

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Дефектология

**Сборник методических рекомендаций для преподавателя к практическим занятиям по
направлению подготовки 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование (очная форма
обучения)**

Красноярск

2022

Дефектология : сборник методических рекомендаций для преподавателя к практическим занятиям по направлению подготовки 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование (очная форма обучения) / сост. Л.С. Гавриленко. - Красноярск : тип. КрасГМУ, 2022.

Составители:

к.п.н., доцент Л.С. Гавриленко

Сборник методических рекомендаций к практическим занятиям предназначен для преподавателя с целью организации занятий. Составлен в соответствии с ФГОС ВО 2018 по направлению подготовки 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование (очная форма обучения), рабочей программой дисциплины (2022 г.) и СТО СМК 8.3.12-21. Выпуск 5.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол № 10 от 26 мая 2022 г.)

© ФГБОУ ВО КрасГМУ
им.проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздрава России, 2022

1. Тема № 1. Общие представления об интеллекте. Умственно отсталый пациент как целостная личность. (в интерактивной форме) (Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.3, ПК-3.2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: метод проблемного изложения, частично-поисковый (эвристический), исследовательский

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): формирование представлений о предмете дефектология, осознание роли дефектологии как системы знаний в клинической психологии и медицине

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** общие, специфические закономерности и индивидуальные особенности психического и психофизиологического развития, особенности регуляции поведения и деятельности человека на различных возрастных ступенях., требования примерных аооп; обязанности различных специалистов, работающих с обучающимися с овз., методологию психологического исследования и диагностический инструментарий обследования обучающихся., **уметь** планировать и проводить коррекционно-развивающие занятия с обучающимися с овз и умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), независимо от образовательного маршрута; анализировать их эффективность, проектировать и осуществлять мониторинг результативности коррекционно-развивающих занятий., осуществлять диагностику развития ребенка с овз и корректировку программ на основе результатов мониторинга., осуществлять подбор диагностического инструментария и методов, адекватных целям исследования и возможностям конкретного обучающегося; проводить диагностическое обследование обучающихся, включая интерпретацию результатов; планировать и корректировать задачи коррекционно-развивающей работы по результатам мониторинга с учетом индивидуальных особенностей развития каждого ребенка и выбранного индивидуального образовательного маршрута в условиях инклюзивного образования., **владеть** навыками планирования и способами проведения коррекционно-развивающих занятий с обучающимися с овз и умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), независимо от образовательного маршрута; навыками анализа их эффективности, проектировки и осуществления мониторинга результативности коррекционно-развивающих занятий., инструментарием и методами (в том числе икт) диагностики развития ребенка с овз и разработки компонентов аооп и сипр (в соответствии с направленностью (профилем) пооп); инструментарием и методами (в том числе икт) мониторинга результативности освоения аооп и сипр и их корректировки на основе результатов мониторинга., инструментарием диагностического обследования обучающихся с учетом индивидуальных особенностей развития каждого ребенка; навыками разработки коррекционно-развивающих программ с учетом результатов обследования и выбранного индивидуального образовательного маршрута в условиях инклюзивного образования.

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** тренинговая аудитория 206

- **оснащение занятия:** посадочное место, проектор, столы, экран

7. Структура содержания темы (хронокарта)

Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия.	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся.
2	Формулировка темы и целей.	5.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия.
3	Контроль исходного уровня знаний и умений.	20.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	20.00	Изложение основных положений темы (ориентировочная основа деятельности).
5	Самостоятельная работа (работа в группах, парах) для усвоения изучаемой темы.	30.00	Проведение психодиагностических исследований.
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно).	10.00	Тесты по теме, ситуационные задачи.
	ВСЕГО	90	

8. Аннотация (краткое содержание темы)

Наиболее характерной чертой отсталых людей является то, что их интеллектуальный уровень ниже, чем у среднего человека в обществе. Отсталые люди «медлительны», «несостоятельны», «тупы» в своих способностях учиться и справляться с проблемами повседневной жизни. Общие представления о такой несостоятельности фокусируются в понятии «интеллект». В понятии интеллект MacMillan (1982) выделил три общие характерные черты: 1. способность обучаться; 2. совокупность приобретенных знаний; 3. адаптируемость индивида, особенно к новым условиям.

Таким образом «интеллект» определяется как «целенаправленное адаптивное поведение» или как способность накапливать знания и производить умственные операции для успешного преодоления трудностей реальной жизни. Интеллектуальное функционирование включает такие когнитивные процессы, как мышление, память, а также

владение общей информацией и словарем. Однако такое определение не является достаточным, поскольку в нем не учитываются физические, сенсорные и личностные признаки. Кроме того, накопленные знания и определенные типы логического мышления специфичны по своей природе и отражают специфические интересы человека и его опыт.

В понятие «интеллект» входят общие свойства – логическое мышление и способность обучаться (фактор *g* – «general ability» Спирмена) и специфические факторы, зависящие от опыта и обучения. Терстоун (1938) используя факторный анализ выделил 57 факторов когнитивных способностей. Из них 8 факторов, поддающихся ясной интерпретации:

S (Space) пространственный – способность воспринимать и сравнивать пространственные паттерны.

V (Verbal comprehension) вербальное понимание: способность к определению значения слов и, более широко, к пониманию речи и оперированию вербальными отношениями.

W (Word fluency) беглость речи: способность быстро продуцировать слова в соответствии с определенными ограничениями в отношении их буквенного состава.

N (Number facility) легкость числовых операций: скорость и точность выполнения простых арифметических действий.

I (Induction) индукция: способность выводить правила, которым подчиняется конкретный выбор стимулов.

P (Perceptual speed) перцептивная скорость: скорость и точность обнаружения определенных визуальных стимулов в массиве материала или сравнение таких стимулов с какими-либо другими.

D (Deduction) дедукция: способность строить рассуждения от предпосылок к точным выводам.

V (Rote memory) механическая память: способность заучивать и воспроизводить по памяти произвольные связи между стимулами, такими как слова и числа.

Терстоун и другие ученые считают, что результаты факторного анализа тестов на интеллект свидетельствуют об «иерархической» организации когнитивных способностей. Дж. П. Гилфорд в своей книге «Природа человеческого интеллекта» отстаивает так называемую модель «структуры интеллекта» (SI).

На научном уровне необходимы комплексные усилия, чтобы определить специальные навыки, составляющие интеллект. Гилфорд (1956) описал не менее 120 отдельных компонентов интеллекта и разработал тесты для определения большинства из них. Позже Гарднер (1983) предположил, что существуют отдельные «составные интеллекта» в лингвистической, музыкальной, логико – математической, пространственной, телесно – кинестетической и личностной сферах. В качестве метода выделения отдельных умственных способностей используется факторный анализ, с помощью которого определяется степень независимости различных черт. Общие свойства интеллекта – фактор *g* обнаруживается в большинстве тестов на интеллект. Йенсен (1982) пишет: «по существу, один и тот же фактор *g* выясняется набором тестов, которые внешне отличаются друг от друга. В отличие от всех других факторов, «*g*» не привязан ни к одному из отдельных типов содержания элементов теста или к приобретенным когнитивным навыкам».

Вернон (1971) и Сноу (1978) предложили «иерархическую модель интеллекта» в основе которой лежат представления о том, что «интеллектуальные способности образуют иерархию с фактором общего «*g*» на вершине; две основные группы факторов, вербально познавательные способности и пространственно – механические способности находятся на втором уровне; второстепенные группы факторов – на третьем; и специальные факторы находятся внизу. Иерархические модели учитывают данные корреляций в структуре интеллекта».

Следует также отметить, что сами тесты на интеллект не являются достаточно объективными критериями. Так как не существует универсального определения отсталости, создатели тестов вводят в методики вопросы, отражающие изменения в их собственном понимании интеллекта. Тесты IQ были созданы для прогнозирования успеваемости в школе, но существуют некоторые сомнения относительно того, одинаковые ли способности требуются для успехов в учебе и в реальной жизни. Мотивационные и личностные факторы имеют важное значение в жизнедеятельности людей с низкими показателями школьной успеваемости. Оказавшись в ситуации, благоприятствующей успеху, они могут полностью изменить свое поведение. Следует также учитывать влияние институционализации, «навешивания ярлыков», помещение во вспомогательную школу и т. п.

Таким образом, большинство специалистов соглашаются с тремя основными положениями, касающимися умственной отсталости:

- умственная отсталость подразумевает субнормальное развитие;

- некоторые виды умственной отсталости имеют известное органическое происхождение, а некоторые не имеют;
- мотивационные и личностные факторы играют существенную роль в жизнедеятельности людей с нормальным интеллектом.

Наиболее характерной чертой отсталых людей является то, что их интеллектуальный уровень ниже, чем у среднего человека в обществе. Отсталые люди «медлительны», «несостоятельны», «тупы» в своих способностях учиться и справляться с проблемами повседневной жизни. Общие представления о такой несостоятельности фокусируются в понятии «интеллект». В понятии интеллект MacMillan (1982) выделил три общие характерные черты:

1. способность обучаться;
2. совокупность приобретенных знаний;
3. адаптируемость индивида, особенно к новым условиям.

Таким образом «интеллект» определяется как «целенаправленное адаптивное поведение» или как способность накапливать знания и производить умственные операции для успешного преодоления трудностей реальной жизни. Интеллектуальное функционирование включает такие когнитивные процессы, как мышление, память, а также владение общей информацией и словарем. Однако такое определение не является достаточным, поскольку в нем не учитываются физические, сенсорные и личностные признаки. Кроме того, накопленные знания и определенные типы логического мышления специфичны по своей природе и отражают специфические интересы человека и его опыт.

В понятие «интеллект» входят общие свойства – логическое мышление и способность обучаться (фактор *g* – «general ability» Спирмена) и специфические факторы, зависящие от опыта и обучения. Терстоун (1938) используя факторный анализ выделил 57 факторов когнитивных способностей. Из них 8 факторов, поддающихся ясной интерпретации:

S (Space) пространственный – способность воспринимать и сравнивать пространственные паттерны.

V (Verbal comprehension) вербальное понимание: способность к определению значения слов и, более широко, к пониманию речи и оперированию вербальными отношениями.

W (Word fluency) беглость речи: способность быстро продуцировать слова в соответствии с определенными ограничениями в отношении их буквенного состава.

