиц с отклонениями в развитии;
- законодательное определение статуса интегрированного ребенка и образовательного учреждения, принимающего его;
- ненасильственный характер протекания интеграционных процессов; возможность выбора, альтернативы;
- готовность общества в целом к интеграционным процессам.

Сегодня специальное образование в нашей стране пока еще не соответствует общепринятым международным нормам в области образования лиц с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности. Система образования не имеет достаточной экономической поддержки, методического и кадрового обеспечения, необходимой духовно-нравственной готовности массового образования к осуществлению интеграционных процессов. Несомненным является только лишь факт законодательного закрепления права детей с особенностями в развитии учиться в массовой школе. Это связано с ратификацией нашей страной таких нормативно-правовых актов, как Всеобщая Декларация прав человека (1948 г.); Декларация прав ребенка (1959 г.); Декларация о правах умственно отсталых лиц (1971 г.); Декларация о правах инвалидов (1975); Конвенция о правах ребенка (1989 г.); принятием в 1996 г. Закона «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья (специальном образовании)» в нашей стране. К сожалению, следует констатировать, что условия успешной интеграции не подготовлены в должной мере. Между тем в общеобразовательных школах уже учатся дети, имеющие особые образовательные потребности.

Под *интеграцией* понимается включение людей с ограниченными возможностями в общество как полноправных его членов, активно участвующих во всех сферах жизнедеятельности, освоение ими экономики, культуры, науки и образования. Наукой и практикой выделены различные пути, обеспечивающие интеграцию. Здесь и роль обучения (с его содержанием и коррекционным направлением, профессиональной подготовкой), и роль воспитания, направленного на освоение инвалидами культурных и духовных ценностей, и организация их активного участия во всех сферах жизнедеятельности.

Организационные формы интегрированного обучения:

1. Обучение в обычных классах общеобразовательной школы.
2. Обучение в специальных классах общеобразовательной школы, частичная интеграция во время внеклассной деятельности.
3. Обучение в коррекционном учреждении и перевод ученика общеобразовательную школу.
4. Полная или частичная интеграция лиц с отклонениями в развитии в ходе профессионального обучения.

Первая форма интегрированного обучения самая сложная, однако, дети с незначительными трудностями зрительного или слухового восприятия, с небольшими речевыми нарушениями или нарушениями опорно-двигательного аппарата всегда учились и продолжают учиться в общеобразовательной школе.

Второй вид интегрированного обучения успешно функционирует при обучении детей с нарушениями слуха, речи, незначительным снижением интеллекта. Дети обучаются в особом классе, группе общеобразовательной школы, но при этом находятся в среде нормально развивающихся детей, сохраняют и развивают социальные связи в совместных играх, трудовой деятельности, во время внеклассных занятий.

Третий вид интегрированного обучения успешно применяется при обучении детей с нарушением слуха, но сформированной развитой речью.

Четвертый вид интегрированного обучения предполагает совместное (полное или частичное) профессиональное обучение лиц с особенностями развития. Отработан этот вид обучения применительно к лицам с нарушениями слуха, зрения, речи, менее – к лицам с нарушением интеллекта. Наиболее ярким примером подобной интеграции является совместное профессиональное обучение незлышащих и слышащих в реабилитационном центре (г. Павловск), в Московском педагогическом университете и др.

В настоящее время созданы и функционируют медицинские, психолого-педагогические классификации по типу нарушений слуха, речи, интеллекта, зрения, эмоционально-волевой сферы. Известны классификации Л.В. Неймана, Б.С. Преображенского по степени потери или снижения слуха, классификации Н.Д. Шматко и Т.В. Пельмской по возможности восприятия на слух звуковых и речевых сигналов, классификация Р.М. Боскис по речевому развитию детей с нарушенным слухом; классификация М.С. Певзнер по степени снижения интеллекта и др.

Для обучения, воспитания и социальной адаптации детей и подростков со сложными, с тяжелыми нарушениями в развитии, с сопутствующими заболеваниями, а также для оказания им комплексной помощи создаются реабилитационные центры различных профилей. Это могут быть центры: психолого-медико-педагогической реабилитации и коррекции; социально-трудоуодной адаптации и профориентации; психолого-педагогической и социальной помощи; социальной помощи семье и детям, оставшимся без попечения родителей и др. Задачей таких центров является оказание коррекционно-педагогической, психологической и профориентационной помощи, а также формирование навыков самообслуживания и общения, социального взаимодействия, трудовых навыков у детей с тяжелыми и множественными нарушениями. В ряде центров ведется специальная образовательная деятельность. Занятия в реабилитационных центрах строятся по программам индивидуального или группового воспитания и обучения. Нередко центры оказывают консультативно-диагностическую и методическую помощь родителям детей с особыми образовательными потребностями, в том числе информационную и правовую поддержку. Реабилитационные центры оказывают также социальную и психологическую помощь бывшим воспитанникам образовательных учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Реабилитационные центры помогают образовательным учреждениям массового назначения, если там обучаются и воспитываются дети с особыми образовательными потребностями: ведут коррекционно-педагогическую работу и консультирование.

На основе данных специальной психологии строится система обучения, воспитания и социальной адаптации людей, имеющих различные типы нарушений психического развития, определяются наиболее эффективные методы обучения, система профессиональной консультации и профориентации.

Методические указания по подготовке к семинарским занятиям

Раздел 1. Введение в коррекционную педагогику с основами специальной психологии Семинарское занятие № 1

Тема: Предмет, задачи, принципы и категории коррекционной педагогики и специальной психологии

План:

1. Предмет, задачи, принципы, категории коррекционной педагогики и специальной психологии.
2. Методы коррекционной педагогики.
3. Исторический очерк становления коррекционной педагогики и специальной психологии.
4. Основные научные теории коррекционной педагогики (Блонский П.П., Кащенко В.П., Выготский Л.С., Гальперин П.Я., Соколянский О.С., Боскис Р.М., Певзнер М.С. и др.)

Основные понятия: специальная психология, коррекционная педагогика, дефектология, педология, человек с ограниченными возможностями, ребенок с особыми образовательными потребностями, общепедагогические принципы, частнопедagogические принципы, диагностика, компенсация, коррекция, реабилитация, абилитация, сензитивный период, метод.

Практическое задание:

1. Дать определение понятиям, которые составляют понятийно-категориальный аппарат коррекционной педагогики и специальной психологии (см. основные понятия), пользуясь словарем (обязательно указать используемые источники).

Контрольные вопросы:

1. Каковы закономерности формирования и развития понятийного аппарата специальной педагогики?
2. Что такое параллельная терминология? Приведите примеры.
3. Употребление каких терминов сегодня нецелесообразно в условиях современной гуманистической парадигмы специальной педагогики?
4. Сформулируйте цели, задачи и принципы специальной педагогики.
5. На какие концепции и теории Л.С. Выготского следует опираться при объяснении сути основных категорий специальной психологии?
6. Сформулируйте основные положения теории В.П. Кащенко.
7. Каковы основные принципы педагогической системы М. Монтессори.
8. Основные принципы педагогической системы Р. Штайнера?

Методические рекомендации:

1. Рассматривая вопрос о методах коррекционной педагогики, обратите внимание на общепедагогические методы обучения и специфические для каждой категории обучающихся с особыми образовательными потребностями, предложенные В.П. Кащенко и сравните данную классификацию методов с современными классификациями.

2. Раскрывая суть третьего вопроса плана, покажите, в каких «отношениях» находятся коррекционная педагогика и специальная психология. В этом же вопросе необходимо отразить, что явилось предпосылками для вычленения данных наук как самостоятельных и их современное состояние и значение.

3. Рассматривая научные теории, подготовьте сообщения или презентации, в которых необходимо показать выдающийся вклад ученых в становление коррекционной педагогики и специальной психологии. Сообщение должно быть оформлено по требованиям (метод. кабинет фПиП), презентация выполняется в программе Power Point, согласно требований.

При подготовке сообщений и презентаций использование основной литературы не достаточно, необходимо пользоваться дополнительными источниками (см. дополнительная литература), энциклопедическими материалами, Интернет-ресурсами.

Основная литература:

1. Гонеев А.Д. Основы коррекционной педагогики. - М: Академия, 2004.
2. Дефектология. Словарь-справочник / Под ред. Б.П. Пузанова. – М., 1996.
3. Зайцева И.А. Коррекционная педагогика. - Ростов-н/Д.: Мар-Т, 2002.

4. Кащенко В.П. Педагогическая коррекция. – М., 1994.
5. Лапшин В.А. Основы дефектологии. – М., 1990.
6. Специальная педагогика / Под ред. Н.Н. Назаровой. - М.: Академия, 2000.
7. Специальная психология / Под ред. В.И. Лубовского. - М.: Академия, 2005.

Дополнительная литература:

1. Выготский Л.С. Собрание сочинений. В 6 т. – Т. 5. – М., 1982.
2. Коррекционная педагогика / Под ред. В.С. Кукушкина. – Ростов н/Д., 2002.
3. Степанова М.А. П.Я. Гальперин: теория, опередившая время. – 2006. - № 1.
4. Пузанов Б.П. Коррекционная педагогика: Основы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии: Учебное пособие для студ. – М.: Изд. центр «Академия», 1999.

Раздел 2. Норма и отклонения в развитии человека

Семинарское занятие № 1

Тема: Нормативное и отклоняющееся развитие человека

План:

1. Понятие развития. Категории развития в специальной психологии. Взаимосвязь психического развития и деятельности.
2. Понятие нормы и отклонения в физическом, психическом, моторном, интеллектуальном развитии человека. Виды норм (статистическая, функциональная, идеальная).
3. Психологический аспект понятия нормы в развитии.
4. Понятие «аномальный ребенок». Особенности аномального развития.

Основные понятия: развитие, психическое развитие, деятельность, норма, отклонение, аномальное развитие, аномальный ребенок.

Практическое задание:

1. Подготовиться к понятийному диктанту по теме «Предмет, задачи и методы коррекционной педагогики и специальной психологии».
2. Найти примеры всех видов норм из жизненных ситуаций: их соответствие и несовпадение.

Контрольные вопросы:

1. Какой процесс включается у человека при максимальном приближении к идеальной норме?
2. Какие два вида норм необходимо учитывать и сопоставлять при наблюдении за развитием ребенка?

Методические рекомендации:

1. При подготовке ответа на первый вопрос плана, воспользуйтесь разными словарями (из разных областей наук), дающими определение понятию «развитие»; обязательно указывайте источник, в котором нашли определение.

Рассматривая взаимосвязь психического развития и деятельности, обратитесь к положению Л.С. Выготского о зоне ближайшего развития при обучении и воспитании аномальных детей (дополнительная литература – источник № 2).

2. Рассматривая второй вопрос плана, воспользуйтесь словарями и справочниками из разных областей наук (биологии, психологии, физиологии и т.д.), дающими определения понятиям «норма» и «отклонение».

Литература основная:

1. Гонеев А.Д. Основы коррекционной педагогики. - М.: Академия, 2004.
2. Зайцева И.А. Коррекционная педагогика. - Ростов-н/Д.: Мар-Т, 2002.
3. Специальная педагогика / Под ред. Н.Н. Назаровой. - М.: Академия, 2000.
4. Специальная психология / Под ред. В.И. Лубовского. - М.: Академия, 2005.
5. Трофимова Н.М. Основы специальной педагогики и психологии. - СПб.: Питер, 2005.

Литература дополнительная:

1. Вахромов Е. Норма и аномалия // Школьный психолог. - 2001. - № 30. - С. 4.
2. Выготский Л.С. Диагностика развития и педагогическая клиника трудного детства. Собр. соч.: В 6 т. – Т. 5. - М.: Педагогика, 1984.
3. Мамайчук И.И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции. - СПб.: Речь, 2000.

4. Мясоед П.А. Проблема «ненормативного» психического развития // Вопросы психологии. - 1994. - №4. - С. 49 - 56.
5. Обухова Л.Ф., Корепанова И.А. Зона ближайшего развития: пространственно-временная модель // Вопросы психологии. - 2005. - № 6. – С. 13 - 25.
6. Семаго М.М. Типология отклоняющегося поведения// Школьный психолог. - 2005. - № 23. - С. 23-25.

Семинарское занятие №2

Тема: Л.С. Выготский о структуре дефекта

План:

1. Понятие о дефекте в развитии личности.
2. Первичный и вторичный дефект.
3. Л.С. Выготский о структуре дефекта.
4. Л.С. Выготский о психическом дефекте и компенсации.

Основные понятия: дефект, первичный дефект, вторичный дефект, структура дефекта, зона ближайшего развития, зона актуального развития.

Практическое задание:

1. Законспектировать статью: Обухова Л.Ф., Корепанова И.А. Зона ближайшего развития: пространственно-временная модель // Вопросы психологии. - 2005. - № 6. – С. 13 – 25.
2. Нарисовать модель структуры дефекта, выбрав в качестве основания один из видов нарушений в развитии.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение понятий «аномальный ребенок» и «аномальное развитие». Какими современными терминами можно их заменить?
2. Приведите примеры особых потребностей детей с нарушениями в развитии.

Методические рекомендации:

При ответе на четвертый вопрос плана, укажите, к каким понятиям на современном этапе идет тенденция при определении группы детей с нарушениями в развитии взамен понятию «аномальные дети». Покажите свое отношение на данную тенденцию.

