

ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И ПЕРЕПОДГОТОВКИ  
РАБОТНИКОВ ОБРАЗОВАНИЯ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

КУРГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Е. В. Милюкова

# СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Учебное пособие

Курган

2009

## СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие .....	4
Введение в специальную психологию	
1. Специальная психология как наука. Предмет, задачи и методы .....	5
2. Место специальной психологии в системе наук .....	8
3. Принципы работы психолога с детьми, имеющими отклонения в развитии .....	10
4. Причины отклонений в психическом развитии .....	13
5. Сущность феномена отклоняющегося развития. Структура нарушенного развития .....	15
6. Закономерности отклоняющегося развития .....	15
7. Общие и специфические закономерности психического развития ребенка при нарушенном и нормативном развитии .....	17
8. Классификация нарушений по типу дизонтогенеза (В. В. Лебединский) .....	20
9. Умственная отсталость у детей .....	21
10. Основные формы умственной отсталости .....	21
11. Классификация умственной отсталости .....	23
12. Психологические особенности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата .....	25
13. Характеристика нарушений при ДЦП .....	25
14. Этиология ДЦП .....	27
15. Классификация ДЦП .....	28
16. Особенности эмоционально-волевой сферы у детей с ДЦП .....	30
17. Особенности нарушенного развития личности при ДЦП .....	32
18. Психологические особенности детей с сенсорными дефектами .....	34
19. Психологические особенности детей с недостатками слуха .....	34
20. Психическое развитие неслышащего ребенка в первые годы жизни .....	35
21. Психическое развитие неслышащего ребенка в старшем дошкольном возрасте (6-7 лет) .....	36
22. Психическое развитие неслышащего ребенка в школьном возрасте .....	37
23. Особенности психического развития слабослышащих детей .....	38
24. Психологические особенности детей с недостатками зрения .....	39
25. Возрастные особенности психического развития детей с нарушениями зрения .....	40
26. Нарушения познавательных процессов у детей с недостатками зрения .....	41
27. Психологические особенности детей с речевыми нарушениями .....	42
28. Речевые нарушения, их причины .....	42
29. Речевое и психическое развитие .....	43
30. Виды речевых нарушений .....	45
31. Психологические особенности детей с задержкой психического развития .....	47
32. Инфантилизм .....	49
33. Психологические особенности детей с эмоционально—волевыми и поведенческими нарушениями .....	50
34. Клинико-психологическая характеристика раннего детского аутизма .....	50
35. Этиология и классификация раннего детского аутизма .....	52
36. Основные направления современной развивающей и коррекционной работы .....	54
Литература .....	55

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящее издание является учебным пособием к учебной дисциплине «Специальная психология», читаемой в Курганском государственном университете. Содержание пособия соотнесено с требованиями государственного образовательного стандарта. Пособие включает в себя основной курс психологических знаний необходимых преподавателю, воспитателю и руководителю, работающему как в системе образования, так и за ее пределами.

Данное пособие содержит общие основы знаний о категории людей, для которых характерны отклонения от нормативного психического развития, связанные с врожденными или приобретенными дефектами формирования нервной системы, а также возможности и пути компенсации дефектов различной сложности, задачи специальной и методы специальной психологии. Основные вопросы и понятия по каждой теме определяют круг знаний, которыми должны овладеть студенты в процессе изучения курса.

Выбор формы настоящего издания объясняется тем, что приемы знаково-го моделирования, в том числе и графического, широко использованные в пособии, являются эффективным средством усвоения учебной информации. С помощью схем мы стремились представить материал в более доступной и понятной студентам форме, что, как считаем, будет способствовать более качественному и эффективному усвоению содержания курса «Специальная психология».

Практическое использование пособия возможно непосредственно в ходе аудиторных занятий, а также при самостоятельной работе студентов как очной, так и заочной форм обучения.

Милюкова Елена Владимировна

## Введение в специальную психологию

### 1. Специальная психология как наука. Предмет, задачи и методы



## КОММЕНТАРИИ

**Специальная психология** - отрасль психологии, изучающая людей, для которых характерны отклонения от нормативного психического развития, связанные с врожденными или приобретенными дефектами формирования нервной системы, и устанавливающая возможности и пути компенсации дефектов различной сложности.

**Отрасли специальной психологии.** В качестве отдельных направлений специальная психология включает следующие отрасли научного знания: психология умственно отсталых (олигофренопсихология); психология глухих и слабослышащих (сурдопсихология); психология слепых и слабовидящих (тифлопсихология); психология детей с недостатками речи; психология детей с задержкой психического развития; психология слепоглухих; психология лиц с недостатками опорно-двигательного аппарата

### **Задачи специальной психологии:**

1. Изучение закономерностей и особенностей психического развития детей и взрослых с различными психическими и физическими недостатками в разных условиях, прежде всего в условиях коррекционного обучения.

2. Создание методов и средств психологической диагностики нарушений развития.

3. Разработка средств психологической коррекции недостатков развития.

4. Психологическое обоснование содержания и методов обучения и воспитания в системе специальных образовательных учреждений.

5. Психологическая оценка эффективности содержания и методов обучения детей с недостатками развития в разных условиях.

6. Психологическое изучение социальной адаптации лиц с недостатками.

7. Психологическая коррекция дезадаптации.

### **Методы специальной психологии.**

В специальной психологии отсутствуют какие-либо особые, специальные методы исследования. В ней, как и в общей, детской и педагогической психологии, применяются: индивидуальный и групповой лабораторный психологический эксперимент; наблюдение; изучение продуктов деятельности, например, анализ письменных работ детей, изучение их рисунков, предметов, производимых ими в процессе трудового обучения, и др.; анкетирование; проективные методики; тесты; обучающий эксперимент. Каждая из методик применяется в определенных целях и с учетом особенностей объекта изучения.

*Экспериментально-психологические методики*, используемые в индивидуальном или групповом лабораторном психологическом эксперименте, представляющие собой различные задания, выполнение которых требует применения обследуемым определенных операций или действий, позволяют выявить наличие и особенности этих действий у обследуемого ребенка, свойства его личности. Различные задания, независимо от их основной направленности при обследовании ребенка, в большей или меньшей мере позволяют видеть его ин-

теллектуальные возможности, так как, для того чтобы выполнить задание, необходимо понять инструкцию и на основе ее понимания осуществить определенные действия. Чем сложнее инструкция, тем большим должно быть участие мыслительных процессов в ее понимании (независимо от степени сложности самого задания). Это должно учитываться при проведении экспериментов с детьми, имеющими недостатки развития.

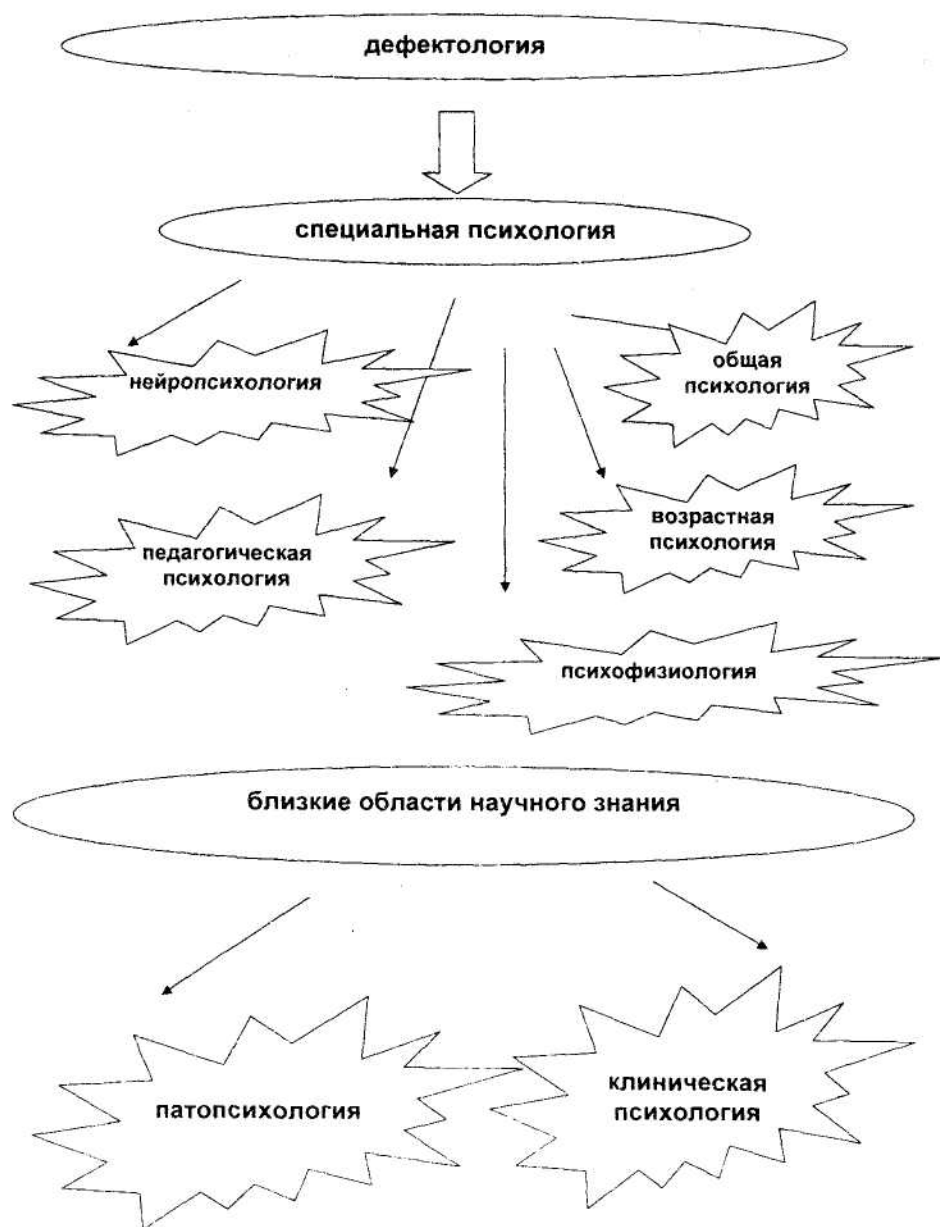
Следовательно, каждая экспериментально-психологическая методика имеет ограничения, связанные с особенностями конкретного недостатка развития, а также определенные возрастные границы своего применения.

*Анкетирование* можно применять при изучении детей с недостатками развития более старшего возраста, хотя в экспериментах с нормативно развивающимися это возможно раньше. Специальной разработки требует метод анкетирования родителей, воспитателей, педагогов для оценки уровня и особенностей развития ребенка в раннем возрасте, когда наиболее значимые данные могут быть получены не исследователем в короткие периоды специально организованных наблюдений, а теми, кто видит ребенка ежедневно на протяжении многих часов, кто наблюдает динамику его развития в течение длительного периода времени.

*Наблюдение* приобретает особое значение при изучении детей с недостатками развития. Из-за ряда особенностей этих детей применение экспериментальных методик в раннем и дошкольном возрасте часто не дает значимых результатов. Целенаправленное прослеживание поведенческих проявлений может дать очень многое. Тщательное наблюдение за поведением ребенка должно осуществляться и в экспериментальных ситуациях. Такое наблюдение может дать очень многое для понимания характера трудностей ребенка при выполнении им различных заданий.

*Невербальные методики диагностики.* У некоторых категорий детей с отклонениями в развитии имеют место значительные недостатки словесной речи, затрудняющие понимание ими словесных инструкций и ответы на задания в словесной форме, трудно, а порой невозможно выявить уровень умственного развития этих детей, используя словесные задания. Невербальные задания, решение которых может быть выражено в форме практических действий, позволяют обойти эти трудности и получить представление, например, об интеллектуальных возможностях ребенка или об особенностях восприятия. Противоположная ситуация имеет место при изучении детей с глубокими недостатками зрения. Применение зрительно воспринимаемых заданий становится не возможным. Часть заданий наглядного характера может быть представлена в рельефной форме, воспринимаемой осязательно. Однако не все методики могут быть преобразованы таким образом. Поэтому гораздо большее значение, чем при исследовании лиц с нормативным зрением, приобретают вербальные задания и особый их подбор с учетом своеобразия речи незрячих.

## 2. Место специальной психологии в системе наук



## КОММЕНТАРИИ

**Дефектология.** Специальная психология является важной составной частью дефектологии — научная область, охватывающая проблемы разностороннего изучения, воспитания, образования, подготовки детей и взрослых с нарушениями физического и умственного развития к труду и самостоятельной жизни в обществе. Дефектология включает в себя разные отрасли специальной педагогики, занимающиеся проблемами воспитания и обучения детей и взрослых всех категорий, изучение которых ведет специальная психология. К дефектологии относятся также:

- нейрофизиологические аспекты изучения недостатков развития;
- патопсихологические аспекты изучения недостатков развития;
- клинические аспекты изучения недостатков развития;
- социологическая проблематика, связанная с изучением причин и распространности нарушений развития;
- вопросы социальной адаптации и жизнедеятельности лиц с физическими и психическими нарушениями;
- разработка специальных технических средств, которые применяются с целью коррекции и компенсации недостатков лиц с дефектами зрения, слуха и опорно-двигательной системы при обучении, в трудовой деятельности и быту.

**Специальная психология связана с такими областями психологии, как:** детская, возрастная, педагогическая психология; психофизиология; нейропсихология; общая психология.

**Патопсихология** изучает изменения психической деятельности при патологических состояниях мозга, вызванных психическими или соматическими заболеваниями.