N (Number facility) легкость числовых операций: скорость и точность выполнения простых арифметических действий.

I (Induction) индукция: способность выводить правила, которым подчиняется конкретный выбор стимулов.

P (Perceptual speed) перцептивная скорость: скорость и точность обнаружения определенных визуальных стимулов в массиве материала или сравнение таких стимулов с какими-либо другими.

D (Deduction) дедукция: способность строить рассуждения от предпосылок к точным выводам.

V (Rote memory) механическая память: способность заучивать и воспроизводить по памяти произвольные связи между стимулами, такими как слова и числа.

Терстоун и другие ученые считают, что результаты факторного анализа тестов на интеллект свидетельствуют об «иерархической» организации когнитивных способностей. Дж. П. Гилфорд в своей книге «Природа человеческого интеллекта» отстаивает так называемую модель «структуры интеллекта» (SI).

На научном уровне необходимы комплексные усилия, чтобы определить специальные навыки, составляющие интеллект. Гилфорд (1956) описал не менее 120 отдельных компонентов интеллекта и разработал тесты для определения большинства из них. Позже Гарднер (1983) предположил, что существуют отдельные «составные интеллекта» в лингвистической, музыкальной, логико – математической, пространственной, телесно – кинестетической и личностной сферах. В качестве метода выделения отдельных умственных способностей используется факторный анализ, с помощью которого определяется степень независимости различных черт. Общие свойства интеллекта – фактор *g* обнаруживается в большинстве тестов на интеллект. Йенсен (1982) пишет: «по существу, один и тот же фактор *g* выясняется набором тестов, которые внешне отличаются друг от друга. В отличие от всех других факторов, «*g*» не привязан ни к одному из отдельных типов содержания элементов теста или к приобретенным когнитивным навыкам».

Вернон (1971) и Сноу (1978) предложили «иерархическую модель интеллекта» в основе которой лежат представления о том, что «интеллектуальные способности образуют иерархию с фактором общего «g» на вершине; две основные группы факторов, вербально познавательные способности и пространственно – механические способности находятся на втором уровне; второстепенные группы факторов – на третьем; и специальные факторы находятся внизу. Иерархические модели учитывают данные корреляций в структуре интеллекта».

Следует также отметить, что сами тесты на интеллект не являются достаточно объективными критериями. Так как не существует универсального определения отсталости, создатели тестов вводят в методики вопросы, отражающие изменения в их собственном понимании интеллекта. Тесты IQ были созданы для прогнозирования успеваемости в школе, но существуют некоторые сомнения относительно того, одинаковые ли способности требуются для успехов в учебе и в реальной жизни. Мотивационные и личностные факторы имеют важное значение в жизнедеятельности людей с низкими показателями школьной успеваемости. Оказавшись в ситуации, благоприятствующей успеху, они могут полностью изменить свое поведение. Следует также учитывать влияние институционализации, «навешивания ярлыков», помещение во вспомогательную школу и т. п.

Таким образом, большинство специалистов соглашаются с тремя основными положениями, касающимися умственной отсталости: • умственная отсталость подразумевает субнормальное развитие; • некоторые виды умственной отсталости имеют известное органическое происхождение, а некоторые не имеют; • мотивационные и личностные факторы играют существенную роль в жизнедеятельности людей с нормальным интеллектом.

9. Вопросы по теме занятия

1. Умственно отсталый пациент как целостная личность. Введение в проблему.

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.3, ПК-3.2

2. Психические расстройства у умственно отсталых людей.

Компетенции: ПК-1.2

3. Классификация умственной отсталости, осложненную психическими заболеваниями.

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.3, ПК-3.2

4. Психические расстройства у умственно отсталых людей пожилого возраста также мало исследованы.

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.3, ПК-3.2

5. Клиническая картина вторичных психических нарушений у умственно отсталых взрослых пациентов.

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.3, ПК-3.2

6. Причины возникновения умственной отсталости.

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.3, ПК-3.2

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ В СОДЕРЖАНИЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВКЛЮЧЕНЫ СПЕЦИФИЧЕСКИЕ УЧЕБНЫЕ ПРЕДМЕТЫ:

- 1) для формирования представления о необходимом уровне образования;
- 2) для преодоления последствий первичных нарушений развития;
- 3) для организации индивидуального подхода к детям;
- 4) специальные предметы не включаются;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.3, ПК-3.2

2. КАКАЯ ГРУППА ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НЕ ВЫДЕЛЯЕТСЯ В ОТДЕЛЬНУЮ КАТЕГОРИЮ:

- 1) с нарушением зрения;
- 2) с умственной отсталостью;
- 3) с психоэмоциональными нарушениями;
- 4) дети с синдромом Дауна;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.3, ПК-3.2

3. ДЛЯ ПРЕОДОЛЕНИЯ НЕДОСТАТКОВ РАЗВИТИЯ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ВСЕХ КАТЕГОРИЙ ЛИЦ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ:

- 1) вносятся изменения в содержание общеобразовательных предметов, вводятся пропедевтические разделы;
- 2) дети направляются на надомное обучение;
- 3) уменьшаются сроки обучения в образовательном учреждении;
- 4) нет правильного ответа;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.3, ПК-3.2

4. ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ НАДОМНОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

- 1) педагога;
- 2) медицинского учреждения;
- 3) логопеда;
- 4) психолога;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.3, ПК-3.2

5. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ ПОЗВОЛИЛИ ВЫДЕЛИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: СЛАБОСТЬ ЗАМКАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА, НЕДОСТАТОЧНУЮ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОСТЬ УСЛОВНО-РЕФЛЕКТОРНЫХ СВЯЗЕЙ,.. (УКАЖИТЕ НЕДОСТАЮЩИЕ):

- 1) нарушение взаимодействия первой и второй сигнальных систем;
- 2) преобладание охранительного торможения;
- 3) инертность нервных процессов;
- 4) все ответы верны;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.3, ПК-3.2

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. К детскому неврологу обратился пациент, 11 лет. Со слов мамы, мальчик стал раздражительным, на критику реагирует остро, не усидчив, появились головные боли, ухудшилось зрение. При тщательном сборе анамнеза: симптоматика появилась после постановки брекетов через месяц.

Вопрос 1: Какие специалисты должны участвовать в реабилитации пациента?;

Вопрос 2: 2. Нужно ли решать вопрос о снятии брекетов?;

Вопрос 3: Сколько времени необходимо проводить реабилитацию?;

- 1) Врач реабилитолог, невролог, физиотерапевт, психотерапевт, специалист по массажу, врач ЛФК, медсестра физиокабинета, рефлексотерапевт.;
- 2) Ношение брекетов продолжить.;
- 3) Последний курс медицинской реабилитации должен пройти сразу после снятия брекетных систем.;

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.3, ПК-3.2

2. Семья, имеющая 8-летнюю дочь с ДЦП, проживает в пригороде. Девочка замкнута, контакты со сверстниками ограничены. Сельскую школу не посещает. Родители считают, что обучение среди нормально развивающихся сверстников может ей навредить. Девочка выражает желание учиться в школе.

Вопрос 1: Какой путь обучения можно предложить?;

Вопрос 2: Какую роль могут выполнять родители?;

- 1) В данной ситуации может быть предложено надомное обучение по рекомендованной в коллегиальном заключении программе.;
- 2) Родители выполняют роль тьюторов и гарантов реализации особых образовательных потребностей дочери.;

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.3, ПК-3.2

12. Примерная тематика НИРС по теме

1. Гуманистическая сущность дефектологии.
2. Социальное значение дефектологии.
3. Определение понятий «умственная отсталость», «олигофрения», «деменция».

13. Рекомендованная литература по теме занятия

- **обязательная:**

Козырева, О. А. [Современные проблемы науки и специального \(дефектологического\) образования](#) : учебник / О. А. Козырева. - 2-е изд. - Москва : Юрайт, 2023. - 211 с. - Текст : электронный.

- **дополнительная:**

[Лечебная педагогика в дошкольной дефектологии](#) : учебник и практикум для вузов / ред. Н. В. Микляева. - Москва : Юрайт, 2023. - 521 с. - Текст : электронный.

Выготский, Л. С. [Основы дефектологии](#) / Л. С. Выготский. - Москва : Юрайт, 2023. - 332 с. - Текст : электронный.

[Медико-биологические основы дефектологии](#) : учебное пособие для вузов / Р. И. Айзман, М. В. Иашвили, А. В. Лебедев, Н. И. Айзман ; отв. ред. Р. И. Айзман. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 224 с. - Текст : электронный.

- **электронные ресурсы:**

Дефектология

(лекция

1)

(https://yandex.ru/video/preview/?text=дефектология%20видеолекции&path=yandex_search&parent-reqid=164)

1. Тема № 2. Абилитация и терапевтическое вмешательство при умственной отсталости. (в интерактивной форме) (Компетенции: ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2)

2. Разновидность занятия: демонстрация

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, метод проблемного изложения, частично-поисковый (эвристический)

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): формирование представления об основных формах научного мышления и важнейших его составляющих. Анализ различных теоретических и методологических позиций.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** методологию психологического исследования и диагностический инструментарий обследования обучающихся., нормативно-правовые документы по профилю деятельности; методологию психолого-педагогического исследования в области инклюзивного образования., специфику инклюзивного образования и осуществлять на этой основе психолого-педагогическое просвещение педагогов, преподавателей, администрации образовательной организации и родителей (законных представителей)., **уметь** осуществлять подбор диагностического инструментария и методов, адекватных целям исследования и возможностям конкретного обучающегося; проводить диагностическое обследование обучающихся, включая интерпретацию результатов; планировать и корректировать задачи коррекционно-развивающей работы по результатам мониторинга с учетом индивидуальных особенностей развития каждого ребенка и выбранного индивидуального образовательного маршрута в условиях инклюзивного образования., проводить анализ литературных источников и нормативно-правовых документов; планировать прикладные психолого-педагогические исследования в области инклюзивного образования, осуществлять самостоятельный выбор методик, соответствующий исследовательским задачам, выбирать средства анализа и обработки данных; подготавливать научные отчеты, публикации, презентации., осуществлять психолого-педагогическое просвещение педагогов, преподавателей, администрации образовательной организации и родителей (законных представителей); составлять рекомендации для педагогов и родителей (законных представителей) и педагогических работников., **владеть** инструментарием диагностического обследования обучающихся с учетом индивидуальных особенностей развития каждого ребенка; навыками разработки коррекционно-развивающих программ с учетом результатов обследования и выбранного индивидуального образовательного маршрута в условиях инклюзивного образования., навыками анализа литературных источников и нормативно-правовых документов; планирования прикладных психолого-педагогических исследований в области инклюзивного образования, осуществления самостоятельного выбора методик, соответствующих исследовательским задачам, выбора средств анализа и обработки данных; подготовки научных отчетов, публикаций, презентаций., навыками работы с педагогами, администрацией образовательной организации и родителей (законных представителей); составления рекомендаций для педагогов и родителей (законных представителей) и педагогических работников.