Литература основная:

1. Гонеев А.Д. Основы коррекционной педагогики. - М: Академия, 2004.
2. Зайцева И.А. Коррекционная педагогика. - Ростов-н/Д.: Мар-Т, 2002.
3. Специальная педагогика / Под ред. Н.Н. Назаровой. - М.: Академия, 2000.
4. Специальная психология / Под ред. В.И. Лубовского. - М.: Академия, 2005.
5. Трофимова Н.М. Основы специальной педагогики и психологии. - СПб.: Питер, 2005.

Литература дополнительная:

1. Вахромов Е. Норма и аномалия // Школьный психолог. - 2001. - № 30. - С. 4.
2. Выготский Л.С. Диагностика развития и педагогическая клиника трудного детства. Собр. соч.: В 6 т. – Т. 5. - М.: Педагогика, 1984.
3. Мамайчук И.И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции. - СПб.: Речь, 2000.
4. Мясоед П.А. Проблема «ненормативного» психического развития // Вопросы психологии. - 1994. - №4. - С. 49 - 56.
5. Обухова Л.Ф., Корепанова И.А. Зона ближайшего развития: пространственно-временная модель // Вопросы психологии. - 2005. - № 6. – С. 13 - 25.
6. Семаго М.М. Типология отклоняющегося поведения// Школьный психолог. - 2005. - № 23. - С. 23-25.

Раздел 3. Психология детей с различными нарушениями развития

Семинарское занятие №1-2

Тема: Классификации нарушений в психическом развитии. Комбинированные (комплексные) нарушения развития

План:

1. Понятие «дизонтогенез». Виды дизонтогенеза. Параметры дизонтогенеза.
2. Типы классификаций психического дизонтогенеза.

3. Недоразвитие как тип нарушенного психического развития: понятие, причины.
4. Задержанное развитие как тип нарушенного психического развития: понятие, причины.
5. Поврежденное развитие как тип нарушенного психического развития: понятие, причины.
6. Дефицитарное развитие как тип нарушенного психического развития: понятие, причины.
7. Искаженное развитие как тип нарушенного психического развития: понятие, причины.
8. Дисгармоничное развитие как тип нарушенного психического развития: понятие, причины.
9. Комбинированные нарушения. Слепоглухие как наиболее изученная группа детей с комбинированными нарушениями.

Основные понятия: дизонтогенез, нарушение развития, недоразвитие, олигофрения, задержанное развитие, задержка психического развития, поврежденное развитие, органическая деменция, дефицитарное развитие, искаженное развитие, синдром Каннера, дисгармоничное развитие, психопатии, комбинированное нарушение.

Практическое задание:

1. Подготовиться к понятийному диктанту. Выучить следующие понятия: развитие, психическое развитие, деятельность, норма, отклонение, дефект, первичный дефект, вторичный дефект, структура дефекта, аномальное развитие, аномальный ребенок, зона ближайшего развития, зона актуального развития.
2. Заполните таблицу:

«Виды нарушений развития и их причины»

Вид нарушения (аномалия)	Типичные модели аномалий	Клиническая характеристика аномалий	Причины нарушений психического развития	
			врожденные	приобретенные

3. Составьте план сообщения для родителей на тему «Профилактика нарушений психического развития детей».

Контрольные вопросы:

1. На какие группы можно разделить причины нарушений в развитии детей?
2. Какие виды нарушений развития в пренатальном периоде вы знаете?
3. Почему употребление алкоголя и наркотиков приводит к нарушениям развития детей?
4. Какие причины в раннем возрасте могут вызвать функциональные расстройства нервной системы ребенка? Почему?
5. Проанализируйте, с точки зрения комплексного подхода, причины задержки в речевом развитии ребенка в данном примере. Мальчик 6 лет, родился в асфиксии вследствие затяжных родов. Осложненные роды и необходимость реанимации ребенка привели к развитию у матери высокой тревожности по поводу здоровья ребенка. Ее волнение неблагоприятно отразилось на малыше в первые месяцы жизни: он рос беспокойным, плохо ел, много кричал и почти не спал ночью. Из-за беспокойного поведения младенец не доставлял молодой матери радости, в результате она стала проводить с ним меньше времени. Недостаточная активность в общении взрослого с ребенком всегда приводит к отставанию малыша в речевом развитии.
6. Приведите свои примеры отрицательного результата воздействия на развитие ребенка различных патогенных факторов.
7. Назовите типичную модель психического недоразвития.
8. Какой тип нарушения характеризуется общей недостаточностью знаний.
9. Модель поврежденного психического развития, возникающее после трех лет.
10. Какие типы нарушения относятся к аномальному развитию по дефицитарному типу на почве поражения сенсорной либо моторной сферы?
11. К какому типу психического развития относится синдром Каннера?
12. Назовите аномалии психического развития, в основе которых лежит дизонтогенез эмоционально-волевой сферы.

Методические рекомендации:

1. Давая определение понятию «дизонтогенез», используйте психологические словари (обязательно укажите автора словаря).

2. Рассматривая материал третьего и восьмого вопросов, Вам необходимо выстроить свой ответ по следующему плану:

- определение понятия вида нарушения развития;
- типичные нарушения, относящиеся к конкретному виду нарушения;
- причины нарушений (экзогенные и эндогенные).

3. При заполнении таблицы «Виды нарушений развития и их причины», возьмите за основу учебное пособие В.В. Лебединского «Нарушение психического развития в детском возрасте».

4. При составлении плана сообщения для родителей на тему «Профилактика нарушений психического развития детей», воспользуйтесь данными таблицы «Виды нарушений развития и их причины».

Основная литература:

1. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: Учебное пособие для студ. психол. фак. высш. учебн. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 144 с.
2. Специальная педагогика / Под ред. Н.Н. Назаровой. - М.: Академия, 2000.
3. Специальная психология / Под ред. В.И. Лубовского. - М.: Академия, 2005.
4. Трофимова, Н.М. Основы специальной педагогики и психологии. - СПб.: Питер, 2005.

Семинарское занятие № 3

Тема: Особенности развития детей с недоразвитием

План:

1. Недоразвитие как тип нарушенного психического развития.
2. Понятие «умственной отсталости». Степени умственной отсталости.
3. Психологическая характеристика умственно отсталых детей:
4. а) характеристика познавательных процессов;
5. б) характеристика психомоторики;
6. в) характеристика эмоционально-волевого развития.
7. Личность умственно отсталого ребенка.
8. Основные виды деятельности детей с интеллектуальной недостаточностью (игровая, трудовая и учебная).
9. Понятие «коррекция», «компенсация» и «адаптация» применительно к умственно отсталым учащимся.

Основные понятия: аффективное развитие, умственная отсталость, дебильность, имбицильность, идиотия, патологическая инертность, тотальность, неосложненная олигофрения, осложненная олигофрения, атипичная,

Практическое задание:

1. Подготовиться к контрольному срезу по теме «Виды нарушений развития и их причины».
2. Подобрать упражнения на развитие нервно-психической сферы (речи, памяти, эмоций) для умственно отсталых детей в степени дебильности.

Контрольные вопросы:

1. Дайте психологическую характеристику умственно отсталых детей.
2. Являются ли понятия «аномальный», «умственно отсталый», «олигофрен» идентичными?
3. Каковы основные нарушения речи при снижении интеллекта?
4. Каковы основные нарушения мыслительной деятельности при умственной отсталости?
5. В чем сущность личностной незрелости учащихся вспомогательной школы?
6. Расскажите об особенностях учебной и игровой деятельности умственно отсталых школьников.
7. На чем основана классификация олигофрении, и какие формы выделяются?
8. Является ли умственно отсталый ребенок личностью?
9. Какие особенности игровой деятельности умственно отсталых детей могут служить диагностическими критериями?
10. Расскажите о влиянии трудовой деятельности на коррекцию нарушений познавательной, эмоционально-волевой сферы и личности учащихся вспомогательной школы.

Методические рекомендации:

1. Рассматривая материал о недоразвитии, необходимо указать природу данного типа нарушенного психического развития.

2. Давая понятие «умственной отсталости» и рассматривая степени умственной отсталости, рассмотрите этот тип нарушения с точки зрения типичной модели психического недоразвития.

2. Рассматривая четвертый вопрос плана Вам необходимо отразить эмоционально-волевою сферу детей с умственной отсталостью, их общение со сверстниками и со взрослыми, межличностные взаимоотношения и т.д.

3. При ответе на шестой вопрос плана, необходимо подобрать из литературы комплекс мер, которые направлены на коррекцию, компенсацию и адаптацию нарушенного психического развития.

4. Для подготовки к контрольному срезу, воспользуйтесь лекционными материалами, предложенной литературой, материалами, отработанными на семинарском занятии № 3 (таблица «Виды нарушений развития и их причины»).

Основная литература:

1. Забрамная С.Д. Ваш ребенок учится во вспомогательной школе. – Саратов, 1990.
2. Забрамная С.Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. – М., 1995.
3. Выготский Л.С. Собр.соч.: В 6 т. – М., 1982. – Т.5.
4. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. – М., 1979.
5. Специальная педагогика / Под ред. Н.Н. Назаровой. - М.: Академия, 2000.
6. Специальная психология / Под ред. В.И. Лубовского. - М.: Академия, 2005.

Дополнительная литература:

1. Занков Л.В. Психология умственно отсталого ребенка. – М., 1939.
2. Коррекционная педагогика / Под ред. Б.П. Пузанова. – М., 1999.
3. Лурия А.Р. Умственно отсталый ребенок. – М., 1960.
4. Практикум по психологии умственно отсталого ребенка / Сост. А.Д. Виноградова. – М., 1985.

Семинарское занятие № 4

Тема: Психологические особенности детей с задержанным развитием

План:

1. Задержка как тип нарушенного психического развития.
2. Понятие и классификация задержки психического развития (по В.В. Лебединскому).
3. Этиология задержки психического развития.
4. Характеристика познавательных процессов детей младшего школьного возраста с ЗПР.
5. Особенности эмоционально-волевой сферы детей.

Основные понятия: задержка психического развития, резидуально-органические состояния, конституциональные факторы, легкая дисфункция мозга, минимальная мозговая дисфункция, психофизический инфантилизм, задержка психического развития церебрально-органического генеза, церебрастенические явления.

Практическое задание:

1. Составьте тезаурус по теме, раскройте предложенные Вами понятия.
2. Законспектируйте статьи:
 - Семенова С.Э. Специфика основных желаний детей-сирот с ЗПР // Дефектология. – 2006. - № 6. – С. 23.
 - Локтева. О формировании коммуникативных навыков у старших дошкольников с ЗПР через факультатив «Театр и дети» // Дефектология. – 2006. - № 6. – С. 81.
 - Гордеева Т.В., Минина Г.А. Роль близкого взрослого в становлении образа «Я» у ребенка с ЗПР // Дефектология. – 2005. - № 1. – С. 47.
3. Подготовьте сообщение для педагогов начальных классов о причинах неуспеваемости школьников и организации индивидуального подхода в процессе обучения.

Контрольные вопросы:

1. Какие формы задержки психического развития вы знаете?
2. Каковы признаки задержки психического развития у младших школьников?
3. В чем принципиальное отличие задержки психического развития от умственной отсталости?

4. Назовите формы психолого-педагогической помощи детям с ЗПР.
5. Каковы особенности учебной деятельности детей с ЗПР?
6. Почему задержка психического развития является вариантом дизонтогенеза?

Методические рекомендации:

1. Раскрывая второй вопрос плана, ознакомьтесь с другими классификациями задержки психического развития, предложенные М.С. Певзнером и Т.А. Власовой. Наиболее подробно изучите классификацию задержки психического развития, предложенную В.В. Лебединским.

2. В третьем вопросе плана Вам необходимо изучить причины ЗПР: врожденные и приобретенные.

3. Давая характеристику познавательным процессам детей с ЗПР, воспользуйтесь методом сравнения и покажите специфику развития познавательных процессов детей с ЗПР относительно детей, психическое развитие которых находится в норме. Обратите особое внимание на характеристику речи детей с ЗПР.

4. Конспектируя статьи в журналах, используйте умения моделирования теоретического материала. Весь материал, изученный Вами в предложенных статьях, используйте при ответе на вопросы плана как дополнительный материал.

Основная литература:

1. Выготский Л.С. Собр.соч.: В 6 т. – М., 1982. – Т.5.
2. Специальная педагогика / Под ред. Н.Н. Назаровой. - М.: Академия, 2000.
3. Специальная психология / Под ред. В.И. Лубовского. - М.: Академия, 2005.
4. Трофимова Н.М., Дуванова С.П. и др. Основы специальной педагогики и психологии. – СПб., 2005.

Дополнительная литература:

1. Борякова Н.Ю. О некоторых особенностях построения речевых высказываний 6-летних детей с задержкой психического развития // Дефектология. – 1983. - № 3.
2. Гордеева Т.В., Минина Г.А. Роль близкого взрослого в становлении образа «Я» у ребенка с ЗПР // Дефектология. – 2005. - № 1.
3. Лебединская Н.С. Основные вопросы клиники и систематики ЗПР // Дефектология. – 2006. - № 3. – С. 15.
4. Локтева. О формировании коммуникативных навыков у старших дошкольников с ЗПР через факультатив «Театр и дети» // Дефектология. – 2006. - № 6.
5. Семенова С.Э. Специфика основных желаний детей-сирот с ЗПР // Дефектология. – 2006. - № 6
6. Слепович Е.С. Формирование речи у дошкольников с задержкой психического развития. – Минск, 1983.