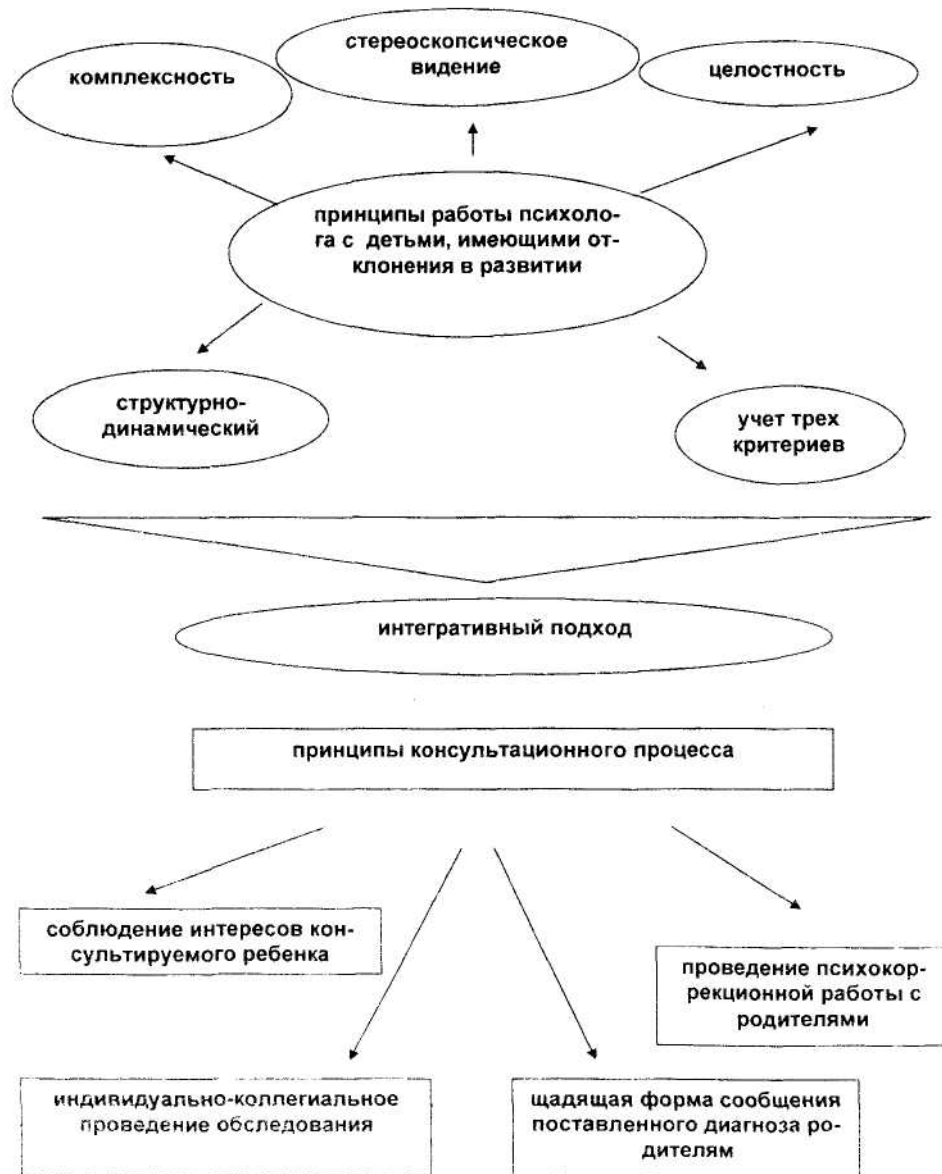
Специальная психология имеет дело с устойчивыми отклоняющимися состояниями, вызванными не текущим болезненным процессом, а отдаленными последствиями органических повреждений или нарушений формирования психических функций в результате неблагоприятных социальных условий.

В некоторых случаях лица с недостатками развития могут становиться и объектами патопсихологии. Например, при умственной отсталости неблагоприятные условия могут вызывать психотические проявления. В этих случаях бывает необходимо использовать как патопсихологическое изучение, так и соответствующие средства коррекции.

**Клиническая психология,** как и патопсихология, имеет дело с психологической проблематикой, связанной с текущими заболеваниями. Она занимается:

- психологическими аспектами профилактики заболеваний;
- диагностикой психических болезней и вызванных соматическими заболеваниями патологических изменений психики;
- психологической коррекцией, способствующей выздоровлению;
- психологическими аспектами работы медицинского персонала;
- вопросами экспертизы и социально-трудовой реабилитации больных.

### 3. Принципы работы психолога с детьми, имеющими отклонения в развитии



**Комплексность изучения ребенка.** Основное требование - тесное взаимодействие разных специалистов в ходе изучения ребенка: педагогов, логопедов, психологов, врачей. Использование каждым специалистом научных методов исследования позволяет получить специфические результаты, которые являются вкладом в целостное изучение особенностей развития и состояния ребенка.

**Стереоскопическое видение.** Необходимость оценки состояния ребенка с различных точек зрения (с одной стороны - различными специалистами, с другой - при использовании психологом различных подходов непосредственно в своей практической деятельности). Без подобной многогранной оценки сложных состояний ребенка не возможно определить дальнейший прогноз развития, поставить медицинский и психологический диагноз, дать педагогическую оценку, определить индивидуальный образовательный маршрут.

**Целостность.** Отдельные стороны психической организации ребенка не изолированы, а проявляются целостно, в совокупности всех психических качеств личности, обусловлены мотивационными установками и зависимы от физического состояния. В соответствии с данным положением определяется возможность использования какой-либо диагностической методики или процедуры для оценки различных характеристик сформированной и познавательной и эмоционально-волевой сфер ребенка.

**Структурно-динамический.** Принцип изучения соматических и психофизических структур ребенка. Каждая особенность его состояния изучается и оценивается с точки зрения, как возрастной соотносительности, так и в соответствии с определенной последовательностью развития, взаимодействием и одновременностью созревания тех или иных функций, входящих в единый «ансамбль» формирования той или иной характеристики деятельности ребенка.

**Принцип учета трех критериев:** *адекватность* поведения в целом и в процессе обследования; *критичность* по отношению к результатам, успешности решения диагностических задач, поведения; *обучаемость* - основной для задач образования психолого-педагогического критерия. Данные критерии в разной степени учитываются при анализе деятельности ребенка специалистами консилиума, но, безусловно, должны быть оценены непосредственно психологом. Соблюдение интересов консультируемого ребенка. Определение и доведение до сведения членов семьи необходимости адекватных условий для его обучения, воспитания и развития, как в школе, так и дома. Правильная постановка и объяснение родителям психолого-педагогического диагноза. Кроме этого, родителям следует разъяснить возможность и важность адекватного обучения ребенка в соответствии с его психофизическими и когнитивными возможностями.

**Щадящая форма сообщения поставленного диагноза родителям.** **Проведение психокоррекционной работы с родителями.** Данные принципы определяют эффективность консультации как таковой. В беседе с родителями необходимо не просто сообщить диагноз и решение специалистов. Важно до-

вести до их понимания психологическую структуру отклонений в развитии ребенка, доступным для них языком рассказать о его особенностях, указать на положительные качества, объяснить, какие специальные занятия необходимы ребенку, к каким специалистам нужно обратиться дополнительно, как с ним заниматься в домашних условиях, на что следует обратить внимание. Консультационный процесс необходимо проводить исходя из условий жизни каждой семьи, ее структуры, культурного уровня, для того чтобы рекомендации и советы не были трудновыполнимыми или непонятными, чтобы у родителей не возникло вторичное чувство вины перед ребенком и собственной беспомощности.

**Индивидуально-коллегиальное проведение обследования.** Закрепление приоритета защиты прав ребенка, в том числе и права на адекватное выявление и диагностику его проблем, право на минимизацию диагностических ошибок. Только индивидуальное, глубокое и тщательное обследование проблемного ребенка различными специалистами дает возможность полноценной диагностики и прогноза дальнейшего развития. С другой стороны, необходимы совместные обсуждения и выработка общих подходов, что требует коллегиальности обсуждения и принятия решений.

#### 4. Причины отклонений в психическом и физическом развитии



## КОММЕНТАРИИ

Внешние (экзогенные) факторы. Внешние могут воздействовать в период внутриутробного развития плода, во время рождения ребенка и в первые месяцы (или годы) его жизни.

*Тяжелые инфекционные* заболевания, которые женщина переносит во время беременности, — вирусный грипп, краснуха и другие.

*Инттоксикации* - болезненные состояния организма будущей матери, возникающие под действием ядовитых веществ, образующихся при нарушении процесса обмена. Интоксикации нередко являются следствием неумеренного употребления беременной женщиной лекарств или алкоголя.

*Тяжелые дистрофии* во время беременности, т.е. нарушения обмена веществ в органах и тканях, вызывающие расстройства их функций и изменения в строении.

*Заражение плода* различными паразитами, существующими в организме матери. К числу паразитарных заболеваний принадлежит токсоплазмоз, возбудитель которого — паразит, относящийся к простейшим. Женщина заражается от домашних животных — собак, кошек, кур, голубей, коров. Или от диких — мышей, зайцев, сусликов (приобретенный токсоплазмоз).

*Венерические заболевания* беременной женщины. В результате заболевания сифилисом нередко встречаются случаи заражения плода спирохетой.

*Травматические поражения плода*, возникающие при ударе или ушибе, также могут быть причиной умственной отсталости. Умственная отсталость может быть следствием природовой травмы — в результате наложения щипцов, сдавливания головки ребенка при прохождении через родовые пути при затяжных или чрезмерно быстрых родах.

*Длительная асфиксия* - удушье во время родов также может обусловить развитие умственной отсталости ребенка.

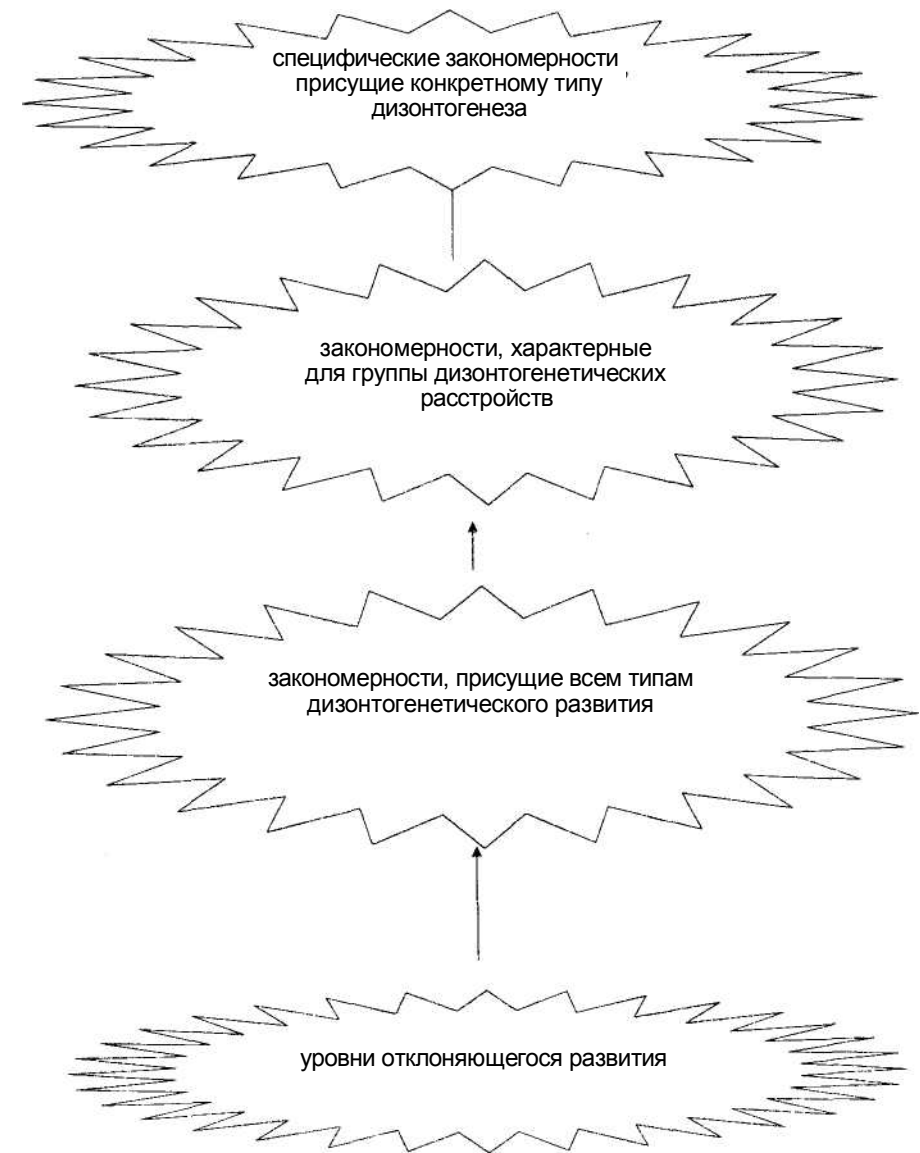
Внутренние (эндогенные). *Фактор наследственности*, который проявляется, в хромосомных заболеваниях. *Нарушения белкового и углеводного обмена в организме*: фенилкетонурия, в основе которой лежит нарушение белкового обмена в виде изменения синтеза фенилаланинксидазы — фермента, превращающего фенилаланил в тирозин. *Болезни младенца на ранних этапах жизни*: воспалительные заболевания мозга и его оболочек (менингиты, менингоэнцефалиты различного происхождения), нередко служат причинами умственной отсталости.

Неблагоприятные факторы природной среды. Резко повышенная радиация, неблагоприятная экологическая обстановка той местности, где живет семья.

Неблагоприятные факторы социальной среды. Тяжелые материальные условия, в которых находятся семьи. В таких случаях ребенок с первых дней жизни не получает полноценного питания, необходимого для его физического и умственного развития.

## 5. Сущность феномена отклоняющегося развития. Структура нарушенного развития

### 6. Закономерности отклоняющегося развития





## КОММЕНТАРИИ

### Уровни отклоняющегося развития:

**Первый уровень.** Закономерности, присущие всем типам дизонтогенетического развития. Для различных форм нарушенного развития характерны следующие нарушения:

- динамического равновесия между личностью и окружением, координации психических процессов и действий;
- соотношения потребностей, неспособность выбора и постановки жизненноважной цели или ценностей;
- единой, относительно стабильной структуры личности в процессе ее изменений и развития;
- психики как энергетической системы в распределении и плавном расслаблении напряжения.

Кроме этого, возможно выделение следующих особенностей развития детей с отклонениями в развитии:

- переживание субъективной неудовлетворенности;
- трудности осознания идентичности, ее изменения и нарушения;
- лабильность переживаний и неустойчивость саморегуляции;
- ослабление автономности ребенка;
- нарушение адекватного восприятия реальности (действительности);
- снижение толерантности к фрустрации;
- пониженная устойчивость к нагрузкам и стрессам;
- недостаточная социальная адаптация;
- нарушение оптимальности самоутверждения;
- нарушение приема, переработки, сохранения и использования информации;
- нарушение речевого опосредования;
- риск возникновения состояний социально-психологической дезадаптированности.

**Второй уровень.** Закономерности, характерные для группы дизонтогенетических расстройств. Расстройства возникшие вследствие недоразвития анализаторных систем - зрительной, слуховой, кожной, двигательной или имеющие в своей основе раннее органическое повреждение головного мозга (умственная отсталость, ЗПР церебрально-органического генеза и др.)