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** тренинговая аудитория 206

- **оснащение занятия:** ноутбук, проектор, экран

7. Структура содержания темы (хронокарта)

Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия.	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся.
2	Формулировка темы и целей.	5.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия.
3	Контроль исходного уровня знаний и умений.	20.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	20.00	Изложение основных положений темы (ориентировочная основа деятельности).
5	Самостоятельная работа (работа в группах, парах) для усвоения изучаемой темы.	30.00	Проведение психодиагностических исследований.
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно).	10.00	Тесты по теме, ситуационные задачи.
	ВСЕГО	90	

8. Аннотация (краткое содержание темы)

Ни одна область дефектологии не имеет такого количества различных подходов и целей, как вмешательство. Существуют программы развивающего, бихевиорального и экологического вмешательства, а притязания специалистов колеблются от скромных намерений улучшить функционирование умственно отсталых людей до обещаний довести их до почти нормального состояния. Большое число специалистов занимаются с детьми. Работа проводится как с пациентами, так и с семьями. Выделяются следующие ведущие направления.

- Модификация поведения у детей с тяжелой умственной отсталостью

Обучение умственно отсталых детей навыкам самопомощи с помощью оперантных методик имеет свою историю. В каждом случае родителей учили разбивать навык на несколько компонентов, моделировать шаги, в случае необходимости подсказывать и руководить, подкреплять успешное приближение, прекращать подсказки и подкрепление и записывать достижения (Бейкер, 1984). Помимо обучения таким навыкам самопомощи, как умение одеваться, принимать пищу и пользоваться туалетом, в некоторых исследованиях успешно использовались оперантные приемы с целью устранения деструктивных типов поведения, таких как привычка биться головой о твердую поверхность или кусать руки. Это не только предотвращает нанесение вреда, но и позволяет детям сосредоточить свою энергию на других, более конструктивных действиях. Оперантные бихевиористские методики являются эффективным инструментом обучения, в особенности для большинства детей с выраженной формой умственной отсталости. Однако когда встает вопрос о том, чему именно надо обучать и в какой последовательности, наиболее продуктивной становится теория развития. Таким образом, эффективным становится сочетание двух подходов к обучению – оперантного и теории развития.

Обучение детей с тяжелой формой умственной отсталости навыкам самопомощи полезно не только для самих детей, но и для их родителей. Экспектации родителей в отношении их умственно отсталых детей становятся реалистичными. Вместо чувства вины они начинают чувствовать уверенность в возможность изменений состояния своего ребенка.

- Ориентированный на развитие подход при раннем вмешательстве

Исходное положение теории развития состоит в активности организма. Терапевт, ориентированный на развитие, создает среду, которая стимулирует собственный внутренний процесс развития ребенка. Детям дают все более сложные задания, которые им следует выполнить самостоятельно. Целью развивающего вмешательства является не увеличение количества видов поведения, а увеличение количества и разнообразия умственных процессов. Эти процессы могут быть использованы в генерировании различных видов поведения в разнообразных ситуациях. Ориентированные на развитие специалисты также рассматривают окружающую среду как нечто активное и постоянно взаимодействующее с развивающимся ребенком. Только опыт крайне негативной среды вызывает значительное снижение интеллекта. Пластичность нервной системы может в большинстве случаев «амортизировать» кратковременные или незначительно выраженные вариации изменения внешней среды. Специалист, обладающий знаниями этапов развития ребенка, может бережно модулировать изменения внешней среды, необходимые для развития умственно отсталого ребенка. Развитие навыков речи невозможно без знания о последовательности развития ребенка. Программы для умственно отсталых детей, ориентированные на развитие, начинаются с нескольких выражений, присущих ранним высказываниям 18–24 месячных детей с нормальным интеллектом. Например, для умственно отсталого ребенка требуется повторение: сначала его нужно научить говорить «еще», указывая на желаемый объект, потом «еще соку», и время от времени вводить грамматические предложения, выражающие потребности ребенка. Предполагается, что умственно отсталые дети будут развиваться быстрее, если будут продвигаться в той единой последовательности, в которой происходит овладение языком. Исследования выявили, что степень настойчивости детей при выполнении задания зависит от степени их успеха при выполнении задания и от показателей уровня психического развития, определяемого по тесту Бейли. Умение и компетентность очень важны в детстве, так же как и в другие периоды жизни человека. Психолог должен попытаться обеспечить хрупкое равновесие между помощью ребенку в когнитивном развитии и содействием развитию его чувства уверенности в собственных возможностях.

- Вмешательство с целью улучшения сенсомоторного когнитивного функционирования

Жан Пиаже (1954–1966) описал универсальную последовательность развития в шести сенсомоторных сферах: постоянство объектов, координация средств и целей, пространственные способности, причинная связь, подражание и соответствующее использование предметов. Эти навыки, обычно обретаемые в течение первых двух лет, представляются необходимыми для мышления. Координация средств и целей – использование человека или предмета для достижения цели и причинная связь – понимание того, что люди могут стать причиной происходящих событий, приводит к формированию понятий, которые играют ключевую роль в удовлетворении собственных потребностей и потребностей окружающих. Способность «правильного использования предметов» – знание о том, что определенные предметы используются определенным образом приводит к символизму, необходимому для овладения языком и другими знаково – символическими системами. Знания о пространственном мире нужны для повседневного ориентирования в окружающем мире. Постоянство объектов внешнего мира также является важным фактором разумной психической жизни.

В настоящее время используются несколько шкал для измерения степени развития каждой из этих шести сфер. Наиболее известной является Порядковая шкала детского развития Узгириса и Ханта (1975). Эта шкала измеряет степень сенсомоторного развития на нескольких стадиях; в шести пошкалах (по каждой на каждую сферу) то есть различное количество шагов, по которым развивается ребенок. Эти подшкалы являются порядковыми и дети с

нормальным развитием проходят каждую из них в неизменной последовательности.

Сенсомоторные навыки, описанные Пиаже, могут подлежать раннему вмешательству, в исследовании Кана (1977) выявлено, что обучение умственно отсталых детей в одной сфере может распространяться и на другие сферы функционирования. Это подтверждает значение концепции Пиаже для программ абилитации умственно отсталых детей.

- Речевые и коммуникативные навыки

Современные представления о функции языка претерпели изменения по сравнению со знаниями середины XX века. Кроме грамматики и семантики каждое предложение имеет глубинное основание быть произнесенным (потребность заявить, спросить или проинформировать), а использование языка в полной мере ведет к удовлетворению материальных или нематериальных потребностей. Таким образом, функция языка состоит из грамматического, семантического, прагматического (цель) и вознаграждающего аспектов. Переосмысление понятия языка стирает различия между ранними лингвистическими или коммуникативными и сенсомоторными когнитивными навыками. Например, в жесте указывания на предмет, у ребенка сливаются когнитивные и лингвистические виды поведения. Манди и др. (1984) обнаружили, что умственно отсталые дети, кто владел навыками в координации средств и цели и в схемах отношения к объектам, более вероятно проявляли коммуникативные способности, в то же время дети, не имеющие таких навыков, как правило, не обладали какими бы то ни было коммуникативными видами поведения. Снайдео (1978) обнаружил, что у детей с задержкой развития речи отсутствовали навыки координации средств и цели по сравнению с нормально развивающимися детьми.

Таким образом, конкретные сенсомоторные способности могут быть непосредственными предпосылками раннего коммуникативного, а затем и лингвистического развития как для умственно отсталых детей, так и для детей с нормальным развитием. В частности, способности в сфере координации средств и цели и, возможно, причинной связи могут оказаться необходимыми для раннего интенционального общения. Для более позднего языка, требующего способности в большей степени оперировать символами и связно мыслить, то есть связывать слова друг с другом в предложение, может потребоваться другой набор сенсомоторных навыков, например, постоянство объектов, пространственные способности, как предшествующее необходимое условие (Леонард, 1979).

Для обучения функциональной речи обычно используется следующая четырехшаговая программа. Сначала ребенка учат слушать учителя. Затем обучают невербальному подражанию, за которым следует обучение имитированию звуков. И, наконец, ребенок обучается функциональной речи. Каждому из этих видов поведения обучают по Харрису (1975) с помощью оперантных методик подкрепления, шейпинга (формирование условных рефлексов путем последовательного приближения к конечной цели) и фейдинга (формирование условных рефлексов путем постепенного торможения отрицательных характеристик). Однако умственно отсталые дети, участвующие в оперантной программе, могут обучиться конкретным видам поведения, но они не в состоянии применить эти виды поведения в новом контексте – у них отсутствует генерализация.

Вместе с тем, если специалист, осуществляющий вмешательство, учитывает уровень развития ребенка, то генерализация происходит в виде прогресса развития речевых навыков. Таким образом, когнитивный статус является решающим фактором в генерализованном использовании спонтанной единицы информации (Махоуни и Сноу, 1983). Маклин и Снайдер – Маклин (1978), обсуждая программы речевого развития, приходят к выводу, что лингвистические нормы усваиваются посредством участия ребенка в динамическом сотрудничестве с опытными пользователями языка в своем социальном окружении.

- Роль взаимоотношений матери и ребенка на раннем этапе вмешательства

В отличие от взглядов 70-х годов, когда рассматривалось одностороннее влияние родителей на ребенка, современные исследователи осознали, что родители и дети взаимно влияют друг на друга. Филд (1978) охарактеризовал роль матери в таких взаимоотношениях как наличие трех «р»: реакции, репертуара и ритма. Мать должна реагировать на поведение и состояние своего ребенка, обладать достаточным репертуаром видов поведения, чтобы удержать его интерес, и совершать эти виды деятельности в ритме приливов и отливов внимания ребенка. Гольдберг (1977) добавил к этому необходимость для матери обладать способностью «читать» состояние и поведение ребенка так, чтобы они могли реагировать друг на друга согласованно. При каждом хорошем взаимодействии матери и ребенка работает процесс «взаимной действенности» (Гольдберг, 1977) – каждый партнер чувствует, что имеет определенный контроль над поведением другого.