Семинарское занятие № 5

Тема: Проблемы обучения и воспитания детей с отклоняющимся развитием.

План:

1. Задержка психического развития: актуальное состояние, проблемы выявления.
2. Особенности обучения и воспитания детей с задержкой психического развития.
3. Умственная отсталость: характеристика интеллектуального и личностного развития детей.
4. Особенности образовательной среды для умственно отсталых детей.
5. Умственная одаренность как отклонение в психическом развитии.
6. Одаренные дети. Критерии одаренности.
7. Психолого-педагогические проблемы социальной адаптации одаренных детей.
8. Современная система образовательных учреждений в России для детей с отклонениями в развитии.

Основные понятия: умственная отсталость, задержка психического развития, одаренность, дети с особыми образовательными способностями, обучение, воспитание, креативность, гибкость, пластичность, акселерация, ретардация, способности, школы VIII вида, специальное образование.

Практическое задание:

1. Подготовиться к понятийному диктанту по теме «Психология детей с задержанным развитием и с недоразвитием»
2. На семинарском занятии планируется просмотр двух фрагментов фильма о Н.П. Бехтеревой относительно этиологии одаренности как отклонения в психическом развитии. Затем будет предложено ряд задач практического характера, решение которых будет осуществляться на занятии.
3. Подготовьте доклад по теме: «Проблемы и причины школьной неуспеваемости в теории и практике обучения».
4. Ознакомьтесь с Федеральным законом об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья. Выделите наиболее существенные недостатки и достоинства данного закона.

Методические рекомендации:

1. При подготовке к данному занятию, Вам необходимо систематизировать материал семинарских занятий № 4 и 5.

2. Для более глубокого понимания вопроса обучения и воспитания детей с ЗПР и умственной отсталостью, найдите в журналах «Вопросы психологии», «Дефектология» и газетах «Школьный психолог», фрагменты уроков, методические рекомендации педагогов при обучении и воспитании детей с ЗПР и умственно отсталых.

3. Найдите в доступной Вам литературе разработки Н.П. Бехтеревой об одаренности. При просмотре фрагментов фильма на занятии, будьте готовы конспектировать основные мысли автора, которые Вам помогут решить ряд практических задач.

4. При подготовке к докладу по теме: «Проблемы и причины школьной неуспеваемости в теории и практике обучения», воспользуйтесь журналами «Дефектология», «Вопросы психологии». Для рационального использования времени при подготовке к занятию, возьмите последние номера журналов, где описаны все статьи за год.

Контрольные вопросы:

1. Объясните значение выражения «социальная компенсация дефектов. Как вы понимаете социальную реабилитацию человека с ограниченными возможностями жизнедеятельности средствами образования?
2. Каковы характерные для всех детей с особыми образовательными потребностями отклонения в развитии?
3. Что такое «стандарт специального образования»? Каковы его важнейшие составляющие?
4. Чем отличается содержание образования применительно к разным категориям детей с особыми образовательными потребностями?
5. В чем специфика системы образования лиц с недостатками в развитии?

Основная литература:

1. Выготский Л.С. Собр.соч.: В 6 т. – М., 1982 – 1985. – Т.5.
2. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. - СПб: Издательство "Питер", 2000.
3. Специальная психология / Под ред. В.И. Лубовского. - М.: Академия, 2005.
4. Трофимова Н.М., Дуванова С.П. и др. Основы специальной педагогики и психологии. – СПб, 2005.

Дополнительная литература:

1. Занков Л.В. Психология умственно отсталого ребенка. – М., 1939.
2. Коррекционная педагогика / Под ред. Б.П. Пузанова. – М., 1999.
3. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 144 с.
4. Лурия А.Р. Умственно отсталый ребенок. – М., 1960.
5. Одаренные дети / Общ. ред. Г.В. Бурменской, В.М. Слущкого. – М., 1991.
6. Савенков А.И. «Одаренные дети в детском саду и школе» - М; 2000 г.
7. Чистякова Г.Д. У истоков психологии одаренности // Вопросы психологии. – 2007. - № 6.
8. Юркевич В.С. «Одаренный ребенок» - М; 1996.

Семинарское занятие № 6

Тема: Особенности развития детей с нарушениями слуха и зрения.

План:

1. Роль сурдопедагогики и сурдопсихологии в связи с увеличением детей, имеющих нарушения слуха.
2. Причины нарушения слуха. Группы детей с нарушениями слуха.
3. Особенности психического развития глухого ребенка в первые годы жизни, в старшем дошкольном возрасте и в школьном возрасте.
4. Тифлопсихология как наука о закономерностях психологического развития слепых и слабовидящих.
5. Характеристика детей с нарушением зрения от младенчества до школьного возраста.
6. Личность ребенка с нарушением зрения: особенности ее развития.
7. Профессиональное образование, трудовая деятельность, социальная адаптация лиц с нарушением зрения.

Основные понятия: сенсорный дефект, доминирующая анализаторная система, активность отражательной деятельности, снижение психической активности, нарушение компонентов перцепции, компенсаторная роль памяти, шрифт Брайля, сенсорная депривация, комбинированный дефект, мимико-жестовая речь, тактильная речь, дезинтеграция.

Практическое задание:

1. Подготовиться к тесту по теме «Отличия психолого-педагогической характеристики детей с ЗПР и умственно отсталых в школьном возрасте».
2. Подготовить реферат по теме: «Жестовая речь глухих» (выполняет один студент).
3. Законспектируйте статьи:
 - Васильева Т.И. Опыт совместного обучения слабослышащих и слышащих школьников // Дефектология. – 2005. - №5.
 - Соловьева Т.А. Обучение детей с нарушением слуха в массовой школе // Дефектология. – 2005. - № 5.
4. Предложите упражнения для детей с нарушениями зрения на формирование зрительных образов внешнего мира.
5. Дайте определение понятиям: косоглазие, амблиопия, гигиена зрения, коррекция, компенсация, компенсаторная перестройка восприятия.
6. Прочитайте книгу О.И. Скороходовой «Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир» (доп. литература) и сделайте вывод об особенностях развития и адаптации людей в условиях тотального выпадения основных функций.

Методические рекомендации:

1. Говоря о психическом развитии детей с нарушениями слуха, отразите познавательную и эмоционально-волевую сферы развития детей.

2. При написании реферата на тему «Жестовая речь», обратите внимание на следующие моменты: наглядность, различия разговорной жестовой речи и калькирующей, компоненты того и другого вида жестовой речи, как строятся высказывания в разговорной и калькирующей жестовой речи. Используйте не только предложенную литературу, но и психологические журналы, энциклопедические материалы, Интернет-ресурсы.

3. При подготовке к ответу на второй вопрос плана, обратите внимание на особенности возраста, познавательную деятельность каждого возраста. Ответьте на вопрос: В чем разница познавательного развития в зависимости от возраста потери зрения?

4. Выполняя практическое задание № 4, подберите для каждого познавательного процесса ребенка с нарушением зрения упражнение. Учитывайте возраст детей, время и степень потери зрения.

Контрольные вопросы:

1. Назовите основные группы детей с дефицитным развитием.
2. В чем состоит негативное влияние нарушений функций зрения и слуха на психические функции и познавательную деятельность в целом?

3. Почему Л.С. Выготский считал основной задачей воспитания ребенка с нарушением слуха и зрения не развитие и усиление других, сохранных анализаторов, а приобщение его к социальному опыту, приспособление к труду и общественной жизни?
4. Почему Л.С. Выготский считал, что «...хотя глухота и должна составлять неизмеримо меньший недостаток, чем слепота, она оказывается значительно большим несчастьем, так как прямее, чем слепота, нарушает социальные связи личности...»?
5. Что является основным средством обучения детей с нарушениями зрения? В чем сущность обучения слепых детей с помощью данного средства?

Основная литература:

1. Богданова Т.Г., Щурова Ю.Е. Динамика интеллектуального развития детей с нарушением слуха // Вопросы психологии. – 2009. - № 5.
2. Выготский Л.С. Собр.соч.: В 6 т. – М., 1982 – 1985. – Т.5.
3. Специальная педагогика / Под ред. Н.Н. Назаровой. - М.: Академия, 2000.
4. Специальная психология / Под ред. В.И. Лубовского. - М.: Академия, 2005.
5. Трофимова Н.М., Дуванова С.П. и др. Основы специальной педагогики и психологии. – СПб, 2005.
6. Яшкова Н.В. Наглядное мышление глухих детей. – М., 1988.

Дополнительная литература:

1. Васильева Т.И. Опыт совместного обучения слабослышащих и слышащих школьников // Дефектология. – 2005. - №.5.
2. Гудонис В., Баркаускайте М. Интегрированное обучение детей с нарушениями зрения // Дефектология. – 2006. - №.3.
3. Крайнин В.А., Крайнина З.М. Человек не слышит. – М., 1987.
4. Марцановская Е.Н. Основы предметно-практического обучения глухих школьников. – М., 1985.
5. Подколзина Е.Н. Особенности использования наглядности в обучении детей с нарушением зрения // Дефектология. – 2005. - №.6.
6. Скороходова О.И. Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир. - М.: Педагогика, 1972. - 448 с.
7. Соловьева Т.А. Обучение детей с нарушением слуха в массовой школе // Дефектология. – 2005. - № 5.
8. Шехмер М.С. Зрительное опознание. – М., 1981.

Семинарское занятие №7

Тема: Развитие детей с речевыми нарушениями

План:

1. Понятие речевого нарушения.
2. Классификация речевых нарушений.
3. Виды логопедической помощи детям в России.

Основные понятия: компенсаторная функция речи, брадилалия, тахилалия, заикание, дисфония, дислалия, ринолалия, дизартрия, алалия, афазия, дислексия, дисграфия, речевая инактивность, нарушения средств общения и нарушения в применении средств общения, коммуникативная компетентность, реакции дезадаптации, состояние фрустрации,

Практическое задание:

1. Подготовить реферат по темам «Психокоррекционная и профилактическая работа с детьми, имеющими речевые нарушения», «Занятия вокалом как средство коррекции заикания у детей».
2. Законспектировать статьи:
 - Макаускене В., Орзекаускене Ю. Групповая программа коррекции речи у заикающихся школьников // Дефектология. -2005. - № 2. -С.66 – 69.
 - Чиркина Г.В., Корнев А.Н. Современные тенденции в изучении дислексии у детей// Дефектология. -2005. -№ 1. -С. 89 – 91.
 - Черкасова Е.Л. О коммуникативных умениях учителя-логопеда // Дефектология. – 2005. - № 6.

Методические рекомендации:

1. Рассматривая вопрос о видах логопедической помощи в России, воспользуйтесь современными материалами, которые Вы сможете найти в психологических журналах последних лет.

2. Реферат на тему «Психокоррекционная и профилактическая работа с детьми, имеющими речевые нарушения» выполняется одним студентом. При ответе отразите следующие вопросы: причины нарушений, предупреждение речевых нарушений, артикуляционная гимнастика (демонстрация упражнений).

Контрольные вопросы:

1. Какова роль речи в компенсации нарушений зрения и слуха?
2. Какие пути и методы применяются при формировании речи у неслышащих детей?
3. Каковы особенности развития личности детей с нарушениями речи? В какой психологической помощи они нуждаются?

Основная литература:

1. Лапшин В.А. Основы дефектологии. - М., 1991.
2. Специальная психология/ Под ред. В.И. Лубовского. - М., 2005.
3. Специальная педагогика/Под ред. Н.Н. Назаровой. - М., 2000.
4. Трофимова Н.М., Дуванова С.П. и др. Основы специальной педагогики и психологии. - СПб., 2005.

Дополнительная литература:

1. Богданов Н.Н. Дерматоглифические маркеры заикания // Вопросы психологии. – 2006. - № 1.
2. Вильсон Д. К. Нарушения голоса у детей. - М., 1990.
3. Девина Р.Е. Нарушение письма у детей с недоразвитием речи. – М., 1961.
4. Ермакова И. И. Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков. - М.: Просвещение, 1984.
5. «Круглый стол» по проблеме заикания // Вопросы психологии. – 2007. - № 1.
6. Лубовский В.И. Развитие словесной регуляции действий у детей (в норме и патологии). – М., 1978.
7. Парамонова Л.Г., Селиверстов В.И. Логопедия. Методическое наследие: В 5 книгах. Кн.2: Нарушения темпа и ритма речи. – Изд-во: ВЛАДОС, 2007. – 431 с.
8. Правдина О. В. Логопедия. Учеб. пособие для студентов дефектолог. фак-тов пед. ин-тов. Изд. 2-е, доп. и перераб. - М.: Просвещение, 1973. - 272 с. с ил.
9. Чиркина Г. В. Дети с нарушениями артикуляционного аппарата. - М., 1969.

Семинарское занятие № 8

Тема: Характеристика детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

План:

1. Определение категории детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
2. Термин «детский церебральный паралич». Этиология данного типа дефицитарного нарушения развития.
3. Формы проявления ДЦП (по классификации К.А. Семеновой).
4. Психическое развитие детей при детском церебральном параличе.

Основные понятия: нарушения двигательной сферы, детский церебральный паралич (ДЦП), комбинированный дефект, тактильно-вибрационные ощущения, дезинтеграция, фиксированность на дефекте, защитные механизмы.

Практическое задание:

1. Законспектировать статьи:
 - Особенности невербального творческого мышления детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Вопросы психологии. – 2008. - № 4. – С. 35.
 - Ткачева В.В. Работа психолога с матерями, воспитывающими детей с тяжелыми двигательными нарушениями // Дефектология. – 2005. - № 1. – С. 25.
2. Из статьи Е.В. Устиновой «Преодоление эмоциональных нарушений у дошкольников с ДЦП в процессе оптимизации их отношений с родителями» (доп. лит-ра, источник № 5) выписать упражнения и дать им характеристику.

Методические рекомендации:

1. Рассматривая первый вопрос плана, не ограничивайтесь только одним типом дефицитарного нарушения – ДЦП. Существуют и другие типы нарушений данной группы. Назовите их и дайте им медико-психологическую характеристику с точки зрения этиологии.

2. Для того, чтобы наиболее полно ответить на второй вопрос плана, сообщите фамилию автора, который ввел понятие «ДЦП» дайте определение данному понятию из словаря, указав источник и назовите врожденные и приобретенные причины детского церебрального паралича.

3. Рассматривая психологическое развитие детей при ДЦП, дайте характеристику познавательным процессам, особенно рассмотрите речь таких детей, и эмоционально-волевой сфере.

Контрольные вопросы:

1. Вспомните известный фильм «Форест Гамп». Какие психологические особенности детей с нарушениями двигательной сферы нашли свое художественное воплощение в поведении главного героя?
2. Как нарушения двигательной сферы при ДЦП отражаются на развитии ребенка?

Основная литература:

1. Специальная психология/ Под ред. В.И. Лубовского. - М., 2005.
2. Специальная педагогика/Под ред. Н.Н. Назаровой. - М., 2000.
3. Трофимова Н.М., Дуванова С.П. и др. Основы специальной педагогики и психологи. - СПб., 2005.

Дополнительная литература:

3. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детский церебральный паралич. – Киев, 1988.
4. Мещеряков А.И. Опыт обучения детей, страдающих множественными дефектами // Дефектология. - 1973. - № 3.
5. Особенности невербального творческого мышления детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Вопросы психологии. – 2008. - № 4. – С. 35.
6. Ткачева В.В. Работа психолога с матерями, воспитывающими детей с тяжелыми двигательными нарушениями // Дефектология. – 2005. - № 1. – С. 25.
7. Устинова Е.В. Преодоление эмоциональных нарушений у дошкольников с ДЦП в процессе оптимизации их отношений с родителями // Дефектология. – 2005. - № 1. – С. 52.

Семинарское занятие № 9

Тема: Особенности детей с поврежденным развитием

План:

1. Органическая деменция как характерная модель поврежденного психического развития.
2. Этиология органической деменции.
3. Специфика клинико-психологической структуры органической деменции.
4. Характеристика процесса мышления при органической деменции (по Б.В. Зейгарник).

Основные понятия: _слабоумие, органическая деменция, эпилептическая деменция, поврежденное развитие, мозговые структуры, резидуальная органическая деменция, прогрессирующая деменция, менингит, энцефалит, прогрессирующий склероз мозга.

Практическое задание:

1. Заполнить таблицу «Дифференциально-диагностические критерии разграничения поврежденного, задержанного развития и недоразвития»

Тип нарушения	Неврологические характеристики	Физиологические характеристики	Место и степень поражения мозга	Возможности социальной адаптации
Задержка психического развития				
Олигофрения				
Деменция				

Методические рекомендации:

1. При подготовке к семинарскому занятию за основу возьмите учебник В.В. Лебединского «Нарушения психического развития в детском возрасте».

2. При ответе на третий вопрос плана, Вам помогут знания анатомии о строении отделов головного мозга, общей психологии о функциях отделов головного мозга относительно познавательных процессов и знания клинической психологии. Систематизируйте полученные Вами знания по данным дисциплинам, воспользуйтесь предложенной литературой и дайте полный ответ, характеризуя специфику клинико-психологической структуры органической деменции.

3. Заполняя таблицу, вспомните характеристику уже изученных видов нарушений (УО, ЗПР) и сравните их с органической деменцией.

Значение столбцов:

- неврологические характеристики – локальные знаки (парезы, параличи, судорожные припадки, скованность мышц, чрезмерная расслабленность мышц и т.д.);
- физиологические характеристики – выраженные признаки телосложения (большая голова, непропорциональность тела, маленький рост, короткие конечности и т.д.);
- место и степень поражения мозга – указать отдел головного мозга, структурные изменения или недоразвитые отделы, чем характеризуются данные изменения (разлаженность деятельности, некритичность, личностный распад и т.д.);
- возможности социальной адаптации – есть ли эти возможности, если нет, то указать в чем трудности.

Контрольные вопросы:

1. Что является типичной моделью поврежденного психического развития?
2. Что такое органическая деменция?
3. В каком возрасте возникает или начинает грубо прогрессировать деменция?
4. Назовите отличия в клинико-психологической структуре деменции от олигофрении.
5. В чем сложность систематики органической деменции?
6. Какие типы органической деменции у детей выделила Г.Е. Сухарева?
7. Чем характеризуется эпилептическая деменция?

Основная литература

1. Лапшин В.А. Основы дефектологии. - М., 1991.
2. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: Учебное пособие для студ. психол. фак. высш. учебн. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 144 с.
3. Специальная психология/ Под ред. В.И. Лубовского. - М., 2005.
4. Трофимова Н.М., Дуванова С.П. и др. Основы специальной педагогики и психологии. - СПб., 2005.

Дополнительная литература:

1. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей / Под ред. К.С. Лебединской. – М., 1982.
2. Баженова О.В. Диагностика психического развития детей первого года жизни. – М., 1987.
3. Вайзман Н.П. Психомоторика детей-олигофренов. – М., 1986.
4. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. – М., 1960.
5. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. – Л., 1988.
6. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М., 1976.
7. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. – М., 2000.

Семинарское занятие № 10

Тема: Психологические особенности детей с ранним детским аутизмом

План:

1. Понятие «ранний детский аутизм». Общая характеристика РДА.
2. Неоднозначность в этиологии РДА.
3. Патогенез детского аутизма.
4. Характеристика личности ребенка, имеющего синдром РДА.
5. Дифференциальная диагностика РДА.
6. Основные подходы к коррекции РДА.

Основные понятия: искаженное развитие, синдром раннего детского аутизма, шизофрения, аутистические страхи, аутистические фантазии, поведение привязанности, моторная сфера, произвольные действия, непроизвольные действия, защитные аутистические установки.

Практическое задание:

1. Предложите пути психологической помощи выхода человека с синдромом РДА из предложенных ситуаций:

Ситуация 1. Ребенок пришел со школы в свою комнату, а там беспорядок, вещи лежат не на своих местах.

Ситуация 2. Ребенок попал в незнакомую обстановку с незнакомыми людьми.

Ситуация 3. Автобус, на котором ребенок всегда ездил в школу, задержался на 15 минут.

Методические рекомендации:

1. При ответе на первый пункт плана, укажите, почему РДА имеет еще одно название – «Синдром Каннера». Также поясните вклад разных ученых в изучении синдрома раннего детского аутизма.
2. Раскрывая вопрос об этиологии РДА, объясните, с чем связан тот факт, что нет однозначности понимания данного синдрома. Укажите, что общего у синдрома РДА с другими видами нарушений в младенческом возрасте.
3. Рассматривая третий вопрос плана, Вам необходимо объяснить разнообразные формы проявления раннего детского аутизма.
4. Давая характеристику личности детей, имеющих синдром РДА, охарактеризуйте психические процессы, укажите, в чем особенность их развития, опишите регуляторную функцию таких детей и моторику, как такие дети овладевают навыками самообслуживания, легко ли находят общий язык с окружающими и т.д.
5. Отвечая на пятый пункт плана, объясните, в чем проблема и актуальность дифференциальной диагностики плана. Для этого, используйте сравнительный анализ РДА с такими нарушениями развития как ЗПР, УО, невропатия, органическая деменция. Дать наиболее полный ответ на данный вопрос Вам поможет источник № 1 (основная литература) - электронный вариант на кафедре ПРЛ.
6. Рассматривая вопрос о подходах к коррекции РДА, рассмотрите комплексную клинико-психолого-педагогическую коррекцию РДА, которая включает следующие направления:
 - психологическая коррекция;
 - педагогическая коррекция;
 - медикаментозная коррекция;
 - работа с семьей.
7. При выполнении практического задания, вам необходимо, учитывая теоретические положения Синдрома Каннера (особенности поведения детей-аутистов, особенности их познавательной сферы, эмоционально-волевой сферы и т.д.), подобрать вид психологической помощи для предложенных ситуаций.
8. Для более глубокого понимания данной темы, Вам предлагается найти и посмотреть фильмы (на выбор):
 - Рэймонд Бэббит «Человек дождя».
 - Саймон — «Меркурий в опасности».
 - Дональд Мортон (Джош Хартнетт) и Изабэль Соренсон (Рада Митчел) — «Без ума от любви» (Mozart and the Whale).
 - Казан (Эндрю Миллер) — «Куб».
 - Лайла (Йоханна Вокалек) — «Босиком по мостовой»
 - Йована (Jovana Mitic) — «Сон в зимнюю ночь».

Контрольные вопросы:

1. Что такое синдром раннего детского аутизма (РДА). Каковы основные характеристики этого синдрома?
2. Почему возникает РДА? дайте характеристику основных современных представлений по этому вопросу (наследственность, органическое поражение головного мозга, психогенные факторы).
3. Охарактеризуйте основные клинические проявления синдрома РДА.

4. Каковы современные представления об основном дефекте при РДА? Какие нарушения можно отнести к вторичным, третичным?
5. Каковы возможности социализации для лиц с аутизмом? От каких факторов и условий зависит процесс социализации?

Основная литература:

1. Богдан Н. Н., Могильная М.М. Специальная психология: Учебное пособие / Под общ. Ред.Н. Н. Богдан. - Владивосток: Изд-во ВГУЭС, 2003. - 220 с.
2. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: Учебное пособие для студ. психол. фак. высш. учебн. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 144 с.
3. Специальная психология/ Под ред. В.И. Лубовского. - М., 2005.

Дополнительная литература:

1. Каган В.Е. Аутизм у детей. – Л., 1981.
2. Лебединская К.С., Никольская О.С., Баенская Е.С. Диагностика раннего детского аутизма. – М., 1991.

Семинарское занятие № 11

Тема: Девиантное поведение детей и подростков

План:

1. Девиантное поведение, его причины и диагностические признаки.
2. Личностная предрасположенность к аддиктивному поведению.
3. Делинквентное поведение: специфика употребления алкоголя и наркотиков в подростковом возрасте.
4. Семья и проблемы «трудных» детей.
5. Профилактическая работа учителя с девиантными подростками.

Основные понятия: расстройства поведения, диспропорциональность психики, делинквентное поведение, аддиктивное поведение,

Практическое задание:

1. Предложите приемы воспитания, которые можно использовать при работе с девиантными детьми. Подготовьтесь применить эти приемы на практическом занятии.
2. Составить видео-копилку о подростках с девиантным поведением.

Методические рекомендации:

1. Для составления видео-копилки, необходимо каждому студенту группы найти по одному фильму, принести его на электронном носителе и на занятии сформировать копилку по тематикам: акцентуации характера, делинквентное поведение, аддиктивное поведение, работа с девиантами.

Основная литература:

1. Лапшин В.А. Основы дефектологии. - М., 1991.
2. Специальная психология/ Под ред. В.И. Лубовского. - М., 2005.
3. Специальная педагогика/Под ред. Н.Н. Назаровой. - М., 2000.
4. Трофимова Н.М., Дуванова С.П. и др. Основы специальной педагогики и психологи. - СПб., 2005.

Дополнительная литература:

1. Бахадов Е.В. Неблагополучная семья как фактор формирования девиантного поведения детей // Вопросы психологии. – 2006. - № 1.
2. Захаров А.И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка: Кн. для воспитателей дет.садов и родителей. 2-е изд. Доп. – М.: Просвещение, 1993.
3. Основы социальной работы / Отв.ред. П.Д. Павленок. – М., 1998.
4. Социальные отклонения. – М., 1989.

Семинарское занятие № 12

Тема: Акцентуации характера в подростковом возрасте

План:

1. Определение понятий "характер" и "акцентуация характера" в психологии.
2. Классификация акцентуаций характера.
3. Характерные особенности каждого типа акцентуации.

4. Причины трансформации акцентуаций характера.

Основные понятия: характер, акцентуация (лабильный, циклоидный, астенический, боязливый, психастенический, шизоидный, застревающий, эпилептоидный, демонстративный, гипертимный, дистимный, неустойчивый, конформный).

Практическое задание:

1. Подумайте, как соотносятся понятия "характер" и "акцентуация характера". Проведите сравнительный анализ (выделите общее и различное в этих понятиях).
2. Сравните классификации акцентуаций характера по К. Леонгарду и А.Е. Личко. Выскажите свое мнение (доводы "за" и "против") по каждой из классификаций.
3. Подготовьте сообщения на тему "Тип акцентуированной личности по К. Леонгарду".
4. Подготовьте сообщение на тему "Типы акцентуации характера по А.Е. Личко".
5. Подготовьте сообщение на тему "Психологические портреты людей с различными типами акцентуаций характера".
6. Найдите тестовый материал для определения акцентуаций характера. Выберите наиболее подходящий вариант.

Методические рекомендации:

1. При работе над темой, Вам необходимо овладеть понятийным аппаратом. Найдите в доступных Вам источниках основные понятия темы, ознакомьтесь с их формулировкой, выпишите те, которые Вам не совсем понятны и над которыми следует поработать.