**Третий уровень.** Специфические закономерности, присущие конкретному типу дизонтогенеза (общее стойкое недоразвитие по типу умственной отсталости, искаженное развитие по типу раннего детского аутизма, дефицитарное развитие вследствие недостаточности зрительного анализатора и др.).

### 7. Общие и специфические закономерности психического развития ребенка при нарушенном и нормативном развитии



## КОММЕНТАРИИ

**Наиболее общие закономерности психического развития** нормативно развивающегося ребенка, прослеживаются и у детей с различными умственными и физическими недостатками. Впервые это было отмечено врачом и психологом Г. Я.Трошиным. Затем это неоднократно отмечал Л. С. Выготский.

**А" таким закономерностям относятся:** определенная последовательность стадий развития психики; наличие сензитивных периодов в развитии психических функций; последовательность развития всех психических процессов; роль деятельности в психическом развитии; роль речи в формировании высших психических функций; ведущая роль обучения в психическом развитии. Таким образом, основные закономерности развития восприятия, представлений, памяти, мышления, деятельности, установленные при изучении нормативно развивающегося ребенка, распространяются и на неслышащего, и на умственно отсталого.

**Закономерности нарушенного психического развития.** В отечественной психологии интерес к закономерностям психического развития при различных типах недостаточности возник уже давно. Первым, кто попытался целенаправленно рассмотреть вопрос о наличии закономерностей психического развития, проявляющихся при разных типах нарушений, и выделить некоторые из них, был Л. С. Выготский. Рассматривая такие недостатки, как глухота, слепота, умственная отсталость, он отметил, что причины, их вызывающие (в основном это различные заболевания, травмы, иногда — наследственность), ведут к возникновению основного нарушения в сфере психической деятельности, которое определяется как первичное нарушение. Закономерности или особенности, выделяемые часто исследователями как специфические для данного дефекта, не всегда являются таковыми. Многие из них в действительности имеют более общий характер и прослеживаются в развитии детей, относящихся к нескольким типам нарушенного развития. Это обстоятельство указывает на то, что сопоставление особенностей детей, относящихся к какому-то одному типу нарушения развития, с нормативами развития недостаточно, так как не дает возможности выявить специфические признаки данного дефекта, обнаружить закономерности развития, присущие только ему. В равной мере такое сопоставление не позволяет дифференцировать закономерности, характерные для всех или для нескольких типов нарушенного развития, и те, которые свойственны только какому-то одному типу нарушений.

**Первичное нарушение,** если оно возникает в раннем детстве, приводит к своеобразным изменениям всего психического развития ребенка, что проявляется в формировании вторичных и последующего порядка нарушений в сфере психической деятельности. Все они обусловлены первичным нарушением и зависят от его характера (т.е. от типа первичного недостатка), степени его выраженности и времени возникновения.

Вторичный дефект. Возникновение вторичных дефектов в процессе психического развития ребенка с недостаточностью того или иного типа было

выделено Л. С. Выготским в начале 1930-х гг. как общая закономерность нарушенного развития. Он указал на закономерность, проявляющуюся в затруднениях взаимодействия с социальной средой и в нарушениях связей с окружающим миром всех детей, имеющих недостатки развития. У детей с недостатками развития всех категорий наблюдаются нарушения речевого общения, хотя проявляются они в разной мере и форме.

**Способность к приему и переработке информации.** Снижена по сравнению с наблюдаемой у нормативно развивающихся детей способность к приему и переработке информации.

**Объем информации,** который может быть принят в единицу времени меньше по сравнению с нормативами. Для того чтобы принять информацию, равную по объему принимаемой нормативно развивающимся ребенком, детям с отклонениями психического развития необходимо больше времени.

**Пороги чувствительности.** Повышение порогов чувствительности (например, при снижении слуха) приводит к росту уровня шумов, что влияет на точность принимаемой информации, ведет к ее искажениям.

8. Классификация нарушений по типу дизонтогенеза (В. В. Лебединский)



КОММЕНТАРИИ

**Недоразвитие.** Общее стойкое отставание в развитии всех функций вследствие раннего органического поражения мозга (прежде всего -- коры больших полушарий). Поражение может иметь наследственную природу (эндогенную) или быть результатом внешних (экзогенных) факторов, действующих во внутриутробный, природовой периоды или в раннем детстве. Наиболее характерным примером недоразвития является самая распространенная форма умственной отсталости — олигофрения.

**Задержанное развитие.** Замедление темпа всего психического развития, возникающее чаще всего в результате слабо выраженных органических поражений коры головного мозга или длительных и тяжелых соматических заболеваний.

**Поврежденное психическое развитие.** Представлено органической деменцией — нарушением психического развития в конце раннего возраста или уже после трех лет вследствие массивных травм мозга, нейроинфекций, наследственных дегенеративных заболеваний. Во многих случаях органическая деменция имеет прогрессирующий характер.

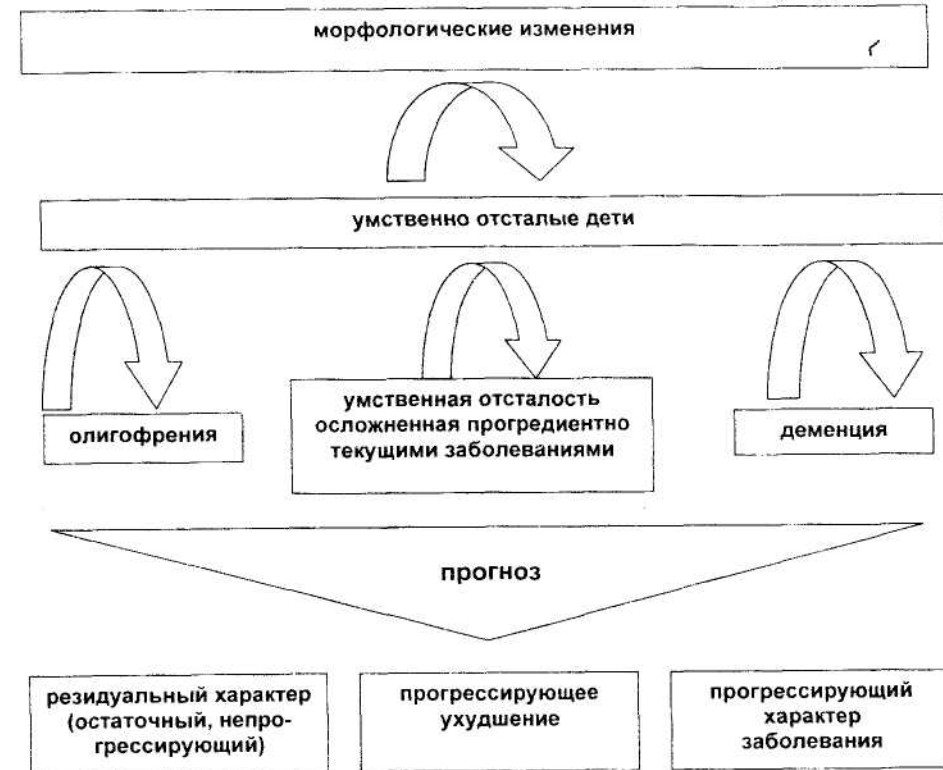
**Дефицитное психическое развитие.** Наиболее ярко его представляют нарушения психического развития при недостаточности анализаторных систем — зрения, слуха и мышечно-кинестетической системы (т.е. опорно-двигательного аппарата).

**Искаженное психическое развитие.** Разные варианты сложных сочетаний общего недоразвития, задержанного, ускоренного и поврежденного развития. Причинами искаженного развития являются некоторые процессуальные наследственные заболевания, например шизофрения, врожденная недостаточность обменных процессов. Ранний детский аутизм — наиболее яркий пример этого типа нарушенного психического развития.

**Дисгармоническое психическое развитие.** Связано с нарушением формирования эмоционально-волевой сферы. К нему относятся психопатии и случаи инволюционного развития личности вследствие крайне неблагоприятных условий воспитания.

Среди представителей каждого типа нарушенного развития наблюдаются значительные индивидуально-групповые различия, которые зависят от причин нарушения, периода действия и интенсивности фактора, вызвавшего нарушение.

9. Умственная отсталость у детей  
10. Основные формы умственной отсталости



КОММЕНТАРИИ

**Умственно отсталые дети.** Дети, которых в ряде ранних публикаций называют слабоумными, а в соответствии с современной терминологией — детьми со сниженным интеллектом, с трудностями в обучении, с особыми нуждами и т.п., — одна из наиболее многочисленных категорий детей, отклоняющихся в своем развитии от нормативов. Понятие «умственно отсталый ребенок», принятое в российской коррекционной педагогике и специальной психологии, охватывает разнообразную по составу группу детей, которых объединяет наличие органического повреждения коры головного мозга, имеющего диффузный характер.

**Морфологические изменения** с неодинаковой интенсивностью, захватывают многие участки коры головного мозга ребенка, нарушая их строение и

функции. Диффузное поражение коры сочетается с отдельными, более выраженными локальными (ограниченными, местными) нарушениями, иногда включающими и подкорковые системы. Патология обуславливает возникновение у ребенка различных отклонений, обнаруживающихся во всех видах его психической деятельности, особенно резко — в познавательной.

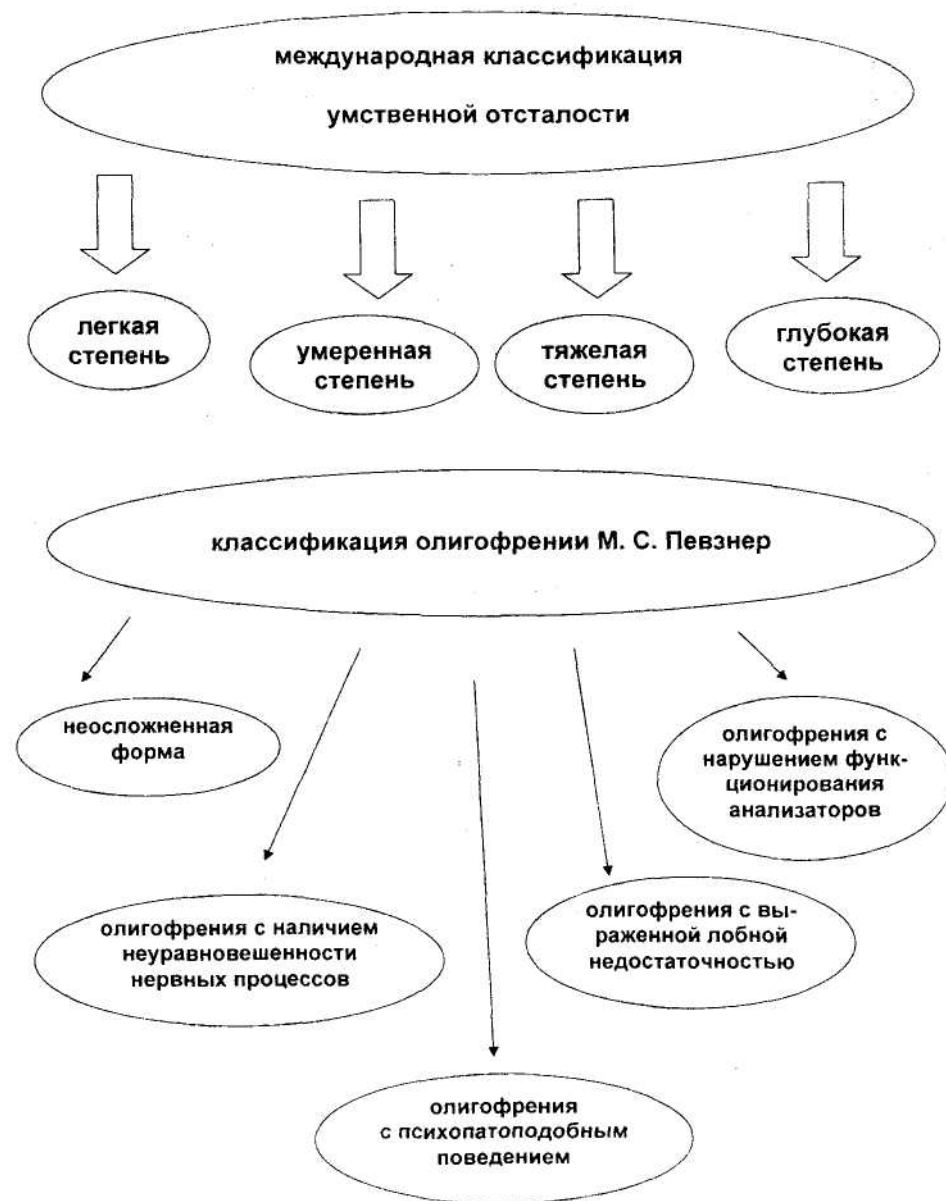
**Олигофрения.** Преобладающее большинство умственно отсталых детей составляют дети - олигофрены (от греч. *oligos* — малый + *phren* — ум). Поражение мозговых систем возникает у этой категории детей на ранних этапах развития — во внутриутробном периоде, при рождении или в течение первых полутора лет жизни, т.е. до становления речи. Степень выраженности дефекта зависит от тяжести постигшей ребенка вредности, от ее локализации, а также от времени начала ее воздействия. Чем в более ранние сроки у ребенка возникло заболевание, тем тяжелее оказываются его последствия. В этом случае срок нормального развития головного мозга ребенка оказывается минимальным.

**Деменция** - распад. Умственная отсталость, возникшая у ребенка и возрасте после 2 лет, встречается относительно редко. Нарушения коры головного мозга возникают после длительно протекавшего, в течение 2—5 лет и более, нормативного развития ребенка. Деменция может быть следствием органических заболеваний мозга или травм. Как правило, интеллектуальный дефект при деменции носит необратимый характер.

**Дети страдающие прогрессирующе текущими заболеваниями.** Прогрессирующе текущие или усугубляющиеся заболевания, обусловленные наследственными нарушениями обмена веществ. Эти дети являются слабоумными и постепенно деградируют. Особыми являются случаи, при которых имеющееся у ребенка слабоумие сочетается с наличием текущих психических заболеваний — эпилепсии, шизофрении и других, что существенно затрудняет его воспитание и обучение и прогноз.