Это ощущение действенности иногда отсутствует во взаимоотношениях между матерью и ее умственно отсталым ребенком. Следует учесть, что при рождении умственно отсталого или неполноценного ребенка мать обычно переживает состояние утраты, аналогичные переживанием смерти близкого человека. Сначала наступает период шока – «не может быть, чтобы это случилось со мной», затем печали или злости. Постепенно происходит перестройка эмоций и примирение с фактом рождения неполноценного ребенка. Однако матери могут испытывать ощущение двойственности и привязываются к своему ребенку. У детей с отклонением в развитии может также

развиться чувство беспомощности вследствие их неспособности взаимодействовать с родителями. Все-таки следует отметить, что матери и их дети с отклонениями в развитии могут вступать, и вступают во взаимодействия, взаимодополняющие и приятные для обоих.

С точки зрения раннего вмешательства, взаимодействия между матерью и ее умственно отсталым ребенком имеют большое значение, так как существует необходимость вовлечь в этот процесс мать как основного терапевта для ребенка. Целью абилитационных программ является усиление функции раннего взаимодействия на нескольких уровнях.

Во - первых, помочь матерям получить удовольствие от своего ребенка, пережить радость материнства, часто отвергаемую матерями умственно отсталых детей.

Во - вторых, повысить роль матери как чуткого наблюдателя своего ребенка.

В третьих, упражняют взаимодействия, которые приносят взаимное удовольствие матери и ребенку (развивающие чувство действительности), и разъясняют развивающий смысл этих взаимодействий.

В четвертых, концентрируют способности матери производить действия, способствующие развитию ребенка.

Для реализации абилитационных программ матерей обучают играм - игра в мяч или в прятки с определенной программой поведения. Каждая из процедур игры - создание сцены, привлечение внимания и обеспечение необходимой контекстуальной поддержки является центром процедуры вмешательства для умственно отсталого ребенка. Также раскрывалась сенсомоторное содержание каждой из этих игр; объяснялось, почему важно развивать у ребенка навыки обнаружения (постоянства предметов) и возвращения предметов (координация средств, целей и причинность). После такого обучения происходит увеличение числа успешных взаимодействий.

Вмешательство, основанное на взаимодействии между матерью и умственно отсталым ребенком, является относительно новым подходом. Привлекательность этого подхода не подлежит сомнению. В программе принимают полноценное участие матери, особое внимание уделяется навыкам воспитания, взаимной действительности во взаимоотношениях и использованию тех форм взаимодействия, которые способствуют развитию в различных сферах.

• Семья умственно отсталых детей

Взаимодействие матери и ребенка происходит в семье и все члены семьи участвуют в этом взаимодействии. Умственно отсталые дети также влияют на свои семьи. При этом изменяется структура семьи со значительным перераспределением ролей. Даже спустя годы, рождение неполноценного ребенка оказывает негативное воздействие на родителей как личностей и как супружескую пару. В сравнительных исследованиях показано, что матери умственно отсталых детей более подавлены, более озабочены своими детьми, им гораздо труднее преодолеть гнев по отношению к детям, чем матерям детей с нормальным развитием. Отцы также обнаруживают повышенную подавленность и заметно сниженное чувство лидерства, более низкие показатели самооценки и удовольствия от своих неполноценных детей. Эти исследования могут объяснить факт большего риска жестокого обращения с неполноценными детьми. Травма рождения неполноценного ребенка усугубляет слабые места супружества, что приводит к распаду семьи. Это мнение составлено на основе повышенного показателя разводов среди родителей неполноценных детей.

Остальные члены семьи также бывают травмированы рождением умственно отсталого ребенка. Выявляется большое количество эмоциональных проблем у старших сестер умственно отсталых детей. Умственно отсталые дети задерживают социально - экономическое развитие своей семьи, поскольку значительное количество времени и средств тратится на них.

Таким образом, умственно отсталый ребенок является для всей семьи источником дистресса. Этот дистресс может усугубляться по мере взросления ребенка, с которым становится все сложнее справляться. В стрессовой ситуации оказываются оба родителя, сиблинги и другие родственники. Дистресс усугубляется другими социально - экономическими факторами. Этиология умственной отсталости также имеет значение. Матери детей с синдромом Дауна испытывают меньше личных и семейных проблем, чем матери аутичных детей.

Вместе с тем, некоторые исследования свидетельствуют о том, что коллективная поддержка родственников и друзей может помочь членам семьи преодолеть стресс, связанный с рождением умственно отсталого ребенка.

Программы вмешательства должны учитывать не только умственно отсталого ребенка, но и всю семью, которая также нуждается в эмоциональной поддержке.

9. Вопросы по теме занятия

1. Ведущие направления абилитации и терапевтического вмешательства при умственной отсталости.

Компетенции: ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

2. Принципы реабилитации и лечения умственно отсталых взрослых с психическими нарушениями.

Компетенции: ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

3. Семья умственно отсталых детей.

Компетенции: ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

4. Основные мероприятия по абилитации и терапевтическому вмешательству при умственной отсталости.

Компетенции: ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

5. Сущность абилитации и терапевтического вмешательства при умственной отсталости.

Компетенции: ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. В СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКЕ, НАРЯДУ С ДРУГИМИ, ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЙ ПРИНЦИП ОРГАНИЗАЦИИ КОРРЕКЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА:

- 1) хроногенности;
- 2) динамического изучения в сочетании с качественным анализом результатов;
- 3) коррекционно-компенсирующей направленности;
- 4) нет правильного ответа;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

2. С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ В СОДЕРЖАНИЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВКЛЮЧЕНЫ СПЕЦИФИЧЕСКИЕ УЧЕБНЫЕ ПРЕДМЕТЫ:

- 1) для формирования представления о необходимом уровне образования;
- 2) для преодоления последствий первичных нарушений развития;
- 3) для организации индивидуального подхода к детям;
- 4) специальные предметы не включаются;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

3. КАКАЯ ГРУППА ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НЕ ВЫДЕЛЯЕТСЯ В ОТДЕЛЬНУЮ КАТЕГОРИЮ:

- 1) с нарушением зрения;
- 2) с умственной отсталостью;
- 3) с психоэмоциональными нарушениями;
- 4) дети с синдромом Дауна;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

4. ДЛЯ ПРЕОДОЛЕНИЯ НЕДОСТАТКОВ РАЗВИТИЯ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ВСЕХ КАТЕГОРИЙ ЛИЦ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ:

- 1) вносятся изменения в содержание общеобразовательных предметов, вводятся пропедевтические разделы;
- 2) дети направляются на надомное обучение;
- 3) уменьшаются сроки обучения в образовательном учреждении;
- 4) нет правильного ответа;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

5. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ ПОЗВОЛИЛИ ВЫДЕЛИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: СЛАБОСТЬ ЗАМКАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА, НЕДОСТАТОЧНУЮ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОСТЬ УСЛОВНО-РЕФЛЕКТОРНЫХ СВЯЗЕЙ,.. (УКАЖИТЕ НЕДОСТАЮЩИЕ):

- 1) нарушение взаимодействия первой и второй сигнальных систем;
- 2) преобладание охранительного торможения;
- 3) инертность нервных процессов;
- 4) все ответы верны;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Никита М., 18 лет. Имеет легкую степень умственной отсталости. Семья переехала из деревни в город. Ранее Никита обучался в 5 классе сельской малокомплектной школы. ПМПК указала в коллегиальном заключении о необходимости продолжения обучения по АООП для обучающихся с умственной отсталостью. Родители обратились с заявлением о зачислении в ближайшую школу по прописке в городе

Вопрос 1: Имеет ли право администрация школы отказать в зачислении в 5 класс?;

Вопрос 2: Могут ли отказать в обучении умственно отсталому 18-летнему учащемуся по причине его возраста?;

1) Не имеет права. Законодательно сроки обучения для указанной категории детей продлены до 21 года;

2) Нет, оснований для этого нет, т.к. срок обучения этой категории обучающихся продлен.;

Компетенции: ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

2. У Димы Л. (2 года 3 месяца) после зачисления в дошкольную группу массового детского сада было обнаружено отставание в социальном развитии и предметно-игровой деятельности при достаточно хорошем уровне познавательного и физического развития. Кроме того, он имел низкий уровень понимания обращенной речи, а его самостоятельная речь была представлена отдельными звукоподражаниями и не соотнесенным лепетом.

Вопрос 1: Каковы возможные причины такого психофизического развития ребенка? Назовите варианты психофизического развития детей с нарушенным слухом раннего возраста.;

Вопрос 2: Какой из вариантов психофизического развития может быть присущ Диме Л.?

1) Причинами такого психофизического развития ребенка могут быть только сенсорные нарушения. Исключены интеллектуальные отклонения, поскольку в задаче говорится о достаточно хорошем познавательном развитии. Вероятней всего – это нарушение слуха, которое необходимо подтвердить или опровергнуть при помощи объективных и субъективных методов исследования слуха.;

2) Сопоставление уровней социального, познавательного, физического развития, а также предметно-игровой деятельности позволяет выделить следующие варианты психофизического развития: Гармоничное психофизическое развитие, при котором достижения детей по всем основным показателям достаточно высоки, а по некоторым наблюдается опережающий темп развития. Отставание в психофизическом развитии, при котором наблюдается отставание по всем основным линиям развития. Неравномерное психофизическое развитие, при котором в одних линиях развития достигает результатов, соответствующих его возрасту, или даже опережает своих сверстников, а в других несколько отстает в развитии. Этот вариант наиболее часто характеризует детей с нарушениями слуха. Скорее всего, именно этот вариант присущ Диме Л.;

Компетенции: ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

12. Примерная тематика НИРС по теме

1. Основные концепции Л.С. Выготского об аномальном детстве как методологическая основа науки.

2. Пределы компенсации для разных форм дефектного развития. Условия успешного протекания компенсаторных процессов.

13. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Козырева, О. А. [Современные проблемы науки и специального \(дефектологического\) образования](#) : учебник / О. А. Козырева. - 2-е изд. - Москва : Юрайт, 2023. - 211 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

[Лечебная педагогика в дошкольной дефектологии](#) : учебник и практикум для вузов / ред. Н. В. Микляева. - Москва : Юрайт, 2023. - 521 с. - Текст : электронный.

Выготский, Л. С. [Основы дефектологии](#) / Л. С. Выготский. - Москва : Юрайт, 2023. - 332 с. - Текст : электронный.

[Медико-биологические основы дефектологии](#) : учебное пособие для вузов / Р. И. Айзман, М. В. Иашвили, А. В. Лебедев, Н. И. Айзман ; отв. ред. Р. И. Айзман. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 224 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Курс лекций по дефектологии
(<https://yandex.ru/video/preview/?text=%D0%B4%D0%B5%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D>)

1. Тема № 3. Диагностика раннего детского аутизма. Терапия аутизма. (Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.2, ПК-3.2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): формирование представления о детском аутизме, особенностях терапии аутизма.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** общие, специфические закономерности и индивидуальные особенности психического и психофизиологического развития, особенности регуляции поведения и деятельности человека на различных возрастных ступенях., требования примерных аооп; обязанности различных специалистов, работающих с обучающимися с овз., методологию психологического исследования и диагностический инструментарий обследования обучающихся., **уметь** планировать и проводить коррекционно-развивающие занятия с обучающимися с овз и умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), независимо от образовательного маршрута; анализировать их эффективность, проектировать и осуществлять мониторинг результативности коррекционно-развивающих занятий., разрабатывать аооп и сипр, компоненты аооп и сипр (в соответствии с направленностью (профилем) пооп); интегрировать разработки всех специалистов, работающих с обучающимися с овз в единый документ (аооп и сипр); проводить мониторинг результативности освоения аооп и сипр, корректировать их содержание на основе результатов мониторинга; использовать икт при их разработке и мониторинге результативности освоения., осуществлять подбор диагностического инструментария и методов, адекватных целям исследования и возможностям конкретного обучающегося; проводить диагностическое обследование обучающихся, включая интерпретацию результатов; планировать и корректировать задачи коррекционно-развивающей работы по результатам мониторинга с учетом индивидуальных особенностей развития каждого ребенка и выбранного индивидуального образовательного маршрута в условиях инклюзивного образования., **владеть** навыками планирования и способами проведения коррекционно-развивающих занятий с обучающимися с овз и умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), независимо от образовательного маршрута; навыками анализа их эффективности, проектировки и осуществления мониторинга результативности коррекционно-развивающих занятий., навыками разработки аооп и сипр, в соответствии с направленностью (профилем) пооп; проведения мониторинга результативности освоения аооп и сипр; использования икт при разработке и мониторинге результативности освоения программ., инструментарием диагностического обследования обучающихся с учетом индивидуальных особенностей развития каждого ребенка; навыками разработки коррекционно-развивающих программ с учетом результатов обследования и выбранного индивидуального образовательного маршрута в условиях инклюзивного образования.

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** тренинговая аудитория 206

- **оснащение занятия:** ноутбук, проектор, экран

7. Структура содержания темы (хронокарта)

Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия.	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся.
2	Формулировка темы и целей.	5.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия.
3	Контроль исходного уровня знаний и умений.	20.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	20.00	Изложение основных положений темы (ориентировочная основа деятельности).
5	Самостоятельная работа (работа в группах, парах) для усвоения изучаемой темы.	30.00	Проведение психодиагностических исследований.
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно).	10.00	Тесты по теме, ситуационные задачи.
	ВСЕГО	90	

8. Аннотация (краткое содержание темы)

Термины «синдром детского аутизма», «детский аутизм» используются нами для обозначение состояний, удовлетворяющих критериями диагностики Каннера и не относящиеся к шизофрении. Ранний детский аутизм впервые описан американским детским психиатром Каннером в 1943 г. Независимо от него австрийский психиатр Аспергер в 1944 г. описал близкое состояние у детей, назвав его аутистической психопатией.

По данным Каган (1981) и других авторов ранний детский аутизм сравнительно редкая патология, его распространенность колеблется от 0,06 до 0,17 на 1000 детского населения. У мальчиков ранний детский аутизм встречается чаще, чем у девочек в соотношении от 1,4: 1 до 4,8: 1.

Современные исследования свидетельствуют о полиэтиологичности этого расстройства. Прежде всего, следует различать процессуальный (шизофренический) и непроцессуальный ранний детский аутизм. Последний включает синдром Каннера, синдром Аспергера, органический (соматогенный) и психогенный варианты раннего детского аутизма.

Согласно результатам генетических исследований, конкордантность по детскому аутизму у однояйцевых близнецов составляет 36 %. У сиблингов больных морбидность детским аутизмом в 50 раз выше, чем в популяции, повышена также представленность нарушений развития, умственной отсталости и врожденных физических дефектов. Это позволяет предположить аутосомно – рецессивное наследование в ряде случаев заболевания.

В некоторых случаях есть данные, подтверждающие роль органической патологии мозга. Множественные неврологические отклонения свидетельствуют об этом.

Типично повышение уровня серотонина крови, снижение катехоламинов и их метаболитов в моче, повышение метаболитов дофамина в ликворе. Обнаружены отсутствующие в норме аутоантитела к специфическим подгруппам нейротрансмиттерных рецепторов, свидетельствующие о нарушениях аутоиммунных систем.

Гипотеза когнитивного дефицита исходит из того, что аутизм является следствием недоразвития левополушарных нейрональных структур, необходимых для переработки информации. Обнаружена сниженная или измененная способность больных к селективному направлению информации для ее последующей переработки и концентрации на ней.

Основными признаками раннего детского аутизма при всех его вариантах являются выраженная недостаточность или полное отсутствие потребности в контактах с окружающими, отгороженность от внешнего мира, слабость эмоционального реагирования по отношению к близким вплоть до полного безразличия к ним («аффективная блокада» по Каннеру), неспособность дифференцировать людей и неодушевленные предметы («протодиакризис»), недостаточность реакций на зрительные и слуховые раздражители, придающая таким детям сходство со слепыми и глухими, приверженность к сохранению неизменности окружающего («феномен тождества» по Каннеру), боязнь всего нового («неофобия»), однообразное поведение со склонностью к стереотипным примитивным движениям (вращение кистей рук перед глазами, перебирание пальцами, пронация – супинация и сгибание – разгибание кистей и предплечий, раскачивание туловищем или головой, подпрыгивание на носках), а также разнообразные расстройства речи, различающиеся при различных вариантах. Весьма характерно зрительное поведение: непереносимость взгляда в глаза, «бегающий взгляд», взгляд мимо или «сквозь» людей, фрагментарность зрительного внимания с преобладанием зрительного восприятия на периферии поля зрения (Ковалев, 1985).

Однообразные «игры» имеют вид стереотипных манипуляций с предметами неигрового назначения (веревочки, ключи, бутылки и т. п.) или с игрушками, которые используются не по назначению, но как символы тех или иных объектов. Например, машины или звери играют роль людей. Дети часами однообразно перекалывают предметы с места на место, переливают жидкость из одной посуды в другую. При этом они выглядят зачарованными и охваченными такой игрой. При попытках оторвать их от игры они реагируют криком и плачем. В таких «манипулятивных играх» прослеживается их сверхценный характер на уровне наглядно – действенного мышления.

Кроме «зачарованности предметами» такие дети обнаруживают «зачарованность словами». При этом одни слова вызывают страх, тогда, как другие могут повторяться многократно. Чаще всего это сложные или труднопроизносимые слова, такие как «корректор», «электрификация» и т. п. Столь же многократно могут задаваться вопросы, которые носят отвлеченный характер. Например: «Что такое жизнь?» или «Где конец всего?»

Дети активно стремятся к одиночеству. К близким людям они могут быть индифферентны или негативистичны. Возможна также симбиотическая форма контакта, когда ребенок отказывается оставаться без матери один и проявляет тревогу и беспокойство в ее отсутствие.

Недостаточность психомоторного развития проявляется у детей с синдромом раннего аутизма в виде угловатости и несоразмерности произвольных движений, неуклюжей походке, отсутствии содружественных движений, бедности мимики, запаздывании развития навыков самообслуживания, выраженных трудностей овладения рисованием и письмом.

Развитие речи в одних случаях (особенно при синдроме Аспергера) происходит в обычные сроки или даже раньше, в других – более или менее задержано. Однако независимо от сроков появления речи отмечаются нарушения формирования экспрессивной речи, а главным образом недостаточность коммуникативной функции речи. До 5-6 лет дети обычно активно обращаются с вопросами, часто не отвечают на обращенные к ним вопросы или дают односложные ответы. В то же время возможны достаточно развитая «автономная речь», разговоры с самим собой. Нередко встречается отставленное дословное воспроизведение ранее услышанного («фонографизм» по Трамеру).

Характерны патологические формы речи: непосредственные и отставленные во времени эхолалии, неологизмы,

вычурное, например скандированное, произношение, необычно протяжная интонация, рифмование, применение в отношении себя местоимений и глаголов во втором и третьем лице. Примитивные формы (лепет, эхолалии) сочетаются со сложными выражениями и оборотами, которые свойственны детям более старшего возраста и взрослым. У части детей наблюдается полный мутизм.

Аффективные проявления у детей бедны, однообразны и не выступают во взаимоотношениях с окружающими. Чаще всего это примитивные аффекты удовольствия, сопровождающегося иногда улыбкой, или недовольства и раздражения с монотонным плачем или нерезким общим беспокойством. Аффект удовольствия возникает чаще тогда, когда ребенок остается один и занят «манипулятивными играми». Наиболее отчетливый аффект недовольства появляется при попытках окружающих проникнуть в переживания ребенка или при изменении сложившегося жизненного стереотипа. Поведенческим эквивалентом положительных аффективных переживаний являются стереотипные движения: подпрыгивания, потряхивание кистями рук и т. п.

Состояние интеллектуальных функций и интеллектуальное развитие у детей с синдромом раннего детского аутизма спорно. В работах Кагана (1981) установлено, что в среднем общий интеллектуальный показатель при раннем детском аутизме ниже, чем у здоровых, но выше, чем у умственно отсталых. Средний уровень невербальных субтестов у этих детей заметно ниже, чем у здоровых, и в 1/3 случаев соответствует уровню интеллекта при умственной отсталости. Особенно низки показатели выделения последовательности событий, пространственных отношений, способности к переключению внимания, синтеза на предметном уровне.