2. Постарайтесь освоить конкретный тест для определения типа акцентуации, обратите особое внимание на обработку результатов тестирования. Найдите полное описание каждого типа акцентуации характера.

Контрольные вопросы:

1. Какие отклонения в развитии детей относятся к пограничным расстройствам?
2. Каковы проявления расстройств поведения в детском и подростковом возрасте?
3. Какое психическое состояние называют психической депривацией? В чем оно проявляется?
4. Каковы причины и проявления школьной дезадаптации?
5. Какие виды помощи детям с пограничными психическими расстройствами вы можете предложить?
6. Какое влияние оказывают различные формы депривации на развитие детей? Почему?
7. Как вы думаете, школьная дезадаптация – это процесс, результат, диагноз или психологическая проблема (если последнее, то чья – ребенка, взрослых)?
8. Какова роль психолога в оказании помощи детям с различными видами пограничных психических расстройств?
9. Объясните, зачем педагогу или психологу необходимо знать типы акцентуаций характера. Пригодятся ли эти знания в практической работе с подростками и их семьями?

Основная литература:

1. Специальная психология/ Под ред. В.И. Лубовского. - М., 2005.
2. Специальная педагогика/Под ред. Н.Н. Назаровой. - М., 2000.
3. Трофимова Н.М., Дуванова С.П. и др. Основы специальной педагогики и психологии. - СПб., 2005.

Дополнительная литература:

1. Акимова М.К., Семенов С.Ю. Стили защитно-совпадающего поведения у зависимых и независимых от психоактивных веществ подростков // Вопр. психол. – 2008. - № 4. – С. 70.
2. Богданов Н.Н. Стихи самоубийцы // Вопросы психологии. – 2008. - № 5. – С. 54.
3. Иванов Н.Я., Личко А.Е. Патохарактериологический диагностический опросник для подростков. – М., СПб., 1994.
4. Леонгард Т.С. Акцентуированные личности. – Киев, 1981.
5. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. – Л., 1983.
6. Эй ты, параноик!!!: О психотипах личности, о диагностике акцентуации характера детей и пед. помощи им / А. С. Прутченков, А. А. Сиялов. - М.: Новая шк., 1994.

Семинарское занятие № 13

Тема: Особенности детей с дисгармоническим развитием

План:

1. Виды дисгармонического развития: психопатии, патологическое формирование личности, отклонение темпа полового созревания.
2. Трудности при диагностике психопатий.
3. Психопатия как стойкий дисгармонический склад личности.
4. Этиология и патогенез психопатий.
5. Конституциональные психопатии как основная группа психопатий, их характеристика в детском возрасте:
 - шизоидные;
 - эпилептоидные;
 - циклоидные;
 - психастенические;
 - истерические.

Основные понятия: психопатия, шизоидная психопатия, эпилептоидная психопатия, психастеническая личность, истерическая психопатия, органические психопатии, задержка полового развития, ускоренное половое созревание.

Практическое задание:

1. Подготовиться к понятийному диктанту по пройденным типам нарушений (поврежденное, искаженное, дефицитарное развитие).
2. Заполнить таблицу:

ТИПЫ ПСИХОПАТИЙ И АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА

Тип акцентуаций и психопатий	Краткая характеристика типа	Проявление психопатий и акцентуаций	Возможные последствия	
Возбудимый				
Истерический				
Психастенический				
Астенический				
Сенситивный				
Неустойчивый				
Циклоидный				
Гипертимный				
Лабильный				
Шизоидный				
Эпилептоидный				

Методические рекомендации:

1. При ответе на первый вопрос плана, Вы столкнетесь с трудностью в вопросе диагностики видов дисгармонического развития. Для того, чтобы понять их существенные отличия, разделите лист бумаги на 3 части по числу предложенных видов аномалий и напишите, что является особенностью, а что присуще всем видам дисгармонического нарушения, т.е. является закономерностью дисгармонического развития.

2. При заполнении таблицы «Типы психопатий и акцентуации характера», воспользуйтесь материалами семинарских занятий № 14 и 15.

Контрольные вопросы:

1. Определите, что такое характер и как он может быть связан с дисгармонией развития.
2. Объясните, в чем отличие психопатии от акцентуации характера.
3. Опишите принципы построения типологии личности Э.Кречмера.
4. Перечислите возможные формы психопатий по этиологии возникновения.
5. Назовите основные клинические подходы к выделению групп психопатических расстройств (П. Б.Ганнушкин, О. В.Кербиков).
6. Охарактеризуйте основные подходы к выявлению акцентуаций характера и психопатий в детском возрасте.

7. Охарактеризуйте основные подходы к коррекции дисгармонического развития в детском возрасте.

Основная литература:

1. Богдан Н. Н., Могильная М.М. Специальная психология: Учебное пособие / Под общ. ред. Н. Н. Богдан. - Владивосток: Изд-во ВГУЭС, 2003. - 220 с.
2. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: Учебное пособие для студ. психол. фак. высш. учебн. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 144 с.
3. Специальная психология/ Под ред. В.И. Лубовского. - М., 2005.

Дополнительная литература:

1. Диагностика и коррекция социальной дезадаптации подростков / Под ред С. А. Беличевой. — М., 1999.
2. Зейгарник Б.В. Личность и патология деятельности. - М., 2001.
3. Клейберг Ю.А. Психология девиантного поведения. — М., 2001.
4. Лебединская К. С, Райская М.М., Грибанова Г. В. Подростки с нарушениями в аффективной сфере. — М., 1988.
5. Леонгард К. Акцентуированные личности. — Ростов, 1997.
6. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — М., 1983.
7. Психология и психоанализ характера: Хрестоматия / Ред.-сост. Д. Я. Райгородский. — Самара, 1997.

Раздел 4. Консультативно-диагностическое, коррекционно-педагогическое, реабилитационное направление в работе с детьми с ограниченными возможностями

Семинарское занятие № 1

Тема: Профилактика и диагностика недостатков личностного развития детей

План:

1. Понятие «профилактика». Общая и специальная профилактика в образовательных учреждениях
2. Общие вопросы диагностики психического развития детей.
3. Задачи и принципы изучения детей с нарушениями в развитии
4. Методы изучения детей с нарушениями развития:
 - Изучение документации ребенка.
 - Изучение продуктов деятельности ребенка.
 - Метод наблюдения.
 - Метод беседы.
 - Метод эксперимента
5. Процедура психологического исследования

Основные понятия: задачи и принципы изучения детей с нарушениями в развитии, обучающий эксперимент, процедура психологического исследования, структура мыслительной деятельности, стадии развития мышления, части мыслительного действия, характеристики действия, стратегия принятий решения, психологическое заключение, психологический диагноз.

Практическое задание:

1. Ознакомьтесь с диагностическим материалом О.Н. Усановой «Методики исследования мышления и речи» (см. распечатку) – методику принести на занятие каждому студенту.
2. Законспектировать статьи:
 - Александров А.А., Котова М.Б., Розанов В.Б., Климович В.Ю. Профилактика курения у подростков // Вопросы психологии. – 2008. - № 2. – С.55.
 - Нехорошева И.В., Зубов В.Н. Диагностика предрасположенности молодежи к девиантному поведению. – 2009. - № 5.

Методические рекомендации:

1. При подготовке к семинарскому занятию, за основу возьмите учебное пособие Богдана Н.Н., Могильной М.М. «Специальная психология» (основная литература, источник № 1).

2. Перед тем, как ознакомиться с методикой О.Н. Устиновой, вспомните материал курса «Общая психология»:

- речь и мышление как сложные формы психической деятельности;
- мыслительные операции: анализ, синтез, сравнение, обобщение, классификация, систематизация;
- ориентировочная, исполнительная, контрольная части мыслительных действий;
- характеристики действия: обобщенность, развернутость, освоенность.

Контрольные вопросы:

1. Каковы задачи, принципы и методы изучения детей с особыми потребностями в обучении?
2. Какова последовательность процедуры изучения аномального ребенка?
3. В чем смысл и каково назначение обучающего эксперимента?
4. Перечислите стадии развития мышления и охарактеризуйте каждую из них.
5. Какие методики направлены на исследование мышления у детей?
6. Каково основное назначение методов изучения детей с особыми потребностями в обучении?
7. Почему принцип развития является основной составляющей в диагностике ребенка?
8. Какое значение имеет принцип системно-динамического изучения при обследовании аномальных детей?
9. Каково основное условие написания качественного заключения по результатам психологического исследования ребенка?

Основная литература:

1. Богдан Н. Н., Могильная М.М. Специальная психология: Учебное. - Владивосток: Изд-во ВГУЭС, 2003. - 220 с.
2. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. - М., 1989.
3. Романова Е.С., Усанова О.Н., Потемкина О.Ф. Психологическая диагностика развития школьников в норме и патологии. - М., 1990.
4. Усанова О.Н. Специальная психология: система психологического изучения аномальных детей. - М., 1990.

Дополнительная литература:

1. Диагностика умственного развития дошкольников / Под ред. Л.А. Венгера и И.В. Холмской. - М., 1978.
2. Панасюк А. Ю. Адаптированный вариант Б. Векслера. - Л., 1973.
3. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. - М., 1970.

Семинарское занятие № 2

Тема: Методы психологической и педагогической коррекции различных нарушений в развитии

План:

1. Педагогическая коррекция В.П. Кащенко.
2. Психотерапия в дефектологии:
 - ✓ игротерапия,
 - ✓ гипнотерапия,
 - ✓ логотерапия,
 - ✓ библиотерапия,
 - ✓ педагогическое внушение,
 - ✓ музыкотерапия.
3. Психологическое сопровождение лиц с ограниченными возможностями.

Основные понятия: психолого-педагогические условия, коррекция, игротерапия, гипнотерапия, логотерапия, библиотерапия, педагогическое внушение, музыкотерапия, психологическое сопровождение.

Практическое задание:

1. Подготовиться к контрольному срезу по теме «Виды нарушений и их причины»

3. Разработать модель психолого-педагогической коррекционной работы со следующими видами нарушений развития (задание выполняет каждый студент):

- дети с ЗПР конституционального типа;
- дети с ЗПР соматогенного типа;
- дети с ЗПР психогенного типа;
- дети с ЗПР церебрально-органического генеза;
- дети с УО в степени дебильности;
- дети с нарушением зрения;
- дети с нарушением слуха;
- дети с нарушениями речи;
- дети с нарушением ОДА;
- дети с синдромом РДА;
- дети с аддиктивным поведением;
- дети с делинквентным поведением;
- дети с дисгармоничным развитием (тип психопатии - на выбор студента).

Возраст детей студенту предлагается выбрать самостоятельно исходя из знаний теоретического курса различных типов нарушений психического развития.

Методические рекомендации:

1. При раскрытии первого вопроса плана, за основу возьмите книгу В.П. Кащенко «Педагогическая коррекция».

2. Рассматривая вопрос о психотерапии в дефектологии, Вам предлагается несколько видов терапий. Говоря о видах терапии, раскройте:

- понятие этого вида терапии;
- на коррекцию чего направлен данный вид терапии;
- пример.

3. Модель представляет собой схематическое изображение материала. На отдельном листе бумаге (формат А-4), изобразите схематично, используя геометрические фигуры, стрелки, математические знаки, аббревиатуры и т.д., модель психолого-педагогической коррекционной работы с каким-либо видом нарушения развития. Для этого Вам необходимо:

- Взять уже изученный на семинарских занятиях вид нарушения.
- Дать психолого-педагогическую характеристику данному виду нарушения.
- Предложить виды коррекционной помощи с точки зрения педагога-психолога.

Контрольные вопросы:

1. Каков вклад в специальную педагогику и психологию В.П. Кащенко?
2. На что обращает особое внимание В.П. Кащенко, говоря о важности педагогической коррекции при работе с детьми, имеющими нарушения в развитии?
3. Чем психотерапия отличается от коррекции?
4. Опишите основные задачи процесса психологического сопровождения детей с ограниченными возможностями.

Основная литература:

1. Кащенко В.П. Педагогическая коррекция. – М., 1994.
2. Психотерапия в дефектологии / Сост. Н.П. Вайзман. – М., 1992.
3. Специальная психология/ Под ред. В.И. Лубовского. - М., 2005.
4. Специальная педагогика/Под ред. Н.Н. Назаровой. - М., 2000.
5. Трофимова Н.М., Дуванова С.П. и др. Основы специальной педагогики и психологии. - СПб., 2005.
6. Чистякова М.И. Психогимнастика. – М., 1995.

Дополнительная литература:

1. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М., 1995.
2. Шевченко С.Г. Вариативные формы образования детей с трудностями обучения в массовых школах // Дефектология. – 1995. - № 1. – С.12.
3. Шульц В. Внушение в педагогическом процессе. – М., 1975.

Семинарское занятие № 3

Тема: Государственная политика и направления работы в области проблем развития детей с ограниченными возможностями

План:

1. Международные стандарты в области прав и свобод личности.
2. Документально-правовая база защиты прав человека, имеющего отклонения и нарушения в физическом и психическом развитии.
3. Дети-инвалиды.

Практическое задание:

1. На семинарском занятии Вам будет предложено изучить документально-правовую базу защиты прав человека, имеющего отклонения и нарушения в физическом и психическом развитии.
2. Проанализируйте предложенную таблицу: какую информацию мы можем из нее получить.

Вид нарушения	Количество детей в группе			
	ясельная группа		Младшая подготовительная группа	
	Дети с отклонениями	Нормально развивающиеся дети	Дети с отклонениями	Нормально развивающиеся дети
Глухие	2	8	3	8
Слабослышащие	3	8	4	8
Слепые	2	6	3	6
Слабовидящие	3	8	4	10
С амблиопией и косоглазием	5	10	5	10
Легкая форма ДЦП	4	8	4	10
С другими нарушениями опорно-двигательного аппарата	6	10	6	12
С задержкой психического развития	4	10	5	12
С нарушением интеллекта (неосложненная форма)				
Олигофрения в степени дебильности	5	10	5	10
Не имеющие выраженных первичных отклонений в развитии, но отстающие от возрастной нормы (в т.ч. с нарушением эмоционально-волевой сферы)	6	12	6	12

3. Составить аннотированный список общественных организаций и учреждений, оказывающих практическую помощь детям инвалидам в нашей стране:

Название фонда, общественной организации	Деятельность	Местонахождение

Методические рекомендации:

1. На занятие необходимо иметь: Конвенцию о правах ребенка, конституцию РФ. Документы по защите прав человека, имеющего отклонения и нарушения в физическом и психическом развитии будут предложены преподавателем на занятии.

2. Для того, чтобы сложилась более полная картина по вопросу о детях-инвалидах и о современной системе образовательных учреждений в России для детей с отклонениями в развитии, предлагается двум студентам подготовить сообщения или презентации, отражающие данные вопросы плана.

Основная литература:

1. Нечаева А.М О правовой незащищенности несовершеннолетних и путях ее устранения // Государство и право. – 1990. - № 5. – С. 17-19.
2. Никуленко Т.Г. Коррекционная педагогика: учеб.пособие для вузов – М.: Феникс, 2006. — 382 с.

Дополнительная литература:

1. ООН и инвалиды — первые пятьдесят лет.
2. Иванова А. Е., Инвалидность населения, 1998.
3. Холопенко Н. А. Социально-психологические проблемы детей-инвалидов различные подходы к пониманию инвалида.
4. Иваницкая Е. Что делает человека инвалидом?
5. Декларация о правах инвалидов.
6. Конвенция о правах инвалидов.
7. Рекомендация по правовой защите недобровольно госпитализированных лиц с психическими расстройствами.

Контрольно-измерительные материалы

Перечень вопросов к зачету

31. Предмет, задачи, принципы коррекционной педагогики и специальной психологии.
32. Отрасли коррекционной педагогики и специальной психологии: определение, предмет изучения.
33. Основные научные теории коррекционной педагогики.
34. Типы нарушений психического развития: недоразвитие, задержанное, поврежденное, дефицитарное, искаженное, дисгармоничное.
35. Умственная отсталость: характеристика интеллектуального и личностного развития детей.
36. Задержка психического развития: актуальное состояние, проблемы выявления, классификация (по В.В. Лебединскому).
37. Характеристика познавательных процессов и эмоционально-волевой сферы у детей с ЗПР.
38. Виды речи и основные причины ее нарушения. Современные классификации речевых нарушений.
39. Психокоррекционная и профилактическая работа с детьми, имеющими речевые нарушения.
40. Характеристика психического развития детей с нарушениями слуха: познавательная и эмоционально-волевая сфера.
41. Причины нарушения слуха. Жестовая речь глухих.
42. Особенности личностного развития детей при нарушении зрения.
43. Особенности психического развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
44. Детский церебральный паралич как типичная модель дефицитарного развития.
45. Умственная одаренность как отклонение в психическом развитии.
46. Категории развития в специальной психологии. Норма и отклонение в физическом, психологическом, интеллектуальном и моторном развитии.
47. Психическое развитие и деятельность. Положение Л.С. Выготского о зоне ближайшего развития при обучении и воспитании аномальных детей.
48. Дизонтогенез. Параметры дизонтогенеза.
49. Дефект. Первичный и вторичный дефект. Структура дефекта.

50. Органическая деменция как типичная модель поврежденного развития: этиология, специфика клинико-психологической структуры.
51. Синдром Каннера как типичная модель искаженного развития: этиология, специфика клинико-психологической структуры.
52. Клинико-психологическая структура психопатии как типичной модели дисгармоничного развития.
53. Комбинированные нарушения, их причины.
54. Девиантное поведение детей: особенности личности и психолого-педагогическая поддержка дезадаптированных детей и подростков.
55. Акцентуации характера.
56. Педагогическая коррекция В.П. Кащенко.
57. Психотерапия в дефектологии. Характеристика методов психолого-педагогической коррекции нарушений в развитии.
58. Система консультативно-диагностической, коррекционно-педагогической, реабилитационной работы в России.
59. Документально-правовая база защиты прав человека, имеющего отклонения и нарушения в физическом и психическом здоровье.
60. Школы VIII вида: специфика обучения, категория детей, обучающихся в коррекционных школах.

Вопросы к экзамену

41. Предмет, задачи, принципы коррекционной педагогики и специальной психологии.
42. Исторический очерк специальной психологии и коррекционной педагогики.
43. Основные научные теории коррекционной педагогики.
44. Методы коррекционной педагогики и специальной психологии.
45. Олигофренопсихология как отрасль специальной психологии: понятие и причины возникновения олигофрении. Степени олигофрении.
46. Психология детей дошкольного возраста с аномальным развитием (на примере недоразвития).
47. Недоразвитие как тип нарушенного психического развития. Проблемы обучения, воспитания и развития умственно отсталых детей.
48. Задержка как тип нарушенного психического развития: понятие, причины и классификация ЗПР (по В.В. Лебединскому).
49. Психология детей дошкольного возраста с аномальным развитием (на примере задержанного развития): познавательные процессы, эмоционально-волевая сфера.
50. Особенности обучения и воспитания детей с задержкой психического развития.
51. Логопсихология: история и современное состояние.
52. Психология детей дошкольного возраста с аномальным развитием (на примере дефицитарного развития): познавательные процессы, эмоционально-волевая сфера.
53. Виды речи и основные причины ее нарушения. Современные классификации речевых нарушений.
54. Психокоррекционная и профилактическая работа с детьми, имеющими речевые нарушения.
55. Сурдопсихология как отрасль специальной психологии. Особенности психического развития глухих и слабослышащих детей.
56. Причины нарушения слуха. Знаковые системы обучения глухих.
57. Тифлопсихология как отрасль специальной психологии: история и современное состояние.
58. Особенности личностного развития детей младшего школьного возраста при нарушении зрения.
59. Особенности аномального развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
60. Дефицитарное развитие: общая характеристика детского церебрального паралича.
61. Умственная одаренность как отклонение в психическом развитии.

62. Категории развития в специальной психологии. Норма и отклонения в развитии человека. Понятия «аномальное развитие», «аномальный ребенок».
63. Психическое развитие и деятельность. Положение Л.С. Выготского о закономерностях аномального развития, о зоне ближайшего развития при обучении и воспитании аномальных детей.
64. Типы нарушений психического развития: недоразвитие, задержанное, поврежденное, дефицитное, искаженное, дисгармоничное.
65. Понятие аномального развития (дизонтогенез). Параметры дизонтогенеза.
66. Выготский Л.С. о дефекте. Первичный и вторичный дефект. Структура дефекта.
67. Психология детей дошкольного возраста с аномальным развитием (на примере поврежденного развития): познавательные процессы, эмоционально-волевая сфера.
68. Психология детей дошкольного возраста с аномальным развитием (на примере искаженного развития): познавательные процессы, эмоционально-волевая сфера.
69. Психология детей дошкольного возраста с аномальным развитием (на примере дисгармоничного развития): познавательные процессы, эмоционально-волевая сфера.
70. Комбинированные нарушения, их причины.
71. Девиантное поведение детей: особенности личности и психолого-педагогическая поддержка дезадаптированных детей и подростков.
72. Делинквентное и противоправное (аддиктивное) поведение как разновидности девиантного поведения.
73. Классификация отклоняющегося поведения. Акцентуации характера.
74. Профилактика, диагностика, коррекция недостатков личностного развития детей.
75. Педагогическая коррекция В.П. Кащенко.
76. Психотерапия в дефектологии. Характеристика методов психолого-педагогической коррекции нарушений в развитии.
77. Система консультативно-диагностической, коррекционно-педагогической, реабилитационной работы в России.
78. Документально-правовая база защиты прав человека, имеющего отклонения и нарушения в физическом и психическом здоровье.
79. Государственная политика в области социальной защиты детей-инвалидов.
80. Педагогические системы специального образования детей с особыми образовательными потребностями в России.

Тестовые задания

Вариант 1

1. Патология психического развития с изменением последовательности, ритма и темпа процесса созревания психических функций:
 - А) Норма;
 - Б) Патогенез;
 - В) Дизонтогенез;
 - Г) Онтогенез.
2. Факторы этиологии дизонтогенеза:
 - А) биологические и социальные;
 - Б) общие и специфические;
 - В) Биологические и социально-психологические;
 - Г) биологические и педагогические.
3. Современным эквивалентом термина «аномальные дети» является термин:
 - А) «дети с ограниченными возможностями»;
 - Б) «дети с особыми нуждами»;
 - В) «дети с особыми образовательными потребностями»;
 - Г) все ответы верны.
4. Установите соответствие между типом аномалии и процессом, их вызвавшим (по В.В. Лебединскому):

А) Недоразвитие	1) поломка в развитии
-----------------	-----------------------

- Б) профилактика;
 - В) компенсация;
 - Г) сопровождение.
6. Раздел специальной психологии, изучающий закономерности психического развития умственно отсталого ребенка:
- А) олигофренопсихология;
 - Б) психология детей с нарушением ОДА;
 - В) логопсихология;
 - Г) тифлопедагогика.
7. По времени воздействия патогенные факторы делятся на:
- А) пренатальные, катальные и постнатальные;
 - Б) максимально патогенные и минимально патогенные;
 - В) пренатальные и постнатальные.
8. Дайте определение статистической нормы и приведите пример данного вида нормы.
9. О каком принципе специальной психологии идет речь: внешняя причина всегда действует, преломляясь через внутреннее условие:
- А) генетический принцип;
 - Б) принцип отражательности;
 - В) принцип детерминизма;
 - Г) принцип единства сознания и деятельности.
10. Выберите типичную модель дизонтогенеза для искаженного развития:
- А) олигофрения;
 - Б) деменция;
 - В) синдром раннего детского аутизма (РДА);
 - Г) задержка психического развития.

Вариант 3

1. В отечественной дефектологии применительно к дизонтогениям принят термин:
- А) отклонение;
 - Б) нарушение;
 - В) аномалия развития;
 - Г) повреждение.
2. Кто из специалистов рассматривает болезненную продукцию с позиций логики болезни:
- А) клиницист;
 - Б) врач;
 - В) психолог;
 - Г) социальный психолог.
3. Что называл Л.С. Выготский «социальным вывихом»:
- А) физический дефект;
 - Б) отклонение в развитии;
 - В) нарушение опорно-двигательного аппарата;
 - Г) недоразвитие речи.
4. Установите соответствие между типами аномалий и типичными моделями дизонтогенеза:
- | | |
|--------------------------|--|
| А) Недоразвитие | 1) ранний детский аутизм |
| Б) Искаженное развитие | 2) олигофрения |
| В) Дефицитарное развитие | 3) нарушение опорно-двигательного аппарата |
5. Дети с врожденными или приобретенными нарушениями физического и психического развития:
- А) умственно отсталые;
 - Б) аномальные дети;
 - В) инвалиды;
 - Г) гении.
6. Назовите разделы специальной психологии:
- А) тифлопедагогика;
 - Б) сурдопсихология;
 - В) олигофренопсихология;

- Г) тифлопсихология.
7. Дайте определение понятию «гетерохронность»
8. Выберите специально-психологические категории специальной психологии:
- А) мотив;
Б) личность;
В) компенсация;
Г) дизонтогенез;
Д) дефект.
9. Какой раздел специальной психологии изучает детей с нарушениями слуха:
- А) сурдопсихология;
Б) тифлопсихология;
В) олигофренопсихология.
10. Выберите типичную модель дизонтогенеза для дефицитарного развития:
- А) нарушения опорно-двигательного аппарата;
Б) деменция;
В) синдром раннего детского аутизма (РДА);
Г) задержка психического развития.

Методическое обеспечение самостоятельной работы

Самостоятельная работа студента включает все виды работ, выполняемые в соответствии с ГОС ВПО и рабочим учебным планом:

для овладения знаниями:

- чтение текста (учебника, первоисточника, дополнительной литературы);
- составление плана текста; графическое изображение структуры текста;
- конспектирование текста; выписки из текста; работа со словарями и справочниками; ознакомление с нормативными документами;
- учебно-исследовательская работа;

для закрепления и систематизации знаний:

- работа с конспектом лекции (обработка текста); повторная работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, аудио- и видеозаписей);
- составление плана и тезисов ответа;
- аналитическая обработка текста (аннотирование, рецензирование, реферирование, составление «поле мнений»);
- подготовка сообщений к выступлению на семинаре;
- подготовка рефератов, докладов;
- составление библиографии, тестирование и др.;

для формирования умений:

- решение задач и упражнений по образцу;
- решение вариативных задач и упражнений;
- проектирование и моделирование разных видов и компонентов профессиональной деятельности;

Критериями оценки результатов самостоятельной работы студента является:

- уровень освоения студентом учебного материала;
- умение студента использовать теоретические знания при выполнении практических задач;
- обоснованность и четкость изложения ответа;
- оформление материала в соответствии с требованиями;
- сформированные умения и навыки в соответствии с целями и задачами изучения дисциплины.

Требования к представлению и оформлению результатов самостоятельной работы студентов изложены в практических заданиях и методических рекомендациях к каждому семинарскому занятию.

Список статей для конспектирования

1. Александров А.А., Котова М.Б., Розанов В.Б., Климович В.Ю. Профилактика курения у подростков // Вопросы психологии. – 2008. - № 2. – С.55.
2. Васильева Т.И. Опыт совместного обучения слабослышащих и слышащих школьников // Дефектология. – 2005. - №.5.
3. Гордеева Т.В., Минина Г.А. Роль близкого взрослого в становлении образа «Я» у ребенка с ЗПР // Дефектология. – 2005. - № 1. – С. 47.
4. Локтева. О формировании коммуникативных навыков у старших дошкольников с ЗПР через факультатив «Театр и дети» // Дефектология. – 2006. - № 6. – С. 81.
5. Макаускене В., Орзекаускене Ю. Групповая программа коррекции речи у заикающихся школьников // Дефектология. -2005. - № 2. -С.66 – 69.
6. Нехорошева И.В., Зубов В.Н. Диагностика предрасположенности молодежи к девиантному поведению. – 2009. - № 5.
7. Обухова Л.Ф., Корепанова И.А. Зона ближайшего развития: пространственно-временная модель // Вопросы психологии. - 2005. - № 6. – С. 13 - 25.
8. Особенности невербального творческого мышления детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Вопросы психологии. – 2008. - № 4. – С. 35.
9. Семаго М.М. Типология отклоняющегося поведения// Школьный психолог. - 2005. - № 23. - С. 23-25.
10. Семенова С.Э. Специфика основных желаний детей-сирот с ЗПР // Дефектология. – 2006. - № 6. – С. 23.
11. Соловьева Т.А. Обучение детей с нарушением слуха в массовой школе // Дефектология. – 2005. - № 5.
12. Ткачева В.В. Работа психолога с матерями, воспитывающими детей с тяжелыми двигательными нарушениями // Дефектология. – 2005. - № 1. – С. 25.
13. Черкасова Е.Л. О коммуникативных умениях учителя-логопеда // Дефектология. – 2005. - № 6.
14. Чиркина Г.В., Корнев А.Н. Современные тенденции в изучении дислексии у детей// Дефектология. -2005. -№ 1. -С. 89 – 91.
15. Чистякова Г.Д. У истоков психологии одаренности // Вопросы психологии. – 2007. - № 6.

Тематика сообщений

- «Взаимодействие биологических и социальных факторов в психическом развитии аномальных детей»
- «Влияние слепоты и слабовидения на развитие эмоционально-волевой сферы»
- «Возможности и ограничения психологической диагностики отклоняющегося развития»
- «Занятия вокалом как средство коррекции заикания у детей».
- «Основные направления в понимании проблемы компенсации»
- «Особенности готовности к школьному обучению при различных видах отклоняющегося развития»
- «Причины неуспеваемости школьников и организация индивидуального подхода в процессе их обучения»
- «Проблемы и причины школьной неуспеваемости в теории и практике обучения».
- «Профилактика нарушений психического развития детей».
- «Психокоррекционная и профилактическая работа с детьми, имеющими речевые нарушения»
- «Психологические портреты людей с различными типами акцентуаций характера»
- «Психотерапия в контексте психолого-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями»
- «Система рельефного письма Л. Брайля»
- «Современная концепция специальной психологической помощи»
- «Современная теория компенсации слепоты»
- «Современные представления о нормальном и отклоняющемся развитии»

- «Сравнительный анализ основных тенденций психического развития при задержке психического развития и умственной отсталости»
- «Тип акцентуированной личности по К. Леонгарду»
- «Типы акцентуации характера по А.Е. Личко»
- «Учреждения специального назначения для детей дошкольного возраста»

Презентационные слайды

(размещены на кафедре психологии развития личности ЛПИ – филиала СФУ)

- Коррекция познавательных процессов (10 слайдов)
- Нарушения слуха (12 слайдов)
- Олигофренопсихология (42 слайда)
- Организация работы в классах специального коррекционного обучения VII и V вида для детей с ЗПР и тяжёлыми нарушениями речи (14 слайдов)
- Психолого-педагогическое сопровождение образовательного процесса в специальной (коррекционной) общеобразовательной школе VIII вида для детей с интеллектуальными нарушениями (17 слайдов)
- Развивающие задания (17 слайдов)
- Развитие внимания (14 слайдов)
- Развитие зрительного восприятия (17 слайдов)
- Развитие мыслительных процессов (11 слайдов)
- Развитие мышления (15 слайдов)
- Развитие психомоторики и сенсорных процессов (17 слайдов)
- Специализированные кабинеты для работы с детьми с ОВЗ (17 слайдов)

Перечень фильмов, рекомендуемых для просмотра

- «Форест Гамп»
- «Человек дождя»
- «Меркурий в опасности»
- «Без ума от любви»
- «Куб»
- «Босиком по мостовой»
- «Сон в зимнюю ночь».
- Отрывки из фильмов по теме «Дисгармоническое развитие» (9 отрывков) – представлены на кафедре психологии развития личности ЛПИ – филиала СФУ.

Творческие задания

1. Составьте аннотацию литературы по проблемам коррекционной педагогики и специальной психологии (объем до 5-ти страниц машинописного текста – формат А4).
2. Составьте рецензию на проблемную публикацию (объем до 5-ти страниц машинописного текста – формат А4).
3. Нарисуйте схему периодизации эволюции отношения государства и общества к детям с нарушениями в развитии. Озаглавьте каждый из пяти периодов и укажите хронологические сроки применительно к Западной Европе и к России. Определите, совпадают ли сроки.
4. Нарисуйте схему периодизации эволюции систем специального образования. Озаглавьте каждый из трех этапов. Укажите хронологические сроки применительно к Западной Европе и к России. Определите, совпадают ли сроки.
5. На основании анализа литературных источников сравните систему организации специального дошкольного образования в России с подобными системами в одной из зарубежных стран (по выбору).
6. Разработайте критерии отбора социальных педагогов для работы с детьми с отклонениями в развитии.

7. Представьте модель социальной службы по оказанию услуг семьям, имеющим детей с отклонениями в развитии.
8. Разработайте комплекс социально-педагогических мер в период профессионального обучения и подготовки к труду подростков (юношей).
9. Сделайте обзор художественно-публицистической и документальной литературы о социальной адаптации людей с ограниченными возможностями.
10. Разработайте модель психолого-педагогической коррекционной работы со следующими видами нарушений развития:
 - дети с ЗПР конституционального типа;
 - дети с ЗПР соматогенного типа;
 - дети с ЗПР психогенного типа;
 - дети с ЗПР церебрально-органического генеза;
 - дети с УО в степени дебильности;
 - дети с нарушением зрения;
 - дети с нарушением слуха;
 - дети с нарушениями речи;
 - дети с нарушением ОДА;
 - дети с синдромом РДА;
 - дети с аддиктивным поведением;
 - дети с делинквентным поведением;
 - дети с дисгармоничным развитием (тип психопатии - на выбор студента).

Возраст детей студенту предлагается выбрать самостоятельно исходя из знаний теоретического курса различных типов нарушений психического развития.

Модель представляет собой схематическое изображение материала. На отдельном листе бумаге (формат А-4), изобразите схематично, используя геометрические фигуры, стрелки, математические знаки, аббревиатуры и т.д., модель психолого-педагогической коррекционной работы с каким-либо видом нарушения развития. Для этого Вам необходимо:

- Взять уже изученный на семинарских занятиях вид нарушения.
- Дать психолого-педагогическую характеристику данному виду нарушения.
- Предложить виды коррекционной помощи с точки зрения педагога-психолога.

Практические задачи

Задача 1

Наташа С., 3 года обследуется в условиях психиатрического стационара с целью установления места дальнейшего пребывания. Из истории болезни известно, что мать оставила ребенка в родильном доме, отец неизвестен. В течении первого года жизни Наташа страдала рахитом, отставала в росте и в весе. Перенесла корь, ветряную оспу, два раза пневмонию. При терапевтическом обследовании обнаружены отставание в росте и весе, дисбактериоз, хронический тонзиллит. В настоящее время девочка должна быть переведена из дома ребенка в детский дом. Она ходит, самостоятельно ест, использует фразы и 2 – 3 слов.

При патопсихологическом обследовании Наташа доступа контакту, выполняет простые инструкции, по просьбе может взять и положить различные игрушки. Знает название частей тела, может их показать. Речь развита слабо, но при оказании помощи возможно повторение фразы 4 – 5 слов. Составление рассказа по картинкам недоступно, пересказ текста тоже. Рисунок а уровне каракулей. Эмоциональные реакции живые, адекватные, зависят от поощрения. Выражена истощаемость, неустойчивость внимания. При проведении обучающего эксперимента возможно усвоение и перенесение способов действия.

1. Какое нарушение развития можно предположить?
2. В каком типе дошкольного учреждения надо находиться девочке?

Задача 2

Ваня М., 5 лет, находится на лечении и обследовании в условиях стационара в связи с ночным энурезом. Из беседы с матерью известно, что ребенок родился недоношенным, в течении первого месяца жизни находился в отделении патологии новорожденных. Отставало

формирование навыков: сидеть Ваня стал к 9 месяцам, ходить в 1 год и 3 месяца, отдельные слова стал произносить в 1 год и 2 месяца, фразовая речь появилась к 4 годам. Ночной энурез отмечается непрерывный, частый, иногда до двух раз за ночь. Сейчас мальчик веселый, подвижный, посещает детский сад. Воспитательница жалуется, что он часто дерется, неусидчивый, не справляется с учебной программой старшей группы, с трудом одевается, не умеет завязывать шнурки, застегивать пуговицы.

При патопсихологическом обследовании испытуемый охотно беседует, играет. Внимание неустойчиво, выполнение заданий прерывается шумной игрой, беганием по кабинету. Рисунок человека на уровне «головонога». Ребенок может собрать разрезанные картинки из 2-х фрагментов, с помощью экспериментатора – из 3-х. механическое запоминание – нижняя граница нормы, смысловое (построение фразы) – значительно лучше. Доступны простые обобщения: «игрушки», «еда», «животные». Для выполнения всех заданий необходимо постоянное привлечение внимания, пошаговые инструкции. Самооценка завышена, представление о мнении окружающих не сформировано.

1. Какой тип нарушения у Вани?
2. Какие можно дать рекомендации?

Задача 3

Костя Б., 7, лет находится на обследовании с целью определения школьной готовности. Со слов мамы известно, что ребенок родился в срок, отставал в раннем развитии: голову держал в 4 месяца, сидеть научился к 4 месяцам, ходить – в 1 год и 5 месяцев. Отдельные слова появились к 2 годам, фразовая речь – к 4 годам. В детском саду программу не усваивал. К настоящему моменту ребенок знает отдельные буквы, может назвать цифры от 1 до 10.

При патопсихологическом обследовании ребенок с трудом вступает в контакт, не интересуется контактами и игрушками.

Объем внимания недостаточен. Работоспособность равномерно низкая. Темп сенсомоторики медленный. Доступны простые обобщения: «игрушки», «еда», «животные», более сложные – невозможны. Запас знаний недостаточен. Испытуемый не знает имени и профессии родителей, своего домашнего адреса. Рисунок человека на уровне «головонога». Счет недоступен. Реакция на оказание помощи, поощрение отсутствует. Критичность к достижениям не развита, самооценка не сформирована.

1. Какой тип нарушенного психического развития отмечается в данном случае?
2. Возможно ли обучение в обычной школе?
3. К какому специалисту следует направить ребенка?

Задача 4

Таня В., 7 лет. Обратилась мама с девочкой с целью определения школьной готовности. со слов мамы известно, что девочка родилась в срок, в течении первого года жизни развивалась успешно, своевременно научилась сидеть и ходить. Отдельные слова появились в 1 год и 3 месяца, фразовая речь – к 3 годам. На помещение в детский сад была сильная стрессовая реакция, девочка плакала, не спала, ни с кем ни общалась. В связи с этим через 2 недели была забрана из садика и до 7 лет воспитывалась дома.

Сейчас Таня знает буквы, сет в пределах 10 пересчетом, несколько отстает в росте и весе от сверстников. При обследовании девочка с трудом привлекается к выполнению заданий, ходит по кабинету, играет игрушками.

Объем и переключаемость внимания – в норме, произвольная концентрация внимания затруднена. Интеллект - в границах возрастной нормы, испытуемая не может самостоятельно заметить ошибки в выполнении заданий. Отмечается несформированность понятия числа, затруднения фонематического анализа и синтеза. Задания воспринимаются при предъявлении их в игровой форме: оценке своей успешности девочка не интересуется, на поощрение реагирует слабо. В тесте на креативность вопросы предметно-познавательные, бытовые: «Сколько стоит «Сникерс»? Эмоции живые, лабильные, самооценка завышена, слабо дифференцирована.

1. Какой тип психического нарушения у Тани?
2. Консультация каких специалистов желательна?

Задача 5

Саша Ж., 11 лет. Направлен на обследование по инициативе классного руководителя. Со слов учителя известно, что ребенок учится крайне неравномерно, не усваивает программу 5-го класса, прогуливает, на уроке отвлекается, мешает другим заниматься. Часто приносит в школу игрушки.

Из беседы с мамой выяснилось, что у ребенка в течении первых 2-х лет жизни было сотрясение головного мозга, он перенес тяжелую форму кори. При патопсихологическом обследовании испытуемый особого интереса к заданиям не проявляет, но справляется с ними.

Объем и произвольная концентрация внимания недостаточны. Отмечается истощаемость по гиперстеническому типу. Механическое запоминание затруднено; ассоциативное - несколько лучше. При обследовании интеллекта отмечается неравномерность его развития: выполнение вербальных тестов на уровне нижней границы нормы, невербальных – успешно, понимание пословиц затруднено. Недостаточная способность к аналогии. Отмечаются нарушения мелкой моторики, точной координации движений, фон настроен неустойчивый, выражена двигательная рассторможенность. Оказание помощи и поощрение улучшают результаты. Самооценка низкая, выражена уверенность в негативном отношении со стороны взрослых. Познавательные интересы развиты слабо, отмечается умеренная школьная тревожность.

1. Какой тип нарушений психического развития отмечается?
2. В чем состоит первичный дефект и вторичные личностные реакции?

Задача 6

Толя А., 14 лет. Испытуемый направлен на судебно-психологическую экспертизу с целью определения соответствия возрасту. Из материалов уголовного дела известно, что испытуемый обвиняется в краже из ларька, совершенной в группе с более старшими подростками. В школьной характеристике указано, что Толя дублировал 1-й и 2-й класс, не успевает по нескольким предметам, часто прогуливает занятия. Физическое развитие замедлено, рост и вес ниже нормы, половое созревание не началось. При патопсихологическом обследовании отмечается, что внимание испытуемого неустойчиво, отношение к заданиям избирательное.

Работоспособность неравномерная, отмечаются кратковременные фазовые колебания внимания. Механическое запоминание успешно. Доступно выполнение исключений, обобщений, аналогий. Невербальный интеллект соответствует норме, вербальный нижняя граница нормы. Креативность крайне низкая.

Самооценка слабо дифференцирована, самооценочные суждения не зрелые, зависят от мнения более старших подростков. Уровень притязаний низкий, неустойчивый. Круг интересов ограничен, познавательные интересы не развиты, преобладает игровая мотивация. Эмоции крайне лабильны. Отмечается высокая внушаемость.

1. Какой тип нарушений психического развития отмечается в данном случае?
2. Соответствует ли психическое и личностное развитие испытуемого паспортному возрасту?

Задача 7

Оля С., 16 лет. Девочка находится на стационарном обследовании с целью решения вопроса об инвалидности. Из истории болезни известно, что роды у мамы проходили патологически: извлечение при помощи щипцов. Ранне развитие запаздывало: головку держать девочка стала к 5 месяцам, сидеть в 9, ходить в 1 год и 9 месяцев. Отдельные слова – к 1,5 годам, фразовая речь – к 4-м. детский сад Оля не посещала, в 8 лет пошла в первый класс обычной школы. Несмотря на неоднократные предложения педагогов, мать не обращалась в психолого-медико-педагогическую консультацию, девочка продолжала учебу в обычной школе, дублируя 1-й и 5-й класс. В настоящее время она закончила 9 классов, не аттестована по большинству предметов. Нарушений в поведении нет. Оля житейски не ориентирована, выходит из дома только с матерью, отличается высокой тревожностью. При патопсихологическом обследовании контакт затруднен, выражена тревожность, реакция пассивного протеста.

Объем и концентрация внимания недостаточны. Механическое запоминание затруднено; ассоциативное – ухудшает результаты. Исключение и обобщение производятся по конкретно-ситуативным признакам. Классификация тоже по конкретно-ситуативным признакам. Понимание пословиц, поговорок, аналогий недоступно. Критичность недостаточна. Оказание помощи не улучшает результаты. Самооценка занижена, недеференцирована. Усвоение школьных навыков резко недостаточно: чтение с ошибками, затруднено понимание прочитанного, решение задач на 2 действия недоступно.

1. Какой тип нарушения психического развития имеет место?
2. В чем состоят первичный и вторичный дефекты?

Учебно-методическая литература, представленная в библиотеке ЛПИ – филиала СФУ

Основная:

1. Гилленбранд К. Коррекционная педагогика: обучение трудных школьников: рек. Учебно-метод. объединением по спец. пед. образования в кач-ве учеб. пособия для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Академия, 2007.
2. Гонеев А.Д. Основы коррекционной педагогики: рек. МО РФ в кач-ве учеб. пособия для студентов высш. пед. учеб. заведений. – М.: Академия, 2007.
3. Основы специальной педагогики и психологии: рек. УМО по спец. пед. образования в кач-ве учеб. пособия для студ. высш. учеб. заведений / Н.М. Трофимов, С.П. Дуанова, Н.Б. Трофимова, Т.Ф. Пушкина. – СПб.: Питер, 2006.
4. Шамарина Е.В. Основы специальной педагогики и психологии: рек. УМО по спец. пед. образования в кач-ве учеб. пособия для студентов высш. учеб. заведений. – М.: Книголюб, 2007.

Дополнительная:

5. Андрущенко Т.Ю., Карабекова Н.В. Коррекционные и развивающие игры для детей 6-10 лет: рек. Советом по психологии УМО по классическому университетскому образованию в кач-ве учеб. пособия для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Академия, 2004.
6. Барт К. Трудности в обучении. Раннее предупреждение: пер. с нем.: рек. УМО по спец. пед. образования в кач-ве учеб. пособия для студентов высш. учеб. заведений. – М.: Академия, 2006.
7. Богданова Т.Г. Сурдопсихология: Учебное пособие. – М.: Академия, 2002.
8. Головчиц Л.А. Дошкольная сурдопедагогика: Воспитание и обучение дошкольников с нарушениями слуха. - М.: Владос, 2001.
9. Ермаков В.П., Якунин Г.А. Основы тифлопедагогики: Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения. – М.: Владос, 2000.
10. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте: рек. Советом по психологии УМО по классическому университетскому образованию в кач-ве учеб. пособия для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Академия, 2005.
11. Зайцева Г.Л. Жестовая речь. Дактилология. – М.: Владос, 2000.
12. Зейгарник Б.В. Психология личности: норма и патология. – М.: Изд-во «Институт практической психологии»; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1998.
13. Змановская Е.В. Девиантология: Психология отклоняющегося поведения: доп. Учеб.-метод. объединением вузов России по образованию в области социальной работы в кач-ве учеб. пособия для студентов. – М.: Академия, 2006.
14. Калягин В.А., Овчинникова Т.С. Логопсихология: рек. УМО по спец. пед. образования в кач-ве учеб. пособия для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Академия, 2006.
15. Коррекционная педагогика / Авт.-сост. Зайцева И.А., Кукушин В.С., Ларин Г.Г. и др. – Ростов-на-Дону: Издательский центр «МарТ», 2002.
16. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: Учебное пособие. – М.: Академия, 2004.
17. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. – М.: Академия, 2001.

18. Маллер А.Р. Социальное воспитание и обучение детей с отклонениями в развитии. – М.: АРКТИ, 2002.
19. Маллер А.Р., Цикото Г.В. Воспитание и обучение детей с тяжёлой интеллектуальной недостаточностью: рекомен. Учёным советом Академии повышения квалификации и переподготовки работников образования в качестве учеб. пособия дефектологических фак-в высш. пед. учеб. завед.. – М.: Академия, 2003.
20. Маллер А.Р., Цикото Г.В. Воспитание и обучение детей с тяжёлой интеллектуальной недостаточностью: рекомен. Учёным советом Академии повышения квалификации и переподготовки работников образования в качестве учеб. пособия дефектологических фак-в высш. пед. учеб. завед.. – М.: Академия, 2003.
21. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2001.
22. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2001.
23. Назарова Л.П. Методика развития слухового восприятия у детей с нарушениями слуха: доп. МО РФ в качестве учеб. пособия для студ. пед. высш. учеб. завед.. – М.: Владос, 2001.
24. Никуленко Т.Г. Коррекционная педагогика: учеб. пособие. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2006.
25. Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития: Олигофренопедагогика: реком. Учебно-метод. объединением вузов РФ по пед. образованию в качестве учеб. пособия для студ. вузов / Под ред. Б.П. Пузанова. – М.: Академия, 2003.
26. Петрова В.Г., Белякова И.В. Психология умственно отсталых школьников: доп. Учебно-метод. объединением по спец. пед. образования в кач-ве учеб. пособия для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Академия, 2004.
27. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети. Основы диагностической и коррекционной работы психолога. – М.: АРКТИ, 2003.
28. Соколова Е. В. Психология детей с задержкой психического развития : учеб. пособие / Е. В. Соколова. - М.: Сфера, 2009.
29. Специальная педагогика / Под ред. Н.М. Назаровой. – М.: Академия, 2005.
30. Специальная психология: Учебное пособие / Под ред. В.И. Лубовского. – М.: Академия, 2005.
31. Хухлаева О.В. Коррекция нарушений психологического здоровья дошкольников и младших школьников: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. – М.: Академия, 2003.

Литература, представленная на электронных носителях:

(материалы размещены на внутреннем портале ЛПИ – филиала СФУ и на кафедре психологии развития личности)

1. Артюхова Т.Ю., Бенькова О.А. Исследование эмоциональной неустойчивости младших школьников и пути ее преодоления: Учебно-методическое пособие. – Красноярск, СФУ, 2009. – 77 с.
2. Арцишевская И. Л. Работа психолога с гиперактивными детьми в детском саду. Изд. 2-е, доп. — М.: Книголюб, 2005. – 64 с.
3. Бачина О.В., Иванова Н.Н. Основы специальной психологии и коррекционной педагогики: Учебн. пособие. – Тамбов: изд-во ТГУ им. Г.Р.Державина, 2003. – 126 с.
4. Белоусова Е.Д., Никанорова М.Ю. Синдром дефицита внимания/гиперактивности.
5. Белоусова З.И. Овсянникова В.В. Социально-психологические проблемы девиантного поведения детей и подростков. – Запорожье, 1998.
6. Битянова М.Р. Работа с ребенком в образовательной среде: решение задач и проблем развития: Научно-методическое пособие для психологов и педагогов. – М.: МГППУ, 2006. – 96 с.
7. Бреслав Г.М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве: норма и отклонения. – М.: Педагогика, 1990. – 144 с.
8. Венгер А.Л. На что жалуется? Выявление и коррекция неблагоприятных вариантов развития личности детей и подростков. – Москва-Рига: Педагогический Центр

- «Эксперимент», 2003. – 132 с.
9. Карташова Е. Должны ли дети обучаться вместе. О проблемах инклюзивного образования // Школьный психолог. – 2012. - №3. – С.22-23.
 10. Классификация психических расстройств МКБ-10.
 11. Левшунова Ж.А. Психология девиантного поведения: учебно-методическое пособие. – Красноярск: Сибирский федеральный ун-т., 2012. – 116 с.
 12. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. – СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2003. – 384 с.
 13. Никулина Ф. Про зайку, кошку и мишку. Занятия по развитию сенсорики и мелкой моторики у детей 3–4 лет. // Школьный психолог. – 2012. №4. – С.31-33.
 14. Основы коррекционной педагогики. Учебно-методическое пособие / Авт.-сост. Зайцев Д.В., Зайцева Н.В., Педагогический институт Саратовского государственного университета им. Н.Г. Чернышевского. – Саратов, 1999. – 110 с.
 15. Пилипенко, А. В. Коррекционная педагогика с основами специальной психологии: Учеб. пособие / А. В. Пилипенко. – Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2008. – 45 с.
 16. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. – М.: Издательский центр «Академия», 2002.
 17. Специальная педагогика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведения / Л.И. Аксенова, Б.А. Архипов, Л.И. Белякова и др. / Под ред. Н.М. Назаровой. – 2-е изд., стереотип. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 400 с.
 18. Фазлетдинова А. Цветные капельки. Упражнения для детей с СДВГ // Школьный психолог. – 2012. – 31. – С.23-25.
 19. Цвирко О.Ю. Основы специальной педагогики и психологии: учебно-методическое пособие. - Барнаул: Алт ГПА, 2009. – 115 с.
 20. Цвирко О.Ю. Основы специальной педагогики и психологии: учебно-методическое пособие: – Барнаул: АлтГПА, 2009. – 115 с.
 21. Ясюкова Л.А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций. – СПб.: «Иматон», 2003.

Рекомендуемые Интернет-ресурсы:

1. [http:// dic.academic.ru](http://dic.academic.ru) – словари и энциклопедии онлайн.
2. <http:// dictionary.fio.ru> – педагогический энциклопедический словарь.
3. <http://psyjournals.ru> – портал полнотекстовых психологических журналов.
4. <http://psylist.net> – словари, диагностические методики.
5. <http://www.erudition.ru/> - Библиотека психологической литературы «Эрудиция».
6. <http://www.gumer.info/bibliotek> - библиотека Гумер.
7. <http://www.pedlib.ru/books> - педагогическая библиотека.
8. <http://www.syntone.ru/library/books> - литература по психологии.

Учебно-методический комплекс дисциплины составили:

доцент Т.Ю. Артюхова

доцент кафедры психологии развития личности О.А. Бенькова

ст. преподаватель кафедры психологии развития личности Т.В. Казакова

ассистент кафедры психологии развития личности Т.В. Шелкунова