**Прогноз развития** умственно отсталых детей. При *олигофрении* органическая недостаточность мозга носит резидуальный (остаточный) непрогрессирующий (неусугубляющийся) характер, что дает основания для оптимистического прогноза относительно развития ребенка, который после перенесенной вредности оказывается практически здоровым, поскольку болезненные процессы, имевшие место в его центральной нервной системе, прекращаются. Ребенок имеет положительные потенциальные возможности и при благоприятных условиях реализует их. Ребенок способен к психическому развитию, которое, однако, осуществляется с отклонениями, поскольку его биологическая основа патологична. При *деменции* обычно отмечается прогрессирование заболевания. В отдельных случаях с помощью лечения, при благоприятных педагогических условиях, можно добиться некоторого замедления этого процесса. При *прогрессирующе текущих заболеваниях*, если детям не оказывается необходимая медицинская помощь, то их умственная отсталость с возрастом становится все более резко выраженной. Продвижение таких детей в плане познавательной деятельности и личностных проявлений, успешность их вхождения в социальную среду в большой мере зависят от течения болезни, от непредсказуемого ее обострения, которое блокирует все усилия педагога.

## 11. Классификация умственной отсталости



## КОММЕНТАРИИ

**Международная классификация умственно отсталых.** В настоящее время в России пользуются международной классификацией умственно отсталых, на основании которой детей разделяют на четыре группы по степени выраженности дефекта: с легкой, умеренной, тяжелой и глубокой степенью умственной отсталости. *Дети, относящиеся к первым трем группам*, обучаются и воспитываются в соответствии с программой специальной (коррекционной) общеобразовательной школы VIII вида. Пройдя специальное обучение, многие из них социально адаптируются и трудоустраиваются. Прогноз их развития относительно благоприятен. *Дети, входящие в четвертую группу*, помещаются в интернатные учреждения Министерства социальной защиты населения, где они овладевают элементарными навыками самообслуживания и адекватного поведения. В этих учреждениях они находятся пожизненно. Отдельные представители данной группы умственно отсталых детей живут в семьях.

**Классификация олигофрении (М. С. Певзнер).** *Неосложненная форма олигофрении.* Дети характеризуются уравновешенностью нервных процессов. Отклонения в познавательной деятельности не сопровождаются грубыми нарушениями анализаторов. Эмоционально-волевая сфера изменена не резко. Дети способны к целенаправленной деятельности в тех случаях, когда задание им понятно и доступно. В привычной ситуации поведение не имеет резких отклонений. *Олигофрения, характеризующаяся неуравновешенностью нервных процессов* с преобладанием возбуждения или торможения. Нарушения отчетливо проявляются в изменениях поведения и снижении работоспособности. *Олигофрения с нарушением функций анализаторов.* Диффузное поражение коры сочетается с более глубокими поражениями той или иной мозговой системы. Дети дополнительно имеют локальные дефекты речи, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата. Особенно неблагоприятно сказываются на развитии умственно отсталого ребенка нарушения речи. *Олигофрения с психопатоподобным поведением.* У ребенка отмечается резкое нарушение эмоционально-волевой сферы. На первом плане у него оказывается недоразвитие личностных компонентов, снижение критичности относительно себя и окружающих людей, расторможенность влечений. Ребенок склонен к неоправданным аффектам. *Олигофрения с выраженной лобной недостаточностью.* Нарушения познавательной деятельности сочетаются с изменениями личности с резкими нарушениями моторики. Дети вялы, безынициативны и беспомощны. Их речь многословна, бессодержательна, имеет подражательный характер. Дети не способны к психическому напряжению, целенаправленности, активности, слабо учитывают ситуацию.

## 12. Психологические особенности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (детский церебральный паралич)

### 13. Характеристика нарушений при ДЦП



## КОММЕНТАРИИ

**Детский церебральный паралич (ДЦП)** группа двигательных расстройств, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга, которые проявляются в недостатке или отсутствии контроля центральной нервной системы за произвольными движениями.

Термином «детский церебральный паралич» объединяются синдромы двигательных расстройств, возникающие в результате повреждения мозга на ранних этапах онтогенеза. В основе детского церебрального паралича лежит внутриутробное или перинатальное повреждение головного мозга ребенка под влиянием различных неблагоприятных факторов, действовавших во время внутриутробного периода развития и (или) в момент родов. Детский церебральный паралич является резидуальным состоянием, т.е. не имеет прогрессирующего течения.

**Двигательный дефект.** Двигательные нарушения существуют от рождения и тесно связаны с сенсорными расстройствами. Особенно с недостаточностью ощущений собственных движений. В структуре двигательного дефекта можно выделить: нарушение точности и соразмерности движений, нарушение дифференцированности движений, недостаток координации одновременно выполняемых движений. Задержано или нарушено формирование всех двигательных функций: удержание головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. У некоторых детей при резко нарушенном тоне мышц

наблюдаются явление апраксии (неумение выполнять целенаправленные практические действия). В отдельных случаях нарушения моторики осложнены насильственными движениями - гиперкинезами (головы, рук, гримасами лица). Гиперкинезы усиливаются при волнении, испуге, неожиданном обращении к ребенку, при попытке выполнить целенаправленные действия. Существуют большие вариации в сроках развития двигательных функций, что связано с формой и тяжестью заболевания, а также с временем начала коррекционной работы.

**Сенсорные расстройства.** Сенсорные расстройства включают: нарушения зрительного, слухового, тактильного и кинестетического восприятия (восприятие движений). Наблюдаются существенные трудности пространственного анализа и синтеза, нарушения схемы тела, трудности словесного отражения пространственных отношений. *Тактильное восприятие.* У многих детей с ДЦП нарушено тактильная чувствительность. Ощущения при касании предметов у них нечеткие (сравнимы с ощущениями, которые получает человек при касании предметов в плотных перчатках). *Слуховое восприятие.* Нарушена деятельность слухового анализатора. Может отмечаться снижение слуха, особенно при наличии гиперкинезов. Снижен слух на высокочастотные тона, сохранен - на низкочастотные. При этом есть нарушения звукопроизношения. В случаях, когда нет снижения остроты слуха, возможна недостаточность слухового восприятия и слуховой памяти. Любое нарушение слухового восприятия приводит к задержке речевого развития, в тяжелых случаях - к недоразвитию речи. *Зрительное восприятие* может быть нарушено за счет ограничения движения глаз, нарушения фиксации взора, снижения поля зрения, снижения остроты зрения. Эти нарушения приводят к дефектному или к искаженному восприятию предметов и явлений окружающей действительности.

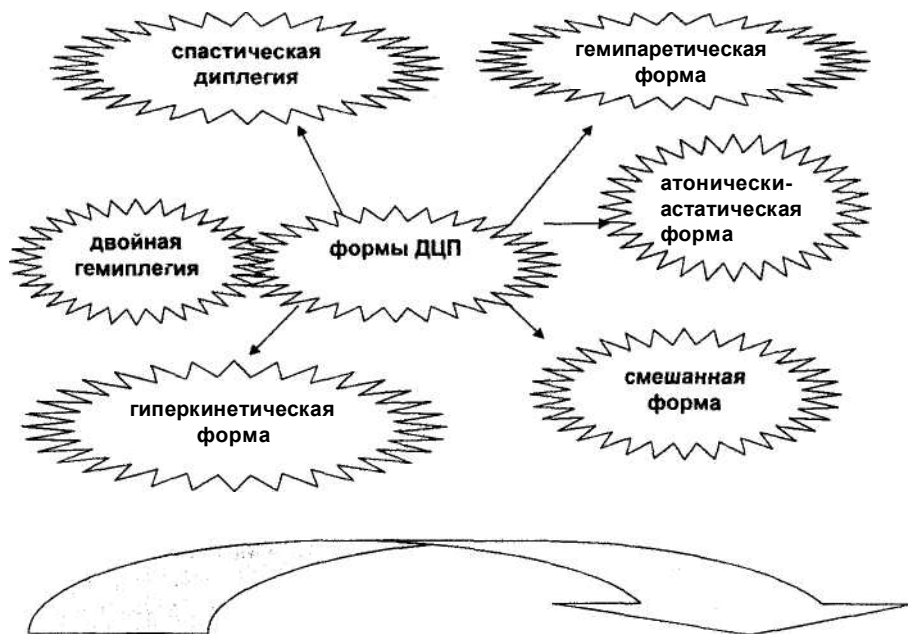
**Дефекты познавательной сферы.** В структуре познавательной сферы отмечается: инертность мышления, трудность создания и оперирования образами, нарушения памяти и внимания, задержка логического мышления, слабость абстрактного мышления. Группу детей с церебральным параличом составляют как интеллектуально сохранные и даже одаренные дети, а также лица с выраженными в разной степени интеллектуальными нарушениями.

**Дефекты эмоционально-волевой сферы.** В структуре эмоционально-волевой сферы: слабость волевого усилия, повышенная внушаемость, эмоциональная возбудимость и неустойчивость, повышенный или низкий уровень тревожности, низкий уровень коммуникативных навыков, снижение толерантности и к фрустрации, акцентуированность характерологических черт, отрицание или своеобразная интерпретация социальных ценностей.

#### 14. Этиология ДЦП



## 15. Классификация ДЦП



Степени тяжести ДЦП по двигательному дефекту:

- легкая
- средняя
- тяжелая

### КОММЕНТАРИИ

В мировой литературе предложено около 20 классификаций. В отечественной клинической практике пользуются классификацией К. А. Семеновой, которая предложила 5 основных форм ДЦП.

Двойная гемиплегия, Самая тяжелая форма, которая возникает при значительном поражении головного мозга в период внутриутробного развития. Тяжело нарушены функции: двигательные, психические и речевые. Двигательные нарушения проявляются в период новорожденности: отсутствует защитный рефлекс, резко выражены все тонические рефлексы. Не развиваются цепные установочные рефлексы, то есть ребенок не может научиться самостоятельно сидеть, стоять и ходить. Функции рук и ног отсутствуют. Наблюдается ригидность мышц. Тонус мышц резко нарушен в руках и ногах. Психическое

развитие на уровне умственной отсталости в умеренной или тяжелой степени. Речь отсутствует. Прогноз крайне неблагоприятен, полная инвалидность.

Спастическая диплегия. Самая распространенная форма, известная под названием синдром Литтля. Это тетрапарез (т.е. поражены руки и ноги), но нижние конечности поражены в большей степени. Часто наблюдается вторичная ЗПР, которая при своевременной коррекции к 6-8 годам может быть устранена. Часть детей страдают умственной отсталостью в легкой степени. Большинство детей имеют речевые расстройства.

Тяжесть нарушений колеблется в широких пределах, в зависимости от времени и силы действия вредных факторов.

**Гемипаретическая форма.** Характерно поражение односторонних руки и ноги. Правая сторона тела поражена при левостороннем поражении головного мозга, левая - при правостороннем. При исследовании интеллектуальной сферы диагностируются: легкая степень умственной отсталости, вторичная ЗПР, которая преодолевается при своевременной начатой коррекции, речевые расстройства. После рождения у ребенка все рефлексы сформированы. Однако в первые недели выявляются: ограничения спонтанных движений, высокие сухожильные рефлексы в пораженных конечностях. Рефлексы опоры, шаговые рефлексы, ползание хуже выражены в пораженной ноге. Хватательный рефлекс хуже выражен в пораженной руке. Сидеть ребенок начинает вовремя или чуть позже нормы, при этом поза является асимметричной, это приводит к скалеозу.

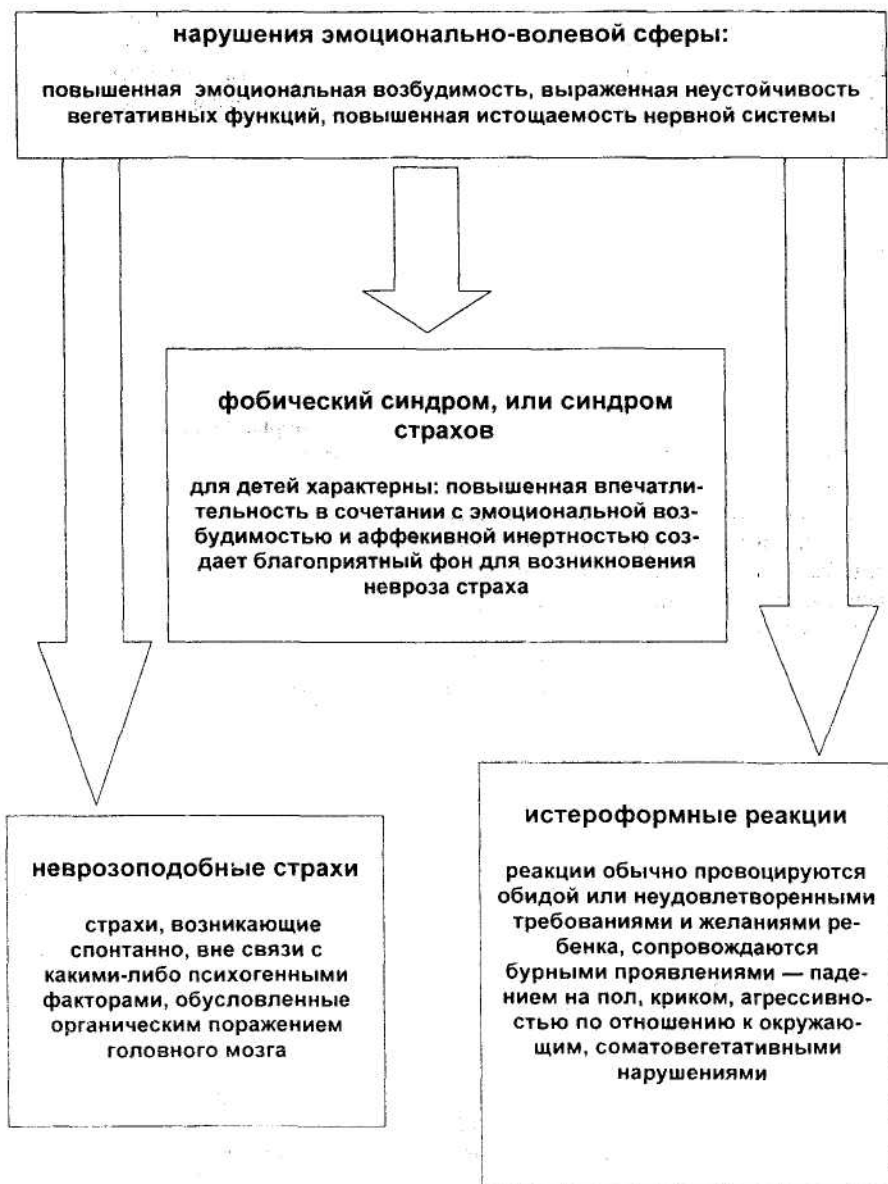
**Гиперкинетическая форма.** Наиболее частая причина - билирубиновая энцефалопатия как результат гемолитической болезни новорожденных. Реже - недоношенность с последующей черепно-мозговой травмой во время родов, при которой происходит разрыв артерий, которые снабжают кровью подкорковые ядра. Характерны: полиморфные гиперкинезы, мышечная ригидность туловища, шей, ног. Тяжелый двигательный дефект, ограниченные возможности в самообслуживании, при этом интеллектуальное развитие выше, чем при предыдущих формах. Нарушены двигательные рефлексы при рождении: движения вялые, ограниченные. Ослаблен сосательный рефлекс, рефлекс глотания, дыхания.

**Атонически-астатическая форма.** Встречается реже других. Характерен низкий тонус мышц (гипотония), нарушены координация движений и равновесия. Нарушены врожденные двигательные рефлексы: отсутствует рефлекс опоры, автоматической походки, ползания, слабо выражены защитный и хватательный рефлексы. Дети начинают самостоятельно сидеть к 1-2 годам, ходить - к 6 годам. При коррекционной работе к 3-5 годам овладевают произвольностью движений. Наблюдаются речевые расстройства и ЗПР. Прогноз тяжелый.

**Смешанная форма.** При ней имеются сочетания всех выше перечисленных форм.

**Степени тяжести ДЦП.** По двигательному дефекту различают три степени тяжести ДЦП: *легкая*: физический дефект позволяет передвигаться, пользоваться городским транспортом, иметь навыки самообслуживания; *средняя*: дети нуждаются в частичной помощи при движении и самообслуживании; *тяжелая*: дети целиком зависят от окружающих.

## 16. Особенности эмоционально-волевой сферы у детей с ДЦП



## КОММЕНТАРИИ

**Нарушения эмоционально-волевой сферы чаще всего проявляются** в виде повышенной эмоциональной возбудимости в сочетании с выраженной неустойчивостью вегетативных функций, повышенной истощаемостью нервной системы. У детей первых лет жизни часто наблюдаются стойкие нарушения сна (трудности засыпания, частые пробуждения, беспокойство в ночное время). Слабость волевого усилия, несамостоятельность, повышенная внушаемость, возникновение катастрофических реакций при фрустрационных ситуациях.

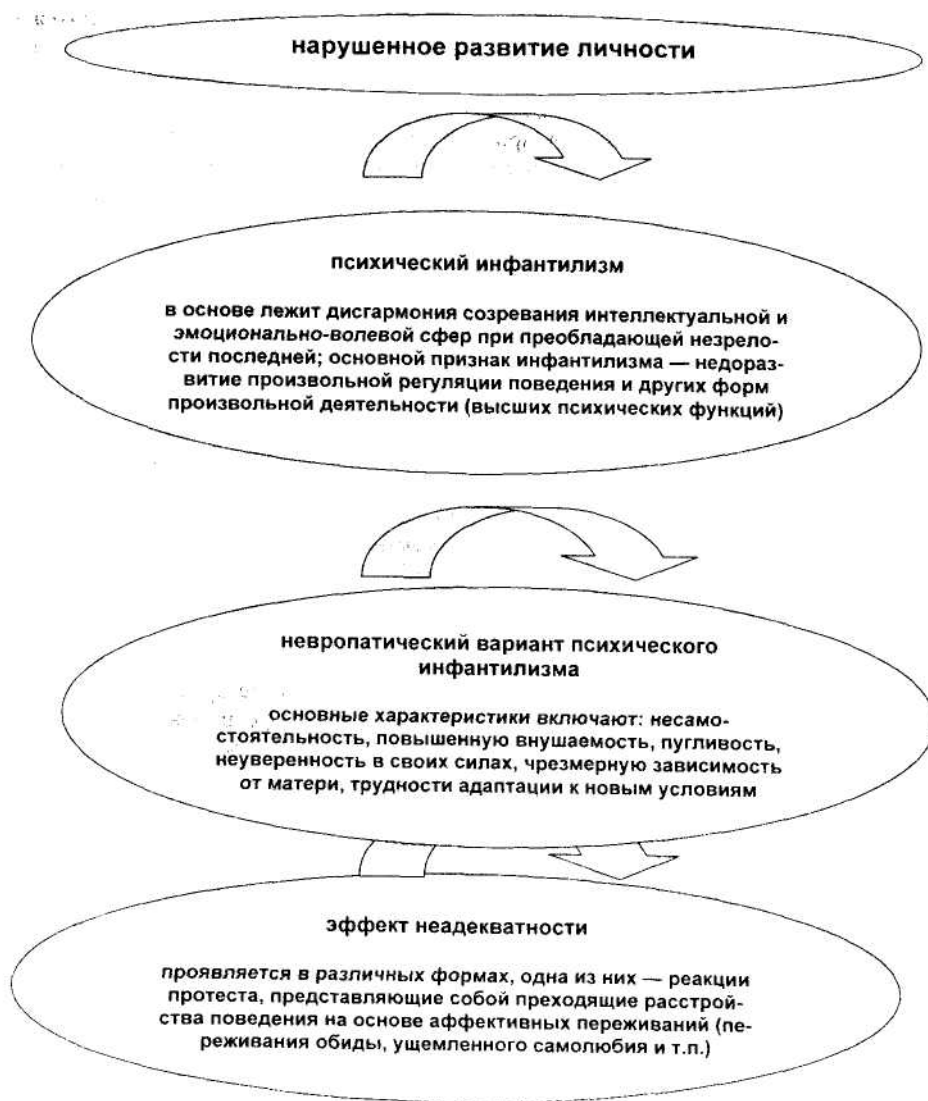
**Фобический синдром, или синдром страхов**, характерен для многих детей с церебральным параличом. Повышенная впечатлительность в сочетании с эмоциональной возбудимостью и аффективной инертностью создает благоприятный фон для возникновения невроза страха. Страх может возникать даже под влиянием незначительных психогенных факторов — незнакомой ситуации, кратковременной разлуки с близкими, появления новых лиц и даже новых игрушек, громких звуков и т. п. У одних детей он проявляется двигательным возбуждением, криком, у других — гиподинамией, общей заторможенностью и в обоих случаях сопровождается выраженными вегетативно-сосудистыми реакциями — побледнением или покраснением кожи, гипергидрозом, учащением пульса и дыхания, иногда ознобом, повышением температуры. При возникновении страха у ребенка усиливаются двигательные нарушения (спастичность, гиперкинезы, атаксия). Возможны психогенно обусловленные навязчивые фобии в виде страха одиночества, высоты, передвижения; в подростковом возрасте — страх болезни и смерти.

**Неврозоподобные страхи - страхи, возникающие спонтанно**, вне связи с какими-либо психогенными факторами, обусловленные органическим поражением головного мозга. К ним относятся недифференцированные ночные страхи, появляющиеся эпизодически во время сна и сопровождающиеся криком, плачем, общим возбуждением, вегетативными расстройствами.

**Истероформные реакции.** Такие реакции обычно провоцируются обидой или неудовлетворенными требованиями и желаниями ребенка, сопровождаются бурными проявлениями — падением на пол, криком, агрессивностью по отношению к окружающим, соматовегетативными нарушениями. При неправильном воспитании эти реакции закрепляются и приобретают условно-рефлекторный, привычный характер. Став привычными формами поведения, они могут составить основу для формирования патологического характера.



## 17. Особенности нарушенного развития личности при ДЦП



## КОММЕНТАРИИ

**Психический инфантилизм.** В основе психического инфантилизма лежит дисгармония созревания интеллектуальной и эмоционально-волевой сфер при преобладающей незрелости последней. Основной признак инфантилизма — недоразвитие произвольной регуляции поведения и других форм произвольной деятельности (высших психических функций). В своих поступках дети руководствуются в основном эмоцией удовольствия, сиюминутными желаниями. Они эгоцентричны, не способны сочетать свои интересы с интересами других и подчиняться требованиям коллектива. В интеллектуальной деятельности также выражено преобладание эмоций удовольствия, собственно интеллектуальные интересы развиты слабо.

К дополнительным условиям развития этого типа личности относятся неправильное воспитание, ограничение деятельности и общения, обусловленное не только двигательной и речевой недостаточностью, но и гиперопекой. Инфантилизм сохраняется нередко и в старшем школьном возрасте, проявляясь в виде повышенного интереса к детским играм, слабости волевых усилий, недостаточной целенаправленности интеллектуальной деятельности, повышенной внушаемости. При осложненных формах инфантилизма, который наиболее типичен для детей с церебральным параличом, наряду с основными проявлениями наблюдается повышенная психическая истощаемость, двигательная расторможенность.

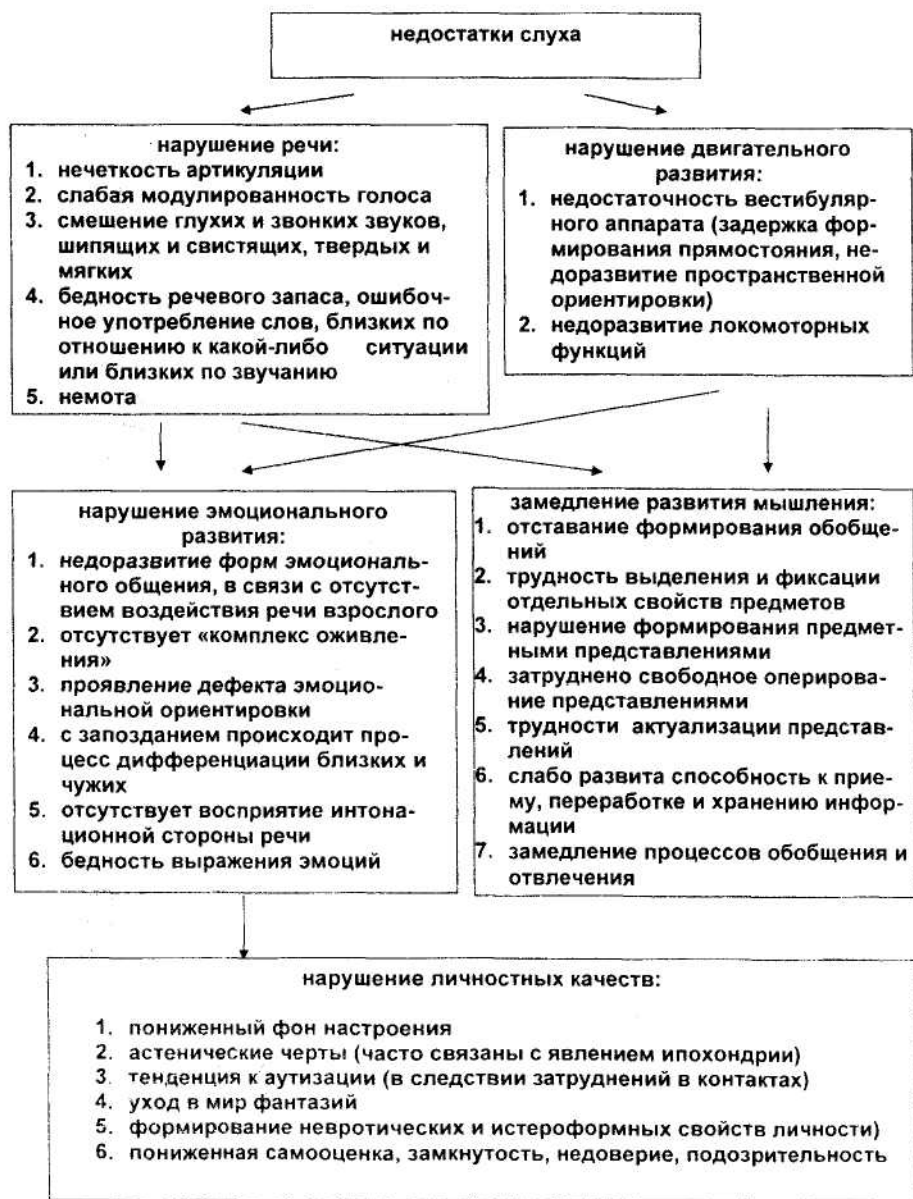
**Невропатический вариант психического инфантилизма.** Основные характеристики включают: несамостоятельность, повышенную внушаемость, пугливость, неуверенность в своих силах, чрезмерную зависимость от матери, трудности адаптации к новым условиям. У детей в раннем возрасте обычно стойко выражены различные соматовегетативные нарушения (расстройства сна, аппетита, сверхчувствительность к различным раздражителям). В новой обстановке дети проявляют повышенную боязливость, заторможенность, отсутствие инициативы, низкий уровень мотивации.

**Эффект неадекватности.** При невропатическом варианте психического инфантилизма часто имеет место так называемый аффект неадекватности, который проявляется в различных формах. Одна из них — реакции протеста, представляющие собой преходящие расстройства поведения на основе аффективных переживаний (переживания обиды, ущемленного самолюбия и т.п.). Для реакций протеста характерна определенная избирательность и направленность. Обычно преобладают реакции пассивного протеста: отказ от еды, от устного общения с определенными лицами (избирательный мутизм), уходы из дому или из школы; иногда они проявляются в виде отдельных соматовегетативных расстройств: рвоты, энуреза, энкопреза.

Пассивный протест у детей с церебральным параличом наиболее часто проявляется отказом от выполнения требований родителей или учителя.

## 18. Психологические особенности детей с сенсорными дефектами

### 19. Психологические особенности детей с недостатками слуха



## 20. Психическое развитие незлышащего ребенка в первые годы жизни

возраст	особенности развития незлышащего ребенка	особенности развития нормативно развивающегося ребенка
1-2 месяца	Мало отличается от детей с сохранным слухом. Звуки улицы воздействуют в малой степени.	Звуки улицы вызывают раздражение, испуг, нарушают сон.
2-3 месяца	Неслышащий от рождения ребенок имеет остатки слуха в диапазоне низких и средних частот, что дает возможность слышать громкие звуки. В громкой речи может различать только отдельные гласные звуки и некоторые, отчетливо произносимые слоги.	Звуки выполняют роль сигналов, ориентирующих в обстановке. Начинает различать голоса взрослых, понимать о каких явлениях свидетельствуют те или иные звуки.
3 месяца	Комплекс оживления может быть достаточно богат своими проявлениями или мало заметен. Это зависит от поведения матери и других близких людей, общающихся с ребенком. Если они активно выражают радость не только речью, но и мимикой лица, приветливыми движениями рук и тела, то ребенок радостно реагирует на их проявлениями движениями тела, улыбкой, издаваемыми звуками.	Ребенок не видит мать, а только слышит ее голос, может реагировать на него.
3-4 месяца	Обычно гулит в те же сроки, что и слышащие, но постепенно замолкает.	Ребенок гулит.
6-7 месяцев	Лепет не возникает, если взрослый не вызывает его специально.	Появляется лепет.
10-14 месяцев	Если ребенок не имеет дополнительных повреждений, он начинает ходить в конце первого - начале второго года. Он овладевает пространством комнат, по-новому знакомится с предметами, находящимися в разных комнатах. Затем постепенно начинает осваивать пространство вблизи дома.	
3 года	Если ребенок воспитывается в среде слышащих, пользуется в общении естественными жестами, произносит несколько лепетных слов, относя их к достаточно широкому кругу предметов и явлений. По развитию предметно-практической деятельности, в которой проявляются его познавательные и практические умения, может находиться на том же уровне, что и слышащий ребенок.	Владеет достаточно сложной фразовой речью.

21. Психическое развитие незлышащего ребенка в старшем дошкольном возрасте (6-7 лет)

сфера развития	особенности развития в сравнении с нормально развивающимися сверстниками
1. Познавательная сфера: * Восприятие	Большая часть незлышащих детей достигают уровня развития зрительного восприятия близкого к нормальному: хорошо различают основные цвета предметов, несложные геометрические формы, выделяют размеры предметов. Большие трудности испытывают при различении цветовых оттенков.
* Наглядно-действенное мышление	Соответствует нормативно развивающимся сверстникам.
* Наглядно-образное мышление	У 2/3 незлышащих детей уровень развития средний и выше среднего (так же как и у слышащих). 1/3 незлышащих детей имеет уровень развития ниже среднего. У слышащих детей эта 1/3 соответствует высокому уровню.
* Слоvesно-логическое мышление	В связи с замедлением развития речи и более поздними сроками формирования наглядно-образного мышления переход к данному типу мышления происходит в течение длительного времени (завершается к 17 годам и позже).
* Память	По уровню развития образно-зрительной и двигательной памяти на места расположения предметов в пространстве соответствуют нормативно развивающимся сверстникам.
* Речь	Словесная память снижена (из-за своеобразия речи). Большое своеобразие в развитии речи: недоразвитие бытовой фразовой речи, бедность словарного запаса и способов высказывания.
* Внимание	Как и у слышащих сверстников, ведущим видом является непроизвольное внимание. Устойчивость внимания 10-12 минут.
2. Эмоционально-волевая и личностная сфера	Достигают психического развития по ряду показателей близкого к нормальному развитию: хорошо владеют произвольной деятельностью, направленной на выполнение тех заданий, которые им предлагает взрослый. Эмоционально и адекватно реагирует на характер выполняемых заданий и достигаемый при этом успех и неудачу. Эмоции выражает при помощи мимики, выразительных движений в жестовой речи.
3. Деятельность: * предметная	Совершается переход от примитивных способов ориентировки ко все более сложным, но нет достаточного обобщения собственного опыта действий с предметами.
* игра	Сюжетно-ролевая игра является ведущей деятельностью и имеет ряд особенностей: 1) незлышащие дошкольники дольше, чем слышащие, задерживаются на этапе предметно-процессуальных игр, их сюжетные игры однообразнее и проще; 2) типична склонность к педантичному, буквальному отражению в игре, их сюжетные игры однообразнее и проще; 3) незлышащие дети испытывают трудности при игровом замещении предметов.

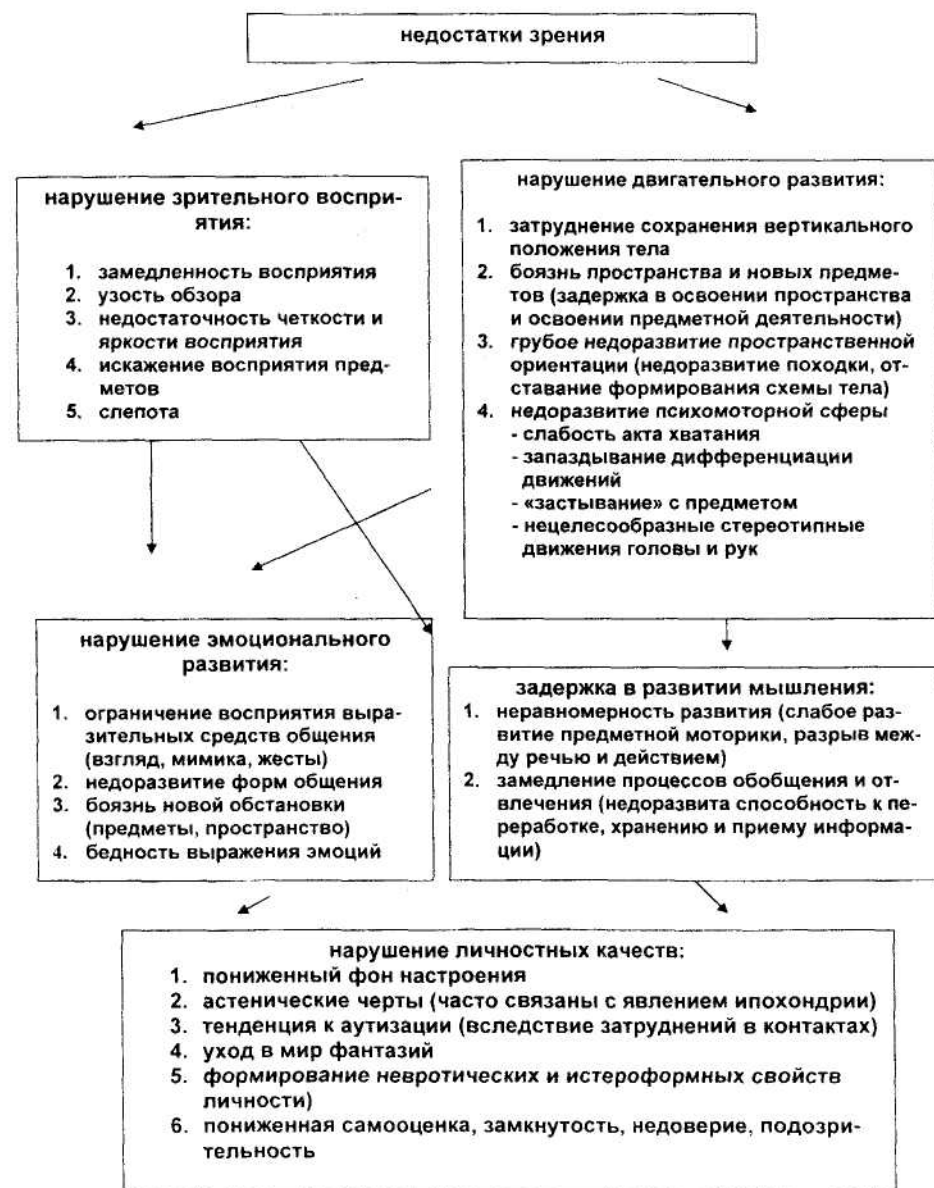
22. Психическое развитие незлышащего ребенка в школьном возрасте

познавательные процессы	особенности развития
1. Речь	Нарушение грамматического строя, сужение или расширение значения слова. Трудности в овладении системой словесно-логического обобщения, словами имеющими переносное, отвлеченное значение. Отстает в развитии активная, самостоятельная речь.
2. Восприятие	Нарушение одного анализатора отрицательно сказывается на деятельности сохранных анализаторов. Нарушение слуха снижает полноту зрительного восприятия. Трудности в осознательном восприятии.
3. Память: * образная	С трудом запоминают образы предметов, либо упрощают внешнюю структуру воспринятого предмета, либо подчеркивают его отличительные черты.
* словесная	Успешнее запоминают отдельные слова, чем предложения и тексты. Лучше запоминают жесты, чем слова. Трудности запоминания текстов обусловлены недостатками развития речи и словесно-логического мышления.
4. Мышление: * наглядно-действенное	Имеется некоторое отставание в решении сложных наглядно-действенных задач. Отстают в умении решать наглядные задачи на установление отношения по принципу симметрии и аналогии.
* наглядно-образное	Незлышащие дети ближе к слышащим сверстникам с нормативным интеллектом, чем к слышащим умственно отсталым.
* словесно-логическое	Долго не формируется обратимость связей между предметами, признаками, действиями и их обозначениями. Связь слова к объекту в мыслительных действиях формируется раньше, чем связь объекта к слову. С трудом овладевают понятиями разной меры обобщенности, логическими связями и отношениями между явлениями и поступками людей. Затрудняются в выявлении скрытых причин каких-либо явлений, событий. Часто отождествляют причинно-следственные и пространственно-временные связи.
5. Воображение	Отставание в развитии воссоздающего и творческого воображения

### 23. Особенности психического развития слабослышащих детей

сфера развития	особенности развития
<p><b>1. Познавательные процессы:</b></p> <p>* восприятие речи на слух</p> <p>* словарный запас</p> <p>* фразовая речь</p> <p>* решение наглядных задач</p>	<p>Большая часть детей с тугоухостью плохо различают разговорную речь на расстоянии 2-3м. Необходимо учить ребенка распознавать речь по губам говорящего.</p> <p>Обогащение идет медленно. Более успешно запоминаются словесные обозначения людей, посуды, еды, некоторых частей квартиры (окно, дверь). Труднее овладевают названиями действий, цветов, отдельных частей и признаков предметов.</p> <p>С трудом усваивают многозначность слова («тяжелый чемодан» и «тяжелый характер»); слова с приставками и суффиксами (понимание их значений); навыки употреблений наречий, союзов, сложносочиненных и сложноподчиненных предложений.</p> <p>Чем сложнее задача, тем большие трудности испытывает ребенок и отстает в учебе. Слабослышащие 7-8 лет испытывают большие трудности, чем слышащие сверстники при решении наглядных задач на дополнение рисунка до целого по принципу осевой симметрии и особенно при дополнении до целого на основе установленных отношений между частями рисунка по принципу аналогии.</p>
<p><b>2. Эмоционально-волевая сфера</b></p>	<p>Ухудшение слуха отрицательно сказывается на психическом состоянии ребенка. Если, начиная с младшего школьного возраста, в условиях специального обучения осуществляется всестороннее развитие словесной речи и познавательных процессов в их единстве, то к старшему школьному возрасту психическое развитие приближается к нормативному.</p>
<p><b>3. Личностная сфера</b></p>	<p>В меньшей степени, чем слышащие акцентируют внимание на внутренних психологических качествах другого человека. В процессе обучения и воспитания следует обогащать представления учащихся о разнообразных качествах человеческой личности и о межличностных отношениях.</p>

### 24. Психологические особенности детей с недостатками зрения





25. Возрастные особенности психического развития детей с нарушениями зрения

возраст	характеристика
3 недели – конец 1 мес.	Реагирует на громкий звук, на человеческий голос.
На 3 месяце	Отвечает на обращенную к нему речь звуками и движениями рук и ног.
К 5 месяцам	Дифференциация слухового восприятия, то есть способен выделять и дифференцировать звуковые признаки предметов.
В 4-5 месяцев	Происходит прогресс в развитии тактильной чувствительности и кинестезии, связанный с эволюцией двигательных рефлексов, на базе которых формируется сложная система движений, обеспечивающая манипуляции с предметами.
С 5-6 месяцев	Начинает отставать в развитии от зрячего ребенка.
До 3-4 лет	У некоторых незрячих детей наблюдается неуверенность при принятии вертикальной позы.
После 2 лет	Появляются первые специфические манипуляции и отдельные функциональные действия.
К концу 3 лет	Ведущей деятельностью становится предметная деятельность, но не у всех она оказывается сформированной.
В 1,5-2 года	Ребенок начинает использовать развивающуюся речь в качестве основного средства общения с взрослыми.
Дошкольный возраст	Формирование игровых действий происходит иначе, чем у нормативно развивающихся детей. Важным моментом для начала игры является наличие представлений. Начинается формирование обобщенных способов познания окружающих предметов в конкретной практической деятельности с опорой на речь. Речь развивается теми же темпами, как и у зрячих детей, хотя по своему содержанию она более формальна и бедна конкретными связями с предметным окружающим миром.
Средний дошкольный возраст	Дети группируют и классифицируют детали, с целью выполнить построение, в этом уже заложены элементы «планирования» своей будущей деятельности.
Старший дошкольный возраст	Дети начинают активно обследовать образец, выявлять принцип его построения, сознательно запоминать его, с целью воспроизведения своей деятельности, создавая предпосылки для ее организации в соответствии со сложившимся образом и усвоенным правилом.

26. Нарушения познавательных процессов у детей с недостатками зрения

Виды познавательных процессов	видящие	слабовидящие	незрячие
Представление	-	Диапазон ориентировки находится в пределах 4 уровней (1 – не ориентируются, 2 - осваивают маршрут, 3 - могут представлять схему, 4 – свободно ориентируются).	
Память	Большой объем, высокая скорость запоминания, точность в воспроизведении.	Точность воспроизведения ниже, чем у слабовидящих. Запоминают слова блоками, в которых отсутствуют смысловые связи. Незрячие запоминают лучше слабовидящих на 15-20%, но по сравнению с нормативом могут отставать на 2-3 года.	
Мышление	-	Страдают все мыслительные операции. Трудность в анализе объекта. Не отделяют существенные признаки от второстепенных. Затрудняются в выделении простых отношений. Задержано формирование наглядно-действенного мышления.	
Двигательная активность	-	Движения нерешительны, медлительны. Мимика отсутствует. Маскообразное выражение лица.	
Внимание	-	Неполнота и фрагментация образа.	Невозможно визуальное восприятие.

## 27. Психологические особенности детей с речевыми нарушениями

### 28. Речевые нарушения, их причины



#### КОММЕНТАРИИ

**Речевые нарушения физиологического характера.** Связаны со сроками созревания центральных структур головного мозга.

**Речевые нарушения патологического или болезненного характера.** В зависимости от локализации подразделяются на:

*Центральные* (дизартрия, алалия, афария, дисграфия, дислексия). Формируется локальный речевой дефект, при этом отмечается недостаточность речевых зон коры головного мозга. Нарушения познавательной сферы в этом случае вторичны. Либо формируется сочетанный речевой дефект - нарушены познавательная сфера и речь.

*Периферические* (дислалия, ринолалия, ринофония, дисфония). Нарушено функционирование моторных зон двигательного анализатора, что приводит к недостаткам произношения, так как страдают подвижные (язык, и-убы, мягкое небо) и статический (твердое небо) органы артикуляции, а также органы голосообразования и дыхания (голосовые связки, гортань, легкие, бронхи, трахея, диафрагма) - периферический отдел речедвигательного анализатора.

В зависимости от характера нарушения: *органические и функциональные.*

## 29. Речевое и психическое развитие



#### КОММЕНТАРИИ

Для оказания адекватной коррекционной помощи необходимо решить вопрос о влиянии речевого нарушения на интеллектуальное развитие ребенка. Существуют противоположные точки зрения на данный вопрос.

**Общая органическая дефектность - ведущий фактор.** Главная роль в недоразвитии речевых и других психических процессов у неговорящих и плохо говорящих детей принадлежит глубоким первичным нарушениям в их интеллектуальной сфере, в связи с чем при недоразвитии речи может наблюдаться умственная отсталость или ЗПР. При том, исследователи лишь описывали недоразвитие психических процессов, но не выявляли внутренние закономерности.

**Речевой дефект, проявляющийся в недоразвитии или отсутствии речевой функции не означает то, что ребенок относится к категории умст-**

**венно отсталых детей.** Отклонения в развитии познавательной деятельности при выраженных нарушениях речи рассматриваются как вторичная задержка, структура которой обусловлена характером речевого дефекта. При этом могут наблюдаться сочетания нарушения развития речи с нарушениями фонематического восприятия, пространственных представлений, зрительного восприятия, мотивационно-потребностной сферы.

**Дифференцированный подход.** Группа детей с нарушениями речи полиморфна и отличается многообразием форм. Каждой из них может соответствовать своя картина несформированности познавательной сферы, что зависит от выраженности и локализации органической и функциональной недостаточности ЦНС.

**Восприятие детей с речевой патологией.** Нарушено фонематическое восприятие, дети испытывают затруднения при различении тонких дифференцированных признаков фонем, искажают звуки, которые произносят правильно вне речи. Недостаточно сформирован образ предмета (недостатки зрительного восприятия). Характерны оптико-пространственные нарушения.

**Внимание детей с речевой патологией.** Внимание характеризуется неустойчивостью, сниженной произвольностью, сложностями планирования своих действий. Отмечается трудности сосредоточения на анализе условий, поиске различных способов решения задач.

**Память детей с речевой патологией.** Объем зрительной памяти соответствует нормативному развитию. В объеме слуховой памяти существует большая вариабельность, в целом наблюдается ее некоторое снижение. Дети медленно ориентируются в условиях задачи их результаты ниже норматива (при исследовании предметного запоминания). Дети часто забывают сложные инструкции, опускают некоторые их элементы, меняют последовательность действий. Отсроченное воспроизведение является низким.

**Мышление детей с речевой патологией.** Мышление характеризуется снижением уровня обобщений, недостаточностью умений строить причинно-следственные связи и умозаключения. Отстает в развитии наглядно-образное мышление, дети с трудом овладевают анализом, синтезом, сравнением, классификацией, исключением лишнего понятия, умозаключением по аналогии.

**Общение детей с речевой патологией.** Нарушения речи отрицательно сказываются на общении с окружающими. Коммуникативные возможности детей ограничены и по всем параметрам значительно ниже норматива. Ограничен словарный запас. Характерен невысокий уровень развития игровой деятельности дошкольников, беден сюжет игры, низка речевая активность. У большинства старших дошкольников преобладает ситуативно-деловая форма общения, что характерно для нормативно развивающихся детей 2-4 лет. Изменено мотивационное звено общения. Мотив афликации (стремление человека наладить добрые, эмоциональные взаимоотношения с окружающими) заменяется мотивом отвергания, который проявляется в боязни быть не принятым, отвергнутым значимыми людьми. Уменьшено количество целей общения, преобладает ситуативное общение в пределах бытовой тематики.

### 30. Виды речевых нарушений



#### КОММЕНТАРИИ

**Фонетические нарушения.** Неправильное произношение одного или группы звуков (шипящих, свистящих, средне и заднеязычных), нарушение твердости-мягкости, глухости-звонкости согласных звуков.

**Лексико-грамматические нарушения.** Ограниченный словарный запас, обедненная фраза, неправильное согласование слов во фразе, неправильное употребление предлогов, падежей, недоговаривания, перестановки.

**Мелодико-интонационные нарушения.** Неправильное употребление ударений, нарушения связанные с силой, высотой, тембром голоса (тихий, хриплый, сдавленный, невыразительный, глухой, немодулированный).

**Темпо-ритмические нарушения.** Ускоренный темп, связанный с преобладанием в коре головного мозга процессов возбуждения (тахилалия); замедленный темп с преобладанием процессов торможения (брадилалия); прерывистый темп (необоснованные паузы, скандирование звуков и слов, запинки несудорожного и судорожного (заикание) характера).

**Нарушения письменной речи.** Нарушение письма: смешение букв в слове, недописки, перестановки слов в предложении и др. Нарушение чтения:

замена и смешение звуков, побуквенное чтение, искажение, нарушение понимания прочитанного.

**Ринолалия, гнусавость.** Нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими особенностями речевого аппарата. Тембр голоса избыточно нозализирован вследствие того, что струя выдыхаемого воздуха при произнесении звуков речи проходит через нос.

**Дизартрия.** Нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата. Несформированы все звенья сложного механизма фонационного оформления высказывания.

**Дисфония (афония).** Отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Проявляется в полном отсутствии фонации (афония) или в нарушении силы, высоты и тембра голоса (дисфония). Обусловлена органическими или функциональными расстройствами голосообразующего механизма центральной или периферической локализации.

**Брадилалия (брадифразия).** Патологически замедленный темп речи. Речь тягуче растянута, вялая, монотонная. Является центрально-обусловленной, может быть органической или функциональной.

**Тахилалия (тахифразия).** Патологически ускоренный темп речи. Речь торопливая, стремительная, напористая. Является центрально-обусловленной, может быть органической или функциональной.

**Нарушения темпа речи.** Брадилалия и тахилалия объединяются под общим названием нарушения темпа речи. Его следствием является нарушения плавности речевого процесса, ритма и мелодико-интонационной выразительности.

**Заикание (логоневроз).** Нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Возникает в ходе речевого развития. Является центрально-обусловленной, может быть органической или функциональной.

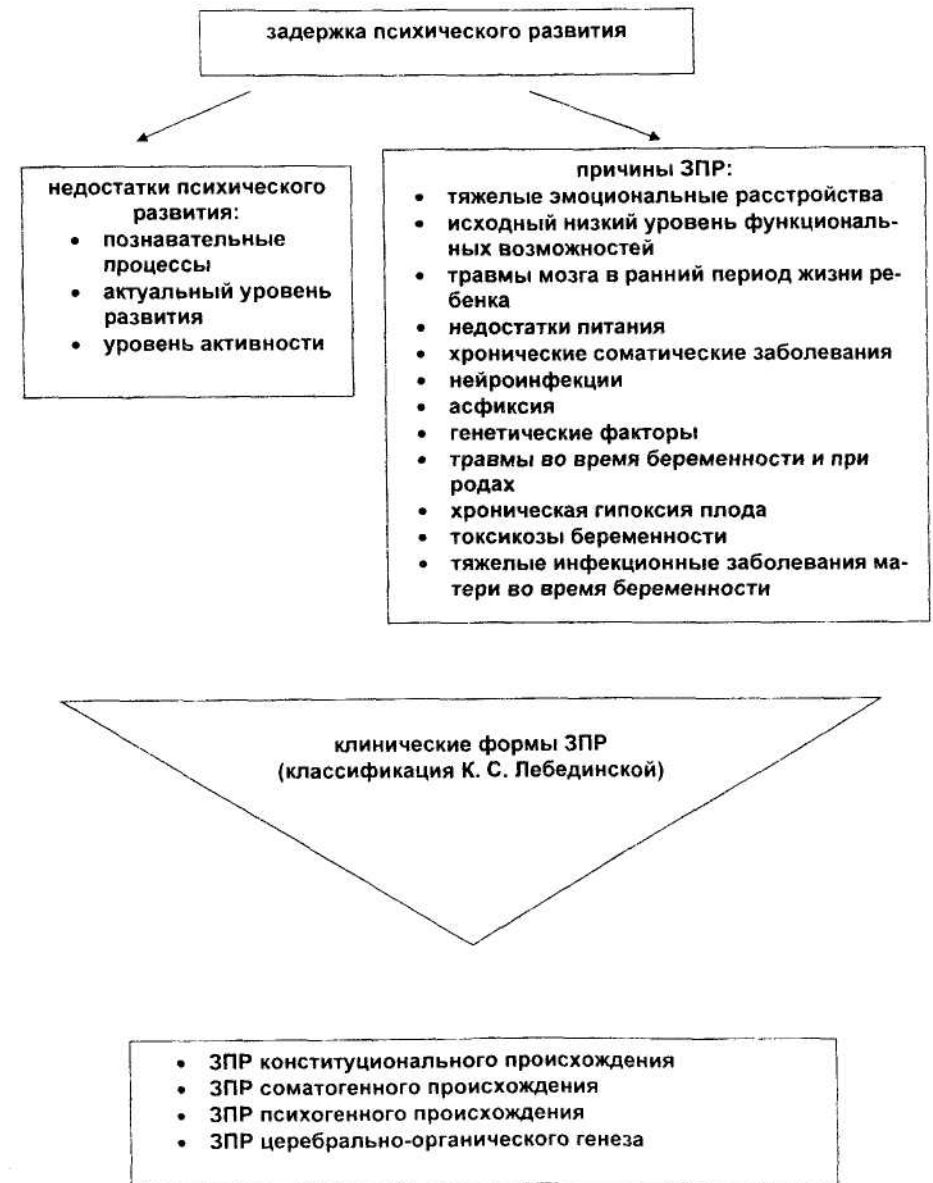
**Алалия (дисфазия, ранняя детская афазия развития).** Отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка (до 3 лет). Нарушены операции отбора и программирования на всех этапах порождения и приема речевого высказывания.

**Афазия (распад, утрата речи).** Полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга. Ребенок теряет речь вследствие черепно-мозговых травм, нейроинфекций или опухолей мозга после того, как речь уже была сформирована (после 3 лет).

**Дислексия.** Частичное специфическое нарушение чтения, связанное с недоразвитием теменно-височно-затылочной области мозга. Проявляется в затруднении опознания и узнавания букв, слияния букв в слоги, слогов в слова, что приводит к неправильному воспроизведению звуковой формы слова, наблюдаются агромматизмы и искажение понимания прочитанного.

**Диграфия.** Частичное специфическое нарушение письма. Проявляется в смешениях или пропусках букв, искажениях звукослухового состава слова и структуры предложений.

### 31. Психологические особенности детей с задержкой психического развития





## КОММЕНТАРИИ

**Задержка психического развития.** Нарушение темпа всего психического развития при наличии значительных потенциальных возможностей. Временное нарушение развития, которое корректируется тем раньше, чем благоприятнее условия развития ребенка.

**Недостатки психического развития.** Отстают в развитии внимание, восприятие, мышление, память, речь, произвольная регуляция деятельности. По ряду показателей актуального уровня развития дети с ЗПР близки к умственно отсталым, но у них обнаруживаются значительно большие потенциальные возможности. Наблюдается очень низкий уровень активности во всех сферах психической деятельности. Это наблюдается и в восприятии, и в мыслительной деятельности, и в конструктивной деятельности, и в игре. Это одна из причин снижения, по сравнению с нормативом, скорости и уменьшения объема приема и переработки информации.

**Клинические формы ЗПР (классификация К. С. Лебединской):**

**ЗПР конституционального происхождения.** Это гармонический психический и психофизический инфантилизм. То есть равномерное проявление инфантилизма во всех сферах. Отстают в развитии эмоциональная, интеллектуальная и волевая сферы, задержано речевое развитие. У детей выражены игровые интересы, которые преобладают даже в школьном возрасте.

**ЗПР соматогенного происхождения.** Связана с длительными тяжелыми соматическими заболеваниями в раннем возрасте (бронхиальная астма, заболевания пищеварительной системы, почек, недостаточность сердечно-сосудистой системы). Длительная дисперсия на протяжении первого года жизни неизбежно приводит к отставанию в развитии. Плохое соматическое состояние отражается на развитии ЦНС и задерживает ее созревание. В больничных условиях дети испытывают сенсорную депривацию.

**ЗПР психогенного происхождения.** Связана с неблагоприятными условиями воспитания: безнадзорность, гиперопека, жестокость родителей. Безнадзорность приводит к психической неустойчивости, импульсивности, отставанию в интеллектуальном развитии. Гиперопека — к формированию искаженной, ослабленной личности, отсутствию самостоятельности, недостаточной целенаправленности.

При отсутствии органической недостаточности ЦНС отставание в развитии детей, относящихся к данным формам, может преодолеваться в условиях массовой школы.

ЗПР церебрально-органического генеза. Самая многочисленная группа. Причины - патологические ситуации беременности и родов, заболевания ЦНС в первые месяцы и годы жизни (особенно опасен период до 2 лет). Травмы и заболевания ЦНС могут привести к органическому инфантилизму, причины которого не всегда ясны.

## 32. Инфантилизм



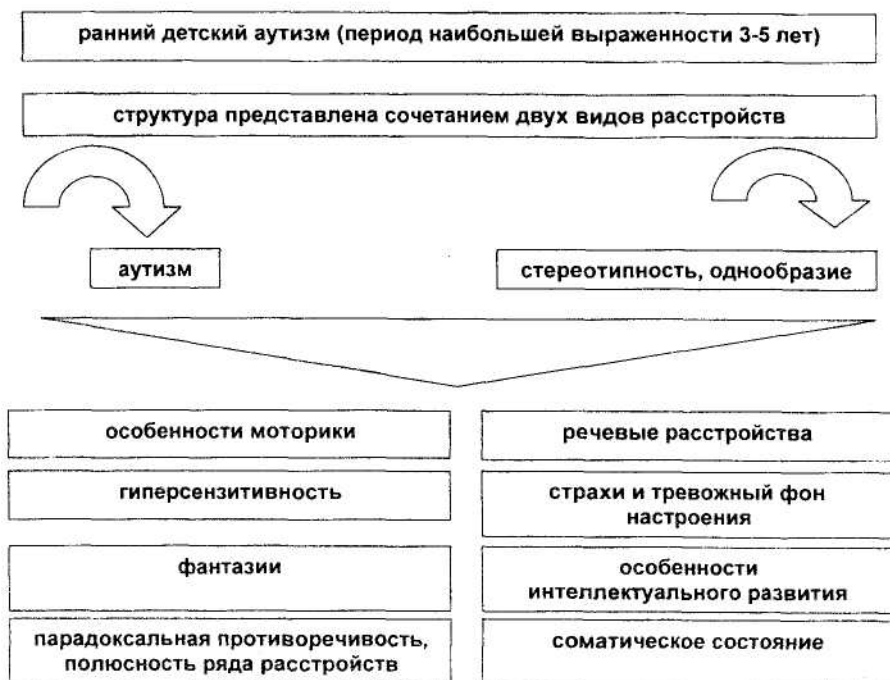
## КОММЕНТАРИИ

**Гармонический инфантилизм.** Ребенок выглядит младше своего паспортного возраста, он живой, непосредственный. Эмоциональная и когнитивная сферы детей находятся на более ранней ступени развития, соответствуя психическому складу ребенка более младшего возраста: яркость и живость эмоций, преобладание эмоциональных реакций в поведении, игровых интересов, внушаемости и недостаточной самостоятельности. Незрелость регуляторных функций и мотивационно-волевой сферы затрудняет социальную адаптацию, в силу чего они не в состоянии следовать установленным правилам поведения. Показатели интеллектуального развития, как правило, соответствуют уровню актуального психофизического возраста в котором находится ребенок. Прогноз развития оценивается как благоприятный, особенно в том случае, когда ребенок начинает регулярное обучение не в соответствии с паспортным возрастом, а по факту готовности. Как правило, это происходит к 7,5-8,5 годам.

**Дисгармонический инфантилизм.** Характеризуется большим уровнем зрелости когнитивной сферы по сравнению с уровнем развития произвольной регуляции собственной деятельности, мотивационно-волевой и эмоционально-личностной сфер. Внешний вид и поведение ребенка несут на себе отпечатки более младшего возраста. Отмечаются хронические соматические заболевания, нарушения зрения и общая соматическая ослабленность. У детей снижена работоспособность, она эмоционально лабильна, присутствуют элементы демонстративности, могут быть капризы и упрямые. При анализе прогноза детей очевидна его неоднозначность. В отношении когнитивного звена прогноз благоприятен, с точки зрения мотивационно-волевого и эмоционально-личностного развития велика вероятность формирования дисгармонического развития личности (девиации).

33. Психологические особенности детей с эмоционально-волевыми и поведенческими нарушениями

34. Клинико-психологическая характеристика раннего детского аутизма



КОММЕНТАРИИ

**Аутизм** (от латинского сам). Отрыв от реальности, отгороженность от мира, отсутствие или парадоксальность реакций на внешние воздействия, пассивность, сверххранимость в контактах со средой в целом. Аутизм связан с нарушением адекватной эмоциональной связи с людьми.

**Стереотипность, однообразие.** Стремление к сохранению привычного постоянства в окружающем: есть одну и ту же пищу, носить одну и ту же одежду, гулять по одному и тому же маршруту и др. Характерна длящаяся годами стереотипная манипулятивная игра с неигровыми предметами. В игрушке используется не ее функциональное предназначение, а наиболее яркое для ребенка свойство. Попытки нарушить стереотипные условия жизни ребенка вызывают у него диффузную тревогу, агрессию или самоагрессию.

**Особенности моторики.** Характерны вычурность позы, движений, мимики, ходьба на цыпочках. Движения часто лишены пластичности, неуклюжи,

угловаты, замедленны, плохо координированы. Медлительность сочетается с импульсивностью.

**Речевые расстройства.** Страдает выразительность речи, она может быть невыразительной, либо воспроизводящей интонации акцентуировано со скандированием отдельных слов или звуков. Характерен высокий, с фальцетным оттенком, скрипучий голос. Речь может быть бедной, содержащей набор штампов, а также литературной. Отсутствует местоимение «я». Нередко наблюдается мутизм и регресс уже сложившейся речи. Речь автономна, не используется для диалога, общения, познания окружающего мира. Речь эгоцентрическая, стереотипная, состоящая из многочисленных повторений.

**Гиперсензитивность.** Обычные краски действительности для ребенка слишком яркие, грубы и чрезмерны.

**Страхи и тревожный фон настроения.** Характерны страхи отдельных лиц, вещей (вешалки, зонта, меха), шума бытовых приборов, яркого локального света (люстры, освещенного зеркала), явлений природы (облака, шума деревьев). Некоторые страхи имели место в реальном прошлом ребенка: испуге, закрепившемся на долгие годы. Со временем страхи теряют непосредственную связь с травмирующей ситуацией и приобретают внешне непонятный, причудливый характер. Наблюдаются немотивированные колебания настроения.

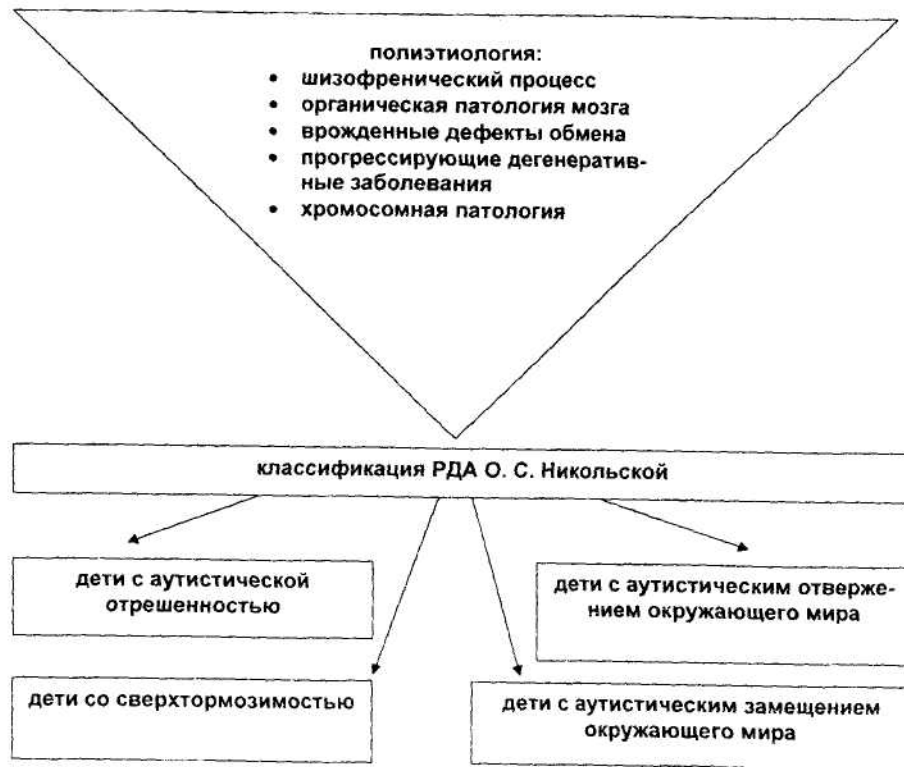
**Фантазии.** Сюжет фантазий отражает стремление к уходу от ранящей и пугающей действительности (жизнь в космосе, перевоплощение в животное). Погружаясь в мир фантазий и живя в них больше, чем в реальности, дети изживают имеющиеся у них страхи, чувствуют себя смелыми, не зависимыми от травмирующей реальности. Фантазии могут носить агрессивный характер (войны, насилия, казни).

**Особенности интеллектуального развития.** Мнения об интеллектуальном развитии детей с РДА разноречивы. Отмечается интеллектуальная сохранность, нередко одаренность (в физике, математике, живописи, литературе). Может быть хорошо развита механическая память. При этом, имея обширные знания в отдельных отвлеченных областях, аутичные дети затрудняются в простых житейских ситуациях, где требуются опыт, интуиция, непосредственное чувство. Интеллектуальная деятельность больше страдает в заданиях, при выполнении которых требуется социальная компетентность. В то же время имеется большая группа детей с РДА, обнаруживающих явную интеллектуальную недостаточность. Уровень большинства детей с РДА занимает промежуточное положение между нормативом и умственной отсталостью.

**Парадоксальная противоречивость, полюсность ряда расстройств** выступает не только при сравнении разных детей с РДА, но часто наблюдается у одного и того же ребенка. Безразличие к окружающим - гиперсензитивность и ранимость, игнорирование людей - напряженность в их присутствии, непереносимость общение - симбиотическая привязанность к матери и др.

**Соматическое состояние.** Астенический тип телосложения, хрупкость черт лица, тонкость костей и стоп, отставание в росте, недоразвитие сосудистой системы, артериальная гипотония, дисплазии черепа, ушных раковин, зубов, депигментация кожи.

### 35. Этиология и классификация раннего детского аутизма



#### КОММЕНТАРИИ

**Полиэтиология.** Аутизм описывается при различных заболеваниях ЦНС и организма в целом.

**Шизофренический процесс.** Чаще РДА описывается при шизофреническом процессе.

**Органическая патология мозга.** При органической патологии мозга РДА описывается реже, чем при шизофреническом процессе. Врожденный токсоплазмоз, сифилис, рубеолярная энцефалопатия, другая резидуальная недостаточность нервной системы, интоксикация свинцом.

**Врожденные дефекты обмена.** Фенилкетонурия, гистидинемия, церебральный липидоз, мукополисахаридозы, нарушения пуринового обмена.

**Прогрессирующие дегенеративные заболевания.** Наибольшее внимание привлекает синдром Регта, обладающий значительным клиническим поли-

морфизмом, выраженным развитием болезненного процесса. При этом синдром РДА включает разной степени интеллектуальную недостаточность, вплоть до нарастающего слабоумия.

**Хромосомная патология.** В настоящее время считается вероятной связь РДА с хромосомной патологией - синдромом Дауна.

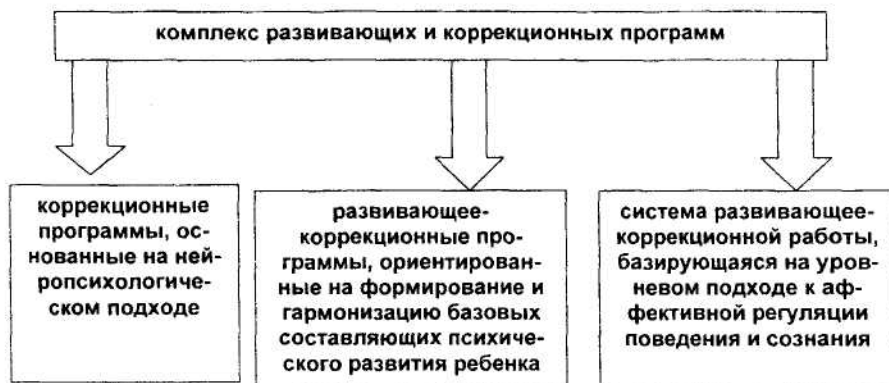
**Дети с аутистической отрешенностью.** Характерны наиболее глубокая аффективная патология, тяжелые нарушения психического тонуса и произвольной деятельности. Наиболее тяжелы проявления аутизма: дети не имеют форм и потребности в контакте, не осуществляют даже элементарного общения с окружающими, не овладевают навыками социального поведения. Нет активных форм аффективной защиты от окружающего, стереотипных действий, заглушающих неприятные впечатления извне. Дети бездеятельны, беспомощны, почти совсем не владеют навыками самообслуживания. Наихудший прогноз развития. В условиях интенсивной коррекции у детей могут быть сформированы элементарные навыки самообслуживания, элементарный счет, письмо. Социальная адаптация затруднена.

**Дети с аутистическим отвержением окружающего мира.** Характерна определенная возможность активной борьбы с тревогой и многочисленными страхами за счет стимуляции положительных ощущений при помощи многочисленных стереотипии. Внешний рисунок поведения: манерность, стереотипность, импульсивность движений. Дети мало доступны контакту, отвечают односложно или молчат, иногда шепчут. Наблюдается примитивная, тесная «симбиотическая» связь с матерью. При адекватной длительной коррекции могут быть подготовлены к обучению в школе (чаще в массовой, реже - во вспомогательной).

**Дети с аутистическим замещением окружающего мира.** Характеризуются большей произвольностью в противостоянии своей аффективной патологии, прежде всего страхам. Дети имеют сложные формы защиты, которые проявляются в формировании патологических влечений, компенсаторных фантазий. Характерны развернутая речь, более высокий уровень когнитивного развития. Дети менее аффективно зависимы от матери, не нуждаются в примитивном тактильном контакте и опеке. Низка способность к сопереживанию. Слаб диалог, монолог развернут. При активной коррекционной работе могут быть подготовлены к обучению в массовой школе.

**Дети с аутистическим замещением.** Менее глубок аутистический барьер, меньше выражена патология аффективной и сенсорной сфер. В статусе детей на первом плане - неврозоподобные расстройства: чрезвычайная тормозимость, робость, пугливость, особенно в контактах, чувство собственной несостоятельности, усиливающее социальную дезадаптацию. Значительная часть защитных образований носит адекватный, компенсаторный характер: при плохом контакте со сверстниками они активно ищут защиты у близких; сохраняют постоянство среды за счет активного усвоения поведенческих штампов, формирующих образцы правильного социального поведения. Имеется большая зависимость от матери, это не витальный, а эмоциональных симбиоз с постоянным аффективным «заражением» от нее.

### 36. Основные направления современной развивающей и коррекционной работы



#### КОММЕНТАРИИ

**Коррекционные программы, основанные на нейропсихологическом подходе:** программа комплексной нейропсихологической коррекции и абилитации (по А.В. Семенович); методика формирования произвольной саморегуляции и контроля за протеканием психической деятельности (Н. М. Пылаева, Т. В. Ахутина).

**Развивающе-коррекционные программы, ориентированные на формирование и гармонизацию базовых составляющих психического развития ребенка:** программа формирования произвольной регуляции (Н.Я. Семаго); программа формирования пространственных представлений (Н. Я. Семаго).

**Система развивающе-коррекционной работы, базирующаяся на уровневом подходе к аффективной регуляции поведения и сознания:** формирование базовой аффективной регуляции (гармонизация уровневой регуляции аффективной сферы по системе О.С. Никольской); символдрама (кататимно-имагинативная психотерапия) как одна из наиболее эффективных программ, реализующих гармонизацию мотивационно-волевой и аффективно-эмоциональной сфер ребенка (по Г. Хорну).