Показатели вербальных субтестов неравномерны: результаты исследования на общий объем знаний, понимания общественных норм жизни, способность оперировать числами ниже нормы, тогда как способность к обобщению, активный запас слов, механическая память выше, чем у здоровых людей.

Таким образом, интеллектуальная деятельность при раннем детском аутизме неравномерна, она значительно ниже в невербальных заданиях. Кроме того, интеллектуальные способности зависят от клинической формы раннего детского аутизма, его этиологии и патогенеза.

В МКБ-10 выделяют следующие клинические варианты раннего детского аутизма

F84.0 Детский аутизм. Для которого характерны следующие признаки по ИДК-10.

А. Аномальное или нарушенное развитие проявляется в возрасте до трех лет, по меньшей мере, в одной из следующих сфер:

- 1) рецептивная или экспрессивная речь как средство социальной коммуникации;
- 2) развитие избирательных социальных привязанностей или реципрокного социального взаимодействия;
- 3) функциональная или символическая игра.

Б. Присутствуют в общей сложности, по меньшей мере, шесть симптомов из нижеприведенных пп. 1-3, в том числе не менее двух – из перечня 1 и, по крайней мере, по одному – из перечня 2 и 3:

1) качественные нарушения в реципрокном социальном взаимодействии проявляются, по меньшей мере, в двух из следующих областей:

а) неспособность адекватно использовать для регулирования социального взаимодействия зрительный контакт, мимику, жестикуляции, позы;

б) неспособность к установлению (в степени, соответствующей психическому возрасту) взаимоотношений со сверстниками (несмотря на наличие благоприятных возможностей для этого), что включало бы взаимно разделяемые интересы и эмоции, а также общие занятия;

в) отсутствие социо – эмоциональной взаимности, что проявляется нарушенной или девиантной реакцией на эмоции других людей; либо отсутствие модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией или слабость интеграции социального, эмоционального и коммуникативного поведения;

г) отсутствие спонтанного поиска возможности разделить с другими людьми радость, интересы или достижения (например, ребенок не демонстрирует другим людям интересующие его предметы и не стремится привлечь к ним внимание окружающих);

2) качественные аномалии в общении проявляются, по меньшей мере, в одной из следующих областей:

а) отставание в развитии разговорной речи (или полное ее отсутствие), что не сопровождается попытками

компенсировать этот недостаток использованием жестикюляции и мимики как альтернативного способа коммуникации (во многих случаях этому предшествует отсутствие коммуникативного гуления в более раннем возрасте);

б) относительная неспособность начинать или поддерживать взаимный обмен репликами при общении (при любом уровне речевого развития), требующей реципроктного реагирования в процессе коммуникации с другим лицом;

в) повторяющаяся и стереотипная речь или идиосинкратическое использование слов и выражений;

г) отсутствие разнообразных спонтанных игр, в процессе которых ребенок воображает себя кем-то или (в более раннем возрасте) имитирует исполнение определенных социальных ролей;

3) ограниченный набор повторяющихся, стереотипных форм поведения, интересов и занятий, что проявляется, по меньшей мере, в одной из следующих областей:

а) поглощенность одним или несколькими стереотипными и ограниченными интересами, которые аномальны либо по содержанию или направленности, либо по своей интенсивности и ограниченному характеру (хотя и не содержанию или направленности);

б) явная компульсивная приверженность к специфическим, не имеющим рационального обоснования ритуалам или соблюдению раз и навсегда заведенного распорядка;

в) стереотипные и повторяющиеся движения кистей рук (прихлопывание в ладоши или «выкручивание» пальцев) либо более сложные движения всего тела;

г) повышенное внимание к частям предметов или нефункциональным свойствам игрушек (запах, фактура поверхности, издаваемый ими шум или генерируемая вибрация).

В. Клиническая картина не может быть объяснена общими расстройствами развития других типов; специфическим расстройством развития рецептивной речи с вторичными социо – эмоциональными проблемами; расстройством привязанности детского возраста – реактивным или по расторможенному типу; умственной отсталостью в различных сочетаниях с эмоциональными и поведенческими расстройствами; шизофренией с необычно ранним началом; синдромом Ретта.

F84.1 Атипичный аутизм

F84.10 Атипичность по возрасту начала

ИДК-10

А. Расстройство не соответствует критерию А аутизма (F84.0), т. е. патологическое развитие выявляется только в трехлетнем возрасте или позже.

Б. Удовлетворяются критерии Б и В аутизма.

F84.11 Атипичность по симптоматике

ИДК-10

А. Расстройство соответствует критерию А аутизма (F84.0), т. е. патологическое (нарушенное) развитие проявляется в возрасте до трех лет.

Б. Наблюдаются качественные аномалии в реципроктном социальном взаимодействии или в сфере коммуникации либо ограниченный набор повторяющихся, стереотипных форм поведения, интересов и занятий (критерии те же, что и для аутизма; различие состоит в том, что не является обязательным требованием о минимальном количестве областей, в которых отмечаются нарушения).

В. Удовлетворяются критерии В для аутизма (F84.0).

Г. Не полностью удовлетворяется критерию Б аутизма (F84.0).

F84.12 Атипичность как по возрасту начала, так и по симптоматике

ИДК-10

А. Расстройство не соответствует критерию А аутизма (F84.0), т. е. патологическое (нарушенное) развитие

выявляется только в трехлетнем возрасте либо позже.

Б. Наблюдаются качественные аномалии в реципроктном социальном взаимодействии или в сфере коммуникации либо ограниченный набор повторяющихся, стереотипных форм поведения, интересов и занятий (критерии те же, что и для аутизма; различие состоит в том, что не является обязательным требованием о минимальном количестве областей, в которых отмечаются нарушения).

В. Расстройство соответствует критерию В аутизма (F84.0).

Г. Расстройство не вполне отвечает критерию Б аутизма (F84.0).

- Динамика раннего детского аутизма

Динамика раннего детского аутизма зависит от возраста. Наиболее отчетливы его проявления в периоде от 2 до 5 лет. Однако ряд признаков выявляется раньше. Так, у грудных детей отсутствует свойственный здоровым младенцам «комплекс оживления» при контакте с матерью. Они не тянутся на руки, а на руках у взрослых остаются пассивными, вялыми или ригидными. Не обнимают, не лнут, а иногда бьют головой взрослого. Часто дети однообразно раскачивают туловищем и головой. У части детей, как это отмечает Каган, отмечается боязнь работающих бытовых приборов – холодильников, пылесосов и т. п.

У детей первых трех лет жизни часты неспецифические нарушения, связанные с соматовегетативной и инстинктивной недостаточностью: расстройства сна в виде его сокращенной продолжительности и уменьшенной глубины, прерывистости, затрудненного засыпания, стойкие нарушения аппетита с его снижением и особой избирательностью, отсутствием чувства голода, общее беспокойство и беспричинный плач (Башина 1977). Весьма нередки вегетативные расстройства, особенно понос, запор, рвота, срыгивание без видимых причин.

К концу дошкольного возраста нарушения сферы инстинктов и проявления соматовегетативной недостаточности сглаживаются. Редуцируются и постепенно исчезают стереотипные движения, эхολалии. У части детей улучшается коммуникативная функция речи, вначале в форме ответов на вопросы, а затем в виде спонтанной речи, хотя еще долго сохраняются частичная «автономность» речи, вычурность, употребление недетских оборотов, штампов, заимствованных из высказываний взрослых.

Изменяется игровая деятельность: она приобретает форму односторонних сверхценных интересов, чаще отвлеченного характера. Дети увлечены составлением маршрутов транспорта, перечней улиц и переулков, коллекционированием и составлением каталога географических карт, выписыванием газетных заголовков. Нередки увлечения компьютерными играми. Подобная деятельность отличается стремлением к схематизму и формализму.

В младшем школьном возрасте происходят редукция проявлений раннего детского аутизма и частичная их трансформация в симптомы, входящие в структуру иных психопатологических состояний – расстройств личности и атипичных форм умственной отсталости.

Наиболее стойко сохраняются ведущие проявления синдрома: аутизм, приверженность к рутинному образу жизни, эмоциональная индифферентность.

- Дифференциальный диагноз

А) При умственной отсталости интеллектуальное снижение носит более тотальный и качественно иной характер. Умственно отсталые дети в большей степени используют значение слов, кроме того, обнаруживают известную способность к установлению эмоциональных отношений с окружающими.

Б) При синдроме Ретта в динамике прослеживаются необычные для детского аутизма прогрессирующие неврологические проявления. Для диагностики синдрома Ретта состояние должно соответствовать следующим критериям:

1) отчетливо нормальные пре- и перинатальный периоды, психомоторное развитие в первые 5 месяцев и объем черепа при рождении;

2) задержка роста черепа в промежутке от 5 месяцев до 4 лет, потеря приобретенных мануальных навыков в промежутке от 5 месяцев до 2,5 лет, параллельные нарушения коммуникативного поведения, появление некоординированной, неуверенной походки и/или движений туловища; 3) тяжелые нарушения экспрессивной и рецептивной речи, выраженная психомоторная заторможенность; 4) стереотипные движения рук (заламывания или как при умывании), выступающие наряду с потерей мануальных навыков.

В) В случаях расстройства развития рецептивной речи обычно отсутствуют свойственные детскому аутизму

перцептивные нарушения – повышенная или сниженная чувствительность. Эти дети в большей степени проявляют интерес к окружающим людям, способность к символическим играм и невербальным формам контакта. Для них менее характерны речевые стереотипии, но более характерны нарушения артикуляции. Диагностике помогает более гармоничный интеллектуальный профиль IQ.

Г) Больные с синдромом Жиль де ля Туретта имеют более сохранные речевые навыки и сознание болезненного характера своих поведенческих нарушений. Дети обнаруживают беспокойство в связи с невозможности контролировать болезненные проявления. Симптомокомплекс Жиль де ла Туретта характеризуется полиморфными гиперкинезами, миоклоноподобными движениями с постепенным присоединением вокализации, эхολалии и копролалии. Типичны тики, особенно мышц лица и верхней части туловища (вращение глазных яблок, сморщивание носа, круговые движения головой, щелканье, покашливание, выплевывание, подергивание плечами и т. д.) Копролалия и эхολалия носят характер насильственных импульсивных проявлений. Формирование развернутого синдрома длится несколько лет.

Д) Синдром Геллера (дезинтегративное расстройство детского возраста). Отмечено, что началу заболевания часто предшествует ситуация социального стресса. Для диагностики синдрома Геллера состояние должно соответствовать следующим критериям:

1) отчетливое нормальное развитие вплоть до, по меньшей мере, двухлетнего возраста, включая коммуникативные навыки и адекватное возрасту социальное приспособление;

2) с началом расстройства – окончательная и полная утрата ранее приобретенных навыков (без возможности их эпизодического использования в определенных ситуациях) не менее чем в двух из следующих областей:

а) экспрессивная или рецептивная речь;

б) игровая активность;

в) социальные навыки или адаптивное поведение;

г) контроль функции кишечника и мочеиспускания;

д) двигательные навыки;

3) качественные изменения социального поведения, по меньшей мере в двух из следующих областей:

а) социального взаимодействия (в соответствии с критериями, сформулированными для детского аутизма);

б) коммуникации (так же как и для детского аутизма);

в) ограниченные, повторяемые и стереотипные шаблоны поведения, интересы и деятельность, включая моторные стереотипии;

г) общая потеря интереса к объектам и окружающему в целом;

4) расстройство не соответствует критериям приобретенной афазии с эпилепсией (F80.6), элективного мутизма (94.0), синдрома Ретта (F84.2) или шизофрении.

Е) Ранняя детская шизофрения

Психопатологические особенности синдрома раннего детского аутизма при шизофрении связаны, прежде всего, с тем, что основу отгороженности от внешнего мира и слабости контактов с окружающими в отличие от непроцессуального раннего детского аутизма составляют диссоциация психических процессов, стирание границ между субъективным и объективным, погружение в мир внутренних болезненных переживаний, патологических фантазий, рудиментарных бредовых образований, галлюцинаторных и псевдогаллюцинаторных феноменов, а не отсутствие потребности в контактах и слабость эмоционального резонанса, обусловленного недостаточностью инстинктивной сферы.

В связи с этим поведение детей с процессуальным синдромом раннего детского аутизма отличается причудливостью, вычурностью, диссоциированностью. Так, при отгороженности, малой контактности и эмоциональной невыразительности в общении с близкими людьми дети могут быть общительными, разговорчивыми, необычайно доверчивыми и даже ласковыми с посторонними или малознакомыми людьми. Это является проявлением «аутизма наизнанку», характерного для шизофрении. В высказываниях детей проявляется вычурность, паралогичность, а часто и разорванность мышления. Однообразное вялое поведение может временами прерываться немотивированными агрессивными поступками, разрушением различных предметов и игрушек.

Такое сочетание аутизма с диссоциированным поведением Каган (1981) называет «диссоциированным аутизмом».

Однако чаще процессуальный ранний детский аутизм связан с продуктивной психопатологической симптоматикой. В этих случаях дети избегают контактов в связи с разнообразными страхами, часто рудиментарно - бредовыми переживаниями: боязнь теней, прикосновения, страх повреждений, а также в связи с уходом в мир фантазий, игровым перевоплощением в животных, машины и т. п., как проявления деперсонализации, отвлечением от реальности, псевдогаллюцинаторными переживаниями, а также состояниями кататонического субступора и депрессии («продуктивный аутизм» по Кагану)

Важными диагностическими признаками процессуального синдрома раннего детского аутизма являются хотя бы кратковременный период нормального психического развития, предшествующий развитию аутизма, а также признаки прогрессивности в виде нарастания психического дефекта: углубление вялости, аспонтанности, эмоционального снижения, распад речи, регресс поведения с утратой приобретенных навыков.

Ж) Синдром Аспергера

С позиции МКБ-10, своеобразие синдрома Аспергера в ряду общих расстройств развития определяется относительной сохранностью речевых навыков. Главным признаком различия синдрома Аспергера и детского аутизма является отсутствие общего отставания в речевом развитии. Дети с синдромом Аспергера лучше понимают невербальную информацию и лучше используют интонацию для общения. В речи обращают на себя внимание странность оборотов, стереотипные повторения, неадекватная интонация, неправильное использование местоимений. Профиль интеллекта (IQ) снижен, за исключением субтестов, требующих запоминания. Благодаря последнему свойству возможен высокий уровень достижений в узкой сфере деятельности. Патологические проявления сопровождают больного до взрослого периода жизни.

9. Вопросы по теме занятия

1. Сущность понятий «синдром детского аутизма», «детский аутизм».

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.2, ПК-3.2

2. Диагностика раннего детского аутизма.

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.2, ПК-3.2

3. Особенности терапии аутичных детей.

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.2, ПК-3.2

4. Задачи психологического подхода при раннем детском аутизме.

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.2, ПК-3.2

5. Основные этапы коррекции.

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.2, ПК-3.2

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. В СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКЕ, НАРЯДУ С ДРУГИМИ, ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЙ ПРИНЦИП ОРГАНИЗАЦИИ КОРРЕКЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА:

- 1) хроногенности;
- 2) динамического изучения в сочетании с качественным анализом результатов;
- 3) коррекционно-компенсирующей направленности;
- 4) нет правильного ответа;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.2, ПК-3.2

2. ПРОЦЕСС И РЕЗУЛЬТАТ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ЧЕЛОВЕКУ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ПРАВ И РЕАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ УЧАСТВОВАТЬ ВО ВСЕХ ВИДАХ И ФОРМАХ ЖИЗНИ НАРАВНЕ И ВМЕСТЕ С ОСТАЛЬНЫМИ ЧЛЕНАМИ ОБЩЕСТВА В УСЛОВИЯХ, КОМПЕНСИРУЮЩИХ ЕМУ ОТКЛОНЕНИЯ В РАЗВИТИИ - ЭТО:

- 1) дифференциация;
- 2) интеграция;
- 3) сегрегация;
- 4) адаптация;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.2, ПК-3.2

3. КАКАЯ ГРУППА ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НЕ ВЫДЕЛЯЕТСЯ В ОТДЕЛЬНУЮ КАТЕГОРИЮ:

- 1) с нарушением зрения;
- 2) с умственной отсталостью;
- 3) с психоэмоциональными нарушениями;

4) дети с синдромом Дауна;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.2, ПК-3.2

4. ДЛЯ ПРЕОДОЛЕНИЯ НЕДОСТАТКОВ РАЗВИТИЯ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ВСЕХ КАТЕГОРИЙ ЛИЦ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ:

- 1) вносятся изменения в содержание общеобразовательных предметов, вводятся пропедевтические разделы;
- 2) дети направляются на надомное обучение;
- 3) уменьшаются сроки обучения в образовательном учреждении;
- 4) нет правильного ответа;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.2, ПК-3.2

5. ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ НАДОМНОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

- 1) педагога;
- 2) медицинского учреждения;
- 3) логопеда;
- 4) психолога;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.2, ПК-3.2

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. У Димы Л. (2 года 3 месяца) после зачисления в дошкольную группу массового детского сада было обнаружено отставание в социальном развитии и предметно-игровой деятельности при достаточно хорошем уровне познавательного и физического развития. Кроме того, он имел низкий уровень понимания обращенной речи, а его самостоятельная речь была представлена отдельными звукоподражаниями и не соотношенным лепетом.

Вопрос 1: Каковы возможные причины такого психофизического развития ребенка? Назовите варианты психофизического развития детей с нарушенным слухом раннего возраста.;

Вопрос 2: Какой из вариантов психофизического развития может быть присущ Диме Л.?:

- 1) Причинами такого психофизического развития ребенка могут быть только сенсорные нарушения. Исключены интеллектуальные отклонения, поскольку в задаче говорится о достаточно хорошем познавательном развитии. Вероятней всего – это нарушение слуха, которое необходимо подтвердить или опровергнуть при помощи объективных и субъективных методов исследования слуха.;
- 2) Сопоставление уровней социального, познавательного, физического развития, а также предметно-игровой деятельности позволяет выделить следующие варианты психофизического развития: Гармоничное психофизическое развитие, при котором достижения детей по всем основным показателям достаточно высоки, а по некоторым наблюдается опережающий темп развития. Отставание в психофизическом развитии, при котором наблюдается отставание по всем основным линиям развития. Неравномерное психофизическое развитие, при котором в одних линиях развития достигает результатов, соответствующих его возрасту, или даже опережает своих сверстников, а в других несколько отстает в развитии. Этот вариант наиболее часто характеризует детей с нарушениями слуха. Скорее всего, именно этот вариант присущ Диме Л.;

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.2, ПК-3.2

2. Семья, имеющая 8-летнюю дочь с ДЦП, проживает в пригороде. Девочка замкнута, контакты со сверстниками ограничены. Сельскую школу не посещает. Родители считают, что обучение среди нормально развивающихся сверстников может ей навредить. Девочка выражает желание учиться в школе.

Вопрос 1: Какой путь обучения можно предложить?;

Вопрос 2: Какую роль могут выполнять родители?;

- 1) В данной ситуации может быть предложено надомное обучение по рекомендованной в коллегиальном заключении программе.;
- 2) Родители выполняют роль тьюторов и гарантов реализации особых образовательных потребностей дочери.;

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.2, ПК-3.2

12. Примерная тематика НИРС по теме

1. Современное состояние дефектологии, основные проблемы.

2. Синонимический ряд понятия аномальный ребенок. Причины детских аномалий. Роль биологических и социальных факторов в проявлении дефектов психофизического развития.

13. Рекомендованная литература по теме занятия

- **обязательная:**

Козырева, О. А. [Современные проблемы науки и специального \(дефектологического\) образования](#) : учебник / О. А. Козырева. - 2-е изд. - Москва : Юрайт, 2023. - 211 с. - Текст : электронный.

- **дополнительная:**

[Лечебная педагогика в дошкольной дефектологии](#) : учебник и практикум для вузов / ред. Н. В. Микляева. - Москва : Юрайт, 2023. - 521 с. - Текст : электронный.

Выготский, Л. С. [Основы дефектологии](#) / Л. С. Выготский. - Москва : Юрайт, 2023. - 332 с. - Текст : электронный.

[Медико-биологические основы дефектологии](#) : учебное пособие для вузов / Р. И. Айзман, М. В. Иашвили, А. В. Лебедев, Н. И. Айзман ; отв. ред. Р. И. Айзман. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 224 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Д/ф Антон тут рядом (https://www.youtube.com/watch?v=E9qyY_w20v8)

1. Тема № 4. Диагностика и терапия специфических расстройств развития речи. (Компетенции: ПК-2.3, ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, частично-поисковый (эвристический)

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): формирование знаний о расстройствах развития речи, терапии расстройств развития речи.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** инструментарий диагностики развития ребенка с овз и разработки компонентов аооп и сипр (в соответствии с направленностью (профилем) пооп); инструментарий (в том числе икт) мониторинга результативности освоения аооп и сипр и их корректировки на основе результатов мониторинга., методологию психологического исследования и диагностический инструментарий обследования обучающихся., нормативно-правовые документы по профилю деятельности; методологию психолого-педагогического исследования в области инклюзивного образования., специфику инклюзивного образования и осуществлять на этой основе психолого-педагогическое просвещение педагогов, преподавателей, администрации образовательной организации и родителей (законных представителей)., **уметь** осуществлять диагностику развития ребенка с овз и корректировку программ на основе результатов мониторинга., осуществлять подбор диагностического инструментария и методов, адекватных целям исследования и возможностям конкретного обучающегося; проводить диагностическое обследование обучающихся, включая интерпретацию результатов; планировать и корректировать задачи коррекционно-развивающей работы по результатам мониторинга с учетом индивидуальных особенностей развития каждого ребенка и выбранного индивидуального образовательного маршрута в условиях инклюзивного образования., проводить анализ литературных источников и нормативно-правовых документов; планировать прикладные психолого-педагогические исследования в области инклюзивного образования, осуществлять самостоятельный выбор методик, соответствующий исследовательским задачам, выбирать средства анализа и обработки данных; подготавливать научные отчеты, публикации, презентации., осуществлять психолого-педагогическое просвещение педагогов, преподавателей, администрации образовательной организации и родителей (законных представителей); составлять рекомендации для педагогов и родителей (законных представителей) и педагогических работников., **владеть** инструментарием и методами (в том числе икт) диагностики развития ребенка с овз и разработки компонентов аооп и сипр (в соответствии с направленностью (профилем) пооп); инструментарием и методами (в том числе икт) мониторинга результативности освоения аооп и сипр и их корректировки на основе результатов мониторинга., инструментарием диагностического обследования обучающихся с учетом индивидуальных особенностей развития каждого ребенка; навыками разработки коррекционно-развивающих программ с учетом результатов обследования и выбранного индивидуального образовательного маршрута в условиях инклюзивного образования., навыками анализа литературных источников и нормативно-правовых документов; планирования прикладных психолого-педагогических исследований в области инклюзивного образования, осуществления самостоятельного выбора методик, соответствующих исследовательским задачам, выбора средств анализа и обработки данных; подготовки научных отчетов, публикаций, презентаций., навыками работы с педагогами, администрацией образовательной организации и родителей (законных представителей); составления рекомендаций для педагогов и родителей (законных представителей) и педагогических работников.

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** тренинговая аудитория 206

- **оснащение занятия:** ноутбук, проектор, экран

7. Структура содержания темы (хронокарта)

Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия.	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся.
2	Формулировка темы и целей.	5.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия.
3	Контроль исходного уровня знаний и умений.	20.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	20.00	Изложение основных положений темы (ориентировочная основа деятельности).
5	Самостоятельная работа (работа в группах, парах) для усвоения изучаемой темы.	30.00	Проведение психодиагностических исследований.
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно).	10.00	Тесты по теме, ситуационные задачи.
	ВСЕГО	90	

8. Аннотация (краткое содержание темы)

Нарушения понимания и активного использования могут касаться следующих основных подсистем речевой

коммуникации: форма речи (соответствие речевых форм мыслительной основе); ее содержание (адекватность облечения мыслей в речевую форму) и функциональное использование языка (адекватность использования речевых форм для решения задач повседневной жизни). Хотя расстройства речи выделены в Международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10), в отечественной традиции нарушения речи и их коррекция изучается в курсе логопедии – науке о нарушениях речи, о методах их предупреждения, выявления и устранения средствами специального обучения и воспитания.

Основной целью логопедии является разработка научно обоснованной системы обучения, воспитания и перевоспитания лиц с нарушением речи, а также предупреждения речевых расстройств.

Логопедия тесно связана со следующими науками: 1) медицинскими – оториноларингологией, неврологией, общей психопатологией, клиникой умственной отсталости, педиатрией; 2) с лингвистическими науками и психолингвистикой; 3) с общей и специальной психологией, психодиагностикой.

В своем развитии логопедия опирается на следующие основные принципы: системность, комплексность, эволютивность («принцип развития»), рассмотрение нарушений речи во взаимосвязи с другими сторонами психического развития ребенка, деятельный подход, онтогенетический принцип, этиопатогенетический принцип, учета симптоматики нарушения и структуры речевого дефекта, принцип обходного пути, общедидактический и др.

- Принцип системности – опирается на представление о речи как о сложной функциональной системе, структурные компоненты которой находятся в тесном взаимодействии.
- Принцип комплексности – диагностика и терапия речевых нарушений должна строиться на медико – психолого – педагогических основах.
- Принцип развития – выделение в процессе работы тех задач, трудностей, этапов, которые находятся в зоне ближайшего развития ребенка.
- Онтогенетический принцип – разработка методики коррекционно – логопедического воздействия ведется с учетом последовательности появления форм и функций речи, а также видов деятельности ребенка в онтогенезе.
- Принцип выявления ведущих расстройств, установления соотношения речевой и неречевой симптоматики в структуре дефекта.
- Дидактические принципы: наглядность, доступность, сознательность, индивидуальный подход.

Понятийно – категориальный аппарат логопедии

С точки зрения коммуникативной теории расстройство речи есть нарушение вербальной коммуникации. Расстроенными оказываются взаимоотношения, объективно существующие между индивидуумом и обществом и проявляющиеся в речевом общении. Речевые нарушения характеризуются следующими особенностями:

- 1) не соответствующими возрасту говорящего;
- 2) не являющимися диалектизмами, безграмотностью речи и выражением незнания языка;
- 3) связанными с отклонениями в функционировании психофизиологических механизмов речи;
- 4) носящими устойчивый характер, самостоятельно не исчезающими, а закрепляющимися;
- 5) требующими определенного логопедического воздействия в зависимости от их характера;
- 6) часто оказывающими отрицательное влияние на дальнейшее психическое развитие ребенка.

Различают понятия «недоразвитие речи» и «нарушение речи».

Недоразвитие речи предполагает качественно более низкий уровень сформированности той или иной речевой функции или речевой системы в целом.

Нарушение речи представляет собой расстройство, отклонение от нормы в процессе функционирования механизмов речевой деятельности. Например, при недоразвитии грамматического строя речи имеет место более низкий уровень усвоения морфологической системы языка, синтаксической структуры предложения. Нарушение грамматического строя речи характеризуется его аномальным формированием и наличием аграмматизмов.

Общие недоразвитие речи — форма речевой аномалии, при которой нарушено формирование всех компонентов

речи. Понятие «общее недоразвитие речи» предполагает наличие симптомов несформированности (или задержки развития) всех компонентов речевой системы (фонетико - фонематической ее стороны, лексического состава, грамматического строя). Общее недоразвитие речи может иметь различный механизм и соответственно различную структуру дефекта.

Задержка речевого развития — замедление темпа, при котором уровень речевого развития не соответствует возрасту ребенка.

«Распад речи» — утрата имевшихся речевых навыков и коммуникативных умений вследствие локальных или диффузных поражений головного мозга.

Структура речевого дефекта — совокупность речевых и неречевых симптомов данного нарушения речи и характера их связей. В структуре речевого дефекта выделяется первичное, ведущее нарушение (ядро) и вторичные дефекты, которые находятся в причинно - следственных отношениях с первыми, а также системные последствия. Различная структура речевого дефекта находит свое отражение в определенном соотношении первичных и вторичных симптомов и во многом определяет специфику целенаправленного логопедического воздействия.

Коррекция нарушений речи — это исправление или ослабление симптоматики нарушений речи.

Восстановительное обучение — исправление речи, возникшее в результате локальных поражений головного мозга.

Критические периоды в развитии речи

Выделяют три критических периода в развитии речевой функции:

- I критический период (1-2 год жизни) - формирование предпосылок речи и начало речевого развития. В этот период складываются основы коммуникативного поведения и движущей ее силой становится потребность в общении. В этом возрасте происходит наиболее интенсивное развитие речевых зон, в частности зоны Брока, критическим периодом ее развития считается возраст ребенка 14-18 месяцев. Любые, порой даже незначительные, неблагоприятные факторы могут отразиться на развитии речи ребенка.

- II критический период (3 года) - интенсивное развитие связной речи, переход от ситуационной речи к контекстной. В этом возрасте имеется рассогласованность нейроэндокринной и центральной нервной систем, что приводит к изменениям поведения в виде упрямства и негативизма. Все это определяет большую уязвимость речевой системы. Во втором критическом периоде могут возникать заикание, мутизм, отставание речевого развития. Ребенок может отказываться от общения, проявлять реакции протеста на требования взрослых.

- III критический период (6-7 лет) - начало развития письменной речи. Возрастные нагрузки на центральную нервную систему ребенка. При повышенных требованиях может возникнуть заикание.

Критические периоды развития речи играют роль предрасполагающих условий, они могут иметь как самостоятельное значение, так и сочетаться с другими неблагоприятными факторами - генетическими, заболеваниями или дисфункцией со стороны центральной нервной системы.

Важнейшие этиологические факторы при нарушениях речи

1) Генетические факторы.

2) Экзогенно - органические факторы: инфекции, травмы, интоксикации.

А) перинатальная (внутриутробная) патология: а) иммунологическая несовместимость крови матери и плода - специфические нарушения звукопроизводительной стороны речи в сочетании с нарушениями слуха; б) внутриутробные поражения мозга - тяжелые речевые нарушения, сочетающиеся с другими полиморфными дефектами развития; в) внутричерепные кровоизлияния - нарушение речи коркового генеза (алалия); при локализации поражения мозга в области структур, обеспечивающих речедвигательный механизм речи - дизартрии.

Б) натальная (родовая) патология - асфