

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Елецкий государственный университет имени И.А. Бунина»

А.В. Добрин

**ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ
В СХЕМАХ И ТАБЛИЦАХ**

Учебное пособие

Елец – 2017

УДК 159.9
ББК 88
Д 55

Печатается по решению редакционно-издательского совета
Елецкого государственного университета им. И.А.Бунина
от 31.01.2017, протокол №1

Рецензенты:

Николаева Елена Ивановна, доктор биологических наук, профессор, профессор кафедры возрастной психологии и педагогики семьи, Российский государственный педагогический университет им. А.И.Герцена» (ФГБОУ ВО «РГПУ им. И.А.Герцена»);

Козуля Сергей Валерьевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры гигиены общей с экологией Медицинской академии им. С.И. Георгиевского (ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»);

А.В. Добрин

Д 55 Психофизиологические аспекты специальной психологии в схемах и таблицах: учебное пособие. – Елец: Елецкий государственный университет им. И.А. Бунина, 2017. – 82 с.

В учебном пособии охарактеризованы основные понятия и тематические блоки специальной психологии. Представлены психофизиологические особенности детей с различными видами психического дизонтогенеза. Материал пособия изложен в виде схем, таблиц и рисунков. Данное пособие может использоваться как основа для самостоятельной подготовки студентов к практическим (семинарским) занятиям, зачетам и экзаменам. Предназначено для студентов, обучающихся по направлениям подготовки 37.03.01 – Психология, 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование.

УДК 159.9
ББК 88

© Елецкий государственный
университет им. И.А. Бунина, 2017

Специальная психология как наука. Задачи специальной психологии.

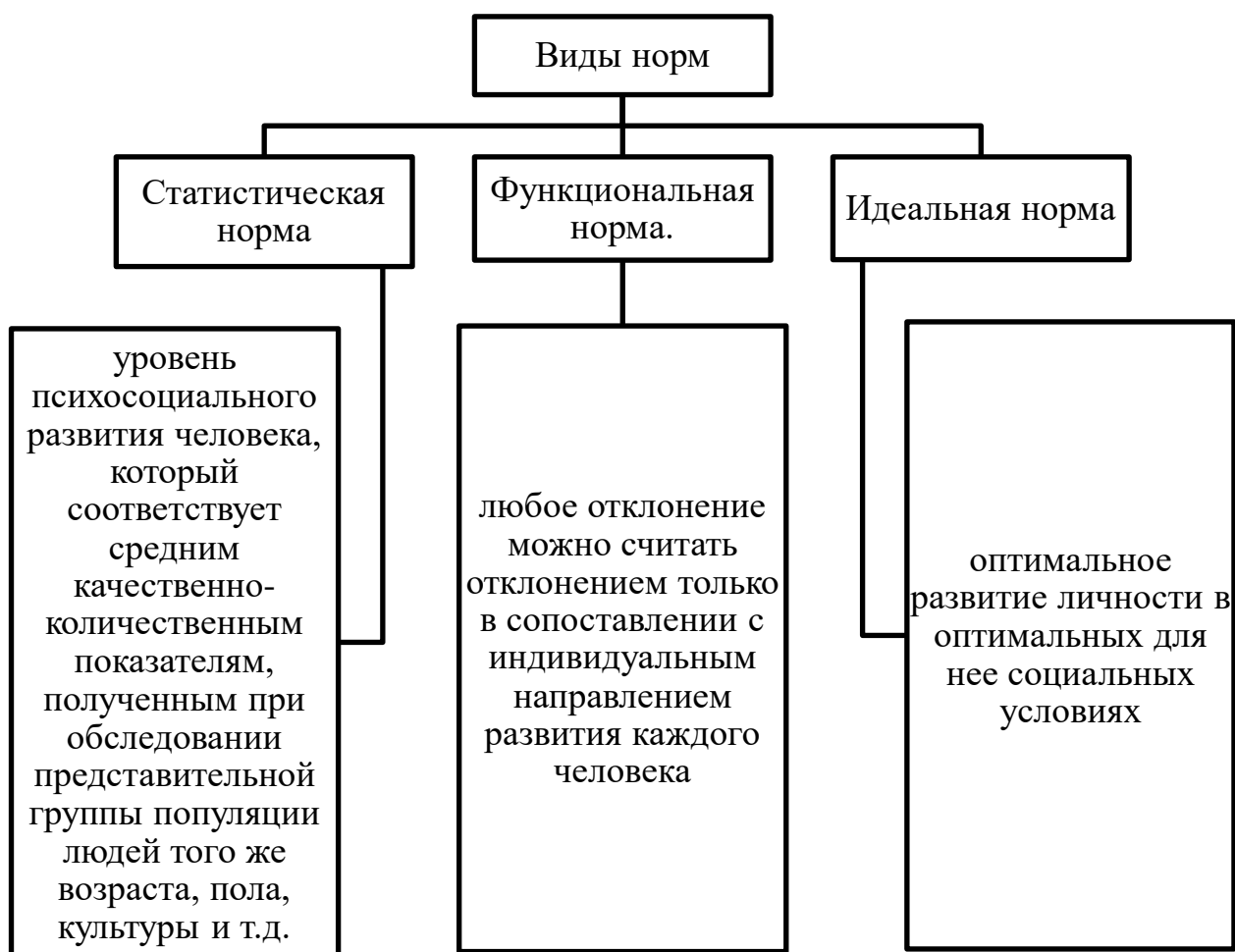
специальная психология

- отрасль психологической науки, изучающая закономерности психического развития и особенности психической деятельности детей и взрослых с психическими и физическими недостатками.

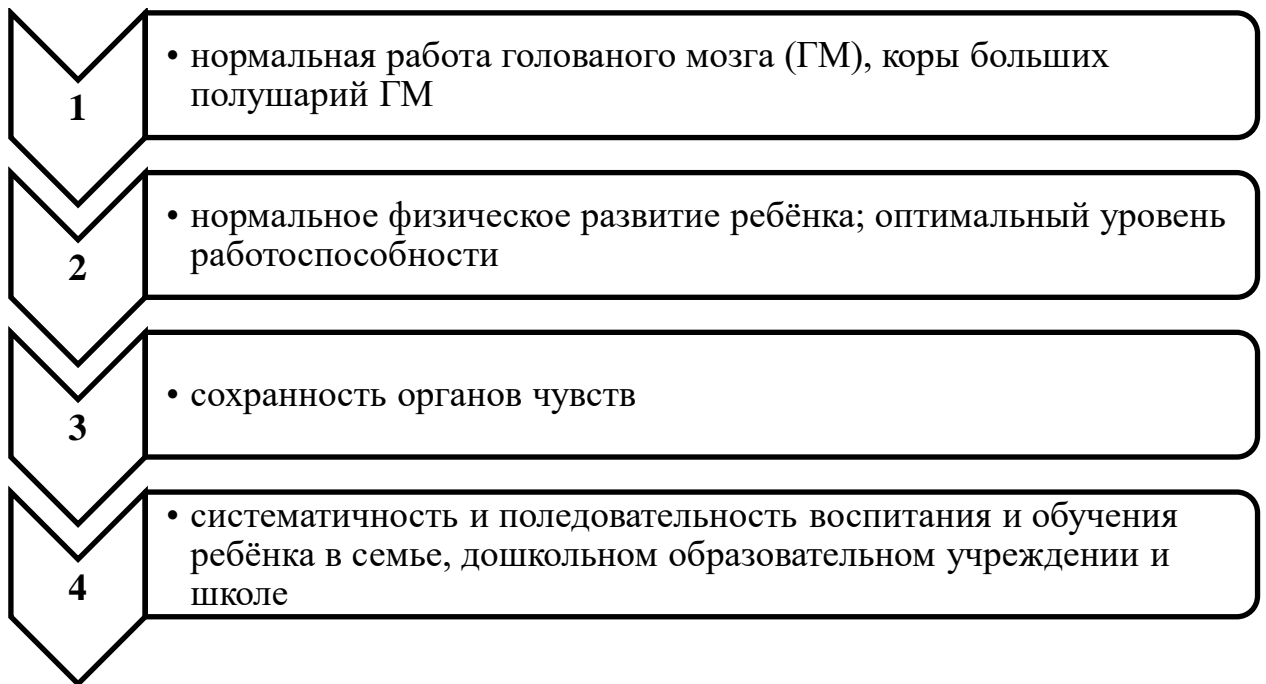
задачи специальной психологии

- изучение закономерностей и особенностей психического развития детей и взрослых с различными психическими и физическими недостатками в разных условиях, и в частности в условиях коррекционного обучения;
- создание методов и средств психологической диагностики нарушений развития;
- разработка средств психологической коррекции недостатков развития;
- психологическое обоснование содержания и методов обучения и воспитания в системе специальных образовательных учреждений;
- психологическая оценка эффективности содержания и методов обучения детей с недостатками развития в разных условиях;
- психологическое изучение социальной адаптации лиц с недостатками;
- психологическая коррекция дезадаптации.

Современные представления о нормальном и отклоняющемся развитии



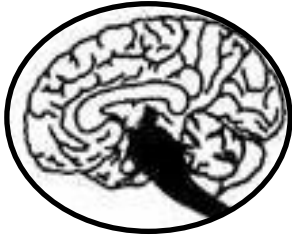
Условия нормального развития ребёнка (по Г.М. Дульневу и А.Р. Лурии)



Факторы, способствующие нарушению нормального развития



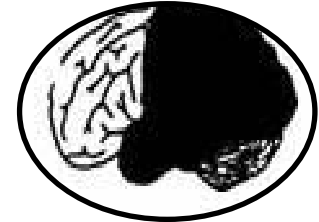
Индекс повреждения головного мозга
 В соответствии с концепцией А. Р. Лурия (1973) психика обеспечивается согласованной работой трех функциональных блоков



1 Блок - блок
регуляции тонуса
и бодрствования



2 Блок - блок
приема,
переработки и
хранения
информации



3 Блок - блок
программирования
и контроля
психической
деятельности



Нарушение нормальной работы первого блока (структуры верхних отделов ствола мозга (стенки мозговых желудочков и тесно связанные с ними образования ретикулярной формации и внутренних медиальных отделов больших полушарий)

- заболевание приводит в этом случае к снижению тонуса коры головного мозга, что проявляется в очень своеобразной картине нарушения: внимание становится неустойчивым, человек проявляет патологически повышенную истощаемость, быстро впадает в сон, аффективная жизнь изменяется — человек может стать либо безразличным, либо патологически встревоженным; страдает способность запечатления; организованное течение мыслей нарушается и теряет тот избирательный, селективный характер, который оно имеет в норме; нарушение нормальной работы стволовых образований, не меняя аппаратов восприятия или движения, может привести к глубокой патологии «бодрствующего» сознания человека.

Нарушение нормальной работы второго блока (частичное разрушение теменных, височных или затылочных отделов коры)

- нормальный приток поступающей информации и нормальная ее переработка и хранение могут глубоко нарушаться. Если поражение ограничено теменными отделами коры, у больного наступает нарушение кожной или глубокой (проприоцептивной) чувствительности: он затрудняется узнать на ощупь предмет, нарушается нормальное ощущение положений тела и рук, а поэтому теряется четкость движений; если поражение ограничивается пределами височной доли мозга, может существенно пострадать слух; если оно располагается в пределах затылочной области или прилежащих участков мозговой коры, страдает процесс получения и переработки зрительной информации, в то время как осязательная и слуховая информации продолжают восприниматься без всяких изменений.

Нарушение нормальной работы третьего блока (все отделы больших полушарий, расположенные впереди от передней центральной извилины)

- появляются к дефекты поведения. Существенные нарушения проявляются в этих случаях в сфере движений, действий и организованной по известной программе деятельности человека. Если поражение расположено в передней центральной извилине, у человека могут нарушаться произвольные движения руки или ноги, противоположной патологическому очагу; если оно располагается в премоторной зоне, непосредственно примыкающих к передней центральной извилине, мышечная сила в этих конечностях сохраняется, но организация движений во времени становится недоступной и движения теряют свою плавность, ранее приобретенные двигательные навыки распадаются. Если поражение выводит из работы отделы коры лобной области, протекание движений может оставаться относительно сохранным, но действия человека перестают подчиняться заданным программам, сознательное, целесообразное поведение, направленное на выполнение определенной задачи и подчиненное определенной программе, заменяется либо импульсивными реакциями на отдельные впечатления, либо же инертными стереотипами, в которых целесообразное действие подменяется бессмысленным повторением движений, переставших направляться заданной целью.

Виды отклоняющегося развития (дизонтогении)

Термином «дизонтогения» обозначаются различные формы нарушения нормального онтогенеза, возникающие в детском возрасте, когда морфофункциональные системы организма еще не достигли зрелости.

Факторы, влияющие на тип возникшей у ребенка дизонтогении (по Г.Е.Сухаревой М.С. Певзнер, В.В.Лебединскому, Э.Г.Симерницкой) (параметры дизонтогенеза)

время и длительность воздействия повреждающих агентов
(возрастная обусловленность дизонтогении)

этиология (причина)

распространенность болезненного процесса

степень нарушения межфункциональных связей

Уровни нервно-психического реагирования детей и подростков на различные патогенные воздействия

- **соматовегетативный** (от 0 до 3 лет) — на фоне незрелости всех систем организм в этом возрасте на любое патогенное воздействие реагирует комплексом сомато-вегетативных реакций, таких, как общая и вегетативная возбудимость, повышение температуры тела, нарушение сна, аппетита, желудочно-кишечные расстройства;
- **психомоторный** (4—7 лет) — интенсивное формирование корковых отделов двигательного анализатора, и в частности лобных отделов головного мозга, делает данную систему предрасположенной к гипердинамическим расстройствам различного генеза (психомоторная возбудимость, тики, заикание, страхи). Возрастает роль психогенных;
- **аффективный** (7—12 лет) — на любую вредность ребенок реагирует с заметным аффективным компонентом — от выраженной аутизации до аффективной возбудимости с явлениями негативизма, агрессии, невротическими реакциями;
- **эмоционально-идеаторный** (12 — 16 лет) — ведущий в препубертатном и пубертатном возрасте. Характеризуется патологическим фантазированием, сверхценными увлечениями, сверхценными ипохондрическими идеями, такими, как идеи мнимого уродства (дисморфофобия, нервная анорексия), психогенными реакциями протеста, оппозиции, эмансипации.

Понятие о первичном и вторичном дефектах развития (по Л.С. Выготскому)

Первичные дефекты

возникают в результате органического повреждения или недоразвития какой-либо биологической системы (анализаторов, высших отделов головного мозга и др.) вследствие воздействия патогенных факторов

Вторичные дефекты

имеют характер психического недоразвития и нарушения социального поведения, непосредственно не вытекающих из первичного дефекта, но обусловленных им (нарушение речи у глухих, нарушения восприятия и пространственной ориентировки у слепых и др.)

Классификация видов психического дизонтогенеза В.В.Лебединского.

отклонения по типу ретардации (задержанное развитие) и дисфункция созревания

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

отклонения по типу повреждения

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

отклонения по типу асинхронии с преобладанием эмоционально-волевых нарушений

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

Сложные недостатки в развитии («дети со сложными недостатками развития») сочетание двух и более направлений отклоняющегося развития (слепоглухие дети, дети с недостатками отдельных анализаторных систем, имеющие одновременно первичные нарушения интеллектуального развития по типу умственной отсталости или задержки развития и т.п.).

Психическое развитие при дизонтогенезах по типу ретардации

Умственная отсталость.

Умственная отсталость (по В.В. Коалёву "олигофрения") или **"общее психическое недоразвитие"** - группа различных по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям непрогредиентных патологических состояний, общим признаком которых является наличие врожденного или приобретенного в раннем детстве (до 3 лет) общего психического недоразвития с преимущественной недостаточностью интеллектуальных способностей.

Степени умственной отсталости

легкая степень умственной отсталости (дебильность)

- уровень интеллектуального развития (IQ) составляет 50 — 70 условных единиц. После обучения в специальных школах или классах, находящихся при массовых школах, или после воспитания и обучения в домашних условиях многие из них социально адаптируются и трудоустраиваются.

средняя степень отсталости (имбецильность)

- уровень интеллектуального развития (IQ) составляет от 20 до 50 условных единиц.
- умеренная умственная отсталость, IQ 35 — 49) дети посещают специальную школу для или учатся в специальных классах школы для умственно отсталых или воспитываются и обучаются в домашних условиях родителями или приглашенными педагогами. Они обычно живут в семьях. Их трудоустройство затруднено.
- выраженная умственная отсталость (IQ 20 — 34) - дети овладевают лишь навыками самообслуживания и простейшими трудовыми операциями, часто направляются в интернатные учреждения .

глубоко умственно отсталые дети (идиотия)

- Мышление таких детей практически полностью неразвито, возможна избирательная эмоциональная привязанность таких детей к близким взрослым. Обычно они не овладевают даже элементарными навыками самообслуживания. IQ этих детей менее 20 единиц.

Классификация детей с общим психическим недоразвитием (олигофренов) (по М.С. Певзнеру)

неосложненная форма

олигофрения, характеризующаяся неустойчивостью эмоционально-волевой сферы по типу возбудимости или заторможенности

олигофрения с нарушением функций анализаторов

олигофрения с психопатоподобным поведением

олигофрения с выраженной лобной недостаточностью

Особенности развития познавательной сферы детей с умственной отсталостью

- Недостаточная познавательная активность
- слабость ориентировочной деятельности
- сниженность интереса к ближайшему предметному окружению
- инертность нервных процессов, повышенная склонность к охранительному торможению
- чаще чем у нормально развивающихся, наблюдаются нарушения ощущений различной модальности и соответственно восприятия объектов и ситуаций
- характерно использование наглядно-действенной формы мышления
- представления о предметах окружающего мира бедны, неточны, а в ряде случаев являются искаженными.

