

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС**

по дисциплине

**Специальная психология**

для студентов заочной, очно-заочной форм обучения бакалавриата

по направлению «Психология» 37.03.01.

Нижний Новгород

2019

УДК 159.922  
ББК 88.4

Барсуков А.В., Дунаева Н.И., Шуткина Ж.А. **Специальная психология**: учебно-методическое пособие. – Нижний Новгород: Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского, 2019. – 76 с.

**Рецензент:** доктор психологических наук, доцент, заведующий лабораторией психофизиологии, профессор кафедры истории, философии, педагогики и психологии ННГАСУ Дрягалова Елена Александровна.

В настоящем пособии изложена программа учебной дисциплины «Специальная психология». Программа составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВПО, на основе ОПОП ВО ННГУ по специальности 37.03.01 «Психология».

В пособии изложена рабочая программа, в которой представлены цели и задачи дисциплины, ее место в структуре основной образовательной программы (ОПОП), компетенции студентов, формируемые в ходе освоения дисциплины, структура и содержание дисциплины; образовательные технологии; оценочные средства текущего контроля успеваемости; учебно-методическое; информационное и материально-техническое обеспечение дисциплины.

Учебно-методическое пособие предназначено для студентов, обучающихся по специальности 37.03.01 «Психология».

Ответственный за выпуск:  
председатель методической комиссии факультета социальных наук ННГУ,  
кандидат социологических наук, И.Э. Петрова

УДК 159.922  
ББК 88.4

© Нижегородский государственный  
университет им. Н.И. Лобачевского, 2019  
© Барсуков А.В., Дунаева Н.И., Шуткина Ж.А., 2019

## СОДЕРЖАНИЕ

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ .....	4
2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП.....	4
3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ» .....	5
4. ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ «СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ» .....	7
4.1. Структура и содержание дисциплины (модуля) Форма промежуточной аттестации – экзамен.....	7
4.2. Содержание курса .....	9
5. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ПРАКТИЧЕСКИМ (СЕМИНАРСКИМ) ЗАНЯТИЯМ.....	12
6. МАТЕРИАЛЫ, УСТАНОВЛИВАЮЩИЕ СОДЕРЖАНИЕ И ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНЫХ И ИТОГОВЫХ АТТЕСТАЦИЙ.....	18
6.1. Тематика рефератов .....	18
6.2. Вопросы для подготовки к экзамену по «специальной психологии» .....	19
6.3. Тестовый контроль знаний.....	20
6.4. Задания по вариантам: 1 и 2 варианты.....	26
7. СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ КУРСА .....	30
8. СПИСОК ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И МУЛЬМЕДИЙНЫХ И ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСОВ .....	45
ПРИЛОЖЕНИЕ .....	56
МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ ДЛЯ СТУДЕНТОВ.....	71
Рекомендации по написанию эссе, доклада, реферата.....	72
Рекомендации по самостоятельному изучению литературы по социальной психологии при подготовке к лекциям, семинарам, практическим занятиям и выполнении СРС. ....	73
Рекомендации по подготовке к выступлению перед аудиторией.....	74

## 1. Цели освоения дисциплины

**Учебная дисциплина «Специальная психология» является обязательным компонентом в подготовке дипломированных специалистов по гуманитарным направлениям.** Знаниям психологических особенностей детей с различными отклонениями в развитии, как в отечественной, так и в зарубежной психологии всегда придавалось большое значение. Во всем мире растет число детей, нуждающихся в специальной помощи со стороны медиков, психологов, педагогов и социальных работников.

Предполагается, что студенты, прошедшие данный курс получают базовые сведения о сущности феноменов отклоняющегося развития, механизмах их формирования и общих закономерностях дизонтогенеза. Представление о природе нарушенного развития как такового дает возможность раскрыть предметное содержание данной науки.

Изучение курса «Специальной психологии» предшествует знакомству с такими ее частными разделами, как психология лиц с нарушением зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, умственной отсталостью и др. Это позволяет увидеть в различных вариантах нарушений психического развития не только специфические особенности, но и общие закономерности, а также прогнозировать неразрывную связь единого целого, каковым является специальная психология.

**Целью** учебного курса «Специальная психология» является теоретическая и практическая подготовка студентов в объеме, необходимом для понимания особенностей проявления и закономерностях психического и личностного развития детей с особыми образовательными потребностями

Достижение поставленной цели предполагает решение следующих задач:

- проанализировать и усвоить систему теоретических знаний о предмете «специальная психология», ее месте в системе наук, об общенаучных принципах;
- изучить основные направления специальной психологии;
- изучить основные проблемы диагностики психических нарушений, ее основных принципов и диагностических комплексах;
- проанализировать и усвоить основные психологические исследования познавательной, эмоционально-волевой и личностной сферы детей с особыми образовательными потребностями.

## 2. Место дисциплины в структуре ООП

Учебная дисциплина «Специальная психология» входит в профессиональный цикл Б.3, его базовую (общепрофессиональную) часть. Изучение учебной дисциплины осуществляется на 4 курсе в 8 семестре.

Для успешного усвоения дисциплины необходимы знания по «общей психологии», «дифференциальной психологии», «возрастной психологии», «коррекционной психологии» и др.

Освоение дисциплины «Специальная психология» необходимо для изучения следующих курсов: психология развития и возрастная психология, основы патопсихологии, клиническая психология, психология отклоняющегося поведения, и др.

### **3. Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения дисциплины «Специальная психология»**

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих компетенций (ОК-1, ОК-2, ОК-3, ПК-5, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-19):

Способность и готовность к:

- пониманию значения гуманистических ценностей для сохранения и развития современной цивилизации; совершению и развитию общества на принципах гуманизма, свободы и демократии (ОК-1);
- пониманию современных концепций картины мира на основе сформированного мировоззрения, овладения достижениями естественных и общественных наук, культурологии (ОК-2);
- владению культурой научного мышления, обобщением, анализом и синтезом фактов и теоретических положений (ОК-3);
- выявлению специфики психического функционирования человека с учётом особенностей возрастных этапов, кризисов развития и факторов риска, (ПК-5).
- прогнозированию изменений и динамики уровня развития и функционирования познавательной и мотивационно-волевой сферы, самосознания, психомоторики, способностей характера, темперамента, функциональных состояний, личностных черт и акцентуаций в норме и при психических отклонениях (ПК-7).
- применению знаний по психологии как науки о психологических феноменах, категориях и методах изучения и описания закономерностей функционирования и развития психики (ПК-9);
- пониманию и постановке профессиональных задач в области научно-исследовательской и практической деятельности (ПК-10);
- участию в проведении психологических исследований на основе применения общепрофессиональных знаний и умений в различных научных и научно-практических областях психологии (ПК-11);
- проведению стандартного прикладного исследования в определённой области психологии (ПК-12);
- самообразованию на протяжении всей профессиональной жизни (ПК-19).

В результате освоения дисциплины студент должен:

**знать:**

- закономерности нормального и аномального развития детей;
- причины детских аномалий и нарушений развития;
- закономерности развития детей с отклонениями в развитии;
- особенности психического развития детей при дизонтогенезах дефицитарного типа;
- особенности психического развития детей со сложными нарушениями развития.
- особенности психического развития детей при асинхрониях с преобладанием расстройств эмоционально-волевой сферы и поведения
- сведения о прикладном значении специальной психологии;
- зарубежных и отечественных основоположников специальной психологии;
- историю становления специальной психологии как науки;
- классификации нарушений;

- направления специальной психологии;
- прикладное значение специальной психологии;
- сущность понятия «психика животных»;
- традиционные и современные направления развития специальной психологии.

**уметь:**

- выделять и анализировать проблемы диагностики психических нарушений;
- определять пути профилактики и реабилитации психических отклонений в развитии ребенка и их поиску в микросоциальном окружении.
- применять знания по специальной психологии для объяснения закономерностей психического и личностного развития детей, имеющих различные отклонения.
- обосновывать практическую значимость материала по специальной психологии в практической деятельности психолога;

**владеть:**

- теоретической информацией об основных направлениях современной специальной психологии и перспективах развития;
- об истории развития специальной психологии;
- о месте специальной психологии в системе психологических дисциплин;
- представлениями о методологических проблемах современной специальной психологии;
- пониманием необходимости учета особенностей развития психики детей в онтогенезе;
- методами исследования и анализом психического и личностного развития детей, имеющих особые образовательные потребности;
- теоретической информацией для создания блока психолого-диагностических методов для экспресс-диагностики;
- необходимым диагностическим инструментарием для выявления психических и личностных нарушений детей;
- теоретико-методологическим основанием построения системы коррекционной работы.

## 4. ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ «СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

### 4.1. Структура и содержание дисциплины (модуля) Форма промежуточной аттестации – экзамен

Объем дисциплины (модуля) составляет 5 зачетных единиц, всего 180 часов, из которых

*Очная форма обучения:* 30 часов составляет контактная работа обучающегося с преподавателем (14 часов занятия лекционного типа, 14 часов занятия семинарского типа, в том числе 2 часа – мероприятия текущего контроля успеваемости, 2 часа - мероприятия промежуточной аттестации), 114 часов составляет самостоятельная работа обучающегося, 36 часов отводится на подготовку к промежуточной аттестации.

Наименование и краткое содержание разделов и тем дисциплины	Всего часов	в том числе			Самостоятельная работа обучающегося, часы
		Контактная работа (работа во взаимодействии с преподавателем), часы из них			
		Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа	Всего	
<b>Раздел 1. Общие вопросы специальной психологии</b>					
1.1. Предмет и задачи специальной психологии. История становления специальной психологии в России	12	2	0	2	10
1.2. Проблема нормального и аномального развития детей. Причины детских аномалий и нарушений развития	12	2	0	2	10
<b>Раздел 2 Дети с нарушениями интеллектуального развития</b>					
2.1. Психическое недоразвитие. Умственно отсталые дети.	13	2	1	3	10
2.2. Психология детей со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии (с задержкой психического развития).	13	2	1	3	10
<b>Раздел 3 Психическое развитие при дизонтогенезах дефицитарного типа</b>					
3.1. Психология лиц с нарушениями слуха (сурдопсихология).	12	1	1	2	10
3.2. Психология лиц с нарушением зрения (тифлопсихология).	12	1	1	2	10
3.3. Психология детей с нарушениями речи (логопсихология).	14	0	2	2	12
3.4. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.	13	1	2	3	10
<b>Раздел 4 Психическое развитие при асинхрониях с преобладанием расстройств эмоционально-волевой сферы и поведения</b>					
4.1. Психология детей с синдромом раннего детского аутизма.	13	1	2	3	10
4.2. Психология детей с дисгармоническим складом личности.	15	1	2	3	12
<b>Раздел 5 Методы диагностики и коррекции при разных вариантах дизонтогенеза</b>					
5.1. Методы профилактической и коррекционной работы с детьми с особыми образовательными потребностями	13	1	2	3	10

*Очно-заочная форма обучения:* 16 часов составляет контактная работа обучающегося с преподавателем (7 часов занятия лекционного типа, 7 часов занятия семинарского типа, в том числе 2 часа – мероприятия текущего контроля успеваемости, 2 часа - мероприятия промежуточной аттестации), 126 часов составляет самостоятельная работа обучающегося, 36 часов отводится на подготовку к промежуточной аттестации.

Наименование и краткое содержание разделов и тем дисциплины	Всего часов	в том числе			Самостоятельная работа обучающегося, часы
		Контактная работа (работа во взаимодействии с преподавателем), часы из них			
		Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа	Всего	
<b>Раздел 1. Общие вопросы специальной психологии</b>					
1.1. Предмет и задачи специальной психологии. История становления специальной психологии в России	12	1	0	1	11
1.2. Проблема нормального и аномального развития детей. Причины детских аномалий и нарушений развития	12	1	0	1	11
<b>Раздел 2 Дети с нарушениями интеллектуального развития</b>					
2.1. Психическое недоразвитие. Умственно отсталые дети.	13	1	1	2	11
2.2. Психология детей со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии (с задержкой психического развития).	13	1	0	1	12
<b>Раздел 3 Психическое развитие при дизонтогенезах дефицитарного типа</b>					
3.1. Психология лиц с нарушениями слуха (сурдопсихология).	12	1	0	1	11
3.2. Психология лиц с нарушением зрения (тифлопсихология).	12	0	1	1	11
3.3. Психология детей с нарушениями речи (логопсихология).	14	0	1	1	13
3.4. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.	13	1	1	2	11
<b>Раздел 4 Психическое развитие при асинхрониях с преобладанием расстройств эмоционально-волевой сферы и поведения</b>					
4.1. Психология детей с синдромом раннего детского аутизма.	13	0	1	1	12
4.2. Психология детей с дисгармоническим складом личности.	15	1	1	2	13
<b>Раздел 5 Методы диагностики и коррекции при разных вариантах дизонтогенеза</b>					
5.1. Методы профилактической и коррекционной работы с детьми с особыми образовательными потребностями	13	0	1	1	12

Форма контроля знаний – экзамен



## **Блочная и модульная структура дисциплины**

Теоретический, практический и контролирующие блоки – взаимосвязаны и находятся в тематическом единстве. Поэтому эти три блока образуют 3 модуля.

Модуль 1. Основы специальной психологии.

Модуль 2. Биологические (первичные) нарушения и психологические (вторичные) нарушения.

Модуль 3. Психологическая диагностика. Методы профилактики и коррекции вторичных отклонений в психическом развитии детей со специальными образовательными потребностями.

## **4.2. СОДЕРЖАНИЕ КУРСА**

### **Раздел 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ.**

#### **1.1. Специальная психология как наука.**

Специальная психология как самостоятельная отрасль науки и практики. Основные направления специальной психологии. Особенности современной образовательной ситуации в России. Статистические данные о распространенности заболеваний, влияющих на психические расстройства.

Современные представления о нормальном и отклоняющемся развитии. Факторы психического развития человека. Виды и общие закономерности отклоняющегося развития. Отрасли дефектологии, ее предмет, задачи, понятие «аномальный ребенок». Проблема «норма-аномалия» как междисциплинарная проблема, возрастная и индивидуальная норма развития.

#### **1.2. Проблема нормального и аномального развития детей. Причины детских аномалий и нарушений развития**

Классификация вариантов дизонтогенеза, структура аномального развития, взаимодействие первичного и вторичного дефектов. Факторы возникновения первичного и вторичного дефекта (экзогенно-органический фактор), пренатальные причины, натальные причины, постнатальные причины. Законы аномального развития, характеристика контингента учащихся специальных образовательных учреждений

### **Раздел 2. ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ПРИ ДИЗОНТОГЕНИЯХ ПО ТИПУ РЕТАРДАЦИИ.**

#### **2.1. Психология умственно отсталого ребенка.**

Предмет и задачи психологии умственно отсталых детей. Причины умственной отсталости. Классификация по степени тяжести и этиопатогенетическому принципу. Особенности развития познавательной сферы (внимание, ощущения и восприятия, память, речь мышление). Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы. Характер адаптации к социальному окружению. Отграничение умственной отсталости от сходных с ней состояний. Отличие умственной отсталости и задержки психического развития. Деменция, причины возникновения.

#### **2.2. Психология детей со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии (с задержкой психического развития).**

Предмет и задачи психологии детей со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии. Причины и механизмы слабовыраженных отклонений.

Классификация по степени тяжести и этиопатогенетическому принципу (М.С. Певзнер, Т.А.Власова; К.С.Лебединская). ЗПР церебрально-органического происхождения, конституционального происхождения, соматогенного происхождения, ЗПР психогенного происхождения. Особенности развития познавательной сферы детей с ЗПР. Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы. Особенности учебной и трудовой деятельности. Вопросы психологической диагностики и коррекции при дизонтогенезах по типу ретардации и дисфункции созревания.

### **Раздел 3. ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ПРИ ДИЗОНТОГЕНЕЗИХ ДЕФИЦИТАРНОГО ТИПА.**

#### **3.1. Психология лиц с нарушениями слуха (сурдопсихология).**

Предмет и задачи сурдопсихологии. Роль слуха и зрения в восприятии окружающей действительности и в психическом развитии человека. Типы, виды сенсорных нарушений. Влияние сенсорных нарушений на развитие личности. Причины нарушений слуха: врожденные заболевания ушей; приобретенные заболевания ушей; глухие дети; слабослышащие дети; ранооглохшие, позднооглохшие дети. Психолого-педагогическая классификация нарушений слуховой функции у детей. Особенности развития познавательной сферы у детей (внимание, ощущения и восприятия, память, речь мышление). Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы. Компенсаторные способности глухих детей. Влияние уровня культурного развития на первичный биологический дефект.

#### **3.2. Психология лиц с нарушением зрения (тифлопсихология).**

Предмет и задачи тифлопсихологии. Причины нарушений зрения. Классификация нарушений зрительной функции у детей врожденные заболевания глаз; приобретенные заболевания глаз; слабовидящие дети, слепые дети, раноослепшие дети, поздноослепшие дети. Компенсаторные возможности слепых. Особенности развития познавательной сферы (внимание, ощущения и восприятия, память, речь мышление). Особенности личности и эмоционально-волевой сферы. Влияние уровня культурного развития на первичный биологический дефект.

#### **3.3. Психология детей с нарушениями речи (логопсихология).**

Предмет и задачи логопсихологии. Причины первичных речевых нарушений. Классификации речевых нарушений. Патология речевого развития и характеристика причин, способствующих ее возникновению и закреплению. Клинико-педагогическая классификация речевых нарушений. Особенности познавательной сферы и личности детей с нарушениями речи. Особенности развития познавательной сферы (внимание, ощущения и восприятия, память, речь мышление). Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы. Заикание. Функции психолога в работе с заикающимся ребенком.

#### **3.4. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.**

Предмет и задачи психологии детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. Специфика двигательного развития при детском церебральном параличе. Структура нарушения. Формы детского церебрального паралича.

Особенности развития познавательной сферы (внимание, ощущения и восприятия, память, речь мышление). Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы.

#### **Раздел 4. ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ПРИ АСИНХРОНИЯХ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ РАССТРОЙСТВ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ И ПОВЕДЕНИЯ.**

##### **4.1. Психология детей с синдромом раннего детского аутизма.**

Предмет и задачи психологии детей с РДА. Причины и механизмы возникновения РДА. Психологическая сущность РДА. Классификация состояний по степени тяжести. Психологическая структура РДА по Лебединскому, Никольской. Особенности развития познавательной сферы (внимание, ощущения и восприятия, память, речь мышление). Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы. Особенности аффективной сферы аутичных детей (замкнутость, тревожность, агрессия и т.д.). Особенности защитных реакций, поведенческая картина расстройства, особенности речи (мутизм и др.). Ранняя диагностика. Прогноз развития при разной клинической картине. Направления в коррекции РДА (медикаментозное, симптоматическое, психокоррекционное и т.д.), специфика холдинг – терапии.

##### **4.2. Психология детей с дисгармоническим складом личности.**

Предмет и задачи психологии детей с дисгармоническим складом личности. Причины дисгармонического развития. Типология патологических характеров. Признаки психопатии по П.Б. Ганнушкину. Невропатия. Нарушение темпа полового созревания. Детские неврозы. Психолого-коррекционная работа с детьми с дисгармоническим развитием личности.

#### **Раздел 5. ПЕРВИЧНОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ОТКЛОНЕНИЙ В РАЗВИТИИ (ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ).**

Основные принципы изучения ребенка с отклонениями в развитии. Уровень актуального развития, зона ближайшего развития. Клиническая беседа. Первичное выявление детей с отклонениями в развитии с использованием психологического наблюдения. Качественная и количественная психодиагностика. Понятие о психологической экспресс диагностике. Требования к созданию блока психолого-диагностических методов для экспресс диагностике. Изучение общих структур деятельности. Изучение познавательных процессов. Изучение учебной деятельности.

##### **5.1. Методы профилактики и коррекции вторичных отклонений в психическом развитии детей со специальными образовательными потребностями.**

Общие методологические вопросы профилактики и коррекции. Основные принципы психокоррекционной работы. Теоретико-методологические основания построения системы коррекционной работы. Модель коррекционной работы психолога как субъекта психолого-коррекционной работы. Формирование общих структур деятельности. Формирование игровой, учебной деятельности. Формирование познавательных процессов. Модификация и адаптация психологических методов с учетом особенностей детей с легким отклонением в развитии.

Психолого-педагогические методы профилактики и коррекции вторичных отклонений. Психотерапевтическая и психокоррекционная работа с семьей, имеющей ребенка с отклонениями в развитии.

## **5. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ПРАКТИЧЕСКИМ (СЕМИНАРСКИМ) ЗАНЯТИЯМ**

**Планы практических и семинарских занятий.**

### **Раздел 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ.**

#### **1.1. Специальная психология как наука.**

*Вопросы для обсуждения*

1. Назовите основные разделы специальной психологии.
2. Перечислите задачи специальной психологии на современном этапе.
3. Перечислите современную терминологию, используемую для обозначения детей, нуждающихся в специальной помощи
4. Перечислите факторы риска нарушений и патологии в физическом и психическом развитии детей.
5. Охарактеризуйте организацию специализированной помощи детям с проблемами в развитии в России.
6. В чем заключается проблема компенсации функций.
7. Раскройте теорию компенсации функций А. Адлера. Л. С. Выготского
8. Представьте в виде таблицы сведения о возрастных особенностях развития ребенка в норме и с отклонением: в периоды от 0-12 мес; 1-2 лет, 2-3 лет, 3-4 лет, 4-5 лет, 5-6 лет, рассматривая особенности психомоторного развития, социально-эмоционального развития, развития общей моторики, тонкой моторики руки, зрительно-моторной координации, восприятия, предметно-игровой деятельности, особенностей психического развития, особенности понимания речи.
9. Опишите первичные и вторичные нарушения при каждом из типов отклонений в развитии детей: слепые и слабовидящие, глухие и слабослышащие, умственно отсталые, дети с ЗПР, дети с ДЦП, с нарушениями речи.

*Литература:*

1. Проект закона о специальном образовании // журнал "Дефектология", 1 - 1995.
2. Лапинин В.А., Пузанов В.П. Основы дефектологии. М. - Просвещение, 2000.
3. В.М. Астапов. Введение в дефектологию с основами нейро и патопсихологии. М. - 2003.
4. Хрестоматия. Дети с нарушениями развития // сост. В.М. Астапов. М., 1995.
5. О.Н. Усанова. Дети с проблемами психического развития. - М., 1995.
6. Лурия А.Р. Дефектология и психология / Хрестоматия. Дети с нарушениями в развитии. М. - 1995.
7. Лебединский В.В. Общие закономерности психического дизонтогенеза / Хрестоматия. Дети с нарушениями в развитии. М., - 1995.

## **Раздел 2. ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ПРИ ДИЗОНТОГЕНИЯХ ПО ТИПУ РЕТАРДАЦИИ.**

### **2.1. Психология умственно отсталого ребенка.**

#### *Вопросы для обсуждения*

1. Назовите клинические проявления и диагностические критерии УО.
2. Перечислите причины олигофрении.
3. От каких внешних сходных состояний следует отличать умственную отсталость?
4. Дайте сравнительную характеристику познавательной, эмоционально-волевой и личностной сферы, а так же различных видов деятельности и общения у олигофренов-имбецилов и дебильности.
5. Составьте рекомендации по общению с данной категорией аномальных детей для родителей и воспитателей; учителей.
6. Перечислите и охарактеризуйте 5 основных форм олигофрении по М.С. Певзнеру.
7. Охарактеризуйте олигофреноподобных детей.
8. В чем особенности чувственного познания УО?

#### *Литература:*

1. Выготский Л.С. Собрание сочинений. М., 1983. Т.5
2. Выготский Л.С. Умственно отсталый ребенок. М., 1956.
3. Власова Т.А. Певзнер М.С. Учителю о детях с отклонениями в развитии М., 1967.
4. Забрамная С.Д. Отбор умственно отсталых детей в специальные учреждения. М., 1988.
5. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. М., 1979.
6. Астапов В.М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. М., 1994.
7. Хретомагия. Дети с нарушениями в развитии / Сост. В.А. Астапов. - М., 1995.
8. Пинский Б.И. Психологические особенности деятельности умственно отсталых школьников. М., 1962.
9. Воспитание и обучение детей во вспомогательной школе / под ред. Воронковой В., М., 1994.

### **2.2. Психология детей со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии (с задержкой психического развития).**

#### *Вопросы для обсуждения*

1. Перечислите основные формы ЗПР.
2. Создайте перспективно-прогностическую картину развития детей для каждой группы.
3. Чем отличается ЗПР от УО. В чем специфика работы психолога, учителя данной категорией детей?
4. Дайте рекомендации по предотвращению утомления у данной категории детей.
5. Подберите индивидуальные методы психолого-педагогического сопровождения психического развития детей с ЗПР.

6. Охарактеризуйте ЗПР с невро- и психопатоподобным синдромом, а так же при ДЦП.
7. Охарактеризуйте ЗПР при общем недоразвитии речи и слуха.
8. Охарактеризуйте ЗПР при тяжелых дефектах зрения.
9. Охарактеризуйте ЗПР при тяжелых соматических заболеваниях.
10. Охарактеризуйте ЗПР при тяжелой семейно-бытовой запущенности.
11. В чем заключается вклад профессиональной школы У.В. Ульенковой в становлении системы специального обучения детей с ЗПР.

*Литература:*

1. Актуальные проблемы диагностики ЗПР / Под ред. К.С. Лебединской М., 1982.
2. Власова Т.А., Лебединская К.С. Актуальные проблемы клинического изучения ЗПР у детей // Дефектология, 1975, № 6
3. Дети с ЗПР / под ред. Т.А. Власовой, М.С. Певзнера. М., 1971.
4. Певзнер М.С. Клиническая характеристика детей с ЗПР // Дефектология. 1980 № 3.
5. Обучение детей с ЗПР в подготовительном классе. М., 1987.
6. Ульенкова У.В. Шестилетние дети с ЗПР. М., 1990.
7. Ульенкова У.В. Проблемы изучения и коррекции у детей с ЗПР // Хрестоматия. Дети с нарушением развития / Сост. В.М. Астапов. М., 1995.

**Раздел 3. ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ  
ПРИ ДИЗОНТОГЕНИЯХ ДЕФИЦИТАРНОГО ТИПА.**

**3.1. Психология лиц с нарушениями слуха (сурдопсихология).**

*Вопросы для обсуждения*

1. Каково значение слуха в развитие ребенка?
2. Опишите классификацию слуховых нарушений и перечислите их причины.
3. Каковы основные особенности развития глухих, позднооглохших и слабослышащих детей?
4. Раскройте роль компенсаторных механизмов в развитии аномального ребенка.
5. В чем состоит психологическая поддержка и сопровождение развития детей с нарушениями анализаторных систем и речи.
6. Перечислите вариативные возможности обучения глухого ребенка? Назовите их преимущества и недостатки.
7. Разработайте рекомендации по созданию модели семейного воспитания ребенка с поражением слуховой функции.

*Литература:*

1. Лурия А.Р. Мозг человека и психические процессы. М., 1961. Т.1.,1970.
2. Лурия А.Р. Потерянный и возвращенный мир. М., 1971.
3. Цветкова Л.С. Афазия и восстановленное обучение. М., 1988.
4. Боскин Р.М. Учителю о детях с нарушениями слуха. М., 1987.
5. Гриншпцн Б.М., Ляпидевский С.С. О классификации речевых расстройств: Расстройства у детей и подростков. М., 1969.
6. Земцова М.И. Учителю о детях с нарушениями зрения. М., 1973.

7. Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии. М., 1990.
8. Особенности психофизического развития учащихся специальных школ с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Под ред. М.А. Ипполитовой. М., 1985.

### **3.2. Психология лиц с нарушением зрения (тифлопсихология).**

#### *Вопросы для обсуждения*

1. В чем заключается роль зрительного анализатора в психическом и поведенческом развитии ребенка?
2. Охарактеризуйте причины, степень и виды нарушения зрения.
3. Сравните особенности психофизического развития слепых и слабовидящих детей.
4. Перечислите компенсаторные возможности слепых.
5. Охарактеризуйте особенности личности и ее развитие у слепых, слабовидящих, глухих, слабослышающих детей.

#### *Литература:*

1. Лурия А.Р. Мозг человека и психические процессы. М., 1961. Т.1.,1970.
2. Лурия А.Р. Потерянный и возвращенный мир. М., 1971.
3. Цветкова Л.С. Афазия и восстановленное обучение. М., 1988.
4. Боскин Р.М. Учителю о детях с нарушениями слуха. М., 1987.
5. Гриншпцн Б.М., Ляпидевский С.С. О классификации речевых расстройств: Расстройства у детей и подростков. М., 1969.
6. Земцова М.И. Учителю о детях с нарушениями зрения. М., 1973.
7. Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии. М., 1990.
8. Особенности психофизического развития учащихся специальных школ с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Под ред. М.А. Ипполитовой. М., 1985.

### **3.3. Психология детей с нарушениями речи (логопсихология).**

#### *Вопросы для обсуждения*

1. Охарактеризуйте понятие «речевое нарушение»
2. Назовите причины первичных речевых нарушений.
3. Перечислите классификации речевых нарушений, используя клинико-педагогическую классификацию речевых нарушений.
4. Охарактеризуйте особенности познавательной сферы и личности детей.
5. Назовите причины заикание и перечислите функции психолога в работе с заикающимся ребенком.
6. Перечислите основные виды логопедагогической помощи.

#### *Литература*

1. Беккер К.П. Совак М. Логопедия. -М., 1981.
2. Лыков В.М. Дисграфия //Нач. школа. 1974. № 4.3.Лыков В.М. Как исправить звук «Р» //Нач. школа. 1975. № 4.
3. Лыков В.М. Речь ребенка // Дошк. воспитание. 1978. № 12.
4. Хрестоматия по логопедии. / Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Еливерстова. М., 1997.

### **3.4.Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.**

#### *Вопросы для обсуждения*

1. Назовите причины ДЦП.

2. Как соотносится степень двигательного нарушения с интеллектуальным развитием ребенка?
3. Перечислите формы детского церебрального паралича.
4. В чем особенности развития познавательной сферы (внимание, ощущения и восприятия, память, речь мышление) у детей с ДЦП?
5. В чем заключаются особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы ребенка с ДЦП?
6. Каковы особенности обучения и воспитания детей с ДЦП?
7. Перечислите основные направления коррекционной помощи детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

#### *Литература*

1. Акош Е., Акош М., Помощь детям с ДЦП. - М.: Институт социальной работы, 1999.
2. Коррекционная педагога: Основы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии/Под ре. Б.П. Пузанова.- М.: Академия, 1999.
3. Усанова О.Н. Специальная психология. СПб.: Питер, 2006.
4. Специальная психология: Учеб. пособие; Под ред. В.И. Лубовского. М.:Академия,2006.
5. Специальная педагогика: Учеб. пособие.; Под ред Н.М. Назаровой. М.: Академия,2004.
6. Основы специальной педагогики и психологии.: Учеб. пособие/Н. Трофимова и др. М.; СПб.: Питер, 2006.

### **Раздел 4. ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ПРИ АСИНХРОНИЯХ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ РАССТРОЙСТВ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ И ПОВЕДЕНИЯ.**

#### **4.1. Психология детей с синдромом раннего детского аутизма.**

#### *Вопросы для обсуждения*

1. Каковы проблемы этиологии и патогенеза РДА.
2. Раскройте классификация РДА по О.С. Никольской
3. Как проявляется аутизм?
4. Каковы особенности развития речи при РДА.
5. Каков прогноз развития при разной клинической картине?
6. Перечислите направления в коррекции РДА
7. В чем специфика холдинг - терапии, ее позитивные и негативные стороны.
8. Составьте психолого-педагогический портрет аутичного ребенка исходя из клинических симптомов
9. Постройте индивидуальную модель системы сопровождения ребенка с РДА.
10. Составьте рекомендации по взаимодействия с ребенком, имеющим РДА.
11. Современные направление в коррекции раннего детского аутизма.

#### *Литература:*

1. Дефектология. Словарь - справочник / Под ред. Б.П. Пузанова. - М.: Новая школа. 1996.
2. Е.М. Мастюкова, Р.К. Ульянова. Особенности речевого развития детей с РДА // Дефектология. 1990, № 5



3. Е.М. Мастюкова, О.С. Никольская. Дефектологические проблемы РДА // Дефектология. 1988, №2; 1987, № 6

4. Ульянова Р.К. Организация поведения аутичного ребенка // Дефектология. 1998, № 2.

5. Лебединская К.С., Никольская О.С. Учреждения для аутичных детей в США // Дефектология. 1991, № 1.

6. Лебединская К.С., Никольская О.С. Применение холдинг-терапии в коррекции РДА // Хрестоматия. Дети с нарушениями развития / Под ред. В.М. Астапова. М., 1995.

7. Дети с нарушениями общения: РДА / К.С. Лебединская, О.С. Никольская, Е.Р. Боянская и др. М., 1981.

8. Коган В.Е. Аутизм у детей. М., 1981.

9. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Е.Р. Баевская, М.М. Либлинг.

#### **4.2. Психология детей с дисгармоническим складом личности.**

##### *Вопросы для обсуждения*

1. Назовите причины дисгармонического развития.

2. Перечислите типологию патологических характеров. Признаки психопатии по П.Б. Ганнушкину.

3. Назовите причины неврозов у детей.

4. Перечислите основные виды неврозов.

5. Опишите процедуру определения типа психопатии методами наблюдения и с помощью опросников.

6. Опишите тактики общения с психопатичными лицами в процессе работы.

7. Рассмотрите прогнозирование развития патологии характера при различных типах семейного воспитания.

##### *Литература:*

1. Гурьева В. А, Семке В. Я., Гиндикин В.Я. Психопатология подросткового возраста. Томск: ТГУ, 1994.

2. Гурьева В. А. Психогенные расстройства у детей и подростков. – М.: Крон-пресс, 1996.

3. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1995.

4. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л., 1983.

5. Певзнер М.С. Клиника психопатии в детском возрасте. М., 1941.

6. Буянов М.И. Беседы о детской психиатрии. М.: Просвещение, 1992.

7. Астапов В.М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. М., 1991.

#### **Раздел 5. ПЕРВИЧНОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ОТКЛОНЕНИЙ В РАЗВИТИИ (ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ).**

##### **5.1. Методы профилактической и коррекционной работы с детьми с особыми образовательными потребностями**

##### *Вопросы для обсуждения*

1. Проанализируйте диагностическую программу отбора детей в коррекционно-развивающие классы. Журнал «Дефектология», 1998, №2.

2. Проанализируйте материалы и выделите дифференциально-диагностические критерии (диагностический комплекс С.Д. Забрамной).

3. Познакомьтесь с программой ранней комплексной диагностики уровня развития ребенка от рождения до 3 лет (Программа Е.Л. Стребелевой, О.В. Баженовой)

4. План анализа: цель диагностической программы, количественные и качественные показатели, технология диагностического изучения, возможности обоснования направленной коррекции

5. Разработайте программу профилактики нарушений развития у детей.

6. Какие принципы вы положили в основу коррекционно-развивающей программы для детей с проблемами в развитии

7. Разработайте программу коррекционно-воспитательного занятия по проблемам: страхи, грубость, зависть, обидчивость, слезливость, жадность, завышенная и заниженная самооценка.

### *Литература*

1. Забрамная С.Д. От диагностики к развитию М.: Новая школа, 1998. — 144 с.
2. Усанова О.Н. Специальная психология: учеб. пособие. СПб: Питер, 2008.
3. Слостенин В.С. Коррекционная педагогика. М., 2007.

## **6. МАТЕРИАЛЫ, УСТАНОВЛИВАЮЩИЕ СОДЕРЖАНИЕ И ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНЫХ И ИТоговых аттестаций**

### **Форма контроля.**

Текущая аттестация качества усвоения знаний.

Текущая аттестация качества усвоения знаний и умений студентов осуществляется на основе следующих показателей:

1. посещение и активное участие в работе на семинарских и практических занятиях;
2. качество выполнения домашних заданий и заданий для самостоятельной работы;
3. количество и качество подготовленных докладов, сообщений.

### **6.1. Тематика рефератов**

1. Отграничение предмета специальной психологии от содержания патопсихологии, клинической психологии и психопатологии.

2. Современные представления о сущности феномена нарушенного развития.

3. Факторы психического развития человека.

4. Основные направления дизонтогенеза: ретардация, асинхрония, дефицитарность.

5. Особенности деятельности умственно отсталого ребенка.

6. Особенности познавательной деятельности при дизонтогенезах по типу ретардации.

7. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью как проявление минимальной мозговой дисфункции.

8. Условия овладения речью глухими детьми. Виды речи глухих детей.
9. Основные направления работы по развитию личности, совершенствованию межличностных отношений детей и подростков с нарушенным слухом.
10. Влияние слепоты и слабовидения на формирование высших познавательных процессов.
11. Реабилитация лиц с нарушением зрения.
12. Особенности формирования самосознания при речевом недоразвитии.
13. Особенности психолого-педагогической коррекции отклонений при ДЦП.
14. «Холдинг-терапия» с аутичными детьми.
15. Основные подходы к коррекции дисгармонического развития в детском возрасте.
16. Особенности ощущений и восприятия слепоглухих детей.

## **6.2. Вопросы для подготовки к экзамену по «специальной психологии»**

1. Специальная психология как наука, ее предмет и задачи.
2. Категории аномальных детей, их общая характеристика.
3. Теоретические истоки специальной психологии.
4. Разделы специальной психологии.
5. Взаимосвязь специальной психологии с другими науками.
6. Методологические позиции и принципы специальной психологии.
7. Теоретическое значение специальной психологии.
8. Практическое значение специальной психологии.
9. Нейропсихологические основы специальной психологии.
10. Общие закономерности аномального психического развития.
11. Задачи психологического изучения аномальных детей.
12. Принципы психологического изучения аномальных детей.
13. Методы изучения аномальных детей: изучение документации и изучение продуктов деятельности.
14. Метод экспериментального изучения аномальных детей. Обучающий эксперимент.
15. Методы изучения аномальных детей: метод наблюдения и метод беседы, их специфика.
16. Общая характеристика детей с нарушениями интеллекта.
17. Особенности психического развития детей с нарушениями интеллекта. Основы коррекционной работы с ними.
18. Общая характеристика детей с задержкой психического развития.
19. Особенности психического развития детей с задержкой психического развития. Основы коррекционной работы с ними.
20. Общая характеристика детей с синдромом раннего детского аутизма.
21. Особенности психического развития детей с синдромом раннего детского аутизма. Основы коррекционной работы с ними.
22. Общая характеристика детей с нарушениями зрения.
23. Особенности психического развития детей с нарушениями зрения. Основы коррекционной работы с ними.
24. Общая характеристика детей с нарушениями слуха.

25. Особенности психического развития детей с нарушениями слуха. Основы коррекционной работы с ними.
26. Общая характеристика детей с нарушениями речи.
27. Особенности психического развития детей с нарушениями речи. Основы коррекционной работы с ними.
28. Общая характеристика детей с нарушениями двигательной сферы.
29. Особенности психического развития детей с нарушениями двигательной сферы. Основы коррекционной работы с ними.
30. Правовые основы специального образования и социальной защиты детей с отклонениями в развитии
31. Первичные и вторичные дефекты развития в концепции Л.С. Выготского
32. Теория компенсации функций А. Адлера
33. Причины отклонений в развитии детей
34. Минимально-мозговая дисфункция, коррекционная работа.
35. Текущие заболевания головного мозга.
36. Дементные и олигофреноподобные дети.
37. Роль семьи и школы в профилактической и коррекционной работе с детьми, имеющих отклонение в развитии.
38. Неврозы и их причины возникновения
39. Неврозы страхов.
40. Коррекция патологических привычек у детей.
41. Педагогически запущенные дети

### **6.3. Тестовый контроль знаний**

*1. Выраженное опережение в развитии одних психических функций и свойств формирующейся личности и значительное отставание темпов и сроков созревания других это:*

- А) дизонтогеии;
- Б) асинхрония;
- В) аменция.

*2. Нарушение психического развития в детском в подростковом возрасте в результате расстройства созревания структур и функций головного мозга:*

- А) психический дизонтогенез;
- Б) микроцефалия;
- В) амнезия.

*3. Нарушение функций ЦНС вследствие микроповреждений коры и подкорковых структур головного мозга:*

- А) микроцефалия;
- Б) деменция;
- В) минимальная мозговая дисфункция.

*4. Система специально организованных методов лечебного воздействия:*

- А) реабилитация;
- Б) психотерапия;
- В) скрининг.

5. Оригинальный метод коррекции эмоциональных нарушений в детском возрасте:

- А) скрининг;
- Б) холдинг-терапия;
- В) ЛФК.

6. Последствиями перинатальной энцефалопатии являются:

- А) локальный речевой дефект;
- Б) расстройства процессов письма;
- В) сочетанный психоречевой дефект;

7. Понятие «структура дефекта» ввел:

- А) Лебединский;
- Б) Трошин;
- В) Выготский.

8. Состояние, при котором наблюдается тотальное недоразвитие (поражение психики в целом) называется:

- А) искаженное развитие;
- Б) олигофрения;
- В) задержанное развитие.

9. Гидроцефалия – это:

- А) водянка головного мозга;
- Б) воспаление мозга;
- В) ревматическое поражение ЦНС.

10. Дети, имеющие различные по степени выраженности снижение слуха называются:

- А) позднооглохшие;
- Б) слабослышащие;
- В) неслышащие.

11. Система мер, направленных на ослабление недостатков или исправление психофизического развития у детей – это:

- А) коррекция;
- Б) специальная педагогика;
- В) социальная адаптация.

12. Слабоумие, которое возникает из-за травматического поражения головного мозга называется:

- А) олигофреноподобные дети;
- Б) депривация;
- В) деменция.

13. Другое название этой болезни Падучая, Лунная болезнь:

- А) гидроцефалия;
- Б) энцефалит;
- В) эпилепсия.

14. Дети, у которых потеря слуха возникла после сформированности речи называются:

- А) неслышащие ;
- Б) слабослышащие;

В) позднооглохшие.

15. *Какая наука занимается проблемами воспитания, обучения и социальной адаптации умственно отсталых детей?*

- А) Сурдопедагогика;
- Б) тифлопедагогика;
- В) олигофренопедагогика.

16. *На основе чего возникает умственная отсталость?*

- А) периферическое поражение анализатора;
- Б) органическое поражение ЦНС;
- В) нарушение щитовидной железы.

17. *Как называется вид умственной отсталости, при котором наблюдается стойкое недоразвитие всей психики?*

- А) олигофрения;
- Б) шизофрения;
- В) гидроцефалия.

18. *Какая самая легкая степень олигофрении?*

- А) имбецильность;
- Б) дебильность;
- В) идиотия.

19. *Психическое состояние, возникшее в результате таких жизненных ситуаций, которые затрудняют удовлетворение жизненных психических потребностей в течении длительного времени:*

- А) депрессия;
- Б) деменция;
- В) невроз.

20. *Хроническое психическое заболевание, проявляющееся в судорожных припадках и психических нарушениях?*

- А) сомнамбулизм;
- Б) шизофрения;
- В) эпилепсия.

21. *В каком году было описано состояние шизофрении Крепелином?*

- А) 1896 г.;
- Б) 1869 г.;
- В) 1900 г..

22. *Сколько объектов одновременно может воспринимать умственно отсталый ребенок?*

- А) не более 1;
- Б) в 3-4 объекта;
- В) не более 2.

22. *Во сколько лет умственно отсталый ребенок начинает произносить отдельные слова?*

- А) в 2-3 года;
- Б) в 3-4 года;
- В) в 4-5 лет.

23. *Какое внимание у умственно отсталых детей?*

- А) пассивное непроизвольное;
- Б) активное непроизвольное;
- В) пассивное произвольное.

24. Психологическая диагностика дает сведения об:

- А) условиях жизни ребенка;
- Б) об уровне сформированности навыков;
- В) характере интеллектуального и личностного развития.

25. ЗПР, обусловленная хроническими, соматическими заболеваниями внутренних органов – это ЗПР:

- А) соматогенного;
- Б) конституционального;
- В) психогенного.

26. Какому типу акцентуации принадлежит девиз: «думай, действуй как все, чтобы было как у всех»

- А) демонстративному;
- Б) гипертимному;
- В) конформному.

27. По статистике аутизм чаще встречается:

- А) у мальчиков;
- Б) у девочек;
- В) не зависит от пола

28. Признаки аутизма сформулировал:

- А) Блейер;
- Б) Каннер;
- В) Аспецтер.

29. При коррекции РДА необходимо:

- А) активно прибегать к речевым контактам;
- Б) проявлять внешнюю активность;
- В) соблюдать режим.

30. Отказ от речи у ребенка при аутизме:

- А) пароксизм;
- Б) мутизм;
- В) деменция.

31. При демонстрации сюжетных картин ребенок с УО:

- А) правильно объясняет содержание сюжетных картин;
- Б) объясняет содержание картин с некоторыми неточностями;
- В) ограничивается перечислением деталей сюжетной картины.

32. Замедление темпа речи:

- А) дислексия;
- Б) ринолалия;
- В) брадилалия.

33. Тяжелые нарушения отдельных систем зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата относят к:

- А) поврежденному развитию;
- Б) дефицитарному развитию;

- В) дисгармоничному развитию.
34. Автор теории сверхкомпенсации функций:
- А) К.Г. Юнг;
  - Б) А. Адлер;
  - В) М. Варнок.
35. Проблему психических нарушений у детей с ДЦП изучали:
- А) Е.И. Мастюкова;
  - Б) И.Ю. Левченко;
  - В) М.С. Певзнер.
36. Повышенное слюноотечение у детей с ДЦП:
- А) Синкинезии;
  - Б) Атаксии;
  - В) Гиперсаливация.
37. Классификация ДЦП была предложена:
- А) И.А. Юрковой;
  - Б) В.В. Ковалевым;
  - В) К.А. Семеновой.
38. При всех формах ДЦП наблюдается глубокое нарушение:
- А) слухового анализатора;
  - Б) кинестетического анализатора;
  - В) зрительного анализатора.
39. Парциальность, мозаичность в развитии всех компонентов психической деятельности характерна для:
- А) детей с УО;
  - Б) с ЗПР;
  - В) с зрительными нарушениями.
40. К прогрессирующим зрительным нарушениям относят:
- А) глаукома;
  - Б) катаракт;
  - В) отслойка сетчатки.
41. Психогенные нарушения у детей проявляется:
- А) в аутизации, агрессивности;
  - Б) нарушениях поведения и деятельности;
  - В) тревожно-фобических расстройствах;
  - Г) искажениях процессов социализации.
42. Система мероприятий, направленных на исправление недостатков психологии или поведения человека с помощью специальных средств психологического воздействия это:
- А) адаптация;
  - Б) компенсация;
  - В) психокоррекция.
43. Многообразные измененные состояния сознания, а также различные варианты нарушений нормального хода возрастного психического развития вследствие блокировки значимых психофизиологических потребностей человека:
- А) депривация;
  - Б) ретардация.



44. *Общее стойкое отставание в развитии всех функций вследствие раннего органического поражения мозга (прежде всего — коры больших полушарий) это:*

- А) задержанное развитие;
- Б) поврежденное психическое развитие;
- В) недоразвитие;
- Г) дефицитарное.

45. *Разные варианты сложных сочетаний общего недоразвития, задержанного, ускоренного и поврежденного развития это:*

- А) дефицитарное психическое развитие;
- Б) дисгармоническое психическое развитие;
- В) искаженное психическое развитие;
- Г) поврежденное психическое развитие.

46. *Первые результаты научного изучения лиц с недостатками умственного развития, связанные с попытками медицинской помощи умственно отсталым были представлены:*

- А) Ж. Э.Д. Эскиролем;
- Б) Ж. Итаром;
- В) Э. Сегеном;
- Г) Т. Цигеном.

47. *Первая разработка принципов и методики отбора умственно отсталых детей с целью направления их в специальные классы вошли:*

- А) А. Бине;
- Б) Т. Симо;
- В) Э. Сегено;
- Г) Н. Нортгурти.

48. *Автором, напечатанной в Петрограде в 1915 г книги «Антропологические основы воспитания. Сравнительная психология ненормальных детей» является:*

- А) Г.Я. Трошин;
- Б) Г.И. Россолимо;
- В) Р.Ф. Лейко.

49. *Психологическое изучение слепоглухих было начато в 30-40 гг. XX века:*

- А) И.А. Соколянским;
- Б) А.В. Ярмоленко;
- В) П.П. Кащенко.

50. *Психология слепых и слабовидящих:*

- А) олигофренопсихология;
- Б) сурдопсихология;
- В) тифлопсихология.

51. *Интегративная научная область, охватывающую проблемы разностороннего изучения, воспитания, образования, подготовки детей и взрослых с нарушениями физического и умственного развития к труду и самостоятельной жизни в обществе это:*

- А) специальная психология;
- Б) коррекционная педагогика;
- В) дефектология.

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

- А) Патопсихология;
- Б) Клиническая психология;
- В) Специальная психология.

53. Впервые конкретные проявления общности нормального и нарушенного развития были четко показаны в исследованиях

- А) Л.В. Занковым;
- Б) Т.А. Власовой;
- В) Г.Я. Трошиным;
- Г) И.М. Соловьевым.

54. Первым, кто пытался целенаправленно рассмотреть вопрос о наличии закономерностей психического развития, проявляющихся при разных типах нарушений, и выделить некоторые из них был:

- А) Л.С. Выготский;
- Б) И.М. Соловьев;
- В) Т.В. Розанова;
- Г) Ж.И. Шиф.

55. Дети, потерявшие зрение, обучают чтению текстов, напечатанных выпуклым точечным шрифтом...

- А) М. Монтессори;
- Б) Брайля.

#### 6.4. Задания по вариантам: 1 и 2 варианты

**1. Определите уровень речевого развития при общем недоразвитии речи. Дайте ее характеристику.**

1) дети путают сходные по звучанию, но разные по значению слова (мишка – миска).

2) одним и тем же лепетным словом или звукосочетанием ребенок обозначает несколько разных понятий, заменяет им название (би – бу – малина, самолет, лететь).

**3. Определите нарушения письма и чтения. Ребенок заменяет буквы, нарушает слитность.**

**4. Определите нарушения голоса. Голос человека охрипший, сухой с малым диапазоном голосовых модуляций.**

**1. Определите уровень речевого развития при общем недоразвитии речи. Дайте ее характеристику.**

1) нарушена слоговая структура слова. Сокращают количество звуков и слогов («тевики – снеговики»).

2) наряду с жестами, пользуются простыми предложениями из 2-3 слов.

3) дети понимают обиходную речь.

**3. Дети при чтении переставляют буквы, слоги.**

**4. У ребенка полное отсутствие голоса, шепотная речь.**

**5. Замедление темпа речи:**

- А) дислексия*
- Б) ринолалия*
- В) брадилалия*

**6. Дайте рекомендации при заикании**

**5. Нарушение тембра голоса и звука произношения:**

- а) дизартрия*
- Б) ринолалия*
- В) тахилалия*

**6. Дайте клинико-психологическую характеристику детей с нарушением речи**

***Определите тип акцентуации характера***

***1 вариант:***

1. Заострение, усиление определенных свойств личности называется...
2. Дети этого типа акцентуации долго плачут, кричат, всех бьют. Что за тип?
3. Определите тип акцентуации: ребенок не любит шумных подвижных игр, молчалив, редко улыбается.
4. Определите тип акцентуации по доминирующим чертам: непостоянство проявлений зависит от любого человека, который оказался рядом.
5. С чем обычно путают акцентуацию характера?
6. Тип акцентуации, при котором настроение меняется периодами.
7. Тип акцентуаций, который по другому называют мимозоподобный.
8. Назовите коррекционные упражнения для психастенического типа.
9. Назовите положительные и отрицательные черты гипертивного типа.
10. Напишите конфликтногенные ситуации, характерные для конформного типа.

***2 вариант***

1. Автор концепции об акцентуации...
2. Какому типу свойственно:
3. Резкая смена настроения, похвала вызывает истинную радость, а утраты – аффективную реакцию. Настроение меняется каждый час.
4. Определите, какому типу принадлежат конфликтные ситуации: одиночество, отказ в чем – то необычном.
5. Доминирующая черта эпилептоидного типа.
6. Другое название конституционально – депрессивного типа.
7. Этому типу акцентуации принадлежит девиз: «думай, действуй как все, чтобы было как у всех».
8. Назовите коррекционное упражнение для шизоидного типа.
9. Назовите положительные и отрицательные черты демонстративного типа.
10. Какое коррекционное упражнение учит рассказывать смешные истории. (определить тип, упражнение, опишите его).
11. Напишите конфликтные ситуации, характерные для эпилептоидного типа.

***Тест для самоконтроля***

Психологические особенности развития умственно отсталых детей.

***1. Вычеркните неверные выражения:***

- А) у УО детей малый объем воспринимаемого материала;**

- Б) у УО детей сохранена мотивационная сфера;
- В) ребенок может одновременно воспринимать 2-3 объекта;
- Г) УО дети плохо различают сходные предметы.

2. *Восприятие умственных отсталых детей характеризуются:*

- А) дифференцированностью, большим объемом воспринимаемого материала, инфантильностью;
- Б) пассивностью, недеференцированностью, малым объемом воспринимаемого материала;
- В) активностью, недеференцированностью, малым объемом воспринимаемого материала.

3. *При демонстрации сюжетных картин ребенок с УО:*

- А) правильно объясняет содержание сюжетных картин;
- Б) объясняет содержание картин с некоторыми неточностями;
- В) ограничивается перечислением деталей сюжетной картины.

4. *В общении со взрослым умственно отсталый ребенок стремится:*

- А) играть;
- Б) работать;
- В) игнорировать взрослого.

5. *Фразовая речь у умственно отсталых детей развивается:*

- А) в 2-3 года;
- Б) в 3-4 года;
- В) в 5-6 лет.

6. *Обращенная к детям речь воспринимается не расчленено, т.к.:*

- А) словарный запас не велик;
- Б) нервные процессы заторможены;
- В) плохо различаются сходные звуки.

7. *Дети с трудом овладевают письменной речью при:*

- А) шизофрении;
- Б) эпилепсии;
- В) травме головного мозга.

8. *Умственно отсталые дети не могут быть участниками игр т.к.:*

- А) они плохо понимают смысл разговора;
- Б) не могут применять знания в конкретной обстановке;
- В) им трудно составлять информацию.

9. *Правильная последовательность развития видов мышления:*

- А) наглядно – образное = наглядно – действенное = словесно – логическое;
- Б) словесно – логическое = наглядно – образное = наглядно – действенное;
- В) наглядно – действенное = наглядно – образное = словесно – логическое.

10) *Для умственных отсталых детей свойственно*

- А) активное, произвольное внимание;
- Б) активное непроизвольное внимание;
- В) такая же, как у детей с сенсорными нарушениями.

11. *Ориентировочная реакция у у/о детей:*

- А) значительно слабее, чем у детей с сенсорными нарушениями;
- Б) более выражена, чем у детей с сенсорными нарушениями;

- В) такая же, как у детей с сенсорными нарушениями
12. Умственно отсталые дети лучше запоминают:
- А) серию хорошо знакомых слов;
  - Б) серию картинок;
  - В) и слова и картинки запоминают одинаково.

13. При непреднамеренном запоминании результаты ребенка:
- А) хуже;
  - Б) лучше;
  - В) на том же уровне, что и при преднамеренном.

14. Зрительные образы у у/о детей со временем:
- А) конкретизируются;
  - Б) искажаются;
  - В) уподобляются знакомым объектам.

**Тема:** Специфика диагностики. Особенности коррекционной работы.

1. Что входит в типовую модель коррекционной работы

- А) создание условий для коррекционной работы;
- Б) планирование действий;
- В) учет индивидуальных особенностей

2. Кто из психологов рекомендовали специальную организацию динамического обследования аномального ребенка.

- А) Выготский;
- Б) Леонтьев;
- В) Лурия

3. Психологическая диагностика дает сведения об:

- А) условиях жизни ребенка
- Б) об уровне сформированности навыков
- В) характере интеллектуального и личностного развития

4. Нарушение социальных ориентировок по Выготскому это:

- А) первичный;
- Б) вторичный;
- В) третичный дефект;

5. Создание условий для устранения причин аномалии это:

- А) симптоматическая коррекция.
- Б) каузальная коррекция.

6. Что включается во 2 этап специально организованного диагностического обследования.

- А) проводятся глубокие изучения ребенка;
- Б) идет оказание коррекционной помощи;
- В) составляются впечатления об уровне интеллектуального развития.

7. Системно-целостный подход диагностики относится:

- А) к принципам диагностики;
- Б) к требованиям диагностики;
- В) к принципам коррекции.

8. Определите принципы коррекции: содержание коррекционной работы должно опираться на те же функции и процессы, которые у ребенка сохранены:

- А) деятельный принцип коррекции;

- Б) принцип системного развития;
- В) принцип компенсации.

9. Что входит в установочный коррекционный блок:

- А) сведения о ребенке;
- Б) основные и дополнительные задания;
- В) формирование + отношение к корр. работе.

10. Что позволяет выявить констатирующий эксперимент, выберете одно из перечисленных:

- А) характер отношений с окружающими;
- Б) наличный уровень развития;
- В) качества личности.

## 7. Специальная психология. Основные понятия курса

**АБИЛИТАЦИЯ** (лат. abilitatio; от лат. habilis – удобный, приспособительный) – лечебные и/или социальные мероприятия по отношению к, направленные на адаптацию их к жизни.

**АНАМНЕЗ** (греч. anamnesis – воспоминание) – совокупность сведений о больном, развитии у него болезни, окружающей среде, получаемых путем расспроса самого больного (субъективный А.) и окружающих его лиц (объективный А.). Различают А. психиатрический (особенности психического развития, преморбидные черты личности, наследственность, круг интересов и увлечений, успеваемость в учебном заведении, наличие вредных привычек.); социальный (бытовые условия, характеристика социальной микросреды, взаимоотношения в коллективе, общественное положение); фармакологический (лекарства, получаемые больным, эффективность их использования, побочные явления, непереносимость по отношению к некоторым препаратам), эпидемиологический (сведения о наличии в местности, где больной проживал, инфекционных заболеваний, которые могли бы дать основания для предположения о возможности возникновения у него инфекционного психоза).

**АДАПТАЦИЯ** (лат. adaptatio - приспособление) – приспособление организма, органов чувств к окружающим условиям.

**АДАПТАЦИЯ СОЦИАЛЬНАЯ** (адаптация + лат. socium – общество) – активное приспособление к условиям социальной среды путем усвоения и принятия целей, ценностей, норм и стилей поведения. Адаптация социальная детей с ограниченными возможностями здоровья затруднена из-за психофизиологических отклонений в развитии, что служит основанием для необходимости коррекционной педагогической работы с этой категорией детей.

**АДАПТАЦИЯ РЕБЕНКА К ДОШКОЛЬНОМУ УЧРЕЖДЕНИЮ** – частный случай адаптации социальной, обусловленный социальной ситуацией развития ребенка.

**АДАПТАЦИЯ ШКОЛЬНАЯ** – частный случай адаптации социальной, обусловленный социальной ситуацией развития ребенка.

**АНОМАЛИЯ РАЗВИТИЯ** (гр. anomalía «отклонение») – отклонение от общих закономерностей развития ребенка.

**АТИПИЯ** – (а- + гр. typos – отпечаток, образец) – термин, предложенный Усановой взамен термина «Дефектология».

**АУТИЗМ**- греч. auto – сам – термин ввел швейцарский психиатр и психолог Э. Блейлер 1857–1939 для обозначения крайних форм нарушения контактов, ухода от реальности в мир собственных переживаний, где аутистическое мышление подчинено аффективным потребностям, его произвольная организация нарушена. А. традиционно связывается с психическими нарушениями при шизофрении. Термин А. употребляется также в неклиническом смысле: для обозначения индивидуальных особенностей человека, состоящих в повышенной ориентации на внутренние переживания и в большей зависимости мысли от аффективных тенденций по сравнению со среднестатистической нормой – при сохранности произвольности все это находится в границах нормы.

**ВАРИАНТЫ ПОНИЖЕННОЙ ОБУЧАЕМОСТИ** (по У.В. Ульенковой) – экспериментальная классификация предложенная профессором У.В. Ульенковой.

*I вариант.* Пониженная обучаемость у детей является следствием общей педагогической запущенности, берущей начало в ясельном или младшем дошкольном возрасте. Эти дети здоровы от рождения, у них не отмечается патологии в анамнезе раннего развития, физическое развитие на протяжении дошкольного возраста протекает нормально. Отставание в общем развитии, низкий уровень способностей к усвоению знаний в старшем дошкольном возрасте (значительное отставание от уровня оптимальным образом реализованных возрастных возможностей) является у них следствием неблагоприятных условий микросоциального и микропедагогического характера. Вариации не-благоприятного сочетания этих условий определяют подварианты пониженной обучаемости. Пониженная обучаемость может быть следствием общей микросоциальной и педагогической депривации: вредного, а порой и разрушающего действия семьи на формирующуюся психику ребенка; неполноценно организованного общественного дошкольного воспитания (имеется в виду утомляющая обстановка, невысокий уровень педагогической работы и общих условий в детских общественных учреждениях интернатного типа, в смешанных по возрасту дошкольных группах и др.).

*II вариант.* Пониженная обучаемость детей обусловлена слабым соматическим здоровьем (с раннего возраста), а также функциональными расстройствами нервной системы вследствие частых болезней, с одной стороны, и неблагоприятных условий воспитания и развития в семье и общественном учреждении, с другой. Анамнез раннего развития не указывает на патологическую неврологическую симптоматику, тем не менее на протяжении раннего и дошкольного возраста эти дети значительно отстают от своих полноценно развивающихся сверстников в физическом и умственном планах.

По существу вариации неблагоприятного сочетания микросоциальных и микропедагогических условий, определяющих подварианты и вариации пониженной обучаемости, и здесь те же самые: общая микросоциальная и педагогическая депривация, негативное, травмирующее психику ребенка влияние семьи, отсутствие индивидуального подхода к нему в дошкольном учреждении, т.е. все дети приобретают стойкую педагогическую запущенность. Но в отличие от предыдущего варианта слабое здоровье усугубляет состояние этих детей. Возникают особые трудности в организации для них целенаправленной и адекватной педагогической коррекции, ибо, как правило, все эти дети имеют выраженную функциональную мозговую недостаточность и на этой основе нарушенную работоспособность.

Иными словами, причины пониженной обучаемости этих детей лежат в неадекватных физическому состоянию ребенка микросоциальных и микропедагогических условиях развития. Чем длительнее время, в течение которого ребенок находился в таких условиях, тем более упроченными и стойкими становятся у него негативные особенности формирования общей способности к учению.

III вариант. Пониженная обучаемость у детей является следствием задержки психического развития, вызванной микроорганической недостаточностью мозга, обусловленной вредоносными факторами в период внутриутробного развития, родового периода или раннего детства, чаще всего в первые годы. Анамнез у этих детей указывает на патологические особенности психического развития, главным образом раннего (позднее начинают хватать, ходить, говорить).

Из-за отсутствия, начиная с раннего возраста, адекватных для этих детей педагогических условий в семье и дошкольном учреждении (отсутствия квалифицированного индивидуального подхода), а порой и вредного влияния семьи и неправильно организованного общественного воспитания они приобретают стойкую пониженную обучаемость. Ее подварианты могут быть обусловлены спецификой нервно-психического развития детей в условиях различных вариаций взаимодействия неблагоприятных микросоциальных и микропедагогических факторов различной степени их дефектности.

**ДЕЗАДАПТАЦИЯ** – лингвистически неправильно сконструированный термин, близкий по содержанию к известному понятию Дизадаптация (см.), но противоположный ему по содержанию правильного перевода.

**ДИС...** – (лат. *dis* раз..., не... – приставка, означающая «затруднение», «отклонение от нормы», «нарушение функции»).

**ДЕТИ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ** – термин, в зарубежной (особенно в англоязычной) научной литературе, обозначающий широкую категорию детей, развитие которых по тем или иным показателям отклоняется от среднестатистической нормы; кроме аномальных к этой категории могут быть отнесены одаренные и застенчивые дети, дети с «характером» и акцентуациями и т. п. У нас данный термин использовался В.П. Кащенко.

**ДЕТИ С ПРОБЛЕМАМИ РАЗВИТИЯ** – категории детей с сенсорными, интеллектуальными, эмоционально-волевыми, физическими и другими отклонениями в психофизическом развитии. «Политкорректная» эволюция понятий: «аномальные», «дефективные», «с отклонениями в развитии», «с особыми образовательными потребностями», «с ограниченными возможностями здоровья».

**ДЕФЕКТ** (лат. *defectus* – изъян, недостаток) – недостаток, ненормальность, отклонение от нормы.

**ДЕФЕКТОЛОГИЯ** (лат. *defectus* – недостаток + гр. *logos* – учение) – наука о закономерностях развития детей с физическими и/или психическими нарушениями, разрабатывающая методы их воспитания обучения, социальной реабилитации и абилитации. Термин использовался в отечественной науке вплоть до 1991 г. Позднее по политкорректным соображениям термин выведен из употребления, а в самой комплексной науке Д. произошло разделение единой научной дисциплины на коррекционную педагогику и коррекционную психологию. Хотя выделившиеся части, даже при их суммировании, не всегда приводят к единому целому. См.: Правило политкорректности.



**ДИАГНОСТИКА** (гр. *diagnosticos* – способный распознавать) – в данном случае: 1) раздел психологии, изучающий содержание, методы и последовательность ступеней процесса распознавания психических расстройств, нарушений и индивидуальных особенностей, граничащий с аналогичными разделами смежных наук; 2) процесс распознавания нарушений и индивидуально-психологических особенностей, включающий целенаправленное психологическое, педагогическое, медицинское обследование, истолкование полученных результатов, их нозологическое соотнесение и обобщение в виде психологического диагноза.

**ДИАГНОЗ** (гр. *diagnosis* – распознавание, определение) – медицинское заключение о состоянии здоровья, характере и сущности заболевания на основании клинического и параклинического исследования, выраженное в терминах, обозначающих названия болезни (травмы) или ведущего синдрома, их форм и вариантов течения.

**ДИАГНОЗ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ** (гр. *diagnosticos* – способный распознавать; лат. *differentia* – различие) – этап диагностики, устанавливающий отличие данного состояния (нарушения) от других, сходных по клиническим признакам.

**ДИЗАДАПТАЦИЯ** (диз- + адаптация) – расстройство приспособления живого организма к действию факторов внешней и внутренней среды, возникающие, как правило, в тех случаях, когда к организму предъявляются чрезмерные или необычные для него требования. «Понятие Д. следует отличать от понятия «деадаптация», которое означает утрату или прекращение действия физиологической адаптированности» (А.П. Авцын, 1977). В педагогической литературе распространено также написание термина как «дезадаптация». Дошкольная и школьная. являются вариантами дизадаптации социальной.

**ДИЗАДАПТАЦИЯ СОЦИАЛЬНАЯ** – нарушение детьми и подростками норм морали и права, деформация системы внутренней регуляции, ценностных ориентации, соц. установок. В Д.С. прослеживаются две стадии: педагогическая и социальная запущенность учащихся и воспитанников. Педагогически запущенные дети хронически отстают по ряду предметов школьной программы, сопротивляются педагогическому воздействию, демонстрируют различные проявления асоциального поведения: сквернословят, курят, конфликтуют с учителями, родителями и сверстниками. У социально запущенных детей и подростков все эти негативные проявления отягощены ориентацией на криминогенные группировки, деформацией сознания, ценностных ориентации, приобщением к бродяжничеству, наркомании, алкоголизму правонарушениям. Д.С. - процесс обратимый.

**ДИЗОНТОГЕНЕЗ** (гр. *dys-* — приставка, означающая отклонение от нормы, *ontos* – сущее, существо, *genesis* – развитие) термин впервые был употреблен Й.Швальбе в 1927-м году для обозначения отклонения внутриутробного формирования структур организма от нормального хода развития. В отечественной дефектологии данные состояния объединяются в группу нарушений (отклонений) развития.

**ДИС** – (лат. *dis* раз..., не... - приставка, означающая «затруднение», «отклонение от нормы», «нарушение функции»).

**ДИСФУНКЦИЯ МОЗГОВАЯ МИНИМАЛЬНАЯ** (ММД: *minimal brain dysfunction*) – собирательный диагноз, подразумевающий нарушение функции или структуры головного мозга различного происхождения, возникающее в пе-

ринатальный период (синонимы: гиперкинетический хронический мозговой синдром, или минимальное повреждение мозга, или легкая детская энцефалопатия, или легкая дисфункция мозга) относится к перинатальным энцефалопатиям. Перинатальная энцефалопатия), обозначающий легкие расстройства поведения и обучения без выраженных интеллектуальных нарушений, возникающие в силу недостаточности функций центральной нервной системы, чаще всего резидуально-органической природы. История изучения ММД связана с исследованиями Е. Kahn и соавт. (1934), хотя отдельные исследования проводились и ранее. ММД в большинстве случаев лежит в основе состояний ЗПР.

**ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ЗПР ПО СТРУКТУРЕ ДЕФЕКТА** (по Л. И. Перслени, Е. М. Мастюковой, Л. Ф. Чупрову, 1989) – типологическое психологическое разграничение состояний ЗПР на две группы.

Первая группа состоит из детей, у которых ведущим фактором в структуре дефекта являются нарушения произвольной регуляции деятельности (эмоционально-волевой сферы и внимания), а нарушения мышления и речи вторичны и зависят от степени эмоционально-волевых расстройств. Клинически эта группа состоит преимущественно из детей с неосложненным и осложненным психофизическим инфантилизмом (по М. С. Певзнер, 1966)

Вторая группа – дети, у которых имеются негрубые первичные интеллектуальные нарушения, сочетающиеся с различными нарушениями регуляции деятельности, эмоционально-волевыми расстройствами. Основу этой группы составляют дети с ЗПР церебрально-органического генеза.

**ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (ЗПР)** – нарушение нормального темпа формирования личности ребенка. Проявляется в отставании психофизиологического, психического и соц. развития, бывает стойкой (типа олигофрении) и временной. Согласно М. С. Певзнер (1966), ЗПР — состояние, в основе которого лежат психофизический и психический инфантилизм. Основной, хотя и редко встречающейся формой ЗПР, М. С. Певзнер считает неосложненный инфантилизм, обусловленный замедленным созреванием и функциональной недостаточностью филогенетически молодых лобных структур мозга и их связей. Психофизическому и психическому инфантилизму не осложненной формы присущи специфические черты незрелости эмоционально-волевой сферы и личности ребенка, проявляющиеся наиболее отчетливо при переходе его от дошкольного к школьному возрасту.

**ЗПР ЦЕРЕБРАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА.** Она включает сочетание признаков незрелости тех или иных психических функций с отдельными проявлениями повреждения ЦНС. В неврологическом статусе детей с такой патологией отмечается легкая рассеянная микросимптоматика, признаки вегетативно-сосудистой дисфункции, а также недостаточность высших психических функций и психомоторики, Интеллектуальная недостаточность у этих детей проявляется наряду с эмоциональными и поведенческими расстройствами. Особенно это выражено у детей с так называемым органическим инфантилизмом, при котором имеет место сочетание интеллектуальной недостаточности с нарушением целенаправленной деятельности, работоспособности, им свойственна двигательная расторможенность, повышенная возбудимость, признаки психопа-

топодобного поведения. И.Ф. Марковская (1982) выделяет два варианта органического инфантилизма: 1) по типу психической неустойчивости; 2) по типу психической тормозности.

При первом, преобладает повышенный фон настроения с оттенком эйфории, дети чрезвычайно отвлекаемы, болтливы, назойливы, отличаются подвижной мимикой, однако в целом довольно однообразной и примитивной; громким, но недостаточно модулированным голосом, резкими и размашистыми, неточными движениями; маловыразительной жестикуляцией. Быстрая истощаемость отчетливо проявляется в любых: учебных занятий, на уроках труда, где при первых же неудачах они с раздражением бросают начатую работу. Эти дети не обладают устойчивым вниманием, инициативностью фантазией в игровой деятельности. Они лучше ориентируются в бытовых вопросах, но и здесь проявляют наивность, подражательность и поверхностность суждений.

При втором варианте органического инфантилизма, дети характеризуются, наоборот, относительно пониженным фоном настроения, робостью, повышенной тормозностью и медлительностью. Наряду с указанными чертами незрелости (преобладание игровой мотивации над учебной, внушаемостью, несамостоятельностью, наивностью), они отличаются высокой отвлекаемостью, повышенной истощаемостью и пресыщаемостью. При ответах у доски теряются, говорят негромко и невнятно, имеют более выраженные реакции на похвалу и порицание. В домашней обстановке такие дети бывают капризны, у них наблюдаются резкие переходы от бурной радости к слезам.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ** – краткая психологическая характеристика состояния развития ребенка на период обследования на основе данных объективного квалифицированного психодиагностического исследования. З.П. преследует две цели: 1) выполняет свои диагностические функции о состоянии, уровне и особенностях психического развития ребенка на период обследования; 2) является самостоятельным заключением психолога. З.П. формируется специалистом-психологом самостоятельно, до полного клинико-педагогического обследования ребенка, по результатам беседы, характеристики, данных экспериментальных методик, наблюдения за поведением ребенка во время обследования.

**ЗАПУЩЕННОСТЬ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ** – нарушение учебной деятельности, характеризующееся отсутствием быстро усваиваемых приемов, навыков выполнения учебной деятельности, отсутствием системы знаний. Проявляется также низким уровнем сформированности таких мыслительных процессов, как способность действовать в уме, моделирование, с негативным отношением к учению и изменением «внутренней позиции школьника».

**ИНФАНТИЛИЗМ** (от лат. *infantilis* – детский), задержка в развитии организма, проявляющаяся в сохранении у взрослого физических и психических черт, присущих детскому возрасту.

**ИНФАНТИЛИЗМ ПСИХИЧЕСКИЙ** Особый вид остановки развития личности на ювенальной ступени. Состояние впервые выделено французским врачом-психиатром Е.-Ш. Ласегом (*Lasegue E.Ch.*, 1864), в дальнейшем изучалось немецким психиатром Г. Антоном (*Anton G.*, 1906). Отмечается в первую очередь эмоциональными характерологическими особенностями, неустойчивостью настроения, плохо контролируемыми влечениями, недостаточностью сознательной и целевой активности, в ряде случаев – поверхностными, незрелыми суждениями. Г. Антон

выделял так называемый «парциальный» психический инфантилизм, характеризующийся отсутствием какого бы то ни было интеллектуального дефекта и проявляющийся лишь нарушениями поведения. По Г.Е. Сухаревой (1959), различаются органический, дисгармонический и гармонический варианты П.И. в зависимости от того, к чему ближе его симптомы по проявлениям – к олигофрении, психопатиям или норме. Нередко П.И. сочетается с инфантилизмом физическим.

**КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ МЕЖДУНАРОДНАЯ (МКБ)** – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (англ. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) – документ, используемый как ведущая статистическая и классификационная основа в здравоохранении. МКБ стала международной стандартной диагностической классификацией для всех общих эпидемиологических целей и многих целей, связанных с управлением здравоохранением. Они включают анализ общей ситуации со здоровьем групп населения, а также подсчет частоты и распространенности болезней и других проблем, связанных со здоровьем, в их взаимосвязи с различными факторами. В России введена как обязательный документ для медицинских учреждений и медицинской статистики на основании Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 170 от 27 мая 1997 года «О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра». Авторские права принадлежат ВОЗ. В настоящее время действует Международная классификация болезней Десятого пересмотра (МКБ-10, ICD-10).

**КЛАССИФИКАЦИЯ ЗПР ПО Т.А.ВЛАСОВОЙ, М.С.ПЕВЗНЕР.** Т.А. Власовой и М.С. Певзнер выделены две основные формы задержки психического развития:

1) задержка психического развития, обусловленная психическим и психофизическим инфантилизмом (неосложненным и осложненным недоразвитием познавательной деятельности и речи, где основное место занимает недоразвитие эмоционально-волевой сферы);

2) задержка (возникшая на ранних этапах жизни ребенка), обусловленная длительными астеническими и церебрастеническими состояниями. Задержка психического развития в виде неосложненного психического инфантилизма рассматривается как более благоприятная, чем при церебрастенических расстройствах.

**КЛАССИФИКАЦИЯ ЗПР ПО М.С.ПЕВЗНЕР.** В 1966 г. М.С. Певзнер была опубликована классификация ЗПР, включающая следующие клинические варианты:

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

2) психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности;

3) психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный нейродинамическими нарушениями;

4) психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный недоразвитием речевой функции.

**КЛАССИФИКАЦИЯ ЗПР ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ** (по К.С. Лебединской, 1982). В данной систематике выделяются четыре группы состояний ЗПР:

1. ЗПР конституционального характера (причина возникновения – не созревание лобных отделов головного мозга). Сюда относятся дети с несложным гармоническим инфантилизмом, они сохраняют черты более младшего возраста, у них преобладает игровой интерес, не развивается учебный. Эти дети при благоприятных условиях показывают хорошие результаты выравнивания. 2. ЗПР соматогенного происхождения (причина – перенесение ребенком соматического заболевания). К этой группе относят детей с соматической астенией, признаками которой являются истощаемость, ослабленность организма, сниженная выносливость, вялость, неустойчивость настроения и т.п. 3. ЗПР психогенного происхождения (причина – неблагоприятные условия в семье, искаженные условия воспитания ребенка (гиперопека, гипопека) и т.п.). 4. ЗПР церебрально-органического происхождения (причина - мозговая дисфункция). К этой группе относят детей с церебральной астенией - повышенной истощаемостью нервной системы. У детей наблюдаются: неврозоподобные явления; повышенная психомоторная возбудимость; аффективные нарушения настроения, апатико-динамическое расстройство – снижение пищевой активности, общая вялость, двигательная расторможенность.

**Классификация ОБЩЕГО НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ (ОНР)**, предложенная Р.Е. Левиной (Левина Роза Евгеньевна (1908 – 1989) – советский педагог, психолог, ученица Л.С. Выготского), представляет выделение трех уровней речевого развития:

I уровень. Речевые средства крайне ограничены. Активный словарь состоит из небольшого количества нечетко произносимых обиходных слов, звукоподражаний и звуковых комплексов, в речи преобладают корневые слова, лишённые флексий. Пассивный словарь шире активного. Звуковая сторона характеризуется фонетической неопределенностью. Фонематическое развитие находится в зачаточном состоянии.

II уровень. Переход к этому уровню характеризуется возросшей речевой активностью ребенка. На этом уровне возможно пользование местоимениями, а иногда союзами, простыми предложениями в элементарных значениях. Дети могут ответить на вопросы по картинке, связанные с семьей, знакомыми событиями окружающей жизни. Дети пользуются только простыми предложениями, состоящими из 2-3, реже 4 слов. Словарный запас значительно отстает от возрастной нормы: выявляется незнание многих слов, обозначающих части тела, животных и их детенышей, одежды, мебели, профессий. Отмечаются ограниченные возможности использования предметного словаря, словаря действий, признаков. Отмечаются грубые ошибки в употреблении грамматических конструкций. Фонетическая сторона характеризуется наличием многочисленных искажений звуков, замен и смешений. Выявляется недостаточность фонематического восприятия, их неподготовленность к овладению звуковым анализом и синтезом.

III уровень. Наличие развернутой фразовой речи с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития. Характерным является недифференцированное произнесение звуков, когда один звук заменяет одновременно два или несколько звуков данной или близкой фонетической группы. На фоне относительно развернутой речи наблюдается неточное употребление многих лексических значений. В свободных высказываниях преобладают

простые распространенные предложения, почти не употребляются сложные конструкции. Отмечается аграмматизм: ошибки в согласовании числительных с существительными, прилагательных с существительными в роде, числе, падеже. Понимание обращенной речи значительно развивается и приближается к норме. Пробелы в развитии фонетики, лексики и грамматического строя у детей школьного возраста проявляются более отчетливо при обучении в школе, создавая большие трудности в овладении письмом, чтением и учебным материалом. См.: Недоразвитие речи общее.

**КЛАССЫ ВЫРАВНИВАНИЯ** создаются для детей с более стойкими отклонениями в развитии, классифицируемыми психологами и дефектологами как ЗПР Дети в такие классы направляются с 1-го или со 2-го года обучения – по решению медико-педагогической комиссии (МПК) или психолого-медико-педагогическими консультациями (ПМПК). Заканчивая 9-й класс, дети получают документ обычного образца.

**КЛАССЫ КОМПЕНСИРУЮЩЕГО ОБУЧЕНИЯ (ККО)** создаются для детей с сохранным интеллектом, не имеющих противопоказаний для обучения по общеобразовательным программам («дети риска»). В этих классах дети учатся год в год со своими сверстниками и обычных классов, что позволяет, в случае необходимости, переводить ребенка из класса компенсирующего обучения в обычный и наоборот.

**КЛАССЫ КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕГО ОБУЧЕНИЯ** – новая форма дифференциации образования, позволяющей решать задачи своевременной активной помощи детям с трудностями в обучении и адаптации к школе, создаются в общеобразовательных учреждениях в соответствии с концепцией коррекционно-развивающего обучения, утвержденной коллегией Министерства образования РФ, руководствуются в своей деятельности Законом Российской Федерации «Об образовании». Классы коррекционно-развивающего обучения сохраняют непрерывность реабилитационного пространства на основе интеграции дошкольных, школьных, внешкольных учреждений, УПК, ПТУ. Цель организации указанных классов - создание в общеобразовательных учреждениях целостной системы, обеспечивающей оптимальные педагогические условия для детей с трудностями в обучении в соответствии с их возрастными и индивидуально-типологическими особенностями, состоянием соматического и нервно-психического здоровья. В данной системе строго определяются и логически взаимодействуют диагностико-консультативное, коррекционно-развивающее, лечебно-профилактическое, социально-трудовое направления деятельности. Система работы в классах коррекционно-развивающего обучения направлена на компенсацию недостатков дошкольного развития, восполнение пробелов предшествующего обучения, преодоление негативных особенностей эмоционально-личностной сферы, нормализацию и совершенствование учебной деятельности учащихся, повышение их работоспособности, активизацию познавательной деятельности. Важнейшей задачей является охрана и укрепление физического и нервно-психического здоровья детей указанной категории, а также их социально-трудовая адаптация.

**КОНСУЛЬТАЦИЯ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ** – специальное учреждение, работающее на постоянной основе, создается для выявления, учета, диагностики детей и подростков с отклонениями в развитии, от-

бора их в специальные учебно-воспитательные и лечебные учреждения соответствующего типа, консультирования родителей (лиц, их заменяющих) по вопросам оказания медико-психолого-педагогической помощи детям с недостатками в развитии. В К.П.-М.-П. работают специалисты различного профиля: врачи, логопеды, педагоги, психологи. Син.: Комиссия психолого-медико-педагогическая.

**КОМИССИЯ МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ** – специальное учреждение, проводящее отбор аномальных детей для направления их в соответствующие учебно-воспитательные и оздоровительные учреждения. См. также: Консультация психолого-медико-педагогическая.

**КОМПЕНСАЦИЯ** (лат. compensation – возмещение) – состояние полного или частичного возмещения функций поврежденных систем, органов и тканей организма за счет компенсаторных процессов. Одно из центральных понятий отечественной дефектологии.

**КОРРЕКЦИЯ** (лат. correctio – исправление) – (в образовании) система педагогических и лечебных мероприятий, направленных на преодоление и ослабление недостатков психического, речевого и физического развития ребенка. Одно из центральных понятий отечественной дефектологии.

**ОБУЧАЕМОСТЬ** – совокупность (ансамбль) интеллектуальных свойств личности, формирующихся качеств ее ума, от которых и при наличии других необходимых условий (исходного минимума знаний, положительного отношения к учению, общей и умственной работоспособности) зависит продуктивность учебной деятельности. Это термин педагогической психологии. В какой-то степени он соотносим с термином «интеллект» (или «ум»). «Мы употребляем термин «обучаемость», как понятие, тождественное весьма громоздкому выражению «общие умственные способности к усвоению знаний, основ наук» (З.И. Калмыкова, 1975, с. 16).

**ОБУЧЕНИЕ ИНТЕГРИРОВАННОЕ** (лат. integratio – соединение, восстановление) - обучение, в процессе которого инвалиды и иные члены общества, имеющие ограниченные возможности здоровья, интеллекта, сенсорной сферы и другое, не являются социально обособленными или изолированными, участвуют во всех видах и формах социальной жизни вместе и наравне с остальными. В системе образования, на всех её ступенях интеграция означает реальную, а не декларируемую возможность минимально ограничивающей альтернативы для детей, подростков, молодёжи с проблемами в развитии – обучение или в специальном образовательном учреждении, или, с равными возможностями, в образовательном учреждении общего вида, например, в учреждениях общего среднего образования. На практике О.И. - совместное обучении лиц, имеющих физические и (или) психические недостатки, и лиц, не имеющих таких недостатков, с использованием специальных средств, методов и при участии педагогов-специалистов.

**ОБУЧЕННОСТЬ** – это фактически исходный уровень школьных знаний, являющийся одним из необходимых условий продуктивности учебной деятельности. Это понятие в определенной степени соотносимо с понятием «уровень актуального развития» и входит в структуру «обучаемости», как одно из условий, так же, как и понятие «уровень актуального развития» входит в структуру понятия «зона ближайшего развития».

**ОНТОГЕНЕЗ** (гр. on (ontos) сущее + geneses – происхождение, развитие) – индивидуальное развитие животного или растительного организма – от момента зарождения до окончания жизни.

**ПАТОГЕНЕЗ** (гр. pathos – болезнь + geneses – происхождение, развитие) – 1) учение об общих закономерностях развития, течения и исхода болезней: 2) механизм развития конкретной болезни, патологического процесса или состояния. Раздел общей патологии.

**ПЕДАГОГИКА КОРРЕКЦИОННАЯ** – область педагогического знания, предметом которой является разработка и реализация в образовательной практике системы условий, предусматривающих своевременную диагностику, профилактику и коррекцию педагогическими средствами нарушений социально-психологической адаптации индивидов, трудностей их в обучении и освоении соответствующих возрастным этапам развития социальных ролей. В современную педагогическую науку термин был введен в 1988 году (Г.Ф. Кумарина, 1988), однако первыми попытку раскрыть его содержание П. В. Кащенко, и В. В. Мурашев, подготовившие в 1929 году работу «Лечебная (коррекционная) педагогика», которая уже тогда обозначала новый вектор в развитии научного знания. Начиная с конца 20-х годов, П.К. развивалась как составная часть отечественной дефектологии.

**ПСИХОЛОГИЯ СПЕЦИАЛЬНАЯ** – область психологии развития, изучающая особые состояния, возникающие преимущественно в детском и подростковом возрасте под влиянием различных групп факторов (органической или функциональной природы), проявляющихся в замедлении или выраженном своеобразии психосоциального развития ребёнка, затрудняющих его социально-психологическую адаптацию, включение в образовательное пространство и дальнейшее профессиональное самоопределение. По Е. Л. Гончаровой специальная психология – это «область психологии развития, которая изучает проблемы развития людей с физическими и психическими недостатками, определяющими потребность детей в особых условиях обучения и воспитания и потребность взрослых – в особых формах психологического сопровождения». Название «Коррекционная психология» зафиксировано в перечне научных специальностей ВАК РФ. Код 19.00.10. (ранее - специальная психология).

**ПРАВИЛО ПОЛИТКОРРЕКТНОСТИ** (в психологии) – рамки ограничений в использовании ряда специальных терминов по причине их несоответствия ратифицированным в 1991 г. Российской Федерацией конвенциям ООН «О правах инвалидов» и «О правах умственно отсталых», в которых зафиксирована необходимость отказаться от употребления всех терминов, указывающих на дефект, как от терминов уничижительного характера. Под это правило попала в частности целая отрасль отечественной науки – дефектология.

**ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ: ПРИНЦИПЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ** (лат. principium – начало, основание; diagnosticos – способный распознавать).

Собственно в основе диагностического искусства в практической психологии и логопедии лежат четыре главных принципа: основной - принцип методического ограничения и три вспомогательных.

1. Принцип методического ограничения заключается в том, что метод, построенный в рамках одной теоретической концепции, не может быть в полной мере использован для объективизации той стороны объекта, которая освещена



другой теорией, а полученные с помощью этого метода данные не могут быть основой для построения технологии воздействия, базирующейся на совершенно иных теоретических представлениях.

2. Принцип взаимной проверки и сопоставления методик между собой. Этот принцип был введен в психологию применительно к патопсихологическому исследованию еще С. Я. Рубинштейн (1970 г.). Любая методика имеет более широкие возможности зондирования, помимо ее прямой целевой направленности. При правильном подборе методик результаты, получаемые при помощи одной методики, проверяются через дополнительные возможности других использованных диагностических инструментов.

3. Принцип необходимости-достаточности заключается в том, что набор и количество диагностических процедур должно быть минимально необходимым, но в то же время и вполне достаточным для объективного зондажа психической реальности. Большинство экспериментально-психологических методик позволяет получать более широкий спектр данных за счет дополнительных возможностей методики. Психологу необходимо так построить диагностический алгоритм, чтобы, используя основную направленность и дополнительные возможности методик, составить на основе диагностического алгоритма необходимый набор инструментальных средств и техник, позволяющих экономично и достаточно надежно провести исследование.

4. Принцип взаимосвязи возможностей инструментального приема и уровня зондирования психической реальности предполагает, что каждая конкретная методика исследует то, на что она направлена, лишь на определенном уровне. В то же время, сам предполагаемый исследователем, уровень диагностики объективно диктует получать данные лишь в пределах этого уровня глубины исследования.

**ПАРАЛИЧ** (гр. *paralyō* – расслабляю) – выпадение функции какой-либо мышцы или конечности вследствие нарушения иннервации. См.: Иннервация.

**ПАРАЛИЧ ПСЕВДОБУЛЬБАРНЫЙ** (*paralysis pseudobulbaris*) – паралич мимико-артикуляционных мышц, иннервируемых двигательными черепно-мозговыми нервами, обусловленный двусторонним поражением корково-ядерных волокон в полушариях или в стволе головного мозга; проявляется дизартрией, дисфагией, дисфонией, появлением рефлексов орального автоматизма, насильственного плача и смеха. Одним из основных принципиальных различий между П.П.Б. и бульбарным параличом служит то обстоятельство, что парализованные мышцы при П.П.Б. не становятся атрофированными (признак периферического паралича), в отличие от бульбарного.

**РЕАБИЛИТАЦИЯ** (франц. *rehabilitation* от лат. *re* – врозь + *habilis* – удобный, приспособленный) – в медицине — комплекс медицинских, психологических, педагогических, профессиональных и юридических мер по восстановлению автономности, трудоспособности и здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями в результате перенесенных (реабилитация) или врожденных (абилитация) заболеваний, а также в результате травм.

**РЕАБИЛИТАЦИЯ** (франц. *rehabilitation* от лат. *re* – врозь + *habilis* – удобный, приспособленный) – в медицине — комплекс медицинских, психологических, педагогических, профессиональных и юридических мер по восстановлению автономности, трудоспособности и здоровья лиц с ограниченными физиче-

скими и психическими возможностями в результате перенесённых (реабилитация) или врожденных (абилитация) заболеваний, а также в результате травм. Р. проводится при некоторых заболеваниях внутренних органов, врожденных и приобретенных заболеваниях опорно-двигательного аппарата, последствиях тяжёлых травм, психических болезнях и т. д. Имеет особое значение абилитация у детей с умственной отсталостью, с дефектами слуха, речи, зрения и др. Реабилитация это система лечебно-педагогических мероприятий, направленных на предупреждение и лечение патологических состояний, которые могут привести к временной или стойкой утрате трудоспособности. Реабилитация имеет целью по возможности быстро восстановить способность жить и трудиться в обычной среде. О Р. следует говорить в тех случаях, когда больной уже имел опыт общественной жизни и общественно полезной деятельности. Р. предусматривает лечебно-педагогическую коррекцию двигательной, психической и речевой сферы в отношении детей старшего возраста и взрослых. Есть ряд патологических факторов, которые инвалидизируют больного и ставят вопрос о необходимости проведения абилитации или реабилитации. Среди таких факторов – различные внутриутробные поражения нервной системы, родовые черепно-мозговые травмы. У детей более старшего возраста к инвалидизирующим поражениям нервной системы могут приводить травмы головного и спинного мозга, инфекционно-воспалительные заболевания (последствия перенесенных энцефалитов, арахноидитов, менингитов, полиомиелита), дегенеративные заболевания нервной и нервно-мышечной систем. У взрослых наиболее частой причиной инвалидизирующих состояний являются сосудистые заболевания с нарушением мозгового кровообращения. На всех этапах применяется комплексное лечение, предусматривающее восстановление нарушенных функций с помощью лечебной физкультуры, массажа, физиотерапевтических, ортопедических процедур, медикаментозных средств. Важное значение имеет проведение активной коррекционно-воспитательной работы и оказание необходимой логопедической помощи. Число адаптированных к трудовой деятельности лиц может возрасти за счет правильно осуществляемых реабилитационных мероприятий. Необходима эффективная организация всего комплекса лечебно-педагогических и социальных (в широком смысле) мер. Важно обеспечить преемственность этапов восстановительных мероприятий. Лечение должно быть своевременным и длительным. Детальное неврологическое, психолого-педагогическое и логопедическое обследование детей с тяжелыми поражениями нервной системы, настойчивая и кропотливая работа специалистов по реабилитации, направленная на восстановление нарушенных функций, нейромоторное перевоспитание позволяют произвести частичную или полную адаптацию инвалидов, как детей, так и взрослых в обществе.

**СИМПТОМ** (гр. *symptōma* – совпадение) – характерный внешний, поддающийся наблюдению признак.

**СИНДРОМ** (гр. *syndromos* вместе бегущий) – совокупность симптомов, объединенных единым патогенезом; иногда этим термином обозначают самостоятельные нозологические единицы или стадии (формы) болезни.

**СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ (СДВГ; СДВ/Г)** был выделен в начале 80-х годов из более широкого понятия «минимальной мозговой дисфункции». Наблюдая детей школьного возраста

с такими нарушениями поведения, как двигательная расторможенность, отвлекаемость, импульсивность поведения, авторы высказали предположение, что причиной данных изменений является повреждение головного мозга неизвестной этиологии, и предложили термин «минимальное мозговое повреждение». В дальнейшем в понятие «минимальное мозговое повреждение» были включены и нарушения обучения (трудности и специфические нарушения в обучении навыкам письма, чтения, счета; нарушения перцепции и речи). Впоследствии статическая модель «минимального мозгового повреждения» уступила место более динамичной и более гибкой модели «минимальной мозговой дисфункции». Согласно DSM-IV (Американская ассоциация психиатров) рабочая классификация (1980) выделяет 3 варианта течения синдрома дефицита внимания/гиперактивности в зависимости от преобладающих клинических симптомов: 1) синдром, сочетающий дефицит внимания и гиперактивность; 2) синдром дефицита внимания без гиперактивности; 3) синдром гиперактивности без дефицита внимания.

**СУРДОПСИХОЛОГИЯ** (от лат. *surdus* – глухой) — отрасль психологии, изучающая закономерности развития психической деятельности индивида с недостатками слуха, в частности в условиях специального обучения. При нарушении слуха не только существенно затрудняет формирование речи и словесного мышления, но и страдает развитие познавательной деятельности в целом. Основной задачей сурдопсихологии является обнаружение компенсаторных возможностей, за счет которых могут быть преодолены недостатки слуха, получено достаточное образование, обеспечено участие в трудовой деятельности.

**ТИФЛОПСИХОЛОГИЯ** (от греч. *typhlos* – слепой) – отрасль психологии, изучающая закономерности развития психической деятельности индивида с полностью или частично нарушенным зрением. При таких нарушениях страдает не только ориентировка в пространстве, но и, в силу замедленности и неполноты формирования сенсорного опыта, нарушается развитие наглядно-образного мышления. Основной задачей тифлопсихологии является компенсация отсутствующего зрения за счет интенсификации работы других анализаторов (слуха, осязания), а также формирование «чувства препятствия». Для построения адекватных образов предметов могут подключаться процессы воображения, при этом формирование логической памяти обычно опережает развитие образной.

**ТРЕБОВАНИЯ К НАБОРАМ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДИК** (основные). Первое требование заключается в том, что используемые методики должны выявлять ведущий фактор в структуре дефекта. Используемые методики должны позволять оценить соотношение нарушений регуляции произвольных форм деятельности и познавательных процессов (памяти, восприятия, мышления). Второе требование связано с надежностью определения характера и состояния тех или иных психических функций и их соотношения. Как отмечается в работах В. И. Лубовского (1978; 1989), для этого необходимы определенные качественные, и количественные показатели и критерии. Эти критерии должны обеспечивать надежное отграничение от нормы как ЗПР, так и другие состояния (соматическая ослабленность, педагогическая запущенность, замедления психического развития при сенсорных и локальных дефектах), которые сопровождаются сходными результатами выполнения тех или иных заданий. При этом особую значимость приобретает разработка унифицированных условий использования методик, для сопоставимо-

сти получаемых сведений. Третье немаловажное требование к набору диагностических методик определяется тем, что для детей рассматриваемой категории характерна неустойчивость показателей деятельности, а также их ухудшение при продолжительном выполнении интеллектуальных заданий. Из этого вытекает необходимость того, что обследование не должно продолжаться более одного часа. С этим связано дополнительное требование к обследованию ребенка с дефектами развития — оно должно быть поэтапным. Первичное обследование включает определенный, небольшой набор методик, позволяющий качественно и количественно оценить наличие и характер нарушения психического развития. Результаты первичного обследования определяют необходимость проведения дополнительных клинических или параклинических (например, электрофизиологических) исследований, а также более детального анализа состояния некоторых функций, дефектность которых можно предполагать на основе первичных данных (например, наличие локальной патологии слуха, зрения, речи).

**ЭТИОЛОГИЯ** (гр. aitia – причина + logos – учение, наука) – учение о причинах и условиях возникновения болезни. В коррекционной психологии – о причинах и условиях возникновения нарушений развития и дезадаптации ребенка в образовательной среде.

**Антон Г.** (Anton G.) – немецкий психиатр.

**Власова Татьяна Александровна** (1905-1986) – советский педагог, дефектолог, профессор, доктор психологических наук, действительный член АПН СССР, ученица Л.С.Выготского.

**Кан Е.** (E. Kahn) – немецкий психиатр.

**Кащенко Всеволод Петрович** (1870 –1943) – советский дефектолог, один из первых организаторов высшего дефектологического образования и научно-исследовательской работы в области дефектологии в СССР.

**Кумарина Галина Фёдоровна.** Профессор, доктор педагогических наук. С 1993 года – заведующая кафедрой Института повышения квалификации и переподготовки работников народного образования Московской области (ныне ГОУ Педагогическая академия). Программа была заявлена и начала свою работу в 1998 году (по заданию Министерства образования Р.Ф.). См.: Решетникова О. Всеобъемлющий диагноз (интервью с психологом М.М.Семаго) // Еженедельник «Школьный психолог». – № 12. – 2000. - [Электр. ресурс] <http://psy.1september.ru/article.php?ID=200001204>

**Ласег Эрнест-Шарль** (Lasègne, 1816 – 1883) – франц. врач. В 1862, 1865 и 1866 гг. читал курсы душевных болезней на медицинском факультете в Париже, с 1867 г. был профессором общей патологии и терапии, а с 1870 – профессором клиники. Л., как и учитель его Труссо, был одним из последних представителей традиционной медицины, которая основывается на одном наблюдении больного, оставляя на втором плане экспериментальный метод. Лекции Л. всегда имели большой успех; их издал Blum (1884). С 1876 г. Л. – член медицинской академии.

**Лебединская Клара Самойловна** (1925-1993) – отечественный психиатр, к.м.н., ученица Г.Е. Сухаревой, преемница М.С. Певзнер в заведовании лабораторией клинико-психологического изучения аномальных детей НИИ Дефектологии АПН СССР.

**Лубовский Владимир Иванович** (р. 1923) – российский психолог, дефектолог, д-р психологических наук (1975), профессор (1978), д. чл. АПН СССР (1989) и РАО (1993).

**Марковская Инна Францевна** – отечественный врач-психиатр, нейропсихолог, к.м.н.

**Певзнер Мария Семёновна** (1901 – 1989) – советский дефектолог, психолог, врач, педагог, профессор, к.м.н., д.п.н., ученица Л.С. Выготского и Г.Е.Сухаревой.

**Сухарева Груня Ефимовна** (1891 – 1981) – детский психиатр. Д-р мед. наук (1935), проф. (1935). Автор фундаментального труда «Клинические лекции по психиатрии дет. возраста» (т. 1–3. М., 1955 – 65).

**Ульenkova Ульяна Васильевна** (род. 1929) – отечественный психолог, д.пс.н., профессор Нижегородского педагогического университета, основатель научной школы.

**Швальбе Й.** (J. Schwalbe) – немецкий врач и антрополог.

## **8. СПИСОК ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И МУЛЬМЕДИЙНЫХ И ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСОВ**

### **Основная литература**

1. Основные варианты неблагоприятного развития младших школьников: Методическое пособие/ Сост. В.Е. Пешкова. Майкоп, 2001.
2. Усанова О.Н. Специальная психология. СПб.: Питер, 2006.
3. Специальная психология: Учеб. пособие; Под ред. В.И. Лубовского. М.: Академия, 2006.
4. Специальная педагогика: Учеб. пособие; Под ред Н.М. Назаровой. М.: Академия, 2004.
5. Основы специальной педагогики и психологии.: Учеб. пособие/Н. Трофимова и др. М.; СПб.: Питер, 2006.
6. Дефектология: Словарь-справочник / Под ред. Б.П. Пузанова. М., 1996.
7. Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии: Учеб. пособие. М., 1991.
8. Выготский Л.С. Основы дефектологии // Собр. соч.: В 6 т. М., 1983.– Т.5.
9. Коррекционная педагогика в начальном образовании: Учеб. Пособие /Г.Ф. Кумарина и др. М., 2001.
10. Гонеев А.Д., Лифинцева Н.И., Ялпаева Н.В. Основы коррекционной педагогики. М., 1999.
12. Демьянов Ю.Г. Диагностика психических нарушений: Практикум. СПб., 1999.
13. Чудновский В.С., Чистяков Н.Ф. Основы психиатрии. Ростов-на-Дону, 1997.
14. Безруких М.М., Ефимова С.П. Знаете ли вы своего ученика? М.. 1991.
15. Дубровина И.В. Психокоррекционная и развивающая работа с детьми: Учеб. пособие. М., 1998.

### **Дополнительная литература**

1. Абелева И. Речевое поведение заикающихся детей // Нач. школа. 1978. №10.
2. Агаева Е. Сверхподвижные дети//Дошк.воспитание. 1994. №3.
3. Азовцева Н.В. и др. Пальчиковый игротренинг // Нач. школа. 1999. №8. с 11-15.
4. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей. / Под ред. К.С. Лебединского. М., 1982.
5. Алексеева А. Застенчивые дети // Дошк. воспитание. 1981. №2.

6. Алмазова Е. Голос и его нарушения // Дошкольное воспитание. 1968. №2.
7. Алмазова Е. Ринолалия // Дошкольное воспитание. 1967. №6.
8. Алмазова Е.С. Что такое дислексия? // Начальная школа. 1974. №1.
9. Антипина А.Н. Из опыта работы с детьми, имеющими задержку психического развития // Начальная школа. 1993. №2.
10. Ануфриева А.Ф., Костромина С.Н. Как преодолеть трудности в обучении детей: Психодиагностические таблицы. Психодиагностические методики. Коррекционные упражнения. М., 1998.
11. Ануфриева А.Ф., Костромина С.Н. Как преодолеть трудности в обучении детей: психодиагностические таблицы. Психодиагностические методики. Коррекционные упражнения. М., 1998.
12. Бабенкова Е.А. Что такое госпитальная педагогика? // Нач. школа. 1998. №3.
13. Бадалян Л., Миронов А. Отклонения в умственном развитии // Дошк. воспитание. 1976. № 6.
14. Бадмаев С.А. Психологическая коррекция отклоняющегося поведения школьников / Под ред. А.Л. Гройсмана. М., 1997.
15. Безруких М., Ефимова С., Круглов Б. Хорошо быть левшой? // Семья и школа. 1995. №9.
16. Безруких М.М., Ефимова С.П. Знаете ли вы своего ученика? М.. 1991.
17. Безруких М.М., Ефимова С.П. Как помочь ребенку с ослабленным здоровьем преодолеть школьные трудности. М., 1994.
18. Безруких М.М., Князева М.Т. Если ваш ребенок левша. М., 1994.
19. Беккер К.П., Совак. М. Логопедия. М., 1981.
20. Беличева С.А. Основы превентивной психологии. М.: Социальное здоровье России, 1994.
21. Белкин А. Диагностика и преодоление педагогической запущенности//Нар. образование. 1977. №2.
22. Белкин А. Начальные формы педагогической запущенности у дошкольников //Дошк. воспитание. 1974. № 9.
23. Белякова Л.И. Основные логопедические технологии формирования плановой речи у заикающихся // Дефектология – 2001- № 4.
24. Бернс Р. Развитие Я – концепции и воспитание. М., 1986.
25. Боровик О. Коррекционно-развивающие возможности детского рисования//Об-рuch. 1999. №1.
26. Боскис Р.М. Учителю о детях с нарушениями слуха. М., 1987.
27. Братусь Б.С. Аномалии личности. М., 1988.
28. Бреслав Т.М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве. М., 1990.
29. Брызгунов И., Касатикова Е. Неуправляемые? // Семья и школа. 1999. №1-2.
30. Буянов М.И. Беседы о детской психиатрии // Воспитание школьников. 1999. № 4.
31. Буянов М.И. Беседы о детской психиатрии: Кн. для учителей и родителей. М., 1992.
32. Буянов М.И. Размышления детского врача // Нач. школа. 1988. №6; 1989. № 2, 7.
33. Буянов М.И. Размышления о наркомании: Кн. для учителя. М., 1990.
34. Буянов М.И. Ребенок из неблагополучной семьи. Записки детского психиатра. М., 1988.
35. В помощь учителю коррекционных классов // Нар. образование. 1998. № 6.
36. Вдовьев Э. Не дайте ребенку стать «трудным» // Дошк. воспитание. 1998. № 5.
37. Венгер Л.А., Мухина В.С. Психология. М., 1988.
38. Венгер А.Л. «Трудные дети» // Готов ли ваш ребенок к школе? / Л.А. Венгер, А.Л. Венгер. М., 1994.

39. Венгер А.Л., Цукерман Г.А. Схема индивидуального обследования детей младшего школьного возраста: Для школьных психологов/Под ред. П.Г. Нежнова. Томск, 1993.
40. Власова Т.А. Каждому ребенку – надлежащие условия воспитания и обучения // Хрестоматия. Обучение и воспитание детей «группы риска». М., 1996.
41. Власова Т.А., Лубовский В.И., Никашина Н.А. Обучение детей с задержкой психического развития. М., 1981.
42. Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии. М., 1973.
43. Власова Т.И. Певзнер М. Перед вами сложнейший живой организм // Нар. образование. 1967. №3 (приложение).
44. Волкова-Гаспарова Е. «Мямлики», или Замедленные дети//Дошк. воспитание. 1999. №11.
45. Выготский Л.С. Диагностика развития и педагогическая клиника трудного детства. // Собр. соч.: В 6 т.М.. 1984.- Т.5.
46. Выготский Л.С. Основы дефектологии // Собр. соч.: В 6 т. М.. 1983. – Т.5.
47. Вьюнкова Ю.Н. Проблемы коррекционно-развивающего обучения//Педагогика. 1999. №1.
48. Галкина В.Б., Хамутова Н.Ю. Использование физических по развитию мелкой моторики пальцев рук при коррекции нарушений речи у учащихся начальных классов // Дефектология. 1992. №3. С. 31-42.
49. Гарбузов В.И. Нервные дети. М., 1990.
50. Гарбузов В.И. Практическая психотерапия или как вернуть ребенку и подростку уверенность в себе, истинное достоинство и здоровье. СПб., 1994.
51. Гаспаров Е. Страхи у дошкольников // Дошк. воспитание. 1991. № 4
52. Гаспарова Е. Агрессивные дети // Дошк. воспитание. 1988. № 8.
53. Гаспарова Е. Застенчивый ребенок // Дошк. воспитание. 1989. № 3.
54. Гаспарова Е. Страхи у дошкольников // Дошк. воспитание. 1991. № 4.
55. Геворкян М. В коррекционный класс пришел психолог. // Нар. образование. 1991. № 7-8.
56. Гивиригэ Л. Детский негативизм – результат неправильного воспитания // Дошк. воспитание. 1972. №9.
57. Гильбух Ю.М. Умственно одаренный ребенок: Психология диагностики, педагогика. Киев. 1992.
58. Голикова М.И., Кирсанова О.А. Организация работы с трудными детьми // Классный руководитель. 1999. № 1.
59. Головкин О. Аффективные дети и педагогическое воздействие на них // Дошк. воспитание. 1986. №2.
60. Головкин О. Аффективные дети и педагогическое воздействие на них // Дошк. воспитание. 1986. №2.
61. Головкин Л. О предупреждении отклонений в развитии слухового восприятия у дошкольников // Дошк. воспитание. 1998. №6.
62. Гонеев А.Д., Лифинцева Н.И., Ялпаева Н.В. Основы коррекционной педагогики. М., 1999.
63. Гонеев А.Д., Лифинцева Н.И., Ялпаева Н.В. Основы коррекционной педагогики: Учеб. пособие. М., 1999.
64. Гончарова Н. Театрализованные игры в коррекции заикания // Дошк. воспитание. 1998. №3.
65. Горностаева З.Я., Орлова Л.В. Психологическая защита у детей: как проявляется и от чего защищает // Нач. школа. 1996. №7.
66. Горячев В. Здоровье детей – категория педагогическая // Воспитание школьников. 1999. №1.

67. Гуровец Г., Кириллова Л. О роли медицинских знаний в решении воспитателем коррекционно-педагогических проблем // Дошк. воспитание. 1998. №1.
68. Демьянов Ю.Г. Диагностика психических нарушений. СПб., 1999.
69. Дети с временными задержками развития / Под. ред. Т.А. Власовой, М.С. Певзнер. М., 1971.
70. Дети с задержкой психического развития / Под. ред. Т.А. Власовой, В.И. Лубовского, А.А. Цыпиной. М., 1984.
71. Дети с отклонениями в развитии / Под. ред. М.С. Певзнер. М., 1966.
72. Дефектологический словарь / Под. ред. А.Н. Оршанской. М., 1970.
73. Дефектологический словарь / Под. ред. Л.С. Дьягова. М., 1970.
74. Дефектология: Словарь справочник / Под. ред. Б.П. Пузанова. М., 1996.
75. Диагностика школьной дезадаптации: Для шк. психологов и учителей нач. кл. системы компенсирующего обучения. М., 1995.
76. Диагностическая и коррекционная работа школьного психолога / Под ред. И.В. Дубровиной. М., 1987.
77. Дисциплина и предупреждение педагогической запущенности школьников: Сб. статей / Под ред. А.Г. Холодюк. Кишинев. 1991.
78. Дробинская А.О. Школьные трудности нестандартных детей: Кн. для учителя. М., 1999.
79. Дубровина И.В. Психокоррекционная и развивающая работа с детьми: Учеб. пособие. М., 1998.
80. Дузьев В.П. Средства развития тонкой моторики рук у детей с нарушениями речи // Дефектология. 1999. №4. с 50-54.
81. Дульков М. Учебно – воспитательная работа во вспомогательной школе / Под. ред. Т.А. Власовой В.Г. Петровой. М., 1981.
82. Еникеева Д.Д. Пограничные состояния у детей и подростков: основы психиатрических знаний: Учеб. пособие. М., 1999.
83. Еникеева Д.Д. Популярная психиатрия. М., 1998.
84. Епифанова О. Логопедия – милосердие и педагогика // Обруч. 1999. №3.
85. Ермалаева Л. Психотерапия личного самочувствия // воспитание школьников. 1994 №6.
86. Ефимова Т.Е. Об утомляемости детей младшего школьного возраста // Нач. школа. 1995. №10.
87. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Б. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. М., 1990.
88. Забрамная С.Д. Наглядный материал для психолого-педагогического обследования детей в медико-педагогических комиссиях. М., 1985.
89. Захаров А.И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка. М., 1986.
90. Захаров А.И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. М., 1982.
91. Захарчук В.А. Девиантное поведение учащихся младших классов//Нач. школа. 1998. №2.
92. Зейгарник Б.В. Патопсихология: Учеб. пособие для студ. вузов. М., 1999.
93. Зеленцова М.И. Учителю о детях с нарушением зрения. М., 1998.
94. Змановский Ю.Ф. Шесть лет. Детский сад. Школа. М., 1983.
95. Зюбин Л.М. Учебно-воспитательная работа с трудными учащимися. М., 1982.
96. Иванов Е.С. Астения как одна из причин неуспеваемости детей в школе // Хрестоматия. Обучение и воспитание детей «групп риска». М., 1996.
97. Игры в логопедической работе с детьми / Под ред. В.И. Селиверстова. М., 1987.
98. Исаев Д.Н. Психическое недоразвитие у детей. Л., 1982.
99. Кавальских Е. Забота о глазах ребенка // Дошк. воспитание. 1987. №12.



100. Калбанов В.В. Валеологическое образование в начальной школе // Нач. школа 1999. №1.
101. Калита И.И. Коррекционно-развивающее обучение младших школьников // Нач. школа. 1997. №3.
102. Капранова С. В вашем классе – неблагополучный ребенок // Нар. образование. 1998. №2.
103. Каше Т.А. Исправление недостатков речи. М., 1995.
104. Кащенко В.П. Педагогическая коррекция. М., 1994.
105. Кащенко В.П. Коррекционно-развивающее обучение младших школьников // Нач. школа. 1997. №3.
106. Кириллова Л., Юганова И. Советы офтальмолога // Дошк. воспитание. 1998. №8.
107. Коломинский Я.Л., Панько Е.А. Учителю о психологии детей шестилетнего возраста. М., 1988.
108. Кольцова М.В. Мой опыт работы в классе компенсирующего обучения // Нач. школа. 1999. №12.
109. Кондратьева В.М. Звонок на урок здоровья: Из опыта работы. М., 1991.
110. Корнев А.И. Вопросы лечебной педагогики и профилактики дислексий и дисграфий // Хрестоматия. Обучение и воспитание детей «группы риска». М., 1996.
111. Коррекционная педагогика / Под. ред. Б.П. Пузанова. М., 1998.
112. Коррекционная педагогика в начальном образовании: Учеб. пособие / Г.Ф. Кумарина и др. М., 2001.
113. Коррекционная педагогика в начальном образовании: Учебное пособие / Под. ред. Г.Ф. Кумариной. М., 2001.
114. Кочетов А. Система воспитания трудных детей // Нар. образование. 1973. №10.
115. Кочетов А.И., Верницкая Н.Н. Работа с трудными детьми: Кн. для учителя. М., 1986.
116. Кочубей Б.И., Новикова Е.В. Эмоциональная неустойчивость школьника. М., 1988.
117. Кравцова Е.Е. Психологические проблемы готовности детей к школе. М., 1991.
118. Кривошеенко К.Е., В.А. Сухомлинский о воспитании и обучении детей с замедленными процессами мышления // Нач. школа. 1975. №8.
119. Кулагина И.Ю. Личность школьника от задержки психологического развития до одаренности: Учебное пособие для студентов и преподавателей. М., 1999.
120. Кулагина И.Ю. Личность школьника от задержки психологического развития до одаренности: Учеб. пособие для студентов и преподавателей. М., 1999.
121. Кумарин Г.Ф. Дети «группы риска» // Совет. педагогика. 1991. №11.
122. Кумарина Г.Ф. Дети «группы риска» // Дошк. воспитание. 1991. №11.
123. Кумарина Г.Ф. Педагогическая карта учащихся // Народное образование. 1998. №7.
124. Кумарина Г.Ф. Компенсирующее обучение как форма педагогической помощи детям риска в условиях общеобразовательной школы // Нач. школа. 1995. №3.
125. Кумарина Г.Ф. Педагогическая карта учащегося // Народное образование. 1998. №7.
126. Кутепова И. Помогите левше // Дошк. воспитание. 1998. №11.
127. Лалаева Р.И. Нарушение чтения и пути их коррекции у младших школьников: Учеб. пособие. СПб., 1998.
128. Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов. М., 1991.
129. Латохина Л. Как быть здоровым душой и телом // Дошкольное воспитание 1998. № 7, 8, 10.
130. Лебединский В.В. Нарушение психического развития у детей: Учеб. пособие. М., 1985.

131. Леви В. Нестандартный ребенок. М., 1989.
132. Левин Б.М., Левин М.Б. Наркомания и наркоманы: Кн. для учителя. М., 1991.
133. Левина Р. Как уберечь ребенка от заикания // Дошк. воспитание. 1973. №3.
134. Левина Р. Недостатки речевого развития ведут к неуспеваемости // Нар. образование. 1963. №2.
135. Левина Р.Е. Нарушение письма у детей с недоразвитием речи. М., 1961.
136. Легков Е. Детские страхи и их преодоления // Дошк. воспитание. 1965. № 1.
137. Лейтес Н.С. Способности и одаренность в детские годы. М., 1984.
138. Лернер П. Экология школьного учения//Нар. образование. 1991. №5.
139. Логопедия. / Под ред. Л.С. Волковой. М., 1989.
140. Логопедия: Учебник / Под ред. Л.С. Волковой., С.Н. Шаховской. М., 1998.
141. Лусканова Н.Т., Коробейников И.А. Диагностические аспекты проблемы школьной дезадаптации у детей младшего школьного возраста // Хрестоматия. Обучение и воспитание детей «группы риска». М., 1996.
142. Лушагина И. «Детям риска» требуется помощь // Воспитание школьников. 1997. № 4.
143. Лыков В.М. Дети с временными задержками развития // Нач. школа. 1974.№ 8.
144. Лыков В.М. Дисграфия // Нач. школа. 1974.№ 4.
145. Лыков В.М. Как исправить звук «Р» // Нач. школа. 1975. № 4.
146. Лыков В.М. Речь ребенка // Дошк. воспитание. 1978. № 12.
147. Лыков В.М. Утрата речи Дошк. воспитание. 1978. № 12.
148. М.М. Безруких, О.Ю. Крещенко. Особенности функционального развития детей при обучении в дошкольной гимназии // Нач. школа. 1999. № 2.
149. Маевская С. Механические дислалии // Дошк. воспитание. 1967. № 12.
150. Маймулов В. Нарушение бинокулярного зрения у детей дошкольного возраста // Дошк. воспитание. 1970. № 9.
151. Макарьев И. Если ваш ребенок – левша. СПб., 1995.
152. Мартынов С. Упражнение для глаз // Дошк. воспитание. 1995. № 1.
153. Мастюкова Е.М. Виды и причины отклонений в развитии детей // Хрестоматия. Обучение и воспитание детей «группы риска». М., 1996.
154. Мастюкова Е.М. Основы психоневрологического понимания общего недоразвития речи // Хрестоматия. Обучение и воспитание детей «группы риска» М., 1996.
155. Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция. М., 1992.
156. Матюшкин А.М. Концепция творческой одаренности // Вопросы психологии. 1980. - № 6.
157. Медведева И., Шишов Т. «Белые вороны» // Дошк. воспитание. 1994. № 8, 10, 12; 1995. № 1, 3, 8.
158. Медведева И., Шишов Т. «Белые вороны»//Дошк. воспитание. 1994. № 8, 10, 12; 1995. № 1, 3, 8.
159. Мизина Н. Готовность к школе и децентрация//Обруч. 1999. № 3.
160. Микадзе Ю.В., Корсакова Н.К. Нейропсихическая диагностика и коррекция младших школьников. М., 1994.
161. Миронова С. Обследование заикающихся дошкольников // Дошкольное воспитание. 1979. №8.
162. Миронова С. Планирование логопедической работы с заикающимися детьми // Дошк. воспитание. 1979. № 10.
163. Миронова С. Предупреждение и устранение заикания у детей // Дошк. воспитание. 1982. №6.
164. Миронова С. Примерное планирование занятий с заикающимися детьми в подготовительной к школе группе // Дошк. воспитание. 1979. № 12.

165. Михайлов В. Заикающиеся дети // Нач. школа. 1975. № 8.
166. Морозова Л.В. Зрительное восприятие и школьные трудности // Нач. школа. 1994. № 8.
167. Москаленко В. Возмутитель спокойствия//Воспитание школьников. 1998. № 3.
168. Москаленко В. Ребенок из семьи алкоголика//Воспитание школьников. 1999. № 1.
169. Мусканова Н.Г. Методы исследования детей с трудностями обучения: Метод. рекомендации. 1993.
170. Мухина В.С. Детская психология. М., 1985.
171. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. М., 1960.
172. Нестеров В.М. Компьютерный мини-класс для слепых и слабовидящих детей // Информатика и образование. 1995. № 5.
173. Николаева С. Как предупредить дисграфию // Дошк. воспитание. 1997. № 2, 3.
174. О дислексии // Нач. школа. 1974. № 1.
175. О специфике деятельности специальных (коррекционных) образовательных учреждений I-VIII видов: Инструктивное письмо министерства общего и профессионального образования РФ № 48 от 04.09.1998.//Вестник образования. 1998. № 4.
176. Обухова Л.Ф. Возрастная психология. М., 1996.
177. Одаренные дети. / Под ред. Т.В. Бурмекской и В.М. Слуцкого. М., 1991.
178. Ольшанский В.В. Практическая психология для учителей. М., 1994.
179. Орлова Л.В. Интеллектуально пассивные дети // Вопросы психологии. 1991. № 6.
180. Орловский В. Об эпилепсии у детей//Дошк. воспитание. 1969. № 9.
181. Основные варианты неблагоприятного развития младших школьников: Методический материал к курсу «Специальная психология и коррекционная педагогика». / Сост. В.Е. Пешкова. Майкоп, 2001.
182. Основы логопедии. / Под ред. Т.Б. Филичева, Т.В. Чиркина, Н.А. Чевелева. М., 1989.
183. Основы теории и практики логопедии. / Под ред. Р.Е. Левиной. М., 1968.
184. Отстающие в учении школьники (проблемы психического развития) / Под ред. З.И. Колмыковой, И.Ю.Кулагиной. М., 1986.
185. Оценка уровня сформированности учебной деятельности учащихся начальных классов: Методическое пособие/ Сост. В.Е. Пешкова. Майкоп, 2001.
186. Паршина Л.С., Аблихарова Г.В. Работа тифлопедагога в начальных классах // Нач. школа. 1998. №5.
187. Певзнер М.С. Клиническая характеристика детей с задержкой психического развития // Дефектология. 1980. № 3.
188. Певзнер М.С. Клиническая характеристика детей с нарушением темпа развития / Хрестоматия. Обучение и воспитание детей «группы риска». М., 1996.
189. Перегуда В., Кошелева А. Гиперактивные дети//Дошк. воспитание. 1994. № 8.
190. Петрова В.Г., Белякова И.В. Кто они, дети с отклонениями в развитии? М., 1998.
191. Петрунec В.П., Таран Л.Н. Младший школьник: (Заметки врачей-психоневрологов)//Пед. фак.: Знание. М., 1981. № 5.
192. Петрунec В.П., Таран Л.Н. Нервные дети. М., 1971.
193. Пешкова В.Е. Феномен гения. Майкоп, 2002.
194. Пешкова В.Е. Феномен гения: Учебное пособие. Майкоп, 2001.
195. Пономарева О.Н. Уроки здоровья // Нач. школа 1994. № 10.
196. Попова А.И. Здоровье наших детей и подготовка к школе // Нач. школа. 1992. № 2.
197. Попова Н. Если ребенок говорит неправильно // Дошк. воспитание. 1973. № 7, 8, 10.
198. Попугаева М.К. Как помочь ребенку с задержкой психического развития // Нач. школа. 1998. № 5.
199. Правдина О. Дизартрия // Дошк. воспитание. 1967. № 8.
200. Правдина О.В. Логопедия: Уч. пособие. М., 1973.

201. Практическая психология образования. / Под ред. И.В. Дубровиной. М., 2000.
202. Практическая психология образования/ Под ред. И.В. Дубровиной. М., 1997.
203. Примерное положение о классе компенсирующего обучения в общеобразовательных учреждениях//Нар. образование. 1998. №6.
204. Принцип отбора детей во вспомогательные. / Под ред. Г.М. Дулько и А.Р. Лурия. М., 1973.
205. Присяжнюк Б.Л., Коротобай С.И. Влияние хронобиологических факторов на успеваемость учащихся младших классов // Нач. школа. 1991. №7.
206. Проект закона Российской Федерации «О специальном образовании»//Дефектология. 1995. №1. С.3-15.
207. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы. / Под ред. И.В. Дубровиной. Екатеринбург. 2000.
208. Психическое здоровье школьников: психологический аспект // Нар. образование. 1998. № 2.
209. Психокоррекционная и развивающая работа с детьми. / Под ред. Дубровиной. М., 1998.
210. Психокоррекционная и развивающая работа с детьми. Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений/ Под ред. И.В. Дубровиной. М., 1998.
211. Психологическая служба в школе/Под ред. И.В. Дубровиной. М., 1984.
212. Психологические проблемы неуспеваемости школьников. / Под ред. Н.А. Минчинской. М., 1971.
213. Рабочая концепция одаренности. М.. 1998.
214. Радугин К. Берегите слух // Дошк. воспитание. 1972. №10.
215. Расстройства речи у детей и подростков. / Под ред. С.С. Ляпидевского. М., 1969.
216. Раттер М. Помощь трудным детям: Пер. с англ./ Ред. А.С. Спиваковская. М., 1987.
217. Родионова З.П. Немного о классах коррекции/Нач. школа. 1993. №12.
218. Рональд де Троот. Дифференциация в образовании // Директор школы. 1994. № 5, 6.
219. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого ребенка. М., 1990.
220. Руденкова Е.А. Психокоррекционная работа с детьми//Нач. школа. 1998. № 5.
221. Рузская А., Абрамова Л. Что стоит за жалобой дошкольника. // Дошк. воспитание. 1980. №8.
222. Руководство практического психолога: Психическое здоровье детей и подростков. / Под ред. А.Д. Андреевой. М., 1997.
223. Руководство практического психолога: Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы. / Под ред. И.В. Дубровиной. М., 1995.
224. Рыбина Э.В. Работа над гласными звуками на логопедических занятиях // Нач. школа. 1997. №9.
225. Рыков С.Н. Беглецы: Проблемы воспитания детей и подростков: Кн. для учителя. М., 1992.
226. Савенков А.И. Одаренные дети в детском саду и школе. М., 2000.
227. Садовникова И.Н. Нарушение письменной речи у младших школьников. М., 1983.
228. Сандуленко Э. Гиперактивный ребенок в школе и дома// Воспитание школьников. 1999. № 4.
229. Сапогова Е.Е. Своеобразие переходного периода у детей 6-7 летнего возраста. // Вопросы психологии. 1986. №4.
230. Свядощ А.М. Неврозы. М., 1982.
231. Сенько В.Г. Воспитание у младших школьников норм поведения: Работа с трудными детьми. Мн., 1976.

232. Симонова Л.П. Сорокоумова Е.А., Захлебный А.Н. Программа (проект) учебного курса для начальной школы «Основы безопасности жизнедеятельности» (ОБЖ) // Нач. школа. 1998. № 6.
233. Скрыпник И. Примерные конспекты логоритмических занятий с детьми, страдающими заиканием // Дошк. воспитание. 1996. № 5, 6, 8, 9.
234. Славина Л.С. Дети с аффективным поведением. М., 1998.
235. Славина Л.С. Дети с аффективным поведением. М., 1966.
236. Славина Л.С. Трудные дети. М. – Воронеж, 1998.
237. Слободчиков В.И., Шувалов А.В. Антропологический подход к решению проблемы психологического здоровья детей // Вопросы психологии. 2001. № 4.
238. Словарь логопеда. / Под ред. В.И. Семевестрова. М., 1997.
239. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995.
240. Спиваковская А.С. Профилактика детских неврозов. М., 1988.
241. Спицин Н.П. Откуда берутся «трудновоспитуемые» дети? // Нач. школа. 1998. № 2.
242. Справочник логопеда. / Под ред. М.А. Поваляевой. Ростов н/Д. 2001.
243. Степанов В.Г. Психология индивидуального подхода к трудным учащимся: Учеб. пособие. М., 1991.
244. Степанов В.Г. Психология трудных школьников: Учеб. пособие для учителей и родителей. М., 1997.
245. Стребелева Е. Подходы к созданию единой системы раннего выявления и коррекции отклонений в развитии личности // Дошк. воспитание. 1998. № 1.
246. Стурова М.П., Силенков В.И. Девиантное поведение несовершеннолетних как педагогическая проблема // Педагогика. 1999. № 7.
247. Сулимцев Т.И. Профилактика нарушения зрения // Нач. школа. 1990. № 4.
248. Тарнавский Ю. Заикание у детей // Дошк. воспитание. 1990. № 9.
249. Татарникова Л.Г. Валеологические знания в системе начального образования. // Нач. школа. 1999. № 1.
250. Ткаченко Т. Использование физминуток для развития пальцевой моторики у дошкольников с нарушением речи // Дошк. воспитание. 1989. № 3.
251. Трифонова А.Н. Класс психологического равновесия // Нач. школа. 1995. № 11.
252. Трифонова А.Н. Класс психологического равновесия // Нач. школа. 1995. № 11.
253. Ульянова У.В. Шестилетние дети с задержкой психического развития. М., 1990.
254. Ульянова Т.Л. Школьная дезадаптация и связанные с ней трудности обучения у учащихся первых классов // Нач. школа. 1993. № 2.
255. Урбанская О. О застенчивых детях // Дошк. воспитание. 1971. № 12.
256. Уфимцева Л.П. Для профилактики близорукости // Нач. школа. 1993. № 2.
257. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. М., 1973.
258. Файнберг С. Эмоции и их воспитание // Дошк. воспитание. 1968. № 1.
259. Файнберг С. Дети с органическим повреждением нервной системы // Дошк. воспитание. 1966. № 3.
260. Файнберг С. Из кабинета психоневролога // Дошк. воспитание. 1964. № 12; 1965. № 1, 2, 6; 1966. № 1; 1967. № 12.
261. Файнберг С. Механизмы возникновения неврозов у дошкольников // Дошк. воспитание. 1965. № 4.
262. Файнберг С. Навязчивые состояния у детей // Дошк. воспитание. 1965. № 11.
263. Файнберг С. О наказаниях и наградах // Дошк. воспитание. 1967. № 5.
264. Файнберг С. Основные принципы психотерапии в дошкольном возрасте // Дошк. воспитание. 1966. № 5.
265. Файнберг С. От каприза до истерии – один шаг // Дошк. воспитание. 1965. № 6.

266. Файнберг С. От чего ребенок становится невротеником//Дошк. воспитание. 1965. № 8.
267. Файнберг С. Трудные дети и подход к ним//Дошк. воспитание. 1965. № 12; 1970. № 10.
268. Федосова Н.А. Обучение письму леворуких детей // Нач. школа. 1987. № 12.
269. Федосова Н.А. Охрана здоровья леворуких детей // Нач. школа. 1987. № 2.
270. Фигдор Г. Детская агрессивность//Нач. школа. 1998. № 12.
271. Филичева Т.Б., Чевелева Н.А., Чиркина Г.В. Основы логопедии. М., 1989.
272. Флерова Ж.М. логопедия. Ростов н/Д. 2000.
273. Хватцев М. Особенности воспитания и обучения левшей. // Дошк. воспитание. 1968. № 5.
274. Хижняк О. и др. Школьная валеологическая служба. // Нар. образование. 1998. № 9-10.
275. Хмырев С.Б. О некоторых особенностях обучения слабовидящих детей в массовых школах // Нач. школа. 1968. №9.
276. Хмырев С.Б. Охрана зрения слабовидящих детей. // Нач. школа. 1966. № 8.
277. Хрестоматия по логопедии. / Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Еливерстова. М., 1997.
278. Худик В.А. Психология аномального развития личности в детском и подростково-юношеском возрасте. Киев, 1993.
279. Хухлаева О.В. Тропинка к своему Я: Программа формирования психологического здоровья у младших школьников. М., 2001.
280. Цетлин В.С. Неуспеваемость школьников и ее предупреждение. М., 1977.
281. Цетлин В.С. Предупреждение неуспеваемости учащихся. М., 1989.
282. Чевелева Н. Что вы знаете о слухе вашего ребенка // Дошк. воспитание. 1988. № 10.
283. Чечельницкая С. Как уберечь ребенка от несчастного случая // Воспитание школьников. 1999. №6.
284. Чечельницкая С. Уроки здоровья в начальной школе. // Частная школа. 1997. № 6.
285. Чиркова О.Ю. Предпосылки школьной дезадаптации. // Школа здоровья. 2002. № 2.
286. Чистякова М.И. Психогимнастика / Под ред. М.И. Буянова. М., 1995.
287. Чистякова М.И. Психогимнастика/ Под ред. М.И. Буянова. 2-е изд. М., 1995.
288. Шаев Д.Н. Предупреждение реакций дезадаптации // Хрестоматия. Обучение и воспитание детей «группы риска». М., 1996.
289. Шакуров Р. О детской самолюбии // Дошк. воспитание. 1965. № 11.
290. Шаховская С. Афазии // Дошк. воспитание. 1968. № 9.
291. Шаховская С.Н., Шостак Б.И. Об утомляемости младших школьников // Нач. школа. 1969. № 6.
292. Шацких С. Использование элементов ритмики в логопедической работе // Дошк. воспитание. 1999. № 12.
293. Ше Я Линь. В Китае нет близоруких детей. // Нар. образование. 1998. № 9-10.
294. Шевандрин Н.И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности. М., 1998.
295. Шевченко С.Г. Коррекционно-развивающее обучение: Организационно-педагогические аспекты. М., 1999.
296. Шевченко С.Т. Особенности запаса знаний и представлений об окружающей действительности с ЗПР к моменту поступления в школу // Хрестоматия. Обучение и воспитание детей «группы риска». М., 1996.
297. Шевченко С.Г. Информационно-методическое письмо по организации и содержанию коррекционно-развивающего обучения в условиях общеобразовательных учреждений//Нач. школа. 1997. №10.
298. Шевченко С.Г. Коррекционно-развивающее обучение: Организационно-методические аспекты: метод. пособие для учителей классов коррекционно-развивающего обучения. М., 1999.

299. Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психоподобным синдромом. М., 1997.
300. Шибаева Л.В. Программы психологической реабилитации школьников: Учебное пособие. М., 1997.
301. Шибаева Л.В. Программы психологической реабилитации школьников: Учеб. пособие. М., 1997.
302. Шипицина Л. Социально-эмоциональные нарушения у школьников: причины, средства помощи // Нар. образование. 1998. № 9-10.
303. Шипицина Л. Социально-эмоциональные нарушения у школьников: причины, средства помощи//Нар. образование. 1998. №9-10.
304. Шишнашвили Н. О двигательной асимметрии // Дошк. воспитание. 1968. № 5.
305. Шишова Т. Как помочь маленькому трусишке? // Семья и школа. 1997. № 1, 2, 3, 4.
306. Школа и психологическое здоровье учащихся. / Под ред. С.М. Громбаха. М., 1988.
307. Шматко Н. Новые формы организации коррекционной помощи детям с отклонениями в развитии//Дошк. воспитание. 1998. № 3.
308. Шувалов А.В. Психологическое здоровье детей // Школа духовности, 2002. № 2.
309. Шурдукалов В. Организация обучения детей с задержкой психического развития//Нач. школа. 1993. № 2.
310. Щербинина В.И. Предупреждение близорукости. // Нач. школа. 1989. № 9; 1991 № 2.
311. Эберлейн Г. Страхи здоровых детей. М., 1981.
312. Эберлейн Т. Страхи здоровых детей. М., 1981.
313. Эйгес Н. Нервность ребенка//Дошк. воспитание. 1966. №11.
314. Эльконин Д.Б. Психологическое развитие в детских возрастах: избранные труды М.- Воронеж, НПО "МОДЭК", 2001. - 417 с.

## САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА 1

Изучение учебно-методического пособия:

ВЕНГЕР Л.А., ЦУКЕРМАН Г.А. СХЕМА ИНДИВИДУАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: Для школьных психологов / Под. ред. П.Г. НЕЖНОВА; общ. ред. В.В. ДАВЫДОВА, В.В. РЕПКИНА. — Томск: ПЕЛЕНГ, 1993. — 69 с. — Вып. 12. (Библиотека развивающего обучения)

## САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА 2.

Тема: Диагноз «Хроническая неуспешность»

В дошкольном детстве этот вариант развития иногда обнаруживается у детей, родители которых всегда были особенно озабочены достижениями ребёнка и оценивали его по его успешности и неуспешности в деятельности.

В период подготовки к обучению в школе или немного позже – в начале школьного обучения – происходит изменение в отношении взрослых к успехам и неудачам ребенка. «Хорошим» оказывается прежде всего тот ребёнок, который успешно учится, много знает, с легкостью решает задачи. Неизбежным в начале школьного обучения трудностям и неудачам не ожидавшие этого родители часто относятся резко отрицательно. Под влиянием таких оценок взрослых у ребёнка падает уверенность в себе, повышается тревожность, что, в свою очередь, приводит не к улучшению, а к ухудшению и дезорганизации деятельности.

Так складывается своеобразный порочный круг: нарушения деятельности ведут к неудаче, неудача порождает тревогу, тревога дезорганизует деятельность ребенка, способствует закреплению неудач. Чем дальше, тем труднее разорвать этот круг, поэтому неуспешность и становится «хронической».

Нужно помнить, что первичные причины, приводящие, в конечном счёте, к хронической неуспешности, могут быть различными. Наиболее распространённой предпосылкой является недостаточная подготовленность ребёнка к школе, приводящая к затруднениям с первых дней обучения (так, например, недоразвитие мелкой моторики – умения управлять тонкими движениями пальцев и кисти руки – сразу вызывает неудачи при обучении письму, несформированность произвольного внимания приводит к трудностям в организации всей работы на уроке, ребёнок не запоминает, пропуская мимо ушей, задания и указания учителя и т.д.).

Возможен вариант, когда исходной причиной является повышенная тревожность ребенка, сформировавшаяся в дошкольном возрасте под влиянием семейных конфликтов, особенностей семейного воспитания и пр. Общая неуверенность в себе, склонность «панически» реагировать на любые трудности, автоматически переносится позже на школьную жизнь.

В некоторых случаях «слабым звеном», запускающим порочный круг, оказываются завышенные ожидания родителей. Нормальные, средние школьные успехи ребёнка, которого считали вундеркиндом, воспринимаются родителями



как неудачи, реальные достижения ребёнка не замечаются или оцениваются низко, то есть начинает работать механизм, приводящий к росту тревожности и реальному падению достижений.

Независимо от исходной причины, развитие по типу хронической неуспешности протекает примерно одинаково. Во всех случаях в конечном итоге наблюдается сочетание низких достижений, резко повышенной тревожности, неуверенности в себе и низкой оценки ребёнка окружающими (родителями, учителями).

Часто родители, пытаясь преодолеть возникшие у ребёнка трудности увеличивают нагрузку, устраивают ежедневные дополнительные занятия. Это приводит к астенизации ребенка, что усиливает общее неблагополучие ситуации, приводит к еще большему торможению развития.

### **Рекомендации для диагноза «Хроническая неуспешность»**

Главное, что надлежит делать взрослым в этом случае, – это обеспечить реальный успех ребенка в какой-либо деятельности. Следует специально разъяснить, что ребёнка, страдающего «хронической неуспешностью», нужно не просто хвалить (и поменьше ругать), а хвалить именно тогда, когда он что-то делает. Подробно рассказывается, как именно надо (и как не надо) оценивать ребенка, а именно:

1) ни в коем случае не сравнивать его весьма посредственные результаты с эталоном (требованиями школьной программы, образцами взрослых, достижениями более успешных одноклассников);

2) сравнивать ребенка только с ним самим и хвалить его лишь за одно: за улучшение его собственных результатов; например, если во вчерашнем диктante было пропущено три буквы, а сегодня две, то это надо отметить как реальный успех, который должен быть высоко и без всякой снисходительности, иронии оценен взрослыми.

Соблюдение правил безболезненного оценивания детских успехов должно сочетаться с поиском сферы наивысшей успешности, в которой ребенок может реализовать себя, и с поддержанием ценности этой сферы деятельности. В чем бы ни был успешен ребёнок, страдающий «хронической неуспешностью» – в спорте, в чисто бытовых, домашних добродетелях, в каких-либо частных умелостях – ему ни в коем случае нельзя ставить в вину неуспехи в школьных делах. Напротив, следует подчеркивать, что, раз он что-то научился делать хорошо, то постепенно научится и всему остальному. Причем родителям необходимо излечиться от нетерпения: ждать успехов придется долго, ибо на школьных делах и произошло замыкание порочного круга тревожности и низкой результативности. Школа должна очень долго оставаться сферой щадящего оценивания, снижающего тревогу (что само по себе даст некоторое улучшение результатов). Следует быть готовыми к тому, что школьные дела до конца останутся вне сферы детского самоутверждения. Поэтому болезненность школьной сферы должна быть снижена любыми средствами; в первую очередь необходимо снизить ценность школьных отметок (а в серьезных случаях – пойти на обесценивание ряда других школьных требований и ценностей).

Это достигается в том случае, если родители:

1) не показывают ребёнку свою озабоченность его школьными делами;

2) искренне интересуюсь школьной жизнью ребёнка, смещают акценты своих интересов на отношения детей в классе, подготовку к праздникам, дежурства по классу, экскурсии и походы, но не фиксируются на локальной области неуспешности – на содержании обучения;

3) подчеркнуто выделяют в качестве чрезвычайно значимой, высоко ценимой и остро интересующей их ту сферу деятельности, в которой ребенок успешен и может самоутвердиться, обрести утраченную веру в себя. За счет этих мер у ребенка постепенно снижается школьная тревога, а так как он на уроках все же работает, то накапливаются и некоторые достижения.

Благодаря такой девальвации школьных ценностей возможно предупредить самый тяжкий результат «хронической неуспешности» – резко отрицательное отношение ребенка к школьным делам, которое к подростковому возрасту может отлиться в классическую форму антисоциального школьного поведения (хулиганства).

Итак, общий принцип рекомендаций для «хронической неуспешности»: нельзя допустить, чтобы ребенок был замкнут на своих неудачах; ему необходимо найти такую внеучебную деятельность, в которой он способен самоутвердиться. А это впоследствии скажется и на школьных делах. Чем больше родители фиксируют ребенка на школе, тем хуже для его школьных успехов.

### САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА 3.

#### Тема: Диагноз «Уход от деятельности»

Развитие по данному типу происходит, как правило, у детей, которые не получают достаточного внимания со стороны взрослых, например, в связи с неблагополучием в семье или, что бывает чаще, в силу повышенной потребности во внимании. Это тип развития ребенка, который не может реализовать присущую ему демонстративность.

Уход от деятельности – уход во внутренний план, в игровое фантазирование. Ребенок как бы «отсутствует» на уроке, не слышит вопросов и указаний учителя, адресованных ему, не выполняет заданий. Это не связано с повышенной отвлекаемостью – ребенок просто погружен в себя, в свой внутренний мир, в фантазии и мечты. Фантазирование позволяет восполнить недостаток внимания (я – знаменитый охотник, путешественник, кинозвезда...), и «игры в уме» становятся средством удовлетворения как игровой потребности, так и потребности во внимании к себе окружающих.

Несмотря на выраженные жалобы учителей и родителей (для родителей часто оказывается безразличным вранье по типу фантазирования, характерное для этих детей) прогноз развития, в случае своевременной коррекции, достаточно благоприятный. Ребёнок редко попадает в «отстающие». Хроническая неуспешность в таких случаях, как правило, не развивается; привыкнув находить удовлетворение в фантазировании, ребёнок мало обращает внимания на свои неудачи в реальной деятельности, и высокий уровень тревожности у него не формируется. Тем не менее, сам по себе этот вариант развития неблагоприятен, поскольку препятствует полной реализации возможностей ребёнка, нередко приводит к появлению больших пробелов в знаниях.

#### Рекомендации для диагноза «Уход от деятельности»

Основные направления рекомендаций таковы: во-первых, деятельность воображения надо развернуть вовне, направить ей на реальные творческие задачи, во-вторых, в этой реальной продуктивной творческой деятельности ребенку необходимо сразу обеспечить успех, внимание, эмоциональное подкрепление.

Если при «хронической неуспешности» для ребёнка необходимо найти любую область реальных успехов, то при «уходе от деятельности» нужна такая сфера

успешности, которая удовлетворит, насытит фрустрированную потребность демонстративного ребенка во внимании. Рекомендовать театральные занятия, в данном случае надо с большой осторожностью. Сцена является главной областью компенсации при других формах демонстративности, не сцепленных с тревогой, как в синдроме «ухода от деятельности». Здесь же (особенно если тревожный компонент достаточно выражен) лучше рекомендовать не сцену, где ребенок будет скован и не сможет сразу выступить с блеском, а литературную или художественную студию. Музыкальная школа (в существующем виде), обрекающая ребёнка на годы технических штудий, едва ли может выполнить роль компенсатора потребности тревожного ребёнка во внимании, в признании его успехов. Если выбирать музыку, как сферу материализации, проецирования детского воображения, то следует искать особые формы – типа семейного музицирования, домашних концертов.

Слушая подобные рекомендации, родители нередко высказывают опасения о том, что при постоянном похваливании, повышенном внимании к детским успехам у ребёнка может развиться «самоомнение» (усилится демонстративность). Психолог ещё раз объясняет, что демонстративность – это не недостаток, а личностная особенность, которая возникает очень рано, а далее может развиваться либо естественно (если встречается понимание у окружающих) и тогда приведёт вовсе не к «самоомнению», а к адекватным самооценкам и умению мужественно преодолевать трудности и неудачи, либо противоестественно в негативистических формах или в форме ухода от деятельности, грозящей неудачей. Иных родителей (особенно тех, кто убежден, что «девочка обязана быть «скромной» или «если я его не ругаю, то значит я им доволен, а захваливать детей вредно») полезно слегка припугнуть, рассказав о клинической истерии, в которую может перейти загнанная внутрь нереализуемая демонстративность.

Первичный поиск сферы самореализации для демонстративного ребенка психолог предпринимает вместе с родителями. Если найти ничего не удастся, можно рекомендовать занятия абстрактной живописью. После показа репродукций (или, что ещё лучше, картин на выставке), после того, как ребенок (выстояв очередь на модную выставку) убеждается, что такие продукты существуют и получают общественное признание, ему предлагается самому попробовать создать что-то подобное. Рисование абстракций на больших листах бумаги, гуашью, широкой кистью «обречено на успех». «Шедевры» обязательно следует вывешивать для украшения квартиры и с гордостью показывать всем, кто приходит в дом. Они действительно красивы, а главное – нет никаких критериев для внешней оценки (во всяком случае – для осуждения).

#### САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА 4.

Тема: Диагноз «Негативистическая демонстративность»

Этот вариант развития детей с особенно высокой потребностью во внимании со стороны окружающих, выражающейся в резкой демонстративности поведения. В случае, если ребёнок не обладает выдающимися способностями, демонстративность реализуется в сознательном нарушении правил поведения, которое служит безотказным средством привлечения к себе внимания.

В отличие от «хронической неуспешности» и «ухода от деятельности» жалобы-учителей и родителей на ребенка с «негативистической демонстративностью» концентрируются не в сфере учения, но связаны, в основном, с поведением ребёнка.

Если дошкольный вариант этого типа представляет собой, как бы «застрявший» кризис трех лет (ребёнок противостоит отдельным требованиям взрослых), то младший школьник нарочито нарушает именно общие нормы поведения. Взрослые делают ребёнку замечания, наказывают его, но парадоксальным образом те формы обращения, которые взрослые используют для наказания, оказываются для ребёнка поощрением. Истинным наказанием является только лишение внимания. Внимание же – в любых формах – выступает как безусловная ценность. Любые эмоциональные проявления взрослого, как положительные (похвала, одобрение, улыбка), так и отрицательные (замечания, наказания, крик, ругань) служат подкреплением провоцирующего демонстративного поведения ребёнка.

### **Рекомендации для диагноза «Негативистическая демонстративность»**

Общие принципы рекомендаций просты.

(1) Чёткое распределение, регуляция родительского внимания к ребёнку по формуле: «уделять ему внимание не тогда, когда он плохой, а когда он хороший». Здесь главное – замечать ребёнка именно в те минуты, когда он незаметен, когда не выкидывает никаких «фокусов», чтобы привлечь к себе внимание дикими способами. А в случае «фокусов» – все замечания свести к минимуму, а главное – к минимуму свести эмоциональность реакций, ибо именно эмоциональности ребёнок и добивается от взрослых своими выходками. Активно-эмоциональное отношение к проделкам демонстративного «негативиста» – это фактически не наказание, а поощрение, подкрепляющее его асоциальные способы привлечения взрослых. Наказывать «негативиста» за его проделки следует лишь единственным способом: лишая общения. А главная награда – это любящее, открытое, доверительное общение в те минуты (часы), когда ребёнок «спокоен, уравновешен, делает то, что надо (или, по крайней мере, то, что можно).

(2) Ребёнку необходима сфера, в которой можно реализовать демонстративность. В данном случае особо благоприятны, а иногда практически незаменимы театральные занятия.

(3) Взрослый должен трезво оценить действенность предлагаемых рекомендаций, ясно осознать, что в первое время изменение стиля общения с ребёнком приведет не к снижению, а к взрыву негативизма. Если ребёнок обнаружит, что средства (пусть даже самые возмутительные), которыми он до сих пор добивался внимания, вдруг перестали действовать, то первое, что он попытается сделать, это «проломить стену лбом»: усилить прежде весьма эффективные средства воздействия на взрослых. Но родители и учителя должны научиться за этими отчаянными попытками ребёнка с повышенной потребностью в эмоциональном общении слышать детский крик о помощи, призыв к любви. И не отказывать в ней ребёнку, испытывающему дефицит тепла и нежности, внимания и заинтересованности.

## **САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА 5.**

Тема: **Диагноз «Вербализм»**

Описанные выше варианты развития определяются, прежде всего, отношением ребёнка к себе, окружающим, к своим возможностям и достижениям. Они

возможны у детей как с низким, так и с высоким уровнем развития познавательных способностей. В отличие от этих типов «вербализм» связан, прежде всего, именно с особенностями познавательных процессов: дети, развивающиеся по этому типу, отличаются высоким уровнем развития речи и задержкой в развитии мышления.

«Вербализм» формируется уже в дошкольном возрасте. Многие родители считают речь важнейшим показателем общего психического развития. Они прикладывают значительные усилия к тому, чтобы ребёнок научился бойко, гладко говорить, учат с ним огромное количество стихов. Те же виды деятельности детей дошкольного возраста, которые вносят основной вклад в умственное развитие (сюжетно-ролевые игры, конструирование, рисование и пр.) оказываются на втором плане. Мышление, особенно образное, развивается недостаточно.

Бойкая речь, уверенные ответы на вопросы, огромная «эрудиция» ребёнка дошкольника привлекают повышенное внимание окружающих, которые высоко оценивают достижения ребёнка. Поэтому «вербализм», как правило, сочетается с повышенной самооценкой ребёнка и с завышенной оценкой способностей ребёнка родителями. В период начального обучения часто обнаруживается несостоятельность ребёнка в плане решения задач и любой деятельности, требующей образного мышления. Не понимая, в чём причина трудностей ребёнка, родители склонны винить учителя. Для ребёнка задержка развития мышления чревата постоянным неуспехом в деятельности. В этом случае возможно дальнейшее развитие по типу «хронической неуспешности».

Сопровождающие «вербализм» симптомы – это демонстративность, связанная с ориентацией на достижения, и инфантильность мотивов общения, связанная с недоразвитием мышления.

### **Рекомендации для диагноза «Вербализм»**

Вербализм предполагает те же рекомендации, что и парциальная педагогическая запущенность (иногда он так и трактуется). А глубоко зашедшая педагогическая запущенность практически (по результату и способам коррекции) неотличима от ЗПР. Поэтому во всех этих трудных для домашней коррекции случаях необходимо обращение к специалистам-дефектологам. Общая рекомендация родителям такова; начинать коррекционные занятия надо с того места в развитии ребёнка, где продуктивные виды деятельности прекратили формироваться и начали выхолащиваться в пустые словесные формы. И все дошкольные «хвосты недоразвития» следует деформировать, но средствами чуть более взрослыми, чем при работе с дошкольниками, ибо развитие мотивационно-личностной сферы всё же происходило. Компенсация дошкольных пробелов и отставаний у младших школьников сильно осложняется тем, что они всё время не успевают за школьной программой. Поэтому у родителей, вынужденных заниматься с ребёнком дополнительными школьными делами, просто не остаётся времени на систематические дошкольные занятия. И им предстоит самим сделать тяжкий выбор: работать «на школу» или «на ребёнка».

Разумеется, психолог осторожно советует не дублировать в доме школу, жить с ребёнком дома домашней, родительской жизнью, в которую дошкольные, полезные ребёнку виды деятельности включаются куда более естественно, чем почти непосильные ребёнку школьные занятия. Основная тактика работы с «вербалистом»: придержать речевой поток и стимулировать продуктивную деятельность: «Ты мне потом расскажешь, как будут жить зверюшки. А сначала давай

их слепим». Но после того, как дело сделано, конечно же с ребёнком надо побеседовать, ибо это для «вербалиста» – главное удовольствие.

## САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА 6.

### Тема: Диагноз «Интеллектуализм»

Этот тип развития так же, как и «вербализм», связан, прежде всего, со структурой познавательных способностей ребенка. На первом плане – развитое логическое мышление, немного хуже развита речь и в провале – образное мышление. «Интеллектуализм» ребёнка так же, как и «вербализм», связан с недооценкой родителями значимости собственно детских деятельностей для развития ребенка, но в отличие от «вербализма», область наиболее ценных достижений ребенка – не в сфере развития речи, а в сфере логического мышления.

### Рекомендации для диагноза «Интеллектуализм»

В рамках нашей культуры этот вариант развития достаточно благополучен, поэтому здесь можно ограничиться минимальными рекомендациями. Если синдром не слишком грубо выражен, то следует, прежде всего, заверить родителей, что с возрастом их «интеллектуал» найдет себе равного партнёра по общению, и рассказать, как домашними средствами можно облегчить поиски друга.

Чем младше ребенок, тем больше необходимость рекомендаций по организации дошкольных видов деятельностей, развивающих образную сферу и повышающих эмоциональность (рисование, конструирование, лепка, но главное – непосредственно-эмоциональное общение с родителями).

## САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА 7.

### Тема: Жалоба: «Ребенок плохо учится»

Жалоба на плохую успеваемость ребёнка, на то, что он часами сидит за домашними заданиями – пожалуй, самая частая. Как правило, в первичной жалобе родители не отмечают никаких других трудностей: плохая успеваемость затмевает для них всё остальное. О более глубоких трудностях родители начинают проговариваться лишь в ходе заключительной беседы с консультантом, под влиянием описания психологом индивидуальности ребёнка.

Обследование при такой жалобе, строится преимущественно на интеллектуальных методиках. По нашему опыту, примерно в половине случаев действительно обнаруживается некоторая интеллектуальная ущербность, вплоть до ЗПР (которая, по статистическим данным в обычной выборке составляет 15-20%). Ниже представлены самые распространенные варианты развития, ведущие к школьной неуспешности при полной интеллектуальной сохранности ребенка.

(1) Если интеллектуальное неблагополучие сочетается с высоким уровнем тревожности, нарушающей деятельность, то в этом случае мы имеем дело с синдромом «хронической неуспешности». Для постановки такого диагноза чрезвычайно значимы показатели тревожной дезорганизации деятельности. На тревожный распад деятельности (в отличие от низкого уровня организации деятельности) указывают многочисленные симптомы тревоги, проявляющиеся и в непосредственно наблюдаемом поведении, и в диагностических методиках (например, частое стирание, зачеркивание рисунка в пиктограмме и последующее рисование буквально по той же самой линии; или – в методике «Образец и правило» – резкое ухудшение качества

работы в последнем, самом сложном задании). Если тревога высока, но консультант не видит выраженных проявлений дезорганизации деятельности, то можно говорить лишь об угрозе возникновения синдрома «хронической неуспешности», о том, что ребёнок находится «в зоне повышенного риска».

Кроме высокой тревожности существует ещё одно психологическое условие, без которого данный синдром не складывается. Это – высокая степень конформности ребёнка. Речь идёт не столько об интеллектуальной, сколько о личностной конформности, об установке на исполнительность, послушность, на некритическое выполнение требований взрослых. Если такой установки у ребёнка нет, то ему достаточно безразлично несоответствие его реальных школьных достижений ожиданиям взрослых. Об установке ребёнка на исполнительность говорят обычно сами родители, рассказывая, как долго ребёнок сидит за уроками (хотя при этом может «витать в облаках»). Если взрослые жалуются на то, что ребёнка трудно усадить за уроки (но когда это удаётся, домашние задания выполняются быстро, правда «тяп-ляп»), то о конформной чувствительности ребёнка к требованиям взрослых речи быть не может.

В самом, обследовании личностная конформность проявляется в достаточно выраженной направленности ребёнка на точное выполнение требований психолога при интенции к избеганию непривычных заданий, которые оцениваются ребёнком как трудные.

Случается, что в обследовании синдром «хронической неуспешности» обнаруживается при отсутствии прямых родительских жалоб на низкую успеваемость ребёнка. Такая картина встречается у детей, чьи родители ожидают больших успехов, нежели те, которых ребёнок достиг (хотя достигнут отнюдь не низкий, а обычно средний, хороший (но не отличный!) уровень). В случае завышенных родительских притязаний, приводящих ребёнка к «хронической неуспешности» при среднем и хорошем уровне школьных достижений, основные жалобы родителей, идут именно по линии тревоги: ребёнок не отвечает у доски; ответственные контрольные работы выполняет хуже, чем ежедневные тренировочные упражнения на ту же тему... При этом в обследовании, действительно фиксируется тревога, не приводящая, однако, к выраженному распаду деятельности (иначе ребёнок и учился бы скверно), но обнаруживается начальный уровень тревожной дезорганизации.

(2) Иногда тревога может быть полностью локализована в школьной сфере, что обычно совпадает с жалобой на выраженные поведенческие трудности, называемые в литературе «школьной тревожностью»: полный ступор при вызове к доске, неспособность ответить отлично выученный дома урок... При этом в ситуации обследования (особенно в заданиях, ничем не напоминающих школьные) ребёнок успешен, адекватен, отдельные показатели тревоги проявляются лишь в слабой степени. В случае для уточнения диагноза следует специально прозондировать всю школьную сферу и прежде всего – отношения с учительницей (с помощью беседы о школе, методики «два дома», дополнительных шкал в методике Дембо...). Здесь можно встретить или упорный уход ребенка от малейших попыток коснуться этой болезненно напряжённой сферы или резкую, взрывную актуализацию тревоги у ребенка, достаточно благополучного в остальных сферах жизни. Кроме того надо детально расспросить родителей о том, как складыва-

лись у ребёнка отношения в классе буквально с первых школьных дней. О многом говорят и детские тетради, вернее – стиль учительских отметок. Очень часто об источниках школьной тревожности можно догадаться именно по отметкам, которые не меняются при заметном улучшении качества работы (например, тройка поставлена и за диктант, написанный скверным почерком и с тремя ошибками, и за безошибочную работу, написанную столь же скверным почерком).

При локализации тревоги в школьной сфере нельзя говорить о синдроме «хронической неуспешности», так как для него характерна тотальность переживания ребёнком своих неудач, предельная генерализация этого переживания. За картиной «школьной тревожности» в первую очередь следует искать нарушение общения с учителем.

При жалобах на плохую учебу диагнозы синдрома «хронической неуспешности», «школьной тревожности», естественно, не единственные.

Перечислим другие причины, вызывающие ту же внешнюю картину школьного (и домашнего) неблагополучия.

(3) При психофизическом инфантилизме дошкольный уровень развития встречается вплоть до начала подросткового возраста; а это не может не приводить к тому, что ребенок не справляется со школьными требованиями. Когда на инфантильного ребёнка обрушивается вся система школьных регламентации, то какие-то черты дошкольности консервируются и сохраняются на неопределенно долгий срок. Они-то и обнаруживаются при психологическом обследовании. Причем по психофизическим показателям отставание может быть незначительным (скажем, на год), но по собственно психологическим показателям прослеживаются типично дошкольные формы поведения. Это проявляется прежде всего в отношении к образцу, инструкции, которые ребёнок, если не игнорирует вовсе, то трактует весьма вольно, легко отдаваясь ситуативным импульсам.

Такой «психологический» дошкольник попросту игнорирует, не считает для себя важными, серьёзные требования школьного типа: Поэтому у инфантильного ребёнка тревожность не развивается, и синдром «хронической неуспешности» не складывается даже при весьма значительной объективной неуспешности. Школьные оценки беспокоят родителей, учителей, но для самого ребёнка не являются центром его жизни и не переживаются так травматично, как при синдроме «хронической неуспешности». Хорошим дифференцирующим критерием двух диагнозов может оказаться детская самооценка: при «хронической неуспешности» она отчётливо занижена, при инфантилизме — просто не сформирована. (В методике Дембо инфантильная, не сформированная самооценка проявляется особенно наглядно: ребёнок ставит себе «плюсы» на самом верху почти всех шкал, честно сознавая в том, что он «самый хороший», «самый красивый», «самый умный», «самый добрый», самый-самый. Это означает, что в структуре самосознания ещё не произошла дифференциация идеальной и реальной самооценки).

(4) Задержка психического развития (ЗПР) как причина плохой учёбы в «чистом виде» встречается нечасто. Обычно она порождает тревожность, ведущую к замыканию порочного круга «хронической неуспешности». При этом чем глубже ЗПР, чем ближе к границе умственной отсталости, тем вероятней ее обнаружить «в чистом виде». В этом случае у ребёнка снижена критичность, и он просто не замечает собственных неудач и отставания от других детей.



(5) Синдром «ухода от деятельности» тоже иногда даёт внешнюю картину школьной неуспешности. При этом в первичной жалобе особый акцент делается на то, что ребёнок «отсутствует на уроке, считает ворон, отключается, витает в облаках...» Напомним, что «уход от деятельности» – это своеобразное застревание ребёнка на игре, перевод её в план воображения, при котором характерна умеренная (не яркая, как при истероидности) демонстративность в сочетании с умеренной тревогой; не доходящей до уровня дезорганизации деятельности.

Здесь тревога является, с одной стороны, барьером, мешающим разворачивать демонстративное поведение, а с другой стороны, – следствием конфликта между стремлением получать реальное (а не воображаемое) внимание и его отсутствием. Так порождается замкнутый круг причин и следствий: фрустрация потребности во внимании порождает тревогу, которая блокирует те формы поведения, с помощью которых ребёнок мог бы привлечь к себе внимание, что, в свою очередь, поддерживает фрустрацию и т.д.

Консультант должен отчётливо разъяснить родителям, почему в этом случае переход игры в план воображения может причинить вред ребёнку, затормозить его развитие. Дело в том, что в младшем школьном возрасте творческие потенциалы игры, разворачивающейся только в воображении, так и остаются потенциальными, не обретая конструктивного характера взрослых мечтаний как прогноза, планирования, проигрывания возможных ситуаций. Для того, чтобы детская игра в воображении приобрела такой конструктивный характер, её необходимо (на какое-то время) вынести вовсе: в план реальной творческой деятельности на основе воображения (сочинительство, рисование, драматизация и пр.). Воображение, реализуемое в продукте, дисциплинируется, обретая строгие рамки, правила, учится в той или иной мере считаться с действительностью.

В показателе синдрома «уход от деятельности» кроме мягкой демонстративности и невысокой тревожности обязательно должна войти и сама склонность к фантазированию (проявляющаяся в построении и описании образа жизни несуществующего животного, в ТАГе, во всех рисуночных пробах). Эта склонность может быть заслонена сковывающей ребёнка тревогой, поэтому необходимо создать максимально спокойные условия для свободной игры воображения; иногда полезно просто уйти и оставить ребёнка наедине с рисунком или сочинением. Если есть подозрение на «уход от деятельности» с повышенным тревожным фоном, со стеснительностью и закрытостью в общении, то стоит дать ребёнку возможность просто свободно порисовать без всякого задания (и на некоторое время оставить его одного). Но если склонность к фантазированию нигде не проявляется, то диагноз «уход от деятельности» ставить нельзя.

В качестве дополнительной пробы на внутреннюю склонность ребёнка к творчеству может быть использован методический прием, разработанный Г.Н. Кудиной и З.Н. Новлянской. Ребенку предлагаются словосочетания типа «Солнышко греет», «дождь шумит» с просьбой их распространить (сделать длиннее). Ребенок с внутренним побуждением к сочинительству не в состоянии ограничиться стандартным «Солнышко греет весной» или рационалистическим «Солнышко греет, и поэтому распускаются почки на деревьях»; он обязательно сочинит небольшую историю, внося в нее элементы художественности, эмоциональности, образности.

Дополнительным показателем синдрома «уход от деятельности» является распространенная жалоба родителей на то, что ребенок врет. Дело в том, что в дошкольном и младшем школьном возрасте литературный творческий потенциал, не реализуемый в тексте, нередко воплощается в бескорыстном «вранье». Ребенок сочиняет всяческие истории, в которых (вполне согласуясь с законами построения литературного произведения) повествование ведется от первого лица. Разумеется, детское «вранье» не всегда носит бескорыстно-литературный характер: раз появившись, оно может быть использовано и вполне корыстно. Но родителям необходимо понять его невинный и даже благородный источник: внутренние, нереализованные литературные способности ребенка, которым необходимо дать внешний, социально поощряемый выход.

(6) Школьную неуспешность могут порождать и чисто мотивационные причины – полное отсутствие познавательных мотивов. (По классификации Н.И. Непомнящей – у таких детей обнаруживается «в чистом виде» выраженная ценность привычно-бытового функционирования).

## САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА 8.

### Тема: Жалоба: «Ребенок ленится»

За жалобой на лень может стоять все, что угодно. Почти одну и ту же картину ленивого, вялого, заторможенного поведения дают совершенно разные причины.

1) Снижение познавательных мотивов.

2) Мотивация избегания неуспеха.

3) Общая замедленность темпа деятельности (когда ребенок трудится совершенно добросовестно и целенаправленно, но так медленно, что окружающим кажется, будто ему лень шевелиться, совершать любое усилие).

Общую замедленность, имеющую чисто физиологическую природу, следует отличать от мотивационных уходов, от защитного торможения, носящего локальный, ситуативный характер. Обычно защитное торможение обнаруживается в тех сферах совместного существования со взрослыми, где ребёнок пытается уйти от навязанных ему, но внутренне неприемлемых требований. Для дифференцирующего диагноза необходимо подробно расспросить родителей о том, все ли ребёнок делает медленно, «лениво». Чаще всего замедление отмечается в режимных, зарегулированных моментах жизни, там где скопился заряд эмоциональных конфликтов: медленно одевается, ест, делает уроки. «А как он одевается, когда вы его отпускаете в кино?» Ясно, что в этом случае речь идет не о тотальной замедленности, а об избирательном защитном торможении, об уходе от навязанных форм жизни, то есть о мотивационных трудностях.

(4) Сниженная энергетика, астеничность дает самые классические проявления «лени»: ребёнок любит подолгу валяться в кровати, часами ничего не делает (так как у него нет сил что-то делать), пальцем шевельнул, а уже устал... Взрослым кажется, что не мог он устать от такого пустячного усилия, а оказывается, что мог. Кстати, картина усталости может действительно быть неуловимой; у ослабленного ребёнка очень рано складываются физиологические механизмы защитного, охранительного тормозного снижения активности. При этом родители могут просто не замечать, что ребёнок утомлен: он же ничего не делает.

(5) Высокая тревога (как глобальная неуверенность в себе) тоже может проявляться как «ленивость»: ребёнок не пишет фразу, так как совершенно не уверен, как и что надо писать. Он начинает увиливать от любого действия: если не убеждён полностью, что сделает его хорошо. А такой убежденности тревожный человек не имеет практически никогда.

(6) Нарушение отношений с учителем также может дать внешнюю картину увиливания от школьных дел. И тогда родители говорят о «школьной лени», связанной с нежеланием делать домашние задания, вообще ходить в школу, интересоваться чем-то, хоть отдалённо напоминающим школу.

(7) Реже всего встречается лень в собственном смысле слова, гедонизм, совпадающий в бытовом сознании с избалованностью, когда ребёнок делает только то, что ему приятно и уклоняется от всего прочего (ленится ходить в магазин, делать уроки, убирать игрушки...).

## САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА 9.

### Тема: Жалоба: «Ребенок рассеян»

Жалобы на внимание, на детскую рассеянность очень часты в консультативной практике. При такой жалобе функция внимания проверяется впрямую: с помощью корректурной пробы. С учетом других данных это позволяет различить основные варианты поведения, называемые в быту общим словом «невнимательность»:

(1) Наиболее редкий вариант: собственно снижение функции внимания.

(2) Гораздо чаще за расстройство внимания принимается несформированность организации деятельности, когда ребенок не владеет эффективными приемами самоорганизации, попросту — не умеет работать. Это неумение отчетливо проявляется в методиках «классификация», «пиктограмма», «образец и правило» (правило помнит, но нередко нарушает).

(3) Так называемая, невнимательность может быть обусловлена и чисто мотивационными причинами. Так, внешнюю картину рассеянности дает «уход от деятельности»: ребёнок отключается и становится рассеян, погружен в себя там, где ему скучно, но остро внимателен при встрече с интересным заданием. Задания, которые предлагает ребенку консультант при обследовании, как правило, новы, заняты и привлекательны для младших школьников. И нередко родители, жаловавшиеся на детскую рассеянность, несобранность, отмечают, что «сейчас с Вами он был необычно собран и внимателен. Дома мы такого никогда не видели...» Подобная избирательность внимания сама по себе указывает на мотивационные причины его «отключения» в определенных сферах жизни. Так, «невнимательность» при выполнении школьных заданий (особенно если она возникла не сразу, а с какого-то момента школьной жизни) может быть обусловлена конфликтом с учителем.

(4) Тревога, разрушая любую деятельность, особо пагубна именно для внимания. Поэтому тревога, как моносимптом, может приводить к выраженным вторичным нарушениям внимания.

(5) Синдром «двигательной расторможенности» с неизбежностью нарушает функцию внимания. Но распад внимания обязательно сочетается с нарушениями организации деятельности. Если этого сочетания нет, то о двигательной расторможенности, как о нервном заболевании, говорить нельзя даже при соответствующем рисунке внешнего поведения. Впрочем, при подозрении на «двигательную

расторможенность» психолог ни в коем случае не должен брать на себя функции невропатолога.

## САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА 10.

### Тема: Жалоба: «Ребенок неуправляем»

Неуправляемость, непослушность ребенка — одна из типичных жалоб и учителей, и родителей. Чаще всего за такой жалобой стоят следующие *пять вариантов индивидуального развития*.

(1) Иногда так оценивают ребёнка, у которого вообще нет никаких отклонений, то есть он послушен, управляем ровно настолько, насколько вообще может быть управляем ребенок его возраста. В таком случае мы имеем дело с одной из типичных ошибок взрослых, не умеющих учитывать возрастные, особенности детей и принимающих желаемое за должное. Например, отец обеспокоен «неуправляемостью» своего шестилетнего (!) сына: «Его невозможно приучить ежедневно, без напоминаний чистить зубы, самостоятельно убирать постель, следить за чистотой обуви... Приходится каждый раз напоминать. Он совершенно неуправляем!» В подобных случаях консультанту приходится рассказывать родителям о возрастных возможностях ребёнка, о том, каковы нормы самостоятельности в младшем школьном возрасте, какие требования и ожидания взрослых являются завышенными, неуместными, и к каким последствиям в семейных отношениях они могут привести.

(2) Другой вариант нормального (не требующего коррекции) развития ребенка — это случаи повышенной энергетике. Здесь родители обращаются в консультацию с совершенно адекватной жалобой: ребенок в самом деле трудно управляем. Но в плане прогноза следует понимать, что мощная активность ребёнка при высоком уровне целенаправленности поведения — это благоприятный вариант развития (правда, если ребенка не «затюкают» за проявления чрезмерной самостоятельности и склонности к рискованным экспериментам). Но, когда ребенок сам ставит цели и, твердо зная, чего он хочет, умеет добиваться своего, то взрослым с ним, действительно, трудно.

На каком основании может быть поставлен диагноз «повышенная энергетика»? Во-первых, по рассказам родителей о бесконечных проказах ребенка, носящих характер смелого экспериментирования, познавательного азарта, дерзости естествоиспытателя, постоянно переступающего грань дозволенного и желающего на собственном опыте узнать, что будет, если... (наполнить духовку газом и поднести спичку; соединить сразу все реактивы из набора «Юный химик»; устроить короткое замыкание во время грозы...). Во-вторых, по отсутствию сведений о каких-либо патологических отклонениях. В-третьих, на основании высокой активности и целенаправленности ребёнка, проявленной в самом обследовании и, как правило, связанной с высокой познавательной мотивацией.

(3) «Негативистическая демонстративность» — частый вариант диагноза при жалобе на неуправляемость. В этом случае ребенок постоянно сознательно нарушает нормы для того, чтобы хотя бы таким способом привлечь к себе внимание. Если учитель описывает классического классного «шута», то диагноз «негативистическая демонстративность» можно ставить почти наверняка, без обследования ребёнка; (если, конечно, можно безоговорочно доверять описанию, что бывает крайне редко).

«Негативистическая демонстративность» бывает парциальной, например, она может проявляться только дома или только в школе, то есть в той сфере, где ребёнок иными средствами не может добиться необходимой ему дозы внимания (а у этих детей потребность во внимании чрезвычайно высока). Школьная «негативистическая демонстративность» чаще всего обусловлена нарушениями отношений с учителем.

Основные показатели «негативистической демонстративности» – сверхвысокая демонстративность в сочетании с переживанием дефицита общения, внимания, высоких оценок.

{4) Двигательная расторможенность тоже может вызвать жалобы родителей на неуправляемость ребенка. Этот диагноз следует четко дифференцировать с диагнозом «повышенная энергетика». Для ребёнка, страдающего двигательной расторможенностью, характерна низкая целенаправленность поведения. При «повышенной энергетике» целенаправленность, напротив, весьма высока, много выше среднего. Различать эти два варианта поведения необходимо уже для того, чтобы правильно сориентировать дальнейшее поведение родителей. И в том, и в другом случае придётся взывать к их терпению, но ребёнку с двигательной расторможенностью целесообразно рекомендовать мягкие успокаивающие средства (типа валерьянки), тогда как от повышенной познавательной активности лекарствами не избавиться, более того – от этого драгоценного качества вообще не стоит избавляться, надо лишь научиться использовать его «в мирных целях».

(5) И, наконец, за жалобой на неуправляемость может стоять обыкновенная избалованность, наблюдаемая невооруженным глазом. У такого ребенка все показатели развития, как правило, нормальны. Но отмечается некоторая демонстративность – идеальная почва, на которой пышно расцветают все воспитательные ошибки взрослых. Такой ребёнок чаще всего окружён большим количеством взрослых, посвятивших себя заботе о нём. Это может быть ребёнок из неполной семьи, на котором чрезмерно замкнута одинокая мать.

## САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА 11.

### Тема: Жалоба: «У ребенка трудности в общении»

Целая группа родительских жалоб напрямую связана с проблемами общения. Чаще всего родители говорят о трудностях в общении со сверстниками, об одиночестве ребёнка, хотя при этом нередко оказывается, что со сверстниками ребёнок общается нормально, а трудности возникают у него как раз в семейном общении со взрослыми. Но если в самом деле в обследовании выявляются проблемы в сфере общения со сверстниками, то за этой симптоматикой может скрываться ряд причин.

(1) Интеллектуализм (преобладание интеллектуальных процессов над образными и эмоциональными) даёт обычно картину высокосохранного общения со взрослыми и мягкие нарушения в сфере отношений с детьми, не слишком травмирующие самого ребёнка. Но родителей беспокоит то, что ребёнок всё время один, не вписывается в класс, не может найти себе друзей. Впрочем, если в беседе с родителями и ребёнком или в методике «Два дома» обнаруживается, что по крайней мере один «настоящий друг» у ребёнка есть, то прогноз в таком случае благоприятен. Дело в том, что для детей (да и для взрослых) с выраженным интеллектуализмом не свойственна склонность к широкому кругу общения;

близкие устойчивые отношения с 1-2 друзьями практически насыщают их потребность в общении. Но если такой ребёнок вообще не находит себе друзей среди сверстников (что в младшем школьном возрасте вполне вероятно), то эта ситуация изоляции нагрубочна для него и ненормальна.

(2) Другая причина трудностей в общении со сверстниками – это несформированность средств общения. Неумение контактировать при высокой направленности на общение может давать внешнюю картину агрессивности. При менее выраженной направленности ребенок, не владеющий средствами общения, просто пассивен. При этом при встрече с активным партнёром возможны отдельные проявления агрессивности просто из-за неумения строить иные, более содержательные отношения.

Показатели несформированности средств общения: низкая конформность, нарушение стандартов в изображении людей (например, прямоугольное туловище в рисунке человека). Заметим, что здесь речь идет не о творческом своеобразии, а именно об отклонении от общепринятого канона, о невладеении стандартами в сфере общения.

(3) Аутизация как снижение потребности в общении в собственном смысле. При консультировании младших школьников важно понимать, что ранняя аутизированность, возникшая до 3-4 лет, довольно часто сменяется нормальной (а у подростков даже высокой) потребностью в общении, развивающейся на фоне отсутствия средств общения. И это – рискованный вариант развития, который к подростковому возрасту может вылиться в девиантное и собственно делинквентное поведение.

(4) Ошибки взрослых, приходящих в психологическую консультацию с жалобой на детские трудности в общении со сверстниками. Нередко в основе этих проблем лежат трудности семейного общения, не замечаемые взрослыми, в результате которых формирование средств содержательного общения задерживается, и потребность в нём остается фрустрированной.

Рисунок семьи, методика «Два дома», ТАТ дают достаточно оснований для заключения о том, что ребенок плохо ориентирован в человеческих (и в частности – семейных) отношениях, отличается низкой эмпатийностью.

Иногда в обследовании обнаруживаются нарушения семейного общения при полном благополучии в сфере общения со сверстниками. При этом родители жалуются именно на то, что ребёнок не умеет общаться с детьми. Причиной таких родительских заблуждений может оказаться просто плохая информированность родителей, которые утратили контакт, близость с собственным ребенком, потеряли его доверие и полагают, что его домашние замкнутость, закрытость распространяется на все сферы общения, проецируя на других детей свою собственную неудовлетворённость в общении с ребенком.

## САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА 12.

### Тема: Жалоба: «Ребенок агрессивен»

Что может стоять за такой жалобой?

(1) Истинная агрессивность как прямое стремление причинить окружающим боль, вред, ущерб – самый редкий вариант развития ребёнка. Обычно такая агрессивность, садизм как искажение влечений не маскируется и напрямую прочитывается во всех прожективных методиках.

(2) Необходимо отличать истинную агрессивность, всегда направленную вовне, на других людей, от аутоагрессивности, направленной на саморазрушение. Аутоагрессивность в форме острого неприятия, отвержения себя, жестокого самоедства (вплоть до суицидальных тенденций) чрезвычайно редко, но встречается даже у дошкольников. Чем ближе ребёнок к подростковому возрасту, тем настоятельней необходимость опознать этот особо опасный вариант развития, чреватый тяжкими депрессиями.

(3) Защитная агрессия – одна из наиболее распространённых причин поведения, кажущегося взрослому агрессивным. При описании симптоматики прожективных методик мы указали основные дифференцирующие признаки истинной и защитной агрессии.

(4) Несформированность средств общения (о которой речь шла выше) также может давать картину поведения, внешне сходного с агрессивным. В этом случае прожективные методики вообще не обнаруживают симптомов агрессии.

## **Методические рекомендации по изучению дисциплины для студентов**

*Работу с учебно-методическим комплексом* следует начинать со знакомства с его содержанием, программой курса и возможностями по управлению комплексом. Это позволит обучающемуся сориентироваться в объеме предлагаемого к изучению материала, понять уровень его сложности и освоить навыки полномасштабного использования всех ресурсов, включенных в состав комплекса. Знакомство с темой следует начать с прочтения всего текстового материала в полном объеме (первичное, ориентировочное чтение на общее понимание содержания и формирование завершённого образа темы). При этом целесообразно пользование гиперссылками, даже если появляются вопросы с трактовкой того или иного термина или возникает желание познакомиться с биографией того или иного ученого или его портретом. Обращаем внимание на обязательное прочтение при этом проверочных вопросов по теме, которые располагаются в конце основного текста лекции.

Затем необходимо опять начать чтение текстового материала лекции (погружающее чтение, обеспечивающее углубленное знакомство с темой), ориентируясь на запоминание фактических данных (даты, названия работ, фамилии ученых и т.д.) и уточняя с помощью системы гиперссылок содержание используемых терминов и понятий. На этом этапе рекомендуется активное использование иллюстративных и справочно-информационных гиперссылок.

На третьем этапе прочтения текста лекции (контекстное чтение) следует познакомиться с приводимым в теме хрестоматийным материалом, используя при этом гиперссылки хрестоматийного характера. При этом следует в полном объеме познакомиться со всеми дополнительными материалами по теме лекции (биографии и библиография ученых, содержание специализированных интернет-ссылок и т.д.).

После завершения изучения содержания темы следует, используя систему контрольных заданий и тестовых вопросов, определить степень знакомства с базовыми положениями лекции. Проверочная система учебно-методического комплекса позволяет выполнить эту работу в интерактивном режиме, возвращаясь (при неправильном ответе на контрольный вопрос) к тому фрагменту лекции, где может содержаться подсказка или готовый ответ.

Безусловно, предлагаемый порядок работы с учебно-методическим комплексом может быть видоизменен и сокращен в зависимости от уровня подготовленности обучающегося и с учетом его индивидуально-психологических особенностей.

### **Рекомендации по написанию эссе, доклада, реферата.**

**РЕФЕРАТ** является формой самостоятельной учебной работы по предмету, направленной на детальное знакомство с какой-либо темой в рамках данной учебной дисциплины. Основная задача работы над рефератом — углубленное изучение определенной проблемы изучаемого курса, получение более полной информации по какому-либо его разделу.

При подготовке реферата необходимо использовать достаточное для раскрытия темы и анализа литературы количество источников, непосредственно относящихся к изучаемой теме. В качестве источников могут выступать публикации в виде книг и статей. Для студентов-психологов требования к реферату иные, чем для студентов педагогической или технической специальности.

При написании реферата и курсовой работы осваиваются **умения трех основных типов:**

- 1) поиска информации и оформления научной мысли реферативного типа;
- 2) планирования, проведения эмпирического исследования и оформления его результатов;
- 3) планирования, проведения инновационной работы в области практической психологии и оформления ее результатов.

**ДОКЛАД** – это краткое изложение содержания научного труда или трудов специалистов по избранной теме, обзор литературы определенного направления. Такой обзор должен давать читателю представление о современном состоянии изученности той или иной научной проблемы, включая сопоставление точек зрения специалистов, и сопровождаться собственной оценкой их достоверности и убедительности.

Доклад часто применяется в учебном процессе при изучении тех или иных учебных курсов, главным образом на семинарских занятиях.

Подготовка доклада зачастую требует от докладчика большой самостоятельности и интеллектуальной работы.

Выполнение такого вида работы способствует формированию студента навыков самостоятельной научной деятельности, повышению его теоретической и профессиональной подготовки, лучшему усвоению учебного материала.

**ЭССЕ** (с французского *essai* – «попытка, проба, очерк») – прозаическое сочинение небольшого объема и свободной композиции, выражающее индивидуальные впечатления и соображения по конкретному поводу или вопросу и заведомо не претендующее на исчерпывающий ответ. Это новое, субъективно окрашенное слово о чем-либо, имеющее философский, историко-биографический, публицистический, литературно-критический, научно-популярный или беллетристический характер.

Эссе – самостоятельная письменная реферативно-аналитическая работа, освещающая современное состояние конкретной проблемы и содержащая ответ на вопрос о перспективах и возможных путях ее решения. Не допускающая плагиата.

Жанр эссе предполагает свободу творчества. Вся его прелесть в том, что оно может быть написано на любую тему и в любом стиле, т.е. о чем угодно и как



удовно, ведь эссе - это ваше размышление по поводу услышанного, прочитанного, просмотренного.

По речевому построению эссе – это динамичное чередование полемичных высказываний, вопросов, установка на разговорную интонацию и лексику.

На первом плане эссе – личность автора, его мысли, чувства, отношение к миру. Это главная установка сочинения. Однако надо помнить, что, несмотря на свободу творчества, писать в жанре эссе совсем не легко, так как надо найти оригинальную идею (даже на традиционном материале), нестандартный взгляд на какую-либо проблему.

### **Рекомендации по самостоятельному изучению литературы по социальной психологии при подготовке к лекциям, семинарам, практическим занятиям и выполнении СРС.**

Основные функции самостоятельной работы в учебном процессе:

- 1) закрепление знаний и умений, изученных в рамках аудиторной работы
- 2) расширение и углубление знаний по отдельным темам;
- 3) освоение умений использования этих знаний для решения прикладных задач;
- 4) освоение умений самопознания и саморазвития.

**Самостоятельное чтение** учебных пособий, первоисточников и конспектов может использоваться в разных ситуациях учебной работы

- 1 при подготовке к лекциям, семинарам, практическим занятиям;
- 2 при подготовке рефератов, курсовых и дипломных работ;
- 3 при подготовке к экзаменам и зачётам.

Одной из актуальных методических проблем данного вида самостоятельной работы является освоение умений осмысленного чтения, развитие навыков понимания психологических текстов. Наибольшую трудность для студентов представляет чтение научных монографий и статей. В отличие от учебных пособий они не адаптированы для учебных целей. Сталкиваясь со сложным для восприятия стилем научного текста, уважаемые студенты вы испытываете некоторые трудности в его понимании.

В этой связи, для формирования умения осмысленного чтения и развития навыка понимания психологических текстов важным является выполнять следующие задания, которые способствуют развитию соответствующих умений чтения.

- Составление подробного структурированного плана изучаемого раздела.
- Свободный (без опоры на конспект) пересказ раздела текста.
- Поиск ответа на поставленные к тексту вопросы (можно использовать те вопросы, которые есть после каждого раздела или темы в учебном пособии).
- Ответить на вопросы по разделу, направленные на выявление понимания основных понятий, умения сравнивать, анализировать, синтезировать, обобщать прочитанный материал.
- Попытаться сформулировать отдельные мысли прочитанного текста в другой стилистической и синтаксической форме.
- Составить краткий конспект прочитанного текста. Конспектирование помогает продумыванию первоисточника. (Простое переписывание больших фрагментов текста не дает желаемого результата).

Для того чтобы конспектирование первоисточников выполняло познавательную функцию, необходимо:

- отбирать существенную информацию и отделять ее от второстепенной;
- осуществить лексическую и синтаксическую переработку текста;
- схематизировать и структурировать прочитанный материал;
- постараться сформулировать резюме по прочитанному материалу.

В этом случае конспектирование будет способствовать осмысленному усвоению знаний.

- Составить опорную графическую схему раздела с текстовыми пояснениями или общую таблицу по теориям развития человека в онтогенезе.
- Составить резюме прочитанного текста и т.д.

### **Рекомендации по подготовке к выступлению перед аудиторией**

Везде мы сталкиваемся с аудиторией. Это могут быть и школьники, и студенты, и коллеги, и ученые. Вам предстоит выступить перед ними. Что нам для этого нужно знать, и какими рекомендациями воспользоваться?

Одним из главных моментов при написании доклада является выбор темы.

Этапы выступления по докладу:

1. Выбор темы доклада.
2. Разработка плана выступления?
3. Определение цели Вашего выступления?
4. Определение целевой аудитория (для кого).
5. Определение объекта выступления?
6. Чем актуален доклад?
7. В чем заключается новизна темы?
8. Подготовить иллюстративно-раздаточный материал.

#### ***Примечание: подготовка к выступлению.***

Доказано на практике, что наиболее эффективное запоминание происходит, тогда, когда задействованы все виды памяти, как зрительная, так и слуховая, и моторная. Большим плюсом будет использование слайдов, видеозаписей.

Помимо написания доклада или эссе Вы должны еще и выступить.

Не опаздывайте на конференцию, собрание, совещание! Очень важно, чтобы речь докладчика была ясной, четкой, грамотной, уверенной, что делает ее понятной и убедительной. Ваша речь должна быть не только понятной, но и экспрессивно-окрашенной, т.е. выразительной. Это зависит от скорости (темпа, быстроты), громкости и интонации. Если докладчик будет говорить быстро, торопливо, проглатывать окончания слов, слова или, наоборот, тихо и невнятно, то качество Вашего выступления значительно снизится. Уверенная, спокойная, неторопливая манера изложения всегда импонирует аудитории, а скучную, монотонную речь слушать не интересно.

Недопустимо нарушение произношения, т.е., если докладчик неверно делает ударение в слове, коверкает его или не знает, как правильно оно выговаривается. Постарайтесь также не употреблять совершенно незнакомых слов перед аудиторией. Внешний вид играет немаловажную роль. Это касается позы, жестов, одежды, прически, макияжа, аксессуаров докладчика. Элегантность, аккуратность способствует благоприятному впечатлению и расположению к нему слушателей.

Еще перед нами стоит вопрос времени, т.е. сколько времени нужно на выступление. В конце выступления Вы делаете выводы, рекомендации и личное

отношение автора к раскрываемым вопросам. Например, на основе проделанной работы, мы можем сделать следующие выводы...

В конце выступления будьте готовы к тому, что слушатели будут задавать вам вопросы. Прежде чем отвечать на вопрос, необходимо внимательно выслушать человека. Рекомендуется сразу отвечать на вопрос по мере их поступления, а не накапливать все и только потом, вспоминая, что же все-таки у меня спрашивали думать над ответами. Необходимо хорошо вникнуть в содержание поставленных вопросов. Какой бы резкостью не отличались вопросы и замечания в процессе дискуссии, докладчик обязан вести ее на высоком уровне, проявляя корректность, выдержку и тактичность к оппонентам. Отвечая на вопросы, докладчик должен показать глубину знаний по избранной тематике, умение защищать, обосновывать и отстаивать свою точку зрения, продемонстрировать общую культуру и эрудицию.

Не забудьте поблагодарить Ваших слушателей за внимание к Вам и Вашему докладу, также с интересом выслушать других докладчиков, которые будут выступать. Перед выступлением обязательно дома несколько раз, можно перед зеркалом, потренируйтесь к выступлению!

***При выполнении реферативной учебной и научно-исследовательской работы вам необходимо освоить следующие основные умения:***

- 1) самостоятельный поиск информации по заданной теме;
- 2) отбор существенной информации, необходимой для полного освещения изучаемой проблемы, отделение этой информации от второстепенной (в рамках данной темы);
- 3) анализ и синтез знаний и исследований по проблеме;
- 4) обобщение и классификация информации по исследовательским проблемам;
- 5) логичное и последовательное раскрытие темы;
- 6) обобщение психологических знаний по проблеме и формулирование выводов на основе обзора литературы;
- 7) стилистически правильное оформление научной мысли реферативного типа;
- 8) грамотное оформление научного реферативного текста;
- 9) правильное оформление научной работы.

**Александр Валерьевич Барсуков**  
**Наталья Ивановна Дунаева**  
**Жанна Александровна Шуткина**

## **СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

### **УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС**

по дисциплине

#### **Специальная психология**

для студентов заочной, очно-заочной форм обучения бакалавриата  
по направлению «Психология» 37.03.01.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского».  
603950, Нижний Новгород, пр. Гагарина, 23.