**Психофизиологические особенности нейродинамики
нервно-психических процессов при умственной отсталости
(по А.Р. Лурия, А.И., Мещерякову, В.И.Лубовскому)**

- **При олигофрении:**
 - наблюдается нарушение общей нейродинамики,
 - преобладает патологическая инертность,
 - плохая переключаемость психических процессов.

- **Инертность не во всех секторах психики одинакова.**
 - В большей степени она характерна для мыслительной сферы,
 - В меньшей степени она характерна для сенсомоторной сферы.

- **Особенности психического развития при патологической инертности**
 - Не происходит своевременная инволюция более ранних форм психического реагирования.
 - Сами новообразования характеризуются неустойчивостью, наблюдаются выраженные регрессивные тенденции при возникновении трудностей возвращения к более ранним формам активности.

- **Явления патологической инертности задерживают**
 - формирование сложных психологических образований, построенных по иерархическому принципу.
 - В психической организации доминируют жестко организованные системы связей, обладающие малой пластичностью и тенденцией к усложнению.

Задержка психического развития

Дети с задержкой психического развития

не имеют выраженных отклонений в развитии (умственной отсталости, тяжелого речевого недоразвития, выраженных первичных недостатков в функционировании отдельных анализаторных систем — слуха, зрения, двигательной системы), испытывают трудности адаптации, в том числе школьной, обусловленные недостатками как в регуляционном компоненте психической деятельности (недостаточностью внимания, незрелостью мотивационной сферы, общей познавательной пассивностью и сниженным самоконтролем), так и в ее операциональном компоненте (сниженным уровнем развития отдельных психических процессов, моторными нарушениями, нарушениями работоспособности).

Классификация ЗПР по М.С. Певзнеру (1966 г.)

психофизический инфантилизм* с недоразвитием у детей эмоционально-волевой сферы при сохранном интеллекте (неосложненный гармонический инфантилизм)

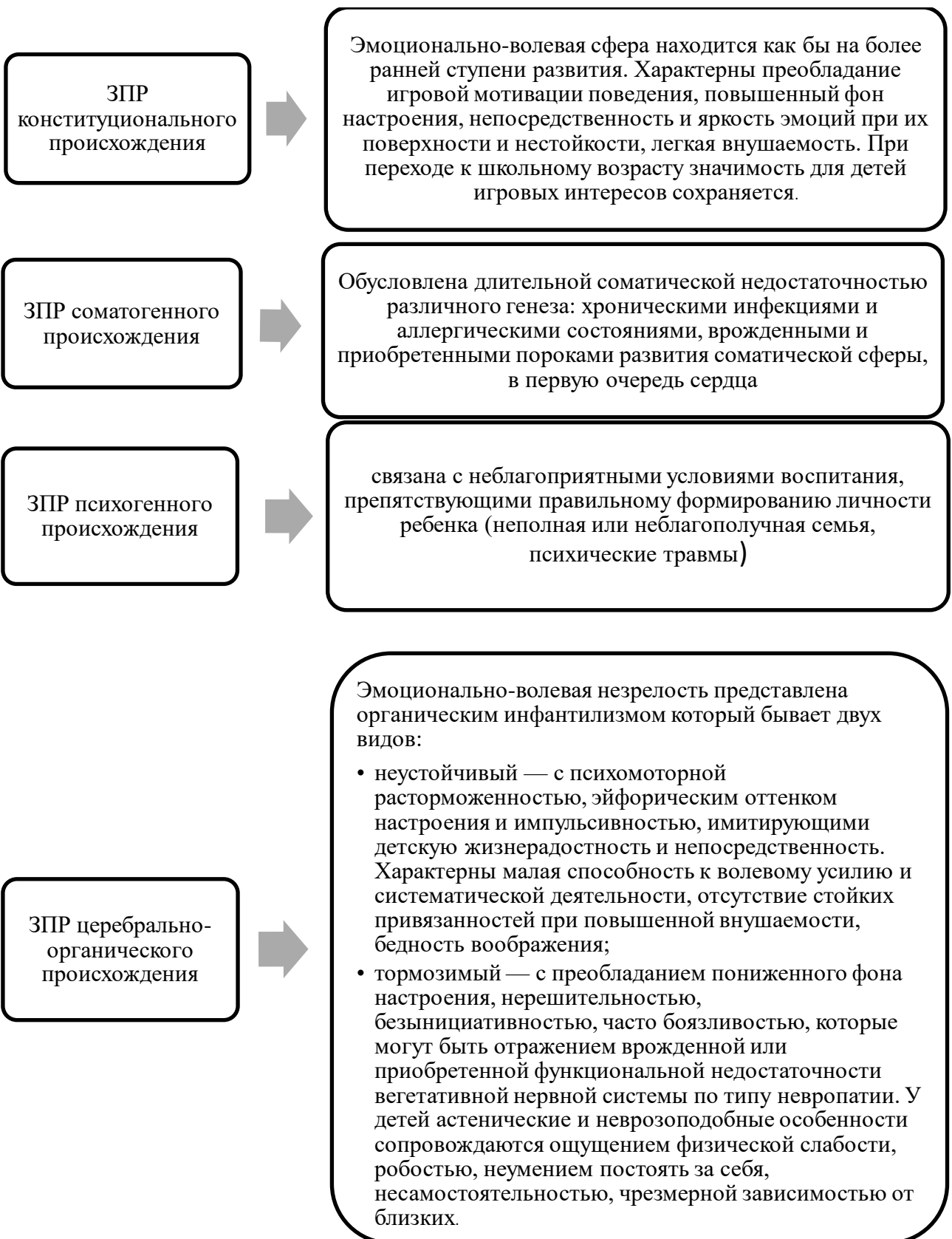
психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности

психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный нейродинамическими нарушениями

психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный недоразвитием речевой функции

** инфантилизм - «целостная структура физических и психических признаков незрелости, несвойственной данному возрасту - "детскость"» (Цит по кн/ Сухарева Г Е Клинические лекции по психиатрии детского возраста. - М, 1966 - Т. 3 - С 243).*

Классификация ЗПР по К.С.Лебединской (1980)



Психофизиологические особенности нейродинамики нервно-психических процессов при ЗПР

(по К.С.Лебединской)

- Наблюдаются электроэнцефалографические признаки органического поражения мозга, указывающие либо на очаговое поражение отдельных корковых структур, либо на выраженную патологию мезодиэнцефальных образований. Картина «незрелости» ЭЭГ, как правило, сочеталась с наличием либо патологических очаговых изменений электрической активности коры головного мозга в височных отделах (преимущественно справа), либо с признаками базально-лобной патологии в виде высокоамплитудного бета-ритма в центральных и лобных отведениях.
- Характерны нарушение формирования основного ритма покоя, его нестабильность, низкая когерентность. В периоде общей активации отсутствовало снижение мощности альфа-ритма, свидетельствующее об усилении активности восходящей неспецифической системы, что указывает на ослабление активационных неспецифических влияний на кору.
- В ситуации направленного внимания у нормативно развивающихся детей изменения ЭЭГ носят генерализованный характер. Снижение когерентности в альфа-диапазоне и нарастание локальной когерентности в бета-диапазоне, отражают смену сканирующих механизмов при изменении функционального состояния мозга. У детей с ЗПР в периоде, требующем направленного внимания, не происходит такого рода изменений когерентности ритмов, что может указывать на изменение нейрофизиологических механизмов формирования внимания.
- Дети с задержкой психического развития отличаются от здоровых сверстников менее активным включением в деятельность теменно-лобных отделов левого полушария и большими, чем в норме, изменениями электрофизиологических показателей в правом полушарии, особенно в лобных отделах. В период интеллектуальной деятельности у детей с задержкой психического развития происходит формирование иных по сравнению с нормой функциональных систем, с преимущественным вовлечением лобных отделов именно правого полушария.

Психическое развитие при дизонтогенезах дефицитарного типа

Нарушения слуха

Диапазон частот разговорной речи находится в пределах от 500 до 3500 Гц.

Классификация степеней тугоухости (по Л.В.Нейман)	
Степень тугоухости	Уровень потери слуха, в дБ
I	≤ 50
II	50-70
III	70-80

Международная классификация степеней тугоухости (по J.Wilson)	
Степень тугоухости	Уровень потери слуха, в дБ
I	26-40
II	41-55
III	56-70
IV	71-90
глухота	> 90

Группы детей с нарушениями слуха (по Р.М. Боскис)

рано оглохшие

- дети, родившиеся с нарушенным слухом либо потерявшие слух до начала речевого развития или на ранних его этапах.

позднооглохшие

- дети, сохранившие в той или иной мере речь, потерявшие слух в том возрасте, когда она уже была сформирована.

слабослышащие (тугоухие)

- дети с частичной слуховой недостаточностью, затрудняющей речевое развитие, но с сохранной способностью к самостоятельному накоплению речевого запаса при помощи остаточного слуха
 - *легкая степень тугоухости* - шепотная речь воспринимается на расстоянии 3 — 6 м от уха, разговорная — на расстоянии 6 — 8 м;
 - *умеренная степень тугоухости* - шепотная речь воспринимается на расстоянии 1 — 3 м, разговорная — на расстоянии 4 — 6 м;
 - *значительная степень тугоухости* - шепотная речь воспринимается на расстоянии не далее 1 м, разговорная средней громкости — на расстоянии 2 — 4 м;
 - *тяжелая степень тугоухости* - шепот воспринимается на расстоянии 0,5 м, разговорная речь — на расстоянии не более чем 2 м.

Уровни развития речи у детей с нарушениями слуховой функции

1. Неговорящие (необучаемые) дети.

2. Дети имеющие короткую фразовую речь с аграмматизмом

3. Дети, в речи которых имеются отдельные слова

4. Дети с развёрнутой фразовой речью с аграмматизмом

5. Дети с нормальной фразовой речью с аграмматизмом

Виды речи у детей с нарушениями слуховой функции

Дактильная речь — это своеобразная кинетическая форма словесной речи. Движения рук обозначают буквы алфавита национального языка, например русского. В русской дактильной азбуке дактилемы воспроизводят буквы. Общаясь при помощи дактильной речи, разговаривающие следуют правилам письменной формы речи. Дактилизация обязательно сопровождается устной речью.

Жестовая речь

- Русская жестовая речь — это общение при помощи средств русского жестового языка, самобытной лингвистической системы, обладающей своеобразной лексикой, грамматикой. Устная словесная речь при таком высказывании не используется
- Калькирующая жестовая речь — это вторичная знаковая система, которая усваивается на базе и в процессе изучения глухими детьми словесной речи. Жесты являются эквивалентами слов, а порядок их следования — такой же, как в предложении, т.е. этот вид речи калькирует лингвистическую структуру словесного языка. Жесты сопровождают устную речь говорящего.

Психофизиологические особенности нейродинамики нервно-психических процессов при нарушениях слуха
(по М.Н.Фишман)

- Страдают в первую очередь речевые зоны левого полушария. Нарушается адекватное формирование мозговых структур, связанных с речевой функцией, не получающих никакой речевой информации или получающих искаженную звуковую информацию. Нарушение речевого развития в этом случае обуславливает и специфические изменения абстрактно-логического мышления, характеризующего функции левого полушария. Отмечены изменения многих операций, относящихся к функциям левого полушария.
- Условия речевого развития оказывают существенное влияние на формирование нейрофизиологических процессов, лежащих в основе функциональной специализации полушарий.
- Наибольшую чувствительность к депривации проявляют структуры слухового анализатора, обеспечивающие высшие интегративные функции. Однако при длительном ограничении сенсорного опыта депривационные изменения затрагивают не только высшие интегративные функции, связанные с опознанием и оценкой акустических раздражителей, но и функции, развивающиеся на более низких уровнях интеграции слуховой информации в проекционных областях коры головного мозга.
- Характерны значительные изменения стволовых ВП (вызванных потенциалов) при выраженных нарушениях слуха, что обусловлено первичным дефектом слухового анализатора.
- На ЭЭГ отмечаются признаки патологических знаков стволового происхождения наряду с показателями локальных поражений коры головного мозга.
- Сочетание незрелости электрической активности коры с наличием локальных поражений левого полушария и регуляторных структур мозгового ствола даже при негрубых нарушениях слуха обуславливает формирование так называемой сложной структуры дефекта.

Нарушение зрения



Слепота и глубокие нарушения зрения вызывают отклонения во всех видах познавательной деятельности. Снижается количество получаемой ребенком информации и изменяется ее качество. В области чувственного познания сокращение зрительных ощущений ограничивает возможности формирования образов памяти и воображения. С точки зрения качественных особенностей развития детей с нарушениями зрения следует в первую очередь указать на специфичность формирования психологических систем, их структур и связей внутри системы. Происходят качественные изменения системы взаимоотношений анализаторов, возникают специфические особенности в процессе формирования образов, понятий, речи, в соотношении образного и понятийного мышления, ориентировке в пространстве и т.д. Значительные изменения происходят в физическом развитии: нарушается точность движений, снижается их интенсивность. Следовательно, у ребенка формируется своя, очень своеобразная психологическая система, качественно и структурно не схожая с системой нормально развивающегося ребенка.

Психофизиологические особенности нейродинамики нервно-психических процессов при нарушениях зрения

- У детей имеющих нарушения зрения суммарная мощность электрической активности мозга меньше по сравнению с группой пациентов без патологии органа зрения. Наблюдается снижение уровня возбуждения нейронов зрительной системы мозга при прогрессирующей близорукости и снижение мощности альфа-активности.
- Особенности ЭЭГ у детей с нарушениями зрения заключаются в проявление умеренных нарушений корково-подкорковых взаимоотношений, с признаками ослабления каудального коркового генератора альфа-ритма и усиления функциональной роли стволовых структур.
- При нарушениях зрения правое полушарие выполняет ведущую роль с компенсацией нарушенных механизмов восприятия, что проявляется в его большем уровне активности. Появление дельта-ритма в 2 раза чаще, чем у здоровых детей, свидетельствовало о напряжении компенсаторных механизмов.

Нарушение речи

Лингвистические нарушения выделяемые в зависимости от выпадения того или иного компонента речи

Фонетические нарушения — неправильное произношение одного или группы звуков (шипящих, свистящих, средней заднеязычных звуков; нарушения 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 (логических — во фразе, грамматических — в слове)
- нарушения, связанные с силой, высотой, тембром голоса (тихий, хриплый, квакающий, сдавленный, невыразительный, визгливый, 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, спотыкания, скандирование звуков и слов, запинки несудорожного (физиологические итерации, полтерн) и судорожного характера — заикание)

Нарушения письменной речи

- **письма:**
 - неправильная перешифровка фонемы в графему
 - недописки
 - пропуски и смешение букв в слове
 - несогласование и перестановки слов в предложении
 - выходы за строчку и др.
- **чтения:**
 - замена и смешение звуков
 - побуквенное чтение
 - искажение звуко-слоговой структуры слова
 - нарушение понимания прочитанного
 - аграмматизмы

Клинические формы нарушений речи

1) периферического характера:

- механическая дислалия (нарушения звукопроизношения связаны с различными нарушениями строения артикуляционного аппарата);
- функциональная дислалия (нарушение функции артикулирования — неправильные, неточные движения артикуляционного аппарата при сохранном строении органов артикуляции);
- ринопалия — нарушение звукопроизношения и просодической стороны речи, в первую очередь — голоса, вызванное нарушением строения, артикуляционного аппарата в виде расщелин (незаращения) губы, альвеолярного отростка, десны, твердого и мягкого нёба.
- ринофония — нарушение тембра голоса при нормальной артикуляции звуков речи, обусловленное дискоординацией участия ротовой и носовой полости в процессе фонации;

2) центрального характера:

- дизартрия — нарушение звуковой системы языка (звукопроизношения, просодики, голоса) в результате органического поражения центральной нервной системы
- алалия — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка (до формирования речи).
 - моторная алалия трудности
 - сенсорная алалия
- афазия — полная или частичная утрата ранее сформированной речи в результате тяжелых травм головного мозга, воспалительных процессов и опухолей, затрагивающих речевые зоны.
- дисграфия, или аграфия, — специфическое, соответственно частичное или полное расстройство процесса письма. Проявляется в нестойких оптико-пространственных образах букв, в искажениях звукослогового состава и структуры предложения.
- дислексия (алекия) — стойкое нарушение чтения, связанное с недоразвитием в основном теменно-височно-затылочной области головного мозга.

Групп детей с недостатками речи

I) фонетико-фонематические нарушения (ФФН) - дети с преимущественными недостатками звукопроизношения:

- функциональная и механическая дислалия
- ринология
- легкие формы дизартрии

II) общее недоразвитие речи (ОНР) - дети с преимущественными недостатками лексико-грамматической стороны речи, с разными уровнями речевого недоразвития:

- сложные формы дизартрии
- алалия
- афазия
- дислексия и алексия
- дисграфия и аграфия

III) недостатки мелодико-интонационной стороны речи:

- ринофония
- дисфония
- афония

IV) недостатки темпо-ритмической стороны речи:

- заикание
- итерация
- полтерн (спотыкание)
- тахилалия
- брадилалия

Особенности развития познавательной сферы детей с нарушениями речи.

1

- для детей с алалией характерно отсутствие лепета или его крайняя бедность, более поздние сроки его формирования (на втором году жизни).

2

- отмечается своеобразие темпов развития и качества лепета у детей с ринолалией, дизартрией.

3

- У детей с алалией более активно развиваются невербальные средства общения (мимика, жесты), особенно на начальных этапах развития. Отмечается значительное опережение в накоплении пассивного словаря по сравнению с активно употребляемым, дети лучше понимают обращенную к ним речь, чем пользуются своими произносительными навыками (исключение касается детей с сенсорной алалией).

4

- У детей с тяжелыми речевыми нарушениями отмечаются более поздние сроки появления первых слов и фразовой речи.

5

- При некоторых нарушениях (например, при моторной алалии) наблюдается низкая речевая активность, при попытке вступления в речевой контакт с ребенком он проявляет негативизм; у детей с другими нарушениями (например, с сенсорной алалией) можно наблюдать активное стремление к речевому общению, хотя эта тенденция может сочетаться с раздражительностью, эмоциональной лабильностью и часто с острой эмоциональной реакцией на ситуацию непонимания окружающими речи ребенка.

6

- дети с различной речевой патологией (часто отказываются от речевого контакта, применяют различные уловки, маскируя дефект).

7

- отмечается более позднее развитие локомоторных функций

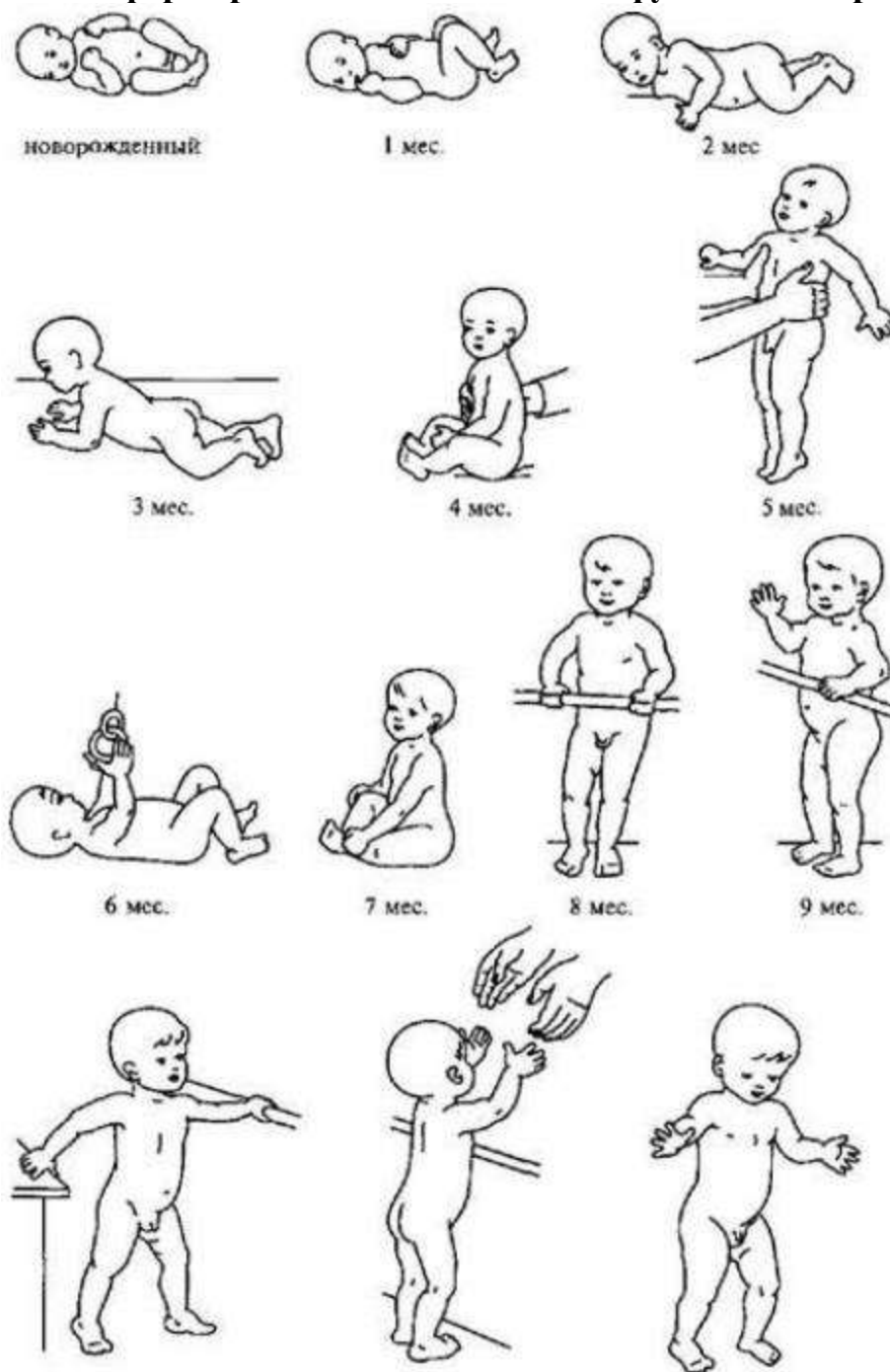
Психофизиологические особенности нейродинамики нервно-психических процессов при нарушениях речи

- Мнестические нейродинамические и двигательные нейропсихологические дефекты отражают дисфункцию заднелобных и глубинных структур мозга.
- Психофизиологическим индикатором нарушения речи является изменение мозговой локализации потенциала речевой готовности (при заикании). Дефекты в этом процессе связаны с патологическим возбуждением лимбической системы и патологической деактивацией стволовых структур, левой лобной коры, левых базальных ядер и правой височной коры, а также с дополнительной активацией правой лобной коры.
- У заикающихся при восприятии и подготовке к произнесению слова нарушено межполушарное взаимодействие.
- Передние отделы мозга при некоторых нарушениях речи (заикание) относительно гипервозбуждаются, а задние отделы относительно ингибируются по сравнению с нормой.
- Психофизиологическим выражением позитивной динамики готовности к речи после коррекции является феномен «сжатия» или уменьшения распределенности активности по мозгу.
- Динамическая и эфферентная моторная афазии возникают при поражении передних отделов коры головного мозга, а все остальные - задних, "отвечающих" за процессы "симультанного синтеза", объединения возбуждений в одновременные группы.
- При афферентной моторной афазии нарушено звено выбора звуков. Семантическая афазия связана с нарушением семантической системности слова. Акустико-мнестическая афазия сходна по своим проявлениям с семантической, однако в этом случае нарушение касается выбора слов на основе звуковых признаков. Сенсорная афазия сопровождается нарушением звукового анализа слова.
- У детей с общим недоразвитием речи преобладает эрготропный тонус. Выявлены высокие значения латентностей ранних компонентов зрительных вызванных потенциалов, что связано с функциональной недостаточностью магноцеллюлярной системы при ОНР.
- Функциональный дефицит магноцеллюлярной системы выявлен при дислексии.
- Недостаточность высших психических функций при ОНР являются результатом комплексных отклонений в функционировании мозговых систем. В том числе, роль в способности к распознаванию эмоций играют кортико-гиппокамповая и фронто-таламическая системы.
- При ОНР наблюдается снижение амплитуд комплекса N2-P3 зрительных вызванных потенциалов, что является отражением снижения способности к сравнению с содержанием памяти.

Нарушения функций опорно-двигательного аппарата.

Детский церебральный паралич (ДЦП) - это группа двигательных нарушений, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля со стороны ЦНС за функционированием мышц.

Этапы формирования двигательных функций в норме



Структура двигательного дефекта при ДЦП

1. Наличие параличей и парезов.

- Центральный паралич - полное отсутствие возможности совершать произвольные движения.
- Парез - слабая форма паралича, выражающаяся в ограничении возможности совершать произвольные движения (ограничение объема движений, снижение мышечной силы и пр.).

4 вида церебрального паралича в зависимости от локализации нарушения:

- тетраплегия — общее поражение всех четырех конечностей;
- диплегия (параплегия) — поражение либо верхних, либо нижних конечностей;
- гемиплегия — поражение либо правой, либо левой половины тела;
- моноплегия — редко встречающееся поражение одной конечности.

2. Нарушение мышечного тонуса.

- Гиперкинетическая форма ДЦП характеризуется изменчивым мышечным тонусом, т.е. наблюдается мышечная дистония.
- Атонически-астатическая форма ДЦП характеризуется мышечной гипотонией.
- Осложненная форма ДЦП характеризуется сочетанием различных вариантов нарушений мышечного тонуса.

3. Повышение сухожильных и периостальных (надкостничных) рефлексов (гиперрефлексия).

- Ахиллов, коленный и другие сухожильные и периостальные рефлексы повышены, зона их вызывания (рефлексогенная зона) расширена.

4. Синкинезии (содружественные движения).

- выполнение любого произвольного движения сопровождается непроизвольными движениями в других частях тела (в первую очередь вовлекаются наиболее пораженные конечности)

5. Недостаточное развитие цепных выпрямительных рефлексов.

- затруднено удерживание в нужном положении головы и туловища.

6. Несформированность реакций равновесия и координации движений.

- проявляется в патологической походке, которая наблюдается при различных формах ДЦП.

7. Нарушение ощущения движений (кинестезии).

- это приводит к затруднениям в определении положения собственного тела в пространстве, к трудностям в сохранении равновесия и удержании позы, к нарушениям координации движений

8. Насильственные движения.

- выражаются в гиперкинезах: хореоформные гиперкинезы, атетоидные гиперкинезы, хореоатетоидные гиперкинезы, спастическая кривошея, тремор.

9. Защитные рефлексy.

- это непроизвольные движения, выражающиеся в сгибании или разгибании парализованной конечности при ее раздражении.

10. Патологические рефлексy (сгибательные и разгибательные).

- рефлексy, которые у взрослого здорового человека не вызываются, а проявляются лишь при поражениях нервной системы, связанных со снижением тормозного влияния головного мозга

11. Позотонические рефлексy.

- лабиринтный тонический рефлекс;
- асимметричный тонический шейный рефлекс;
- симметричный тонический шейный рефлекс.

Формы детского церебрального паралича

1. Спастическая диплегия.

- характеризуется двигательными нарушениями в верхних и нижних конечностях, причем ноги поражены сильнее, чем руки.
- основным признаком является повышение мышечного тонуса (спастичность) в нижних конечностях с ограничением объема и силы движений.

2. Двойная гемиплегия.

- характеризуется тяжелыми двигательными нарушениями во всех четырех конечностях, причем руки поражаются в такой же степени, как и ноги, а иногда и сильнее.
- двигательные расстройства часто асимметричны из-за большой выраженности шейного тонического рефлекса на одной стороне. Дети не держат голову, не сидят, не стоят и не ходят. Не развиваются предпосылки к самостоятельному передвижению, формированию навыков самообслуживания.
- Интеллектуальное развитие детей соответствует олигофрении в степени тяжелой дебильности, имбецильности или идиотии. При этой форме часто анартрия

3. Гемипаретическая форма (детская церебральная гемиплегия).

- гемипаретическая форма ДЦП характеризуется односторонними двигательными нарушениями. Чаще отмечается более тяжелое поражение руки. Мышечный тонус в руке высокий.

4. Гиперкинетическая форма.

- гиперкинетическая форма ДЦП характеризуется двигательных расстройствами, проявляющимися в виде насильственных произвольных движений — гиперкинезов, которые бывают нескольких видов:
 - *хореоформные гиперкинезы, атетоидные гиперкинезы, хореоатетоидные гиперкинезы, спастическая кривошея.*
- Осуществление произвольных движений затруднено в первую очередь за счет насильственных движений, поскольку гиперкинезы не могут быть подавлены волевым усилием. Наличие гиперкинезов в мышцах верхних конечностей затрудняет развитие манипулятивной, предметной, игровой, изобразительной и других видов деятельности и навыков самообслуживания

5. Атонически-астатическая форма (мозжечковая).

- характеризуется низким мышечным тонусом (атония), трудностями в формировании вертикализации (астазия).
- движения отличаются неточностью и несоразмерностью, отмечается нарушение ритма движений, тремор и нарушения координации движений сказываются на формировании навыка письма, речь расстраивается, теряет плавность, становится прерывистой, монотонной и медленной, в половине случаев у детей отмечается олигофрения в степени дебильности и имбецильности

Особенности развития познавательной сферы при ДЦП

- Первичный дефект анализатора ведет к недоразвитию функций, связанных с ним наиболее тесно, а также к замедлению развития ряда психических функций, связанных с пострадавшей опосредованно. Нарушения развития отдельных психических функций тормозят психическое развитие в целом. Дефицитарность моторной сферы обуславливает явления двигательной, сенсорной, когнитивной, социальной депривации и нарушения эмоционально-волевой сферы.
- При различных формах ДЦП может встречаться нормальное, задержанное психическое развитие и умственная отсталость.
- Перцептивная активность затруднена в силу двигательного дефекта; дети не в состоянии следить глазами за своими движениями, у них нарушена зрительно-моторная координация, нет единства поля зрения и поля действия, что негативно сказывается на формировании образа восприятия, препятствует выработке навыков самообслуживания, развитию предметной деятельности, пространственных представлений, наглядно-действенного мышления, конструирования, а в дальнейшем тормозит усвоение учебных навыков, развитие познавательной деятельности в целом. недостаточность активного осязательного восприятия, нарушение стереогноза. наблюдается нарушение пространственного восприятия: при гемиплегии нарушена боковая ориентация, при диплегии - ориентация по вертикали, при тетраплегии - ориентация в направлении спереди назад (сагиттальная); задерживается развитие пространственных представлений и формирование схемы тела.
- происходит нарушение активного произвольного внимания, приводящее к нарушениям в восприятии, памяти, мышлении, воображении, речи; нарушается формирование избирательности, устойчивости, концентрации, переключения, распределения внимания.
- Повышенная истощаемость всех психических процессов (цереброастенические проявления), выражающаяся в низкой интеллектуальной работоспособности, нарушениях внимания, восприятия, памяти, мышления, в эмоциональной лабильности.
- Повышенная инертность и замедленность всех психических процессов, приводящая к трудностям в переключении с одного вида деятельности на другой, к патологическому застреванию на отдельных фрагментах учебного материала, к «вязкости» мышления и др.
- Задержка психического развития по типу психического инфантилизма: дисгармония созревания интеллектуальной и эмоционально-волевой сферы при незрелости последней; недоразвитие высших форм волевой деятельности;

Психофизиологические особенности нейродинамики нервно-психических процессов ДЦП

- При ДЦП на состояние сегментарно-периферического аппарата оказывают измененное влияние практически все нисходящие системы мозга – пирамидная, мозжечковая и стрио-паллидарная.
- Атетоз наблюдается особенно часто в детском возрасте, что объясняется распределенностью корково-подкорковой двигательной системы ограничивающихся организацией серийных движений, требующих переключения программ в дополнительной моторной коре (С.Д. Marsden, J.А. Obeso, 1994).
- Для истинного пирамидного синдрома характерно не повышение мышечного тонуса, а гипотония мышц (М.Х. Старобинец, Л.Д. Волкова, 1978).
- Недостаточность коркового контроля, стимулирующая патологическую активность структур ретикулярной формации, проявляется в виде одного из ведущих синдромов ДЦП – нормального или почти нормального тонуса мускулатуры в положении лежа и резкой патологической тонической реакцией при вертикальном положении тела (К.А. Семенова, 1996; В. Bobath, K. Bobath, 1986).
- Одним из видов нейрофизиологических нарушений, возникающих при нарушении надсегментарного контроля локомоции, является исчезновение альфа- и гамма-сопряжения.
- Возникающее в условиях выпадения супраспинальных влияний расстройство функции сегментарных тормозных нейронов приводит к появлению ряда патологических рефлексов (Бабинского, хватательный и др.).
- Механизмами, формирующими спастичность, являются пресинаптическое растормаживание ГАМК-ергических 1А-терминалей, уменьшение глицинергического реципрокного торможения, гипервозбудимость альфа-мотонейронов, гиповозбудимость 1В-интернейронов и дезорганизация постсинаптического глицинергического ингибирования.
- У детей со спастическими формами ДЦП в поврежденных вставочных нейронах спинного мозга происходит искажение информации, поступающей по пирамидному и рубро-спинальному трактам.
- В основе односторонних центральных двигательных расстройств лежат механизмы соматотопической организации системы двигательной регуляции: сторона флексирующей конечности определяется анатомией связей зоны повреждения с сегментарным аппаратом.

Отклонения по типу асинхронии с преобладанием эмоционально-волевых нарушений

Искаженное развитие (ранний детский аутизм)

Аутизм (от греческого *autos* – сам) состояние психики, характеризующееся преобладанием замкнутой внутренней жизни и активным отстранением от внешнего мира. Аутизм может быть как вторичным симптомом шизофрении, так и самостоятельной нозологической единицей. В последнем случае он возникает в первые годы жизни и называется ранним детским аутизмом (РДА). РДА характеризуется нарушениями всех сфер психики – сенсомоторной, перцептивной, познавательной, речевой и эмоциональной, а также недостаточно развитым социальным взаимодействием с окружающими.

По уровню эмоциональной регуляции РДА может проявляться в разных формах:

полная отрешенность от происходящего;

активное отвержение;

захваченность аутистическими интересами;

чрезвычайная трудность организации общения и взаимодействия с другими людьми.

Структура первичного дефекта при РДА

- повышенная сенсорная и эмоциональная чувствительность (гиперстезию)
- слабость энергетического потенциала;

Структура вторичного дефекта при РДА

- аутизм, как уход от окружающего мира, ранящего интенсивностью своих раздражителей
- стереотипии
- сверхценные интересы
- фантазии
- расторможенность влечений

К настоящему времени сложилось представление о двух типах аутизма:

классический аутизм Каннера (РДА)

выявляется — в первые месяцы жизни или на протяжении первого года

ребенок начинает ходить раньше, чем говорить

встречается как у мальчиков, так и у девочек

имеет место познавательный дефект и более тяжелый социальный прогноз, речь, как правило, не несет коммуникативной функции

плохой зрительный контакт, ребенок и избегает чужого взгляда; плохие общие и специальные способности.

Вариант Аспергера

особенности развития и странности поведения, как правило, начинают проявляться на 2 — 3-м годах и более четко — к младшему школьному возрасту.

речь появляется раньше ходьбы

считается «крайним выражением мужского характера»

интеллект более сохранен, социальный прогноз значительно лучше и ребенок обычно использует речь как средство общения.

Зрительный контакт лучше, хотя ребенок и избегает чужого взгляда; общие и специальные способности также лучше.

Более легкий, при нем не страдает «ядро личности». Этот вариант многие авторы относят к аутистической психопатии.

Различают четыре группы детей с РДА.

Для детей 1-й группы характерны:

- проявления состояния выраженного дискомфорта и отсутствие социальной активности уже в раннем возрасте.
- отсутствие ответной улыбки, невозможность поймать взгляд ребёнка, получить ответную реакцию на зов.

Для детей 2-й группы характерны:

- более высокий уровень активности, по сравнению с детьми 1-й группы, и меньшая ранимость в контактах со средой
- повышенная избирательность в отношениях с миром
- повышенная избирательность в еде, одежде, фиксированные маршруты прогулок, особые ритуалы в различных аспектах жизнедеятельности, невыполнение которых влечет бурные аффективные реакции
- они в наибольшей степени отягощены страхами, обнаруживают массу речевых и двигательных стереотипии
- возможно неожиданное бурное проявление агрессии и самоагрессии

Для детей 3-й группы характерны:

- сверхзахваченность своими собственными стойкими интересами, проявляющимися в стереотипной форме
- повышенная конфликтность детей, отсутствие учета интересов другого
- годами ребенок может говорить на одну и ту же тему, рисовать или разыгрывать один и тот же сюжет
- часто тематика его интересов и фантазий имеет устрашающий, мистический, агрессивный характер

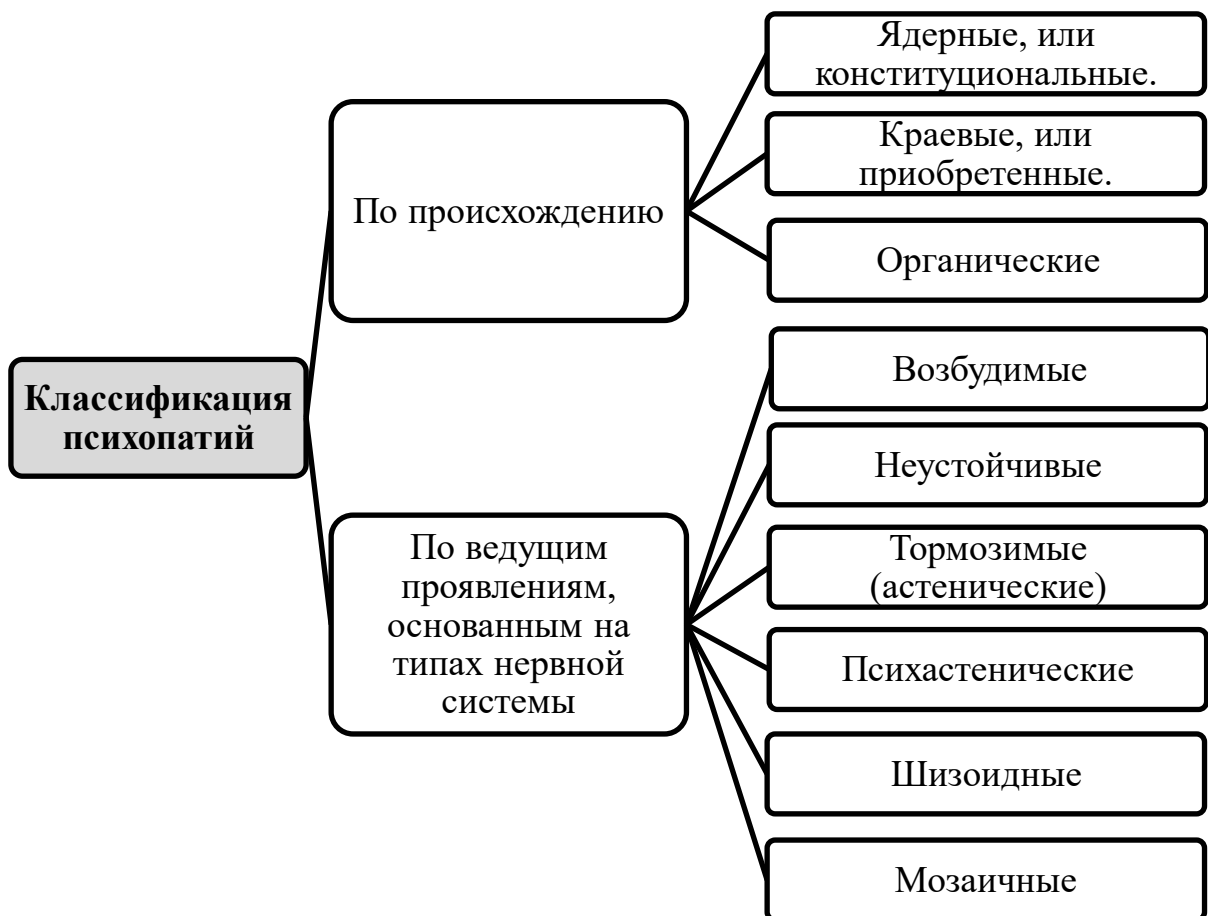
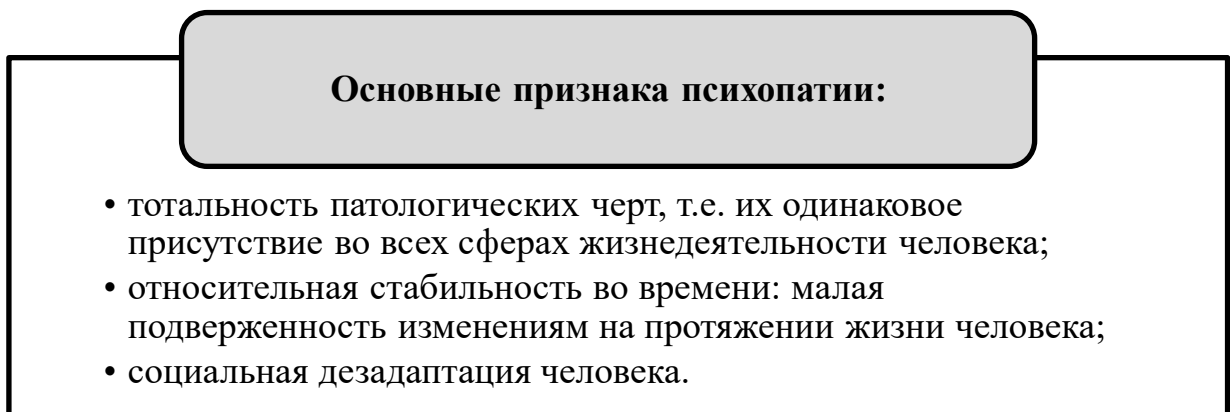
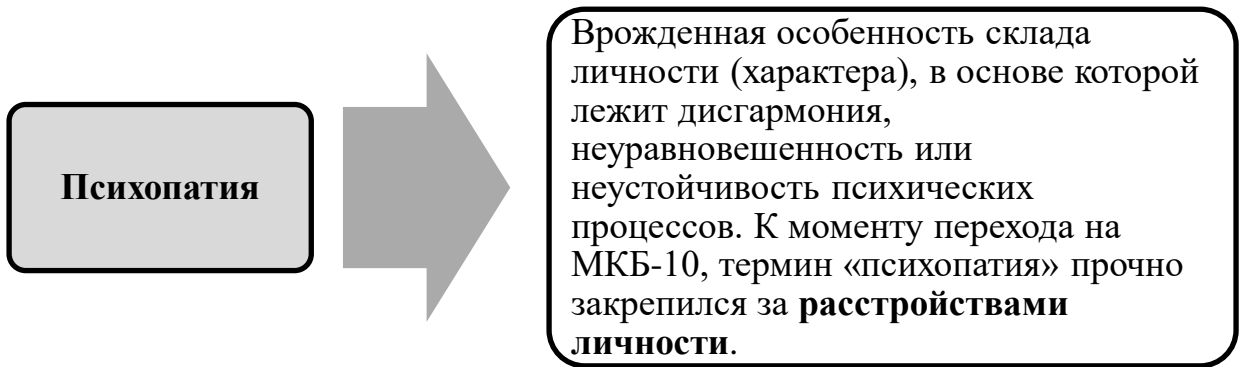
Для детей 4-й группы характерны:

- повышенная ранимость, тормозимость в контактах (взаимодействие прекращается при ощущении ребенком малейшего препятствия или противодействия)
- сильная зависимость от эмоциональной поддержки взрослых

Психофизиологические особенности нейродинамики нервно-психических процессов при РДА

- Выделяются нарушения тонической составляющей психических процессов, процессов регуляции активности.
- Нарушения активности просматриваются уже в раннем возрасте многих детей с аутизмом.
- Выявляется снижение спонтанной активности (Б. Беттельхейм, 1967), нарушение тонической составляющей психических процессов (В.В. Лебединский, 1996).
- Выявляется «исходное снижение психического и витального тонуса» (С.С. Мнухин с соавт., 1967); «нарушение уровня бодрствования» - (В. Rimland, 1964); «нарушение сознания и активности» - (J.Lutz, 1968).
- Определяется дисфункция активации (Rimland, 1964), и бедная модуляция (Greenspan, 1992, 2006), что говорит о слишком малом диапазоне активности, в котором ребенок с аутизмом может спокойно и конструктивно воспринимать происходящее.
- Выявляется необычайная сензитивность таких детей к раздражителям всех модальностей (В.В. Лебединский 2002).
- Выявляется аномально высокая чувствительность к сенсорным стимулам. Дети излишне чувствительны не только к силе сенсорного впечатления, но и к его качеству.
- У детей низкий порог социального избегания (O J. Richer, 1978; E. Tinbergen, N. Tinbergen, 1972): снижение порога дискомфорта в восприятии таких этологически значимых впечатлений как человеческое лицо, голос, прикосновения может формировать у ребенка поведение избегания.
- Нарушения, выявляемые в инстинктивной сфере ребенка с аутизмом множественны, во многом они могут быть связаны с малой выносливостью детей в контактах с миром. Выявляются проблемы связанные с едой. Характерно нарушение поведения самосохранения. Дети с аутизмом не развивают исследовательского поведения.
- С. Гринспен (S. Greenspan 1992, 1994) полагает, что ребенок может отстраняться от другого человека, и из-за того, что просто не справляется с обращенным к нему потоком мультисенсорной информации.

Дисгармоническое развитие (психопатии)



Психофизиологические особенности нейродинамики нервно-психических процессов при дисгармоническом развитии (психопатии)

- Наблюдается снижение числа связей между вентромедиальной префронтальной корой (ВМПК) головного мозга — областью, связанной с переживанием ряда эмоций, оценкой риска и принятием решений — и миндалевидным телом, ключевой для формирования важнейших эмоций, включая главные — удовольствие и страх.
- Выявляется сниженная относительно нормы структурная интеграция белых волокон мозжечково-ядерного пути и пониженная совместная активность ВМПК и миндалины.
- Анализ ЭЭГ показывает снижение абсолютной и относительной спектральной мощности α -диапазона в лобных отведениях, снижение абсолютной мощности ρ -ритма и общей спектральной мощности с сохранением правильного зонального распределения.
- Наличие большего количества межполушарных связей в центральных областях не зависимо от частотного диапазона.
- Снижена спектральная мощность быстрых, средних, медленных ритмов и общая спектральная мощность, что указывает на угнетение биоэлектрической активности активирующих и тормозных систем мозга.
- Амплитуда пика P300 когнитивных ВП снижена в обоих полушариях у пациентов с ПР.
- Используются незрелые психологические защиты (регрессия) и более зрелые: вытеснения, проекции, компенсации и гиперкомпенсации.

Психофизиологические особенности нейродинамики нервно-психических процессов при дисгармоническом развитии (психопатии)

- Особенностью ЭЭГ всех ПР, не зависимо от исходного психического статуса, является: снижение абсолютной плотности мощности α -ритма в передне-центральных отведениях и относительной представленности α -диапазона в лобных отделах относительно нормы с сохранением градиента распределения убывания α -ритма от затылка ко лбу во все группах; межполушарные взаимодействия наиболее высокие в центральных областях не зависимо от частотного диапазона.
- В группах с невротическими и шизотипическими расстройствами личности имеет место спад электрической активности активационных систем, а в последней группе - ещё и тормозных. У лиц со специфическими расстройствами личности по результатам ЭЭГ отсутствуют показатели угнетения систем активации.
- Более выраженные изменения, наблюдаемые в группе со специфическими расстройствами личности и связаны с заинтересованностью «энергетического блока», по А.Л. Лурия: увеличение во всех группах с ПР показателя суммарной длительности ответа на незначимый и значимый стимул.
- Снижение процессов активации, а во второй группе ещё выраженная эмоциональная неустойчивость.
- Центральная задержка ЛП ВКСП, длительное восстановление исходного фона ВКСП, увеличенное время восстановления к исходному уровню или длительность ответа (по итогам анализа когнитивных ВП при ПР) - говорит о дисбалансе механизмов центральной регуляции при ПР в сторону спада активационных процессов.
- ПР является бессознательной реакцией организма на потенциальный разрыв симбиотической связи, равносильный угрозе уничтожения.
- Доминирующей мотивацией при ПР является сохранение жизни, поэтому пациенты во время пароксизма ПР испытывают страх смерти в 100% случаев.

По сочетанности нарушений выделяют:

- различные сочетания сенсорных, двигательных, речевых и эмоциональных нарушений друг с другом
- сочетание всех видов дефектов с умственной отсталостью разной степени

По выраженности сочетанных нарушений зрения и слуха дети с данным видом сложного нарушения подразделяются на:

- тотально или практически слепоглухих;
- слепых слабослышащих;
- слабовидящих глухих;
- слабовидящих слабослышащих;

По выраженности сочетанных нарушений зрения и речи дети с данным видом сложного нарушения подразделяются на:

- слепых детей с алалией;
- слабовидящих детей с алалией;
- слепых детей с ОНР;
- слабовидящих детей с ОНР;

По выраженности сочетанных нарушений зрения и движений дети с данным видом сложного нарушения подразделяются на:

- неподвигающихся самостоятельно слепых;
- неподвигающихся самостоятельно слабовидящих;
- слепых с нарушениями движений (остаточные явления ДЦП);
- слабовидящих с остаточными нарушениями ДЦП;

По выраженности сочетанных нарушений слуха и движений дети с данным видом сложного нарушения подразделяются на:

- дети с тяжелыми формами ДЦП и глухоты;
- дети с тяжелыми формами ДЦП и тугоухости;
- дети с легкими формами ДЦП и глухоты;
- дети с лёгкими формами ДЦП и тугоухости.

По времени наступления сложных нарушений выделяют группы детей:

с врожденным или ранним сложным дефектом;

со сложным нарушением, проявившимся или приобретенным в младшем или старшем дошкольном возрасте;

с нарушением, приобретенным в подростковом возрасте;

с нарушением, приобретенным в зрелом возрасте;

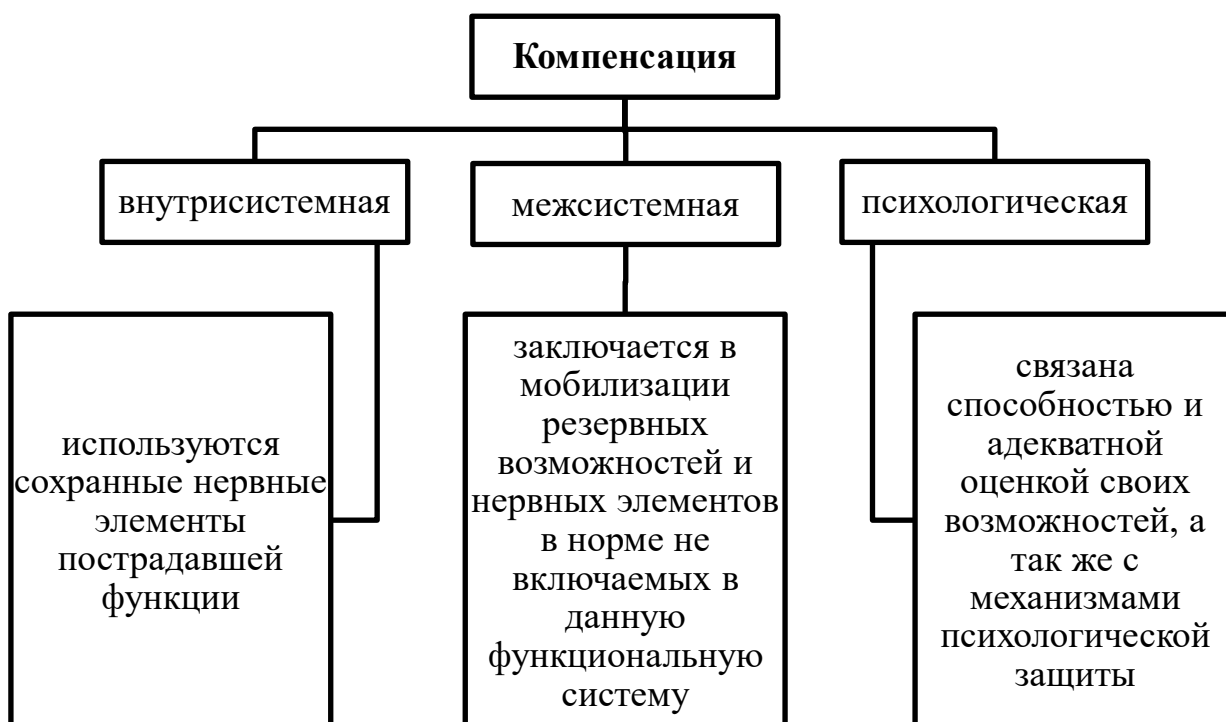
с нарушением, наступившим в старческом возрасте.

Особенности развития познавательной сферы детей со сложными нарушениями развития

- Психическое развитие детей со сложным сенсорным нарушением опирается на сохранные интеллектуальные и сенсорные возможности и их совершенствование.
- Кожная чувствительность и двигательная память становятся у слепоглухих особым способом познания окружающего.
- своевременное появление самостоятельной разнообразной двигательной активности влияет на ориентировку в пространстве и восприятие
- человек, лишенный зрения и слуха, может получать информацию от окружающего и на расстоянии, дистантно.
- тактильно-вибрационная чувствительность к звукам, производимым при передвижении предметов и людей, позволяет ребенку ощущать происходящее вокруг него также на определенном удалении.
- сюжетно-ролевая игра развивается лишь в школьном возрасте.
- Показателем успешного развития является появление общения между ребенком и его близкими с помощью естественных жестов. Однако усвоение словесной речи возможно только при специальном обучении.

Компенсация нарушений в развитии.

Компенсация – это возмещение недоразвитых или нарушенных функций путем использования сохранных или перестройки частично нарушенных функций.



Варианты компенсаторного развития ребёнка (по Л.С. Выготскому)

реальная компенсация - возникает в ответ на более или менее реально учитываемые трудности.

фиктивная компенсация - установка настороженности, подозрительности, мнительности как компенсация защиты себя от возникающих трудностей.

бегство в болезнь - ребенок может прикрываться своей слабостью, начиная культивировать в себе болезнь, дающую ему право требовать повышенного внимания к себе

Фазы компенсаторного процесса

обнаружение того или иного нарушения в работе организма, сигнал о нарушении может быть связан и с самим расстройством и с его последствиями, то есть различные отклонения в поведении и деятельности.

оценка параметров нарушения, его локализации и выраженности.

формирование программы последовательности и состава компенсаторных процессов, мобилизация нервно психических ресурсов индивида

включение и отслеживание реализации программы

остановка компенсаторного механизма и закрепление его результатов

Уровни осуществления компенсаторных механизмов

1 уровень - биологический

2 уровень - психологический

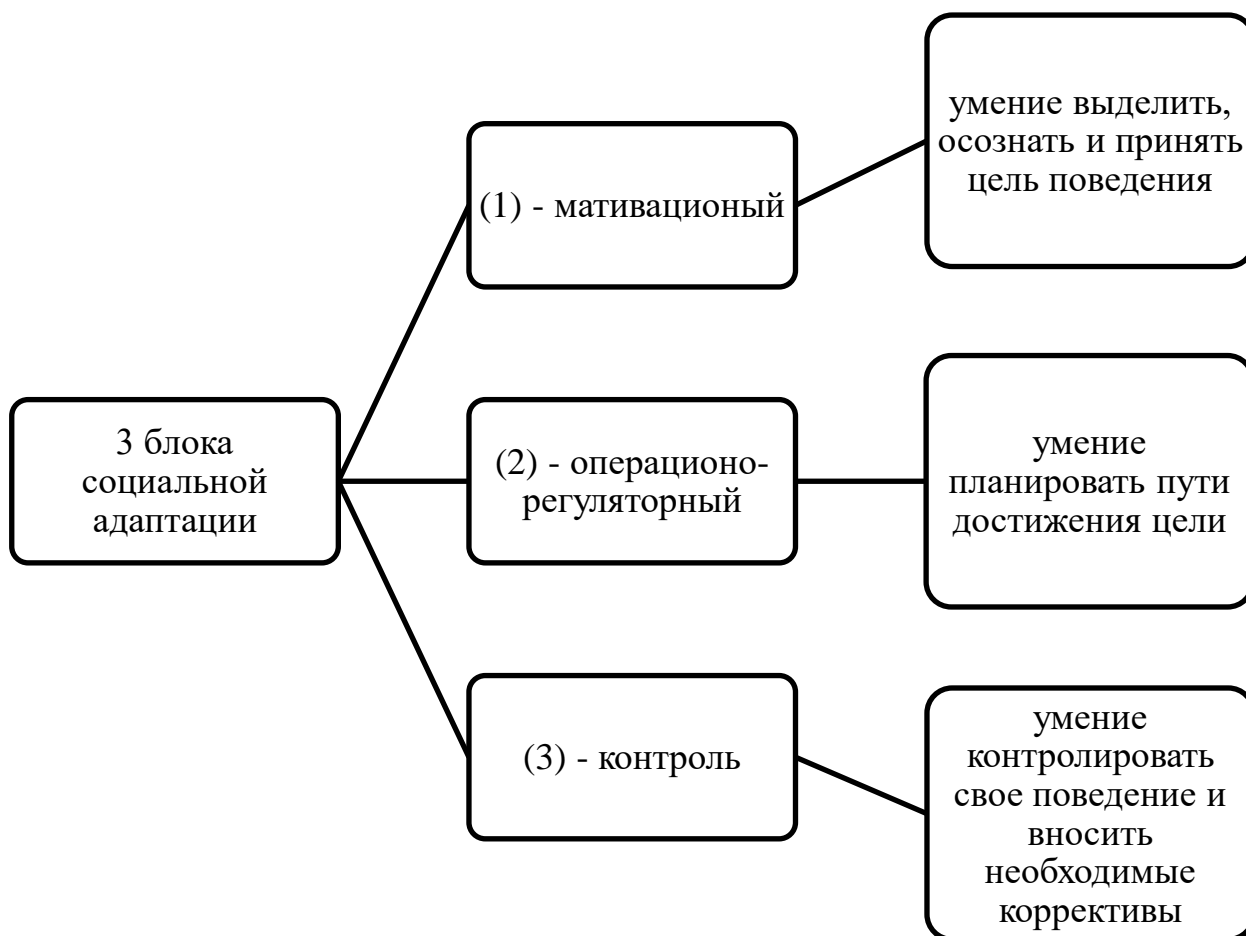
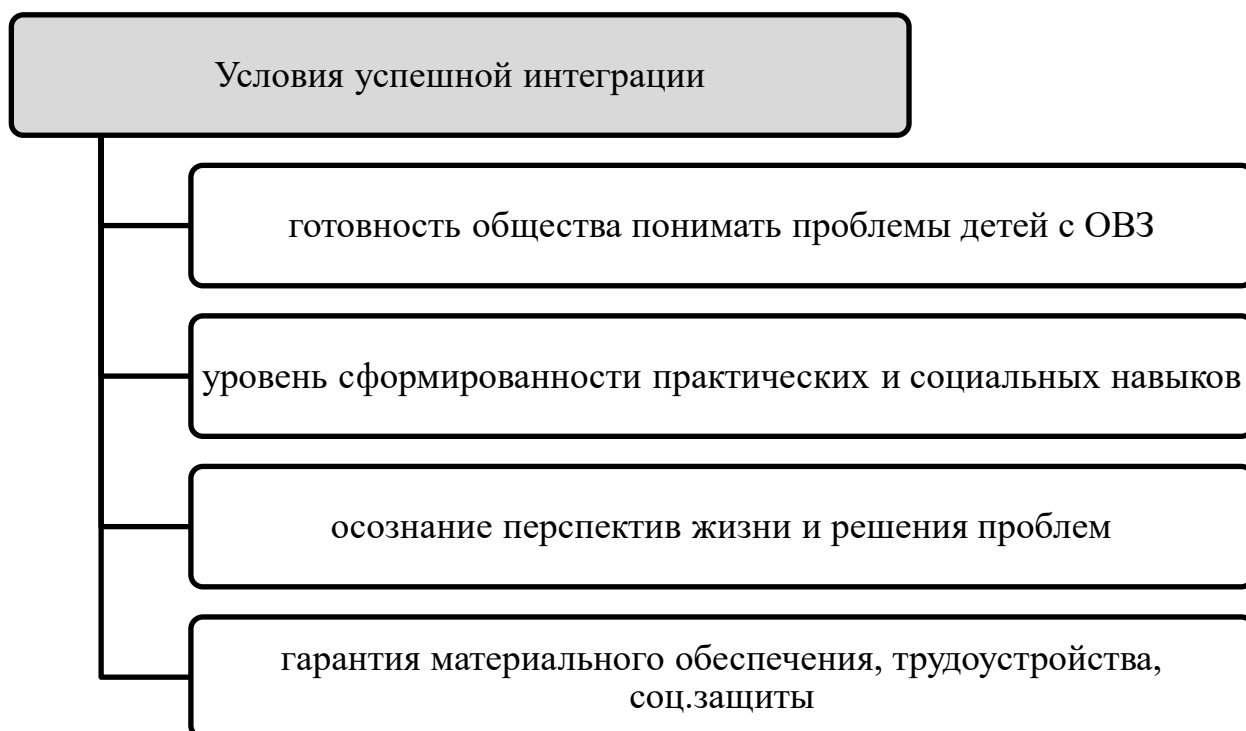
3 уровень - социально-психологический

4 уровень - социальный



Высшая форма компенсации предполагает всестороннее развитие личности ребенка на основе формирования компенсаторных механизмов – сложных процессов компенсации и сверхкомпенсации сенсорных, физических и умственных недостатков или эмоциональных нарушений на уровне личности.

Проблема социальной адаптации и интеграции ребёнка с ограниченными возможностями здоровья в общество.



Структура психологической помощи детям и подросткам с ОВЗ

1 - психодиагностика

- скрининговая
- динамическая
- итоговая

2 - психокоррекция

- преодоление социальной и педагогической запущенности;
- помощь в разрешении психотравмирующих ситуаций, формирование продуктивных видов взаимоотношений с окружающими;
- формирование и стимулирование сенсорно-перцептивных и интеллектуальных процессов у детей;
- развитие и совершенствование коммуникативных функций, эмоционально-волевой регуляции поведения;
- формирование адекватных родительских установок на заболевание и социально-психологические проблемы ребенка путем активного вовлечения родителей в психокоррекционный процесс;
- создание в детском коллективе атмосферы доброжелательности, открытости.

3 - психологическое консультирование

4 - психопрофилактика

- первичная (все дети)
- вторичная (группа риска)
- третичная (дети с ярковыраженными проблемами)

Принципы деятельности специального психолога (по М.М.Семаго)

- единство методологии, диагностической и коррекционной деятельности
- принцип структурно-динамической целостности
- терминологическая адекватность
- ценка эффективности деятельности адаптацию ребенка в образовательной среде
- приоритетность образовательных задач
- междисциплинарность

Сопровождение - это система профессиональной деятельности психолога, направленная на создание социально-психологических условий, для успешности обучения ребенка в ситуации школьного взаимодействия.



Этапы процесса сопровождения

- подготовительный
- ориентировочный
- планирование
- реализация индивидуальной программы
- заключительный



Последовательность этапов сопровождения ребенка с ОВЗ:

- 1 – дифференциальная диагностика;
- 2 – углубление обследование;
- 3 – анализ полученных данных;
- 4 – коррекционно-развивающая работа;
- 5 – диагностика динамика развития.

Особенности психодиагностической работы с детьми с ОВЗ

Основные теоретико-методические положения современной психологической диагностики и изучения нарушенного или отклоняющегося развития

- Каждый тип нарушенного развития характеризуется свойственной только ему снцефической психологической структурой, которая определяется соотношением первичного и вторичного нарушений, иерархией вторичных нарушений;
- Внутри каждого типа нарушенного развития наблюдается многообразие проявлений, особенно по степени выраженности нарушений;
- Диагностика строится с учетом общих и специфических закономерностях нарушенного развития;
- Диагностика ориентируется на выявлении не только общих и специфических недостатков развития, но положительных свойств ребенка, его потенциальных возможностей;
- Итогом диагностики является установление психологического диагноза, в котором указывается педагогическая категория нарушенного развития, степень выраженности нарушения, недостаток развития, осложняющие ведущие нарушения; индивидуальные особенности ребенка и рекомендации в разработке индивидуальной программы коррекционной работы.



Требования к организации процедуры обследования

1

- Процедура обследования должна строиться в соответствии с особенностями возраста ребенка и основе активной деятельности, ведущей для его возраста

2

- Методики должны быть удобны для использования, иметь возможность стандартизации и математической обработки данных, но одновременно выявлять качественные особенности процесса выполнения заданий

3

- Анализ полученных результатов должен быть качественно-количественным, позволяющим выявить своеобразное развитие ребенка и его потенциальные возможности

4

- Выбор качественных показателей должен определяться их способностью отображать уровни сформированности психических функций, нарушение которых характерно для детей с отклонениями в развитии

5

- Для получения достоверных результатов важно установить продуктивный контакт и взаимопонимание психолога и ребенка

6

- Следует продумать порядок предъявления заданий, некоторые исследователи считают целесообразным располагать их по степени возрастания сложности – от простого к сложному. Другие – чередовать простые и сложные задания для профилактики утомления

Этапы психодиагностического обследования

Первый этап – наблюдение за поведением и деятельностью ребенка.

Второй этап – углубленное изучение психических процессов с помощью психодиагностических и нейропсихологических методик.

Качественные параметры оценки данных психодиагностики

по С.Д. Забрамной

- эмоциональные реакции ребенка на факт обследования;
- понимание инструкции и цели задания;
- характер деятельности;
- реакция на результат работы.

по Н.Я. Семаго:

- адекватность поведения;
- критичность;
- обучаемости;

по В.И. Лубовскому:

- особенности аффективно-личностной сферы - контакт, интерес, связь с продуктивностью, активность, критика;
- особенности работоспособности – динамика продуктивности, истощаемость, переключаемость внимания;
- общие характеристики деятельности, наличие ориентировочной части, понимание, вербализация, целенаправленность;
- конкретные показатели развития познавательных процессов, а так же динамика обучения и качество переноса.

по О.Н. Усановой:

- принятие задачи;
- понимание инструкции;
- возможность самостоятельного выполнения задания, обучаемость;
- результативность выполнения задания, возможность коррекции ошибок;

Психологическое заключение

Общая структура схемы заключения (по Н.Я. Семаго)

Общая часть заключения:

- основные паспортные данные ребенка;
- основные жалобы родителей, педагогов, других лиц сопровождающих ребенка на консультацию;
- наиболее важные анамнестические данные;
- специфика внешности и поведения ребенка в процессе обследования, в том числе его аффективное, эмоциональное реагирование, общая мотивация, отношение к обследованию (критичность и адекватность);
- сформированность регуляторных функций;
- общая оценка операциональных характеристик деятельности в различные моменты обследования (в том числе и ее динамический аспект);
- особенности развития различных компонентов когнитивной сферы;
- характеристики эмоционально-личностной сферы, включая межличностные отношения;

Специальная часть:

- психологический диагноз;
- вероятностный прогноз;
- рекомендации по дальнейшему сопровождению ребенка.

Уровни психологического диагноза

I уровень - Симптоматический или эмпирический диагноз

- ограничивается констатацией особенностей или симптомов, на основании которых непосредственно строятся практические выводы.

II уровень - Этиологический диагноз

- учитывает не только наличие определенных характеристик и симптомов, но и причины их появления.

III (высший) уровень - Типологический диагноз

- состоит в определении места и значения выявленных характеристик в целостной, динамической картине личности, в общей картине психической жизни ребёнка.

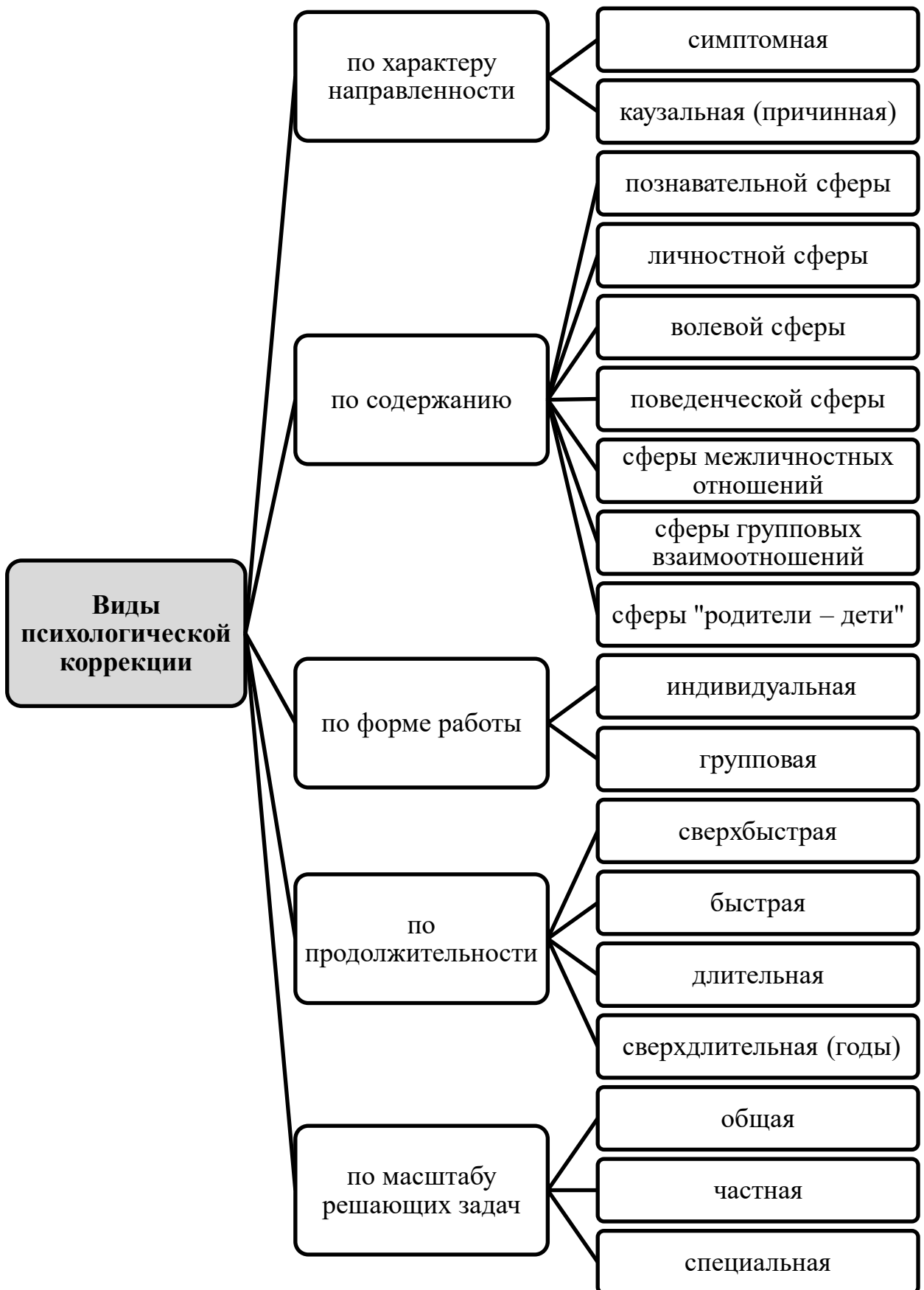
Особенности психокоррекционной работы с детьми с ОВЗ

Психологическая коррекция – это комплекс мероприятий направленных на исправление недостатков (имеющие неорганическое происхождение) психики или поведения ребёнка, с помощью специальных средств психологического воздействия.



Принципы психологической коррекции

- принцип единства диагностики и коррекции
- принцип нормативности развития
- принцип коррекции «сверху вниз»
- принцип системности развития психологической деятельности
- деятельностный принцип



Коррекционная работа в детском учреждении

формирование сотрудничества со взрослыми и способов усвоения общественного опыта.

формирование мышления.

сенсорное восприятие.

физическое восприятие и развитие.

формирование игровой и продуктивных видов деятельности.

эмоционально-эстетическое и эмоционально-нравственное воспитание.

развитие речи прежде всего как средство социализации.

трудовое воспитание.

ознакомление с окружающим;

подготовка к школьному обучению.

Особенности психологического консультирования семьи, воспитывающей ребёнка с ОВЗ

Цели психоконсультирования.

1

- способствовать изменению поведения

2

- развивать навыки преодоления трудностей

3

- обеспечить эффективное принятие жизненно важных решений

4

- развивать умение завязывать и поддерживать межличностные отношения

5

- развитие способностей контролировать свои реакции и реакции окружения

Задачи психоконсультирования

создание псих условий для адекватного восприятия родителями информации связанной с проблемами в развитии их ребенка, созданию у них готовности к длительной работе по развитию, коррекции, воспитанию

решение вопросов, связанных с освобождением родителей от чувства вины, преодоление стрессового состояния, особенно матери. Создание и поддержание нормального климата в семье хотя бы во время консультирования

Типы отношения родителей к детям с ОВЗ



Фазы принятия проблем родителями ребёнка с ОВЗ (по Р.Ф. Майрамян, О.К. Агавелян)

получение диагноза - растерянность доходящая до страха
• возникает чувство вины, собственной неполноценности

негативизм и отрицание реальности проблем
• стремление сохранить определённый уровень жизни и стабильности перед фактом, который грозит изменить привычную жизнь

состояние подавленности, связанное с постепенным осознанием проблемы
• осознание диагноза провоцирует возникновение депрессии

достаточно адекватная оценка ситуации, повторное обращение за помощью
• психологическая адаптация семьи; готовность правильно оценить ситуацию и установить адекватные эмоциональные контакты

Этапы работы с семьей

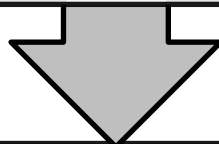
Подготовка к консультации

первый контакт с семьей



Сеанс консультации

консультативная беседа, психолог должен одновременно с консультированием оценивать характер проблем и уровень актуального развития ребёнка



Принятие решения

основной этап. необходимо способствовать пониманию родителями того, что это решение повлияет на их жизнь (формирование чувства ответственности за принятое решение)

Основные направления работы с семьёй, воспитывающей ребёнка с ОВЗ

улучшение семейных взаимоотношений родителей

формирование адекватных детско-родительских отношений

помощь в осознании и формировании адекватной оценке реальных возможностей ребёнка

помощь в преодолении кризисных ситуаций связанных с появлением ребёнка с ОВЗ

обучение элементарным приёмам и методам психокоррекции

формирование адекватного отношения к реакции окружающих на проявления дефекта у ребёнка

помощь в профориентации ребёнка с ОВЗ

Возростно – психологическое консультирование

Дошкольный возраст

- неблагоприятные характеристики ребенка носят скрытый характер.
- возникают трудности воспитания у детей с ОВЗ
- **варианты нервно психических нарушений по В.В. Захарову:** резидуальная церебральная органическая недостаточность; психопатия; патохарактерологическое развитие; невропатия; неврозы

Младший школьный возраст

- **чаще возникают нарушения поведения:** гиперактивность; демонстративность; протест; агрессивное поведение; инфантильное поведение; конформное поведение; симптоматическое (попытки ребёнка своим поведением сообщить о своем психологическом дискомфорте)
- **Правила консультирования:** конкретизация запроса; принимать участие должны все члены семьи; совместно с родителями определить пути преодоления проблемы

Подростковый возраст

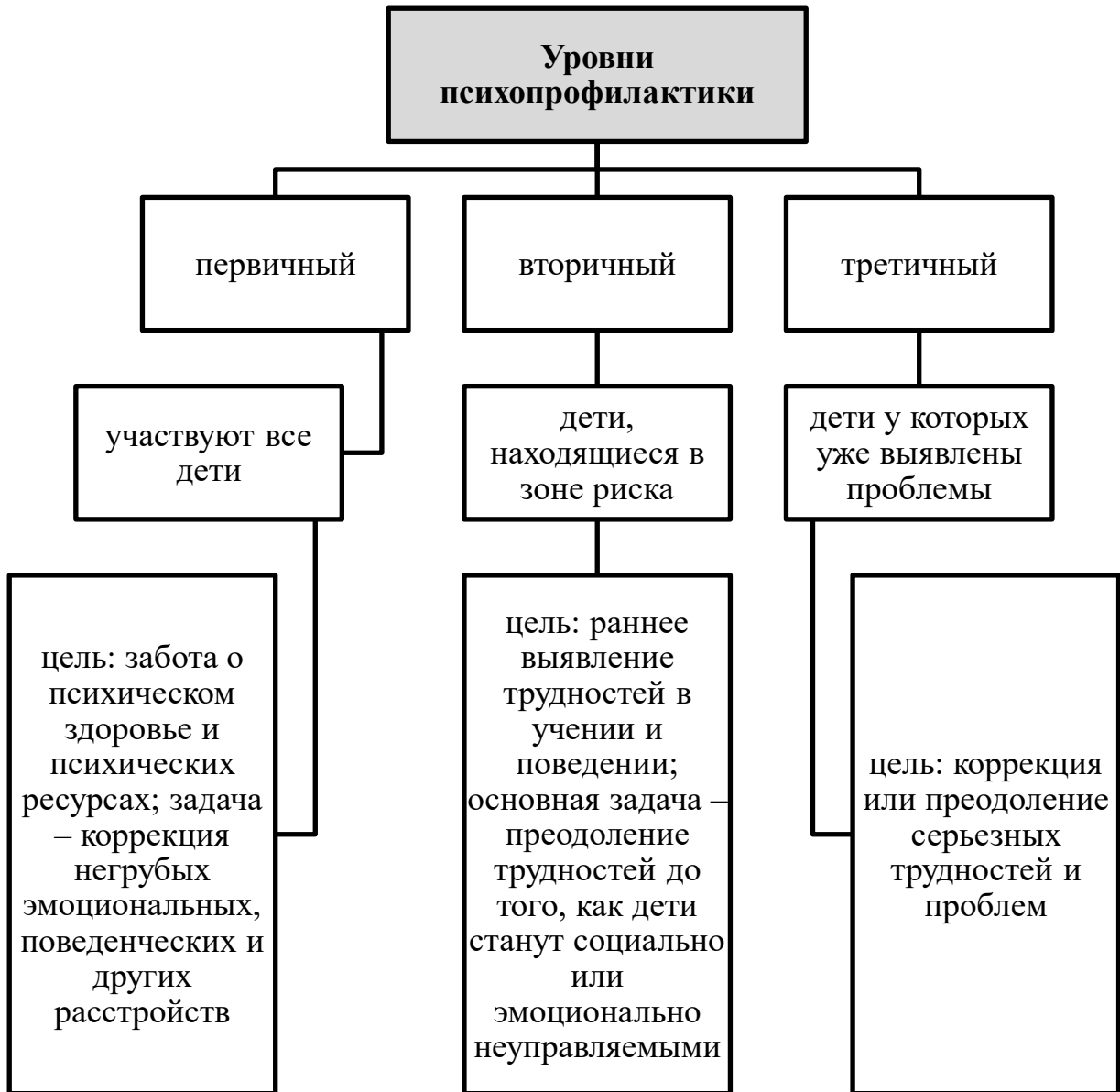
- социальная дезадаптация
- нарушения в формировании самосознания
- **патологические личностные реакции по В.В. Ковалёву:** характерологические реакции; патохарактерологические реакции; аддиктивное поведение; девиантное поведение; эмансипация

Ранняя юность

- проблемы личностного развития
- проблемы формирования жизненных целей и укрепления психологического здоровья
- проблемы развития временной перспективы и способности к целеполаганию
- **группы риска:** вариации взросления: диффузия идентичности, диффузия времени, отрицательная идентичность; аддиктивное поведение и асоциальное поведение

Психопрофилактика

Психопрофилактика – одна из разновидностей психологической помощи, направленная на предупреждение психических расстройств, реабилитацию, сохранение и улучшение психического здоровья.



Тестовый контроль.

Задания с выбором одного правильного ответа из предложенных

1. Специальная психология изучает:
 - а) особенности и закономерности психического развития аномальных лиц
 - б) особенности проявления психических расстройств детей в учебной деятельности
 - в) нейропсихологические механизмы нарушений у аномальных лиц
 - г) патологические состояния мозга детей перенесших в раннем возрасте тот или иной болезненный процесс
 - д) механизмы компенсации и социальной адаптации лиц с ограниченными возможностями здоровья

2. Возникновение специальной психологии как отдельной самостоятельной приходится на период:
 - а) 60-х годов XX века
 - б) 20-х годов XX века
 - в) 70-х годов IX века
 - г) 70-х годов XX века

3. Компенсация это:
 - а) процесс перестройки или замещения нарушенных, утраченных или недоразвитых психофизиологических функций организма;
 - б) процесс мутации психофизиологических функций организма;
 - в) система медицинских мер, направленных на исправление нарушенных психофизиологических функций организма.
 - г) система педагогических мер, направленных на исправление нарушенных функций организма
 - д) процесс коррекции нарушенных функций на основе развития сохранных

4. В основу основных положений и принципов советской дефектологии легли труды:
 - а) Певзнер М.С.;
 - б) Малофеев Н.Н.;
 - в) Выготский Л.С.
 - г) Лурия А.Р.
 - д) Кащенко В.П.

5. Первичный дефект всегда имеет:
 - а) социальную природу;
 - б) биологическую природу;
 - в) нарушение психических функций
 - г) сложную структуру нарушенных функций
 - д) элементарный характер нарушенных функций

6. Что такое вторичное нарушение?
- а) это осложнение после болезни;
 - б) это усиление нарушения после повторного заболевания;
 - в) нарушения в работе функций, непосредственно связанных с первично поврежденной функцией
 - г) нарушение, приводящее к выпадению ребенка из социо-культурной среды
 - д) биологически обусловленные функции
7. Первичные и вторичные дефекты относятся к следующим характеристикам дизонтогенеза:
- а) к динамике формирования межфункциональных связей
 - б) к времени появления нарушений
 - в) к функциональной локализации нарушений
 - г) к структуре нарушенного развития
8. Специальная психология это область:
- а) психологической науки, изучающая особенности и закономерности хода психического развития лиц, имеющих те или иные отклонения в развитии;
 - б) специальной педагогики, разрабатывающая механизмы и методы психолого-социального сопровождения лиц с ограниченными возможностями здоровья;
 - в) психолого – педагогического познания окружающего мира и его явлений;
 - г) оказания психиатрической помощи лицам с психопатологическими изменениями личности
 - д) оказания психотерапевтической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и их родителям
9. Система психолого-педагогических мероприятий, направленных на устранение или ослабление недостатков психофизического развития, присущих детям с ограниченными возможностями здоровья и содействие приближению их уровня развития к норме, называется:
- а) реабилитация
 - б) адаптация
 - в) коррекция
 - г) компенсация
 - д) абилитация
10. Многообразные нарушения в формировании и функционировании психики, возникающие вследствие относительно длительного блокирования значимых потребностей человека, называется:
- а) астения
 - б) дезадаптация
 - в) депривация
 - г) декомпенсация
 - д) изоляция

11. При рассмотрении сложной структуры дефектов выделяют:
- а) органические дефекты
 - б) функциональные дефекты
 - в) первичные дефекты
 - г) сочетанные дефекты
12. Отклоняющееся развитие можно охарактеризовать как:
- а) развитие, имеющее стихийный, непредсказуемый характер
 - б) развитие, протекающее вне воспитательного воздействия
 - в) развитие, протекающее в рамках иной языковой культуры
 - г) развитие, при котором влияние неблагоприятных факторов превышает компенсаторные возможности индивида
 - д) развитие, которое не подчиняется общим законам, развитие индивидуальное, во многом нестандартное, сложное, противоречивое
13. Система мероприятий, направленных на предотвращение нервно-психических и психосоматических заболеваний, а также облегчение острых психотравматических реакций, называется:
- а) психокоррекция
 - б) психоконсультирование
 - в) психопрофилактика
 - г) психогигиена
14. Общей закономерностью, свойственной развитию детей со сложными дефектами является:
- а) особая отягощенность условий раннего развития ребенка;
 - б) наличие не одного, а двух, а то и более первичных дефектов;
 - в) уменьшение доступных каналов компенсации дефекта;
 - г) резкое сужение возможного диапазона средств компенсации.
15. Сколько типов компенсации выделяют:
- а) один
 - б) два
 - в) три
 - г) четыре
 - д) пять
16. Первичный дефект согласно структуре Л.С. Выготского всегда:
- а) биологический;
 - б) социальный;
 - в) внутреннего порядка;
17. На вторичный дефект влияют с помощью:
- а) педагогической коррекции;
 - б) компенсации;
 - в) медикаментозного воздействия;

18. Значительная часть мозговых структур сформирована:
- (а) к 6 годам жизни;
 - (б) к 2-3 годам;
 - (в) к 13-14 годам.

Задания с выбором нескольких правильных ответов из предложенных

19. Специальная психология включает следующие направления:

- 1) нейропсихология
- 2) сурдопсихология
- 3) патопсихология
- 4) логопедия
- 5) олигофренопсихология
- 6) тифлопсихология
- 7) психопатология
- 8) логопсихология
- 9) психиатрия
- 10) психология экстремальных ситуаций
- 11) психология детей с ЗПР
- 12) Пеницитарная психология

20. Отечественные ученые - дефектологи:

- 1) Л.С. Выготский
- 2) Г.Я.Трошин
- 3) И.М. Сеченов
- 4) В.М. Бехтерев
- 5) А.Р. Лурия
- 6) И.П. Павлов
- 7) В.П. Кашенко
- 8) Т.А. Власова

Задания с кратким ответом

21. Раздел медицины, занимающийся изучением дефектов речи и разработкой методов их исправления:

«Логопедия»

22. Область клинической медицины, изучающая болезни психики, их причины, течение, предупреждение и лечение:

«Психиатрия»

23. Область психологической науки, разрабатывающая методы выявления и измерения индивидуально-психологических особенностей личности:

«Психодиагностика»

24. Сложный многообразный процесс перестройки функций организма при нарушениях или утрате каких-либо функций:

«Компенсация»

25. В медицине комплекс медицинских, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма, а также социальных функций трудоспособности больных и инвалидов: «Реабилитация»

26. Система педагогических и лечебных мероприятий направленных на преодоление или ослабление недостатков психического или физического развития :

«Коррекция»

27. Создание новых возможностей для развития социального потенциала ребенка, возможностей реализации его как личности в данном обществе:

«Абилитация»

28. Недостаточное удовлетворение потребности:

«Депривация»

29. До начала родовой деятельности, патогенные факторы воздействующие на ход развития, называются... «пренатальные»

30. В период родовой деятельности, воздействующие патогенные факторы, называются... «натальные»

31. После родов, воздействующие патогенные факторы, называются... «постнатальные»

32. Название наследственных факторов, приводящих к нарушениям в развитии... «эндогенные»

33. Название внешних патогенных факторов, приводящих к нарушениям в развитии... «экзогенные»

Задания с выбором одного правильного ответа из предложенных

34. Сколько типов нарушений психического развития выделяют в структуре дизонтогенеза:

а) 2

б) 3

в) 4;

г) 5

д) 6;

35. Что относится к биологическим факторам психического развития:

а) задатки способностей;

б) религия;

в) уровень развития науки;

г) половая принадлежность

д) расовая принадлежность

36. Большими возможностями компенсации обладают дети

а) дошкольного возраста;

б) младшего школьного возраста;

в) подростки;

г) люди любого возраста

37. Причиной умственной отсталости является:
- а) нарушение типа семейного воспитания,
 - б) органическое поражение головного мозга,
 - в) неадекватное обучение,
 - г) ослабленное соматическое здоровье
38. Вредоносные агенты, действующие в натальный период и повлекшие за собой нарушения в развитии, относятся к
- а) эндогенным;
 - б) экзогенным;
 - в) социальным причинам;
39. К категории лиц с дефицитарным развитием относятся:
- а) умственно отсталые дети;
 - б) с сенсорными нарушениями;
 - в) РДА;
 - г) девиантные дети
40. Этиопатогенез – это:
- а) нарушенный ход психического развития ребенка;
 - б) генетическое нарушение, повлекшее за собой аномальное развитие;
 - в) двигательное расстройство при ДЦП;
41. Структуру дизонтогенеза предложил:
- а) Выготский Л.С;
 - б) Певзнер М.С.;
 - в) Лебединский В.В.;
 - г) Лубовский В.И.
42. Психологический метод исследования, связанный со специальной организацией управляемых условий в целях проверки гипотезы о причинно-следственной связи, называется:
- а) эксперимент
 - б) беседа
 - в) наблюдение
 - г) анализ продуктов деятельности
43. Дизонтогенез - это:
- а) нарушение физического и психического развития
 - б) психическое заболевание
 - в) исследование соматического статуса ребенка
 - г) нормальное физическое и психическое развитие

44. Вид дизонтогенеза, для которого характерно раннее время поражение мозговых систем и тотальное их недоразвитие, называется:

- а) задержанное развитие
- б) психическое недоразвитие
- в) искаженное развитие
- г) поврежденное развитие

45. Вид дизонтогенеза, при котором наблюдается замедление темпа формирования познавательной и эмоционально-волевой сфер, называется:

- а) задержанное развитие
- б) психическое недоразвитие
- в) искаженное развитие
- г) поврежденное развитие

46. Ядерным признаком умственной отсталости является:

- а) нарушение хода физического развития,
- б) патология эмоционально-волевой сферы,
- в) нарушение познавательной деятельности,
- г) мозаичное поражение головного мозга
- д) нестойкое снижение познавательной деятельности

47. Сколько форм олигофрении выделено в классификации МКБ 10:

- а) 3;
- б) 4;
- в) 5;
- г) 6 д) 7

48. При умственной отсталости нервные процессы:

- а) временно инертны,
- б) подвижны,
- в) патологически инертны,
- г) уравновешены
- д) лабильны

49. Классификация олигофрении, данная М.С. Певзнер построена с учетом:

- а) клинических особенностей;
- б) этиопатогенеза;
- в) особенностей ВНД;
- г) дизонтогенеза

50. При умственной отсталости речь у детей может быть:

- а) вторично нарушена;
- б) первично нарушена,
- в) сохранна,
- г) вторично нарушена или являться сочетанным дефектом

51. Органическое поражение головного мозга до 3-х лет приводит к:
- а) деменции;
 - б) олигофрении;
 - в) ЗПР конституционального типа;
 - г) ЗПР соматогенного генеза
52. Классификация ЗПР на основе этиопатогенетического принципа была предложена
- а) Лубовским В.И.,
 - б) Ульенковой У.В.,
 - в) Лебединской К.С.
 - г) Лебединским В.В.
53. Форма задержки психического развития по классификации К.С.Лебединской, связанная с органическим поражением головного мозга, называется:
- а) соматогенная
 - б) церебрально-органическая
 - в) психогенная
 - г) конституциональная
54. Особая патология нервной системы, при которой затруднено формирование эмоциональных контактов ребенка с внешним миром и более всего – с человеком, называется:
- а) аутизм
 - б) шизофрения
 - в) эпилепсия
 - г) психопатия
55. Крайний вариант нормы характера, при котором отдельные черты характера чрезмерно усилены, называется:
- а) акцентуация
 - б) психопатия
 - в) шизофрения
 - г) аутизм
56. Заболевание головного мозга, при котором вследствие поражения двигательных систем мозга наблюдаются различные психомоторные нарушения, называется:
- а) детский церебральный паралич
 - б) афазия
 - в) олигофрения
 - г) эпилепсия

57. Особенность ЗПР от олигофрении выражается в:
- а) этиологии происхождения;
 - б) неравномерности нарушений психических функций;
 - в) недостаточности восприятия;
 - г) обратимостью нарушенных функций
58. Стойкие формы ЗПР связаны с
- а) мозаичным повреждением ЦНС;
 - б) диффузным поражением ЦНС;
 - в) органическим поражением ЦНС;
 - г) патогенной социальной средой
59. При деменции интеллектуальный дефект является
- а) приобретенным;
 - б) врожденным;
 - в) временным
 - г) не ярко выраженным
60. Причинами деменции являются:
- а) внутриутробные патологии,
 - б) постнатальные причины до 3-х лет,
 - в) экзогенные факторы,
 - г) Экзогенные факторы воздействующие после 3-х лет
61. На фоне текущей шизофрении возникает следующий вариант психического дизонтогенеза:
- а) психическое недоразвитие,
 - б) поврежденное развитие,
 - в) искаженное развитие,
 - г) дефицитарное развитие
62. Нарастающий спад интеллекта наблюдается при:
- а) ЗПР церебро-органического происхождения,
 - б) олигофрении;
 - в) при поврежденном психическом развитии;
 - г) РДА
63. Нарушение контакта, стремление к постоянству являются признаками
- а) имбецильности,
 - б) деменции,
 - в) РДА,
 - г) ДЦП

64. Стремление к постоянству, проявляемое в стереотипных характерно для
- а) умеренной умственной отсталости;
 - б) тяжелой умственной отсталости;
 - в) синдрома Каннера;
 - г) при наличии психопатий
65. Аутостимуляция характерна для:
- а) умственно отсталых детей;
 - б) детей с сенсорными нарушениями;
 - в) детей с искаженным психическим развитием;
66. У детей с тяжелыми нарушениями речи отмечается недоразвитие всей познавательной деятельности, какой характер в структуре дефекта оно носит
- а) первичный;
 - б) вторичный;
 - в) третичный;
67. Тяжелые нарушения речи приводят к:
- а) ОНР;
 - б) умственной отсталости;
 - в) раннему детскому аутизму;
 - г) Занканию
68. Тугоухие дети – это
- а) дети с частичной потерей слуха;
 - б) родившиеся с нарушенным слухом;
 - в) дети, потерявшие слух при уже сформированной речи;
 - г) дети с прогрессирующим снижением остроты слуха
69. При нарушениях слуха наблюдается
- а) два типа компенсации;
 - б) внутрисистемная компенсация;
 - в) межсистемная компенсация;
 - г) декомпенсация
70. Нарушение зрения относится к
- а) дисгармоничному развитию;
 - б) дефицитарному развитию;
 - в) искаженному развитию;
 - г) поврежденному развитию
71. Легкая степень умственной отсталости, называется:
- а) идиотия
 - б) дебильность
 - г) имбецильность

72. Форма умственной отсталости, для которой характерно более позднее неблагоприятное воздействие на мозг, когда большая часть мозговых систем уже сформирована, называется:

- а) деменция
- б) задержка психического развития
- в) олигофрения
- г) аутизм

73. Классификация форм ЗПР К.С.Лебединской построена на основании выделения:

- а) социально-педагогического прогноза ЗПР
- б) симптомов проявления ЗПР
- в) характера проявления дефекта при ЗПР
- г) психологических особенностей детей с ЗПР
- д) этиопатогенеза

74. К характеристике вторичного дефекта при раннем детском аутизме относят:

- а) сенсорная и эмоциональная гиперестезия
- б) аутизм
- в) константность
- г) аутостимуляторные действия

75. Синдром физической и психической отсталости, возникающий в первые годы жизни ребенка вследствие дефицита общения с близкими взрослыми, называется:

- а) задержка психического развития
- б) астения
- в) инфантилизм
- г) госпитализм

76. Вид дизонтогенеза, связанный с тяжелыми нарушениями отдельных анализаторных систем, называется:

- а) задержанное развитие
- б) психическое недоразвитие
- в) дефицитарное развитие
- г) поврежденное развитие

77. Форма умственной отсталости, для которой характерно раннее время поражения мозговых систем и их тотальное недоразвитие, называется:

- а) деменция
- б) задержка психического развития
- в) олигофрения
- г) шизофрения

78. Вид дизонтогенеза, связанный с более поздним неблагоприятным воздействием на мозг, когда большая часть мозговых систем уже сформирована, называется:

- а) задержанное развитие
- б) психическое недоразвитие
- в) искаженное развитие
- г) поврежденное развитие

79. В структуре дефекта при легких формах ЗПР на первый план выступают:

- а) отставание в эмоционально-волевой сфере и личностная незрелость
- б) отставание в познавательной деятельности со стойкой церебральной астенией
- в) сочетание отставания в эмоциональном и физическом развитии
- г) отставание в речевом и психомоторном развитии

80. Нарушение процесса формирования личности, проявляющееся дисгармонией ее свойств, преимущественно эмоционально-волевых и социальной дезадаптацией, при наличии достаточного уровня интеллектуального развития, называется:

- а) акцентуация
- б) психопатия
- в) шизофрения
- г) аутизм

81. Расстройство способности к осуществлению счетных операций:

- а) дисграфия
- б) дискалькулия
- в) диспраксия
- г) дислексия

82. Центральными называют нарушения связанные с:

- а) периферической локализацией нарушений
- б) корковой локализацией нарушений
- в) первичной патологией
- г) органической патологией

83. Реализация диагностического принципа «динамическое изучение психики аномального ребенка» предполагает:

- а) оценку уровня актуального развития ребенка
- б) оценку уровня потенциальных возможностей ребенка
- в) оценку уровня интеллекта (IQ)
- г) оценку уровня развития ребенка разными специалистами

84. Особенности психического развития, в той или иной степени характерные для разных форм дизонтогенеза, и отличающие их от нормального развития, называются:

- а) модально-неспецифические закономерности развития
- б) модально-специфические закономерности развития
- в) общим
- г) межсистемным

85. Тип воспитания, связанный с чрезмерным вниманием и контролем со стороны родителей, подавлением самостоятельности и инициативы ребенка, называется:

- а) гипоопека
- б) гиперопека
- в) безнадзорность
- г) гипопротекция

86. Совокупность сведений об особенностях развития ребенка на разных возрастных этапах, полученных от родителей с целью постановки и уточнения диагноза, называется:

- а) история болезни
- б) психологический анамнез
- в) психологическое заключение
- г) диагноз

87. Вид деятельности практического психолога, носящий рекомендательный характер и направленный на содействие клиенту в решении психологических проблем:

- а) психокоррекция
- б) психопрофилактика
- в) психоконсультирование
- г) психодиагностика

88. Основной критерий ВОЗ лежащей в основе РДА:

- а) нарушение способности к общению;
- б) отрыв от реальности;
- в) нарушение поведения;
- г) преобладание определенных интересов деятельности.

Вопросы с кратким ответом:

89. Сколько степеней умственной отсталости традиционно выделяли:(3)

90. Согласно МКБ 10, сколько степеней умственной отсталости выделяют:(4)

91. М.С. Певзнер выделила основных вариантов олигофрении (5).

92. Для олигофрении характерны 2 основных признака: (тотальность),

когда страдают все познавательные процессы, и (нерархичность), когда более сложные познавательные процессы нарушены в большей степени, чем простые.

93. Органическое поражение головного мозга до 3-х лет приводит к (олигофрении), а после 3-х лет – к (деменции)

94. Существуют следующие виды Задержки психического развития: конституционального, соматогенного, психогенного, (церебрально-органического) происхождения.

95. Нервно-психическое возбуждение, возникающее при травмирующих обстоятельствах – (Аффект)

96. Общее прогрессирующее и частично обратимое снижение психики это: (деградация)

97. Как называется психическое состояние, возникшее в результате таких жизненных ситуаций, которые затрудняют удовлетворение некоторых основных (жизненных) психических потребностей субъекта в достаточной мере и в течение длительного времени? ... (депривация)

98. Как называется краткое врачебное заключение о характере и сущности болезни?

(Диагноз)

99. Сбор медико-социальных сведений о развитии ребенка, называется: (Анамнез)

100. Сведения, получаемые о больном после окончания лечения. Периодический сбор информации о ходе обучения, трудовой жизни учащихся, находившихся под специальным наблюдением – (Катамнез)

101. Прекращение речевого общения с окружающими вследствие какой-либо психической травмы – (Мутизм)

102. Навязчивое повторение одних и тех же движений, образов, мыслей – (Персеверация)

103. Изучение причин и механизмов происхождения заболевания называется... (этиология)

104. Сохранение в организме и психике человека особенностей и черт характера, присущих более ранней детской стадии развития – (Инфантилизм)

105. Незавершенность отдельных этапов развития, при которой происходит смена более ранних форм развития более прогрессивными – (Ретардация)

106. Негибкость, неспособность корректировать программу деятельности в соответствии с требованиями ситуации – (Ригидность)

107. Группа двигательных нарушений, возникающая при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля со стороны ЦНС за функционированием мышц. (ДЦП)

108. Особый тип аномалии, проявляющийся в нарушении нормального темпа психического развития ребенка – (ЗПР)

109. Своеобразная кинетическая форма словесной речи. Движения рук обозначают буквы алфавита национального языка (дактильная)

110. Специалист-педагог, занимающийся исправлением речевых дефектов – (Логопед)

111. Нарушение звукопроизношения при сохранном слухе и сохранной иннервации органов речевого аппарата (дислалия)
112. Нарушение звукопроизношения и тембра голоса, обусловленные грубыми анатомо-физиологическими нарушениями (ринолалия)
113. Дословно, Церебральный это – (мозговой)
114. Дословно, Соматический это – (телесный)
115. Нарушения звукопроизношения и просодической стороны речи, вследствие недостаточности иннервации органов речевого аппарата (дизартрия)
116. Отсутствие или недоразвитие речи вследствие поражения речевых зон коры головного мозга в раннем онтогенезе (алалия)
117. Полная или частичная утрата речи, вследствие поражения речевых зон коры головного мозга в позднем онтогенезе (афазия)
118. Патологически замедленный темп речи (Брадилалия)
119. Патологически убыстренный темп речи (Тахилалия)

Вопросы с выбором нескольких правильных ответов:

120. Характеристика интеллектуального дефекта при олигофрении включает:
 - а) тотальность дефекта
 - б) прогрессивность дефекта
 - в) непрогрессивность дефекта
 - г) обратимость дефекта
 - д) мозаичность дефекта
 - е) органическое происхождение дефекта
 - ж) необратимость
121. Причины возникновения прогрессирующей органической деменции включают:
 - а) шизофрения
 - б) нейроинфекция
 - в) депривация
 - г) черепно-мозговая травма
122. В состав ПМПК входят следующие Специалисты:
 - а) психолог
 - в) врачи
 - г) логопед
 - д) юрист
 - е) олигофренопедагог
 - ж) учитель труда
 - з) члены родительского комитета

Список используемой литературы.

1. Алёхин, А.Н. Психические заболевания в практике психолога [Текст]: учеб. пособие для вузов / А.Н. Алёхин. - М. : Издательство Юрайт, 2016. - 119 с. - (Бакалавр. Академический курс). - ISBN 978-5-9916-7580-2.
2. Анатомия центральной нервной системы. [Текст] Хрестоматия. Учебное пособие для студентов. Авторы составители: Т.Е. Россолимо, Л.Б. Рыбалов, И.А. Москвина-Тарханова, Изд-во МПСИ, МОДЭК, 2009.
3. Антропова, Л.К. Физиология высшей нервной деятельности и сенсорных систем: учебное пособие / Л.К. Антропова. - Новосибирск : НГТУ, 2011. - 70 с. - ISBN 978-5-7782-1588-7 ; То же [Электронный ресурс]. - URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=228936>
4. Бехтерева, Н.П. Нерофизиологическая организация психической деятельности человека [Текст] // Нейрофизиологические механизмы психической деятельности человека/ Н.П. Бехтерева, П.В. Бундзен. – Л.: Наука, 1974. – С. 42.
5. Бехтерева, Н.П. Нейрофизиологические основы мышления [Текст]/ Н.П. Бехтерева, Ю.П. Гоголицин, Ю.Д. Кропотов, С.В. Медведев. – Л.: Наука, 1985. – 402с.
6. Богданова, Т.Г. Сурдопсихология [Текст]/ Т.Г. Богданова. - М., 2002.
7. Белопольской Н.Л. «Детская патопсихология» хрестоматия[Текст]: уч.пос./ Н.Л. Белопольской. - М.центр, 2004.
8. Блейхер, В.М. Клиническая патопсихология [Текст]: Рук.для врачей и клинич.психологов Учеб.-метод.пособие./ В.М. Блейхер - М. : Моск.псих.-соц.ин-т; Воронеж: МОДЭК, 2002. - 510с.
9. Венгер, А.Л. Психологическое консультирование и диагностика [Текст]: Практическое руководство: Часть 2./ А.Л. Венгер.- М.: Генезис , 2007 - 4-е изд. - 128 стр. - часть 2
- 10.Воропаева, С.В. Основы общей психопатологии: учебное пособие / С.В. Воропаева; Министерство образования и науки Российской Федерации федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский педагогический государственный университет». - М. : МПГУ, 2012. - 160 с. - ISBN 978-5-7042-2369-6 ; То же [Электронный ресурс]. - URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=211713>
- 11.Выготский, Л.С. История развития высших психических функций [Текст]/ Л.С. Выготский // Собр. Соч.: В 6 т. – Т.3. – М.: Педагогика, 1983. — С. 5-328.
- 12.Выготский, Л.С. Основы дефектологии [Текст]/ Л.С. Выготский. - СПб. : Лань, 2003. - 656 с
- 13.Глухов, В.П. Специальная педагогика и специальная психология : учебник для академического бакалавриата [Текст]/ В.П. Глухов. - 2-е

- изд., испр. и доп. - М. : Издательство Юрайт, 2016. - 264 с. - (Бакалавр. Академический курс). - ISBN 978-5-9916-8237-4.
14. Детская патопсихология [Текст]: хрестоматия / Сост. Н.Л. Белопольская. - 3.изд., стер. - М. :Когито-Центр, 2004. - 349с.
 15. Дубровинская, Н.В. Психофизиология ребенка: Психофизиологические основы детской валеологии [Текст]: Учеб. Пособие/ Н.В. Дубровинская, Д.А. Фарбер, М.М. Безруких. – М.: ВЛАДОС, 2000. – 144 с.
 16. Егоров, А.Ю. «Психопатология детского возраста» [Текст]: хрестоматия: уч.пособие для вузов/ А.Ю. Егоров. - С.-Пб, 2004.
 17. Зейгарник, Б.В. Психология личности [Текст]: норма и патология. Избранные психологические труды / Б.В. Зейгарник,. - 4-е изд., стер. - М. : Воронеж, 2007. - 416 с. - (Психологи России). - ISBN 978-5-9770-0214-1 : 123-20.
 18. Зейгарник, Б.В. Патопсихология: учебник для бакалавров [Текст]/ Б.В. Зейгарник. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Изд-во Юрайт, 2012. - 367 с.
 19. Зейгарник, Б.В. Патопсихология [Текст]: учебник для академического бакалавриата / Б. В. Зейгарник. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Юрайт, 2016. - 367 с. - (Бакалавр. Академический курс). - ISBN 978-5-9916-6959-7.
 20. Ильин, Е.П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины [Текст]/Е.П. Ильин. – СПб.: Питер, 2003. – 544 с.
 21. Ильин, Е.П. Эмоции и чувства [Текст]/ Е.П. Ильин. – СПб.: Питер, 2001. – 752 с.
 22. Исаев, Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство. [Текст]/ Д.Н. Исаев. - СПб., 2003.
 23. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра[Текст]/ Под. ред. Симашковой Н.В., Ключник Т.П. . - ГЭОТАР-Медиа, 2016
 24. Коган, Б.М. Анатомия, физиология и патология сенсорных систем [Текст]: учебное пособие / Б.М. Коган, К.В. Машилов. - М. : Аспект Пресс, 2011. - 384 с. - ISBN 978-5-7567-0560-7 ; То же [Электронный ресурс]. - URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=104541>
 25. Колесник, Н.Т. Клиническая психология [Текст]: учебник для академического бакалавриата / Н.Т. Колесник, Е.А. Орлова, Г.И. Ефремова ; под ред. Г.И. Ефремову. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : Издательство Юрайт, 2016. - 359 с. - (Бакалавр. Академический курс). - ISBN 978-5-9916-5522-4.
 26. Комплексное сопровождение детей дошкольного возраста [Текст]/ Под ред. Л.М. Шипицыной. - СПб., 2003.
 27. Кузнецова, Л.В. Основы специальной психологии [Текст]/ Л.В. Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И. Солнцева. - М.: Издательский центр «Академия». - 480 с., 2003

- 28.Кубарко, А.И. Нормальная физиология [Текст]. Учебник. В 2 частях / А.И. Кубарко, В.А. Переверзев, А.А. Семенович ; под ред. А.И. Кубарко. - Минск : Вышэйшая школа, 2013. - Ч. 1. - 544 с. - ISBN 978-985-06-2340-9 ;
- 29.Кулганов, В.А. Прикладная клиническая психология [Текст]: учебное пособие / В.А. Кулганов, В.Г. Белов, Ю.А. Парфенов. - СПб : Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, 2012. - 444 с. : ил. - Библиогр. в кн. - ISBN 978-5-98238-038-8 ; То же [Электронный ресурс]. - URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=277334>
- 30.Левченко, И.Ю. Патопсихология[Текст]: Учеб.пособие./ И.Ю. Левченко. - М.: Academia, 2000. - 230с.
- 31.Леутин, В.П. Функциональная асимметрия мозга: мифы и действительность [Текст] / В.П. Леутин, Е.И. Николаева. – СПб.: Речь, 2008. - 368 с
- 32.Лурия, А.Р. Основы нейропсихологии[Текст]: учебное пособие / А.Р. Лурия. - М.: Академия, 2006. - 384 с.
- 33.Мамайчук, И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии [Текст]/ И.И. Мамайчук. - СПб., 2003.
- 34.Марилов, В.В. Общая психопатология [Текст]: учеб. пособие для студ. вузов / В. В. Марилов.- 3-еизд., стер. -М. : Академия, 2008. - 224 с.
- 35.Московкина, А.Г. Ребенок с ограниченными возможностями здоровья в семье [Текст]: учебное пособие / А.Г. Московкина; Министерство образования и науки Российской Федерации, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский педагогический государственный университет»; под ред. В.И. Селиверстов. - М. : МПГУ, 2014. - 252 с. - Библиогр. в кн. - ISBN 978-5-4263-0153-5 ; То же [Электронный ресурс]. - URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=2750303>.
- 36.Московкина, А.Г. Клиника интеллектуальных нарушений [Текст]: учебное пособие / А.Г. Московкина, Т.М. Уманская. - М. : Прометей, 2013. - 246 с. - ISBN 978-5-7042-2472-3 ; То же [Электронный ресурс]. - URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=240491>
- 37.Николаева, Е. И. Психофизиология [Текст]/ Е.И. Николаева/ Уч. для вузов. 2-е изд. – М.: Пер СЕ, 2008. – 544с.
- 38.Никольская, О.С. Аффективная сфера как система смыслов, организующих сознание и поведение [Текст]/ О.С. Никольская. - М.: МПГУ, 2008.
- 39.Никольская, О.С. Аффективная сфера человека: взгляд сквозь призму детского аутизма [Текст]/ О.С. Никольская. - М.: Центр лечебной педагогики, 2000. – 272 с.

40. Орлова, Е.А. Клиническая психология [Текст] : учебник для бакалавров / Е. А. Орлова, Н. Т. Колесник ; под ред. Г.И. Ефремова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Юрайт, 2013. - 364 с. - . - Серия : Бакалавр. Базовый курс.
41. Орлова, Е.А. Патопсихология [Текст]: учебник для бакалавров / Е. А. Орлова, Р.В. Козьяков, Н.С. Козьякова. - М. : Юрайт, 2012. - 235 с. - Серия : Бакалавр. Базовый курс.
42. Орлова, Е.А. Патопсихология [Текст]: учебник и практикум для прикладного бакалавриата / Е.А. Орлова, Р.В. Козьяков, Н.В. Рышлякова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : Издательство Юрайт, 2016. — 361 с. - (Бакалавр. Прикладной курс). - ISBN 978-5-9916-7108-8.
43. Основы нейропсихологии [Текст]: учебно-методический комплекс / сост. Р.В. Козьяков. – М. : Директ-Медиа, 2014. – 163 с. – ISBN 978-5-4458-3466-3.
44. Основы специальной психологии [Текст]/Под ред. Л.В. Кузнецовой.- Академия, 2009
45. Психология детей с задержкой психического развития [Текст]. Хрестоматия / Сост. О.В. Защирина. - СПб., 2003.
46. Психолого-педагогическая диагностика развития детей с ОВЗ [Текст]/ Под ред Левченко И.Ю., Забрамной С.Д.-М: Академия, 2011
47. Руководство по работе с детьми с умственной отсталостью [Текст]/ Под ред. М. Пишчек. СПб., 2006.
48. Семаго, Н.Я. Технология определения образовательного маршрута для ребенка с ОВЗ [Текст]/ Н.Я. Семаго. - М: Школьная книга, 2010
49. Семаго, Н.Я. Типология отклоняющегося развития: Модель анализа и ее использование в практической деятельности [Текст]/ Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. - М.: Генезис , 2011 - 400 с.
50. Семаго, М.М. Типология отклоняющегося развития. Книга 2: Недостаточное развитие [Текст]/ М.М. Семаго, О.Ю. Чиркова, Н.Я. Семаго. - М.: Генезис , 2011 - с. 288
51. Слепович, Е.С. Специальная психология [Текст]: учебное пособие / Е.С. Слепович, Т.И. Гаврилко ; под ред. Е.С. Слепович, А.М. Поляков. - Минск: Вышэйшая школа, 2012. - 512 с. - ISBN 978-985-06-2186-3 ; То же [Электронный ресурс]. - URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=144372>
52. Смирнов, В.М. Физиология центральной нервной системы [Текст]: учебное пособие для студентов вузов / В.М. Смирнов. - М.: Академия, 2006. - 368 с.
53. Соловьева, Л.Г. Логопедия [Текст]: учебник и практикум для прикладного бакалавриата / Л.Г. Соловьева, Г.Н. Градова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Издательство Юрайт, 2016. - 208 с. - (Бакалавр. Прикладной курс). - ISBN 978-5-9916-8553-5.
54. Специальная психология [Текст]/ Под ред. В.И. Лубовского. - М., 2003.
55. Специальная психология [Текст]: учебник для академического бакалавриата / В.М. Сорокин [и др.]; под ред. Л. М. Шипицыной. - М. :

- Издательство Юрайт, 2016. - 287 с. - (Бакалавр. Академический курс). - ISBN 978-5-9916-6802-6.
56. Специальная психология в 2 т. Том 1 [Текст]: учебник для бакалавриата и магистратуры / Т. А. Басилова [и др.]; отв. ред. В. И. Лубовский. - 7-е изд., перераб. и доп. - М. : Издательство Юрайт, 2016. - 428 с. - (Бакалавр и магистр. Академический курс). - ISBN 978-5-9916-7286-3.
57. Специальная психология в 2 т. Том 2 [Текст]: учебник для бакалавриата и магистратуры / Т. А. Басилова [и др.] ; отв. ред. В. И. Лубовский. - 7-е изд., перераб. и доп. - М. : Издательство Юрайт, 2016. - 274 с. - (Бакалавр и магистр. Академический курс). - ISBN 978-5-9916-7288-7.
58. Специальная педагогика и специальная психология: современные методологические подходы [Текст] / Под ред. Назаровой Н.М., Богдановой Т.Г. - М.: МГПУ, 2013
59. Столяренко, А.М. Физиология высшей нервной деятельности для психологов и педагогов [Текст]: учебник / А.М. Столяренко. - М.: Юнити-Дана, 2012. - 465 с. - ISBN 978-5-238-01540-8.
60. Усанова, О.Н. Специальная психология [Текст] / О.Н. Усанова. - СПб., 2006.
61. Хомская, Е.Д. Нейропсихология [Текст] / Е.Д. Хомская. - СПб.: Питер, 2006. - 496 с.
62. Шефер, Н.А. Социальное развитие детей 5-6 лет с ОНР [Текст] / Н.А. Шефер. - М.: Сфера - 2013. - 64 с.
63. Шипицына, Л.М. Анатомия, физиология и патология органов слуха, речи и зрения [Текст]: учебник для студ. вузов, обуч. по специальностям спец. педагогики и спец. психологии / Шипицына Л.М., Вартамян И.А. - М., 2012.
64. Шипицына, Л.М. Психология детей с нарушениями интеллектуального развития [Текст] / Л.М. Шипицына. - М.: Академия, 2011
65. Шипицына, Л.М. Детский церебральный паралич [Текст] / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. - СПб., М., 2001.
66. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция [Текст] / Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. - М.: МГУ, 1990. - 197 с.
67. Albrecht, B. Response inhibition deficits in externalizing child psychiatric disorders: an ERP-study with the Stop-task [Text] / B. Albrecht, T. Banaschewski, D. Brandeis et al. // Behav. Brain Funct. 2005.- Vol. 9, - N 1. - P. 22-27.
68. Blair, R.J.R. Neurocognitive models of aggression, the antisocial personality disorders, and psychopathy [Text] / R.J.R. Blair // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 2001. - Vol. 71.- P. 727-731.
69. Castellanos, F.X. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder

- [Text]/ F.X. Castellanos, P.P. Lee, W. Sharp et al. // JAMA. 2002. Vol. 288, N 14. P. 1740–1748.
70. Carver, C.S. Serotonergic function, twomode models of self-regulation, and vulnerability to depression: what depression has in common with impulsive aggression [Text]/ C.S. Carver, S.L. Johnson, J. Joormann // Psychol. Bull. 2008. - Vol. 134,- N 6. - P. 912–943.
 71. Critchley, H.D. Human cingulate cortex and autonomic control: converging neuroimaging and clinical evidence [Text]/ H.D. Critchley, C.J. Mathias, O. Josephs et al. // Brain. 2003. Vol. 126. P. 2139–2152.
 72. Crowley, T.J. Risky decisions and their consequences: neural processing by boys with antisocial substance disorder [Text]/ T.J. Crowley, M.S. Dalwani, S.K. Mikulich-Gilbertson et al. // PLoS One. 2010. - Vol. 22, - N 5.
 73. Decety, J. Atypical empathic responses in adolescents with aggressive conduct disorder: a functional MRI investigation [Text]/ J. Decety, K.J. Michalska, Y. Akitsuki, B.B. Lahey // Biol. Psychol. 2009. - Vol. 80, - N 2. - P. 203–211.
 74. Durcharme, S. Right anterior cingulate cortical thickness and bilateral striatal volume correlate with child behavior checklist aggressive behavior scores in healthy children [Text]/ S. Durcharme, J.J. Hudziak, K.N. Botteron et al. // Biol. Psychiatry. 2011. - Vol. 70, - N 3. - P. 283–290.
 75. Essau, C.A. Callous-unemotional traits in a community sample of adolescents [Text]/ C.A. Essau, S. Sasagawa, P.J. Frick // Assessment. 2006. - Vol. 13, - N 4. - P. 454–469.
 76. Fairchild, G. Brain structure abnormalities in early-onset and adolescentonset conduct disorder [Text]/ G. Fairchild, L. Passamonti, G. Hurford et al. // Am. J. Psychiatry. 2011. - Vol. 168, - N 6. - P. 624–633.
 77. Finger, E.C. Disrupted reinforcement signaling in the orbitofrontal cortex and caudate in youths with conduct disorder or oppositional defiant disorder and a high level of psychopathic traits [Text]/ E.C. Finger, A.A. Marsh, K.S. Blair et al. // Am. J. Psychiatry. 2011. Vol. 168, N 2. P. 152–162.
 78. Halperin, J.M. Familial correlates of central serotonin function in children with disruptive behavior disorders [Text]/ J.M. Halperin, K.P. Schulz, K.E. McKay et al. // Psychiatr. Res. 2003. - Vol. 119. - P. 205–216.
 79. Heinzen, H. Psychopathy, intelligence and conviction history [Text]/ H. Heinzen, D. Koehler, N. Godt et al. // Int. J. Law Psychiatry. 2011. - Vol. 34, - N 5. - P. 336–340.
 80. Hill, D.E. Magnetic resonance imaging correlates of attention-deficit/hyperactivity disorder in children [Text]/ D.E. Hill, R.A. Yeo, R.A. Campbell et al. // Neuropsychology. 2003. - Vol. 17, -N 3. - P. 496-506.
 81. Morgan A.B. A meta-analytic review of the relation between antisocial behavior and neuropsychological measures of executive function [Text]/ A.B. Morgan, S.O. Lilienfeld // Clin. Psychol. Rev. 2000. - Vol. 20, - N 1. - P. 113-136.

82. Nigg, J. Genotype and neuropsychological response inhibition as resilience promoters for ADHD, ODD, and CD under conditions of psychosocial adversity [Text]/ J. Nigg, M. Nikolas, K. Friderici et al. // Dev. Psychopathol. 2007. - Vol. 1, - N 3. - P. 767-786.
83. Passamonti, L. Neural abnormalities in early-onset and adolescence-onset conduct disorder [Text]/ L. Passamonti, G. Fairchild, I.M. Goodyer et al. // Arch. Gen. Psychiatry. 2010. - Vol. 67, - N 7. - P. 729-738.
84. Richell, R.A. Theory of mind and psychopathy: can psychopathic individuals read the 'language of the eyes'? [Text]/ R.A. Richell, D.G.V. Mitchell, C. Newman et al. // Neuropsychologia. 2003. - Vol. 41. - P. 523-526.
85. Sonuga-Barke, E.J. Dopamine and serotonin transporter genotypes moderate sensitivity to maternal expressed emotion: the case of conduct and emotional problems in attention deficit/hyperactivity disorder [Text]/ E.J. Sonuga-Barke, R.D. Oades, L. Psychogiou et al. // J. Child Psychol. Psychiatry. 2009. - Vol. 50, - N 9. - P. 1052-1063.
86. Wing, L. (ed) Early Childhood Autism. [Text]/ L. Wing/ 2 ed. Oxford, Pergamon Press, 1976, 342 p.

Содержание

Специальная психология как наука. Задачи специальной психологии.....	3
Современные представления о нормальном и отклоняющемся развитии....	4
Факторы, способствующие нарушению нормального развития.....	5
Виды отклоняющегося развития (дизонтогении).....	7
Понятие о первичном и вторичном дефектах развития (по Л.С. Выготскому).....	8
Психическое развитие при дизонтогениях по типу ретардации.....	9
Психическое развитие при дизонтогениях дефицитарного типа.....	15
Отклонения по типу асинхронии с преобладанием эмоционально-волевых нарушений.....	31
Психология детей со сложными нарушениями развития.....	38
Компенсация нарушений в развитии.....	40
Проблема социальной адаптации и интеграции ребёнка с ограниченными возможностями здоровья в общество.....	43
Специальная психологическая помощь в образовании.....	44
Тестовый контроль.....	58
Список используемой литературы.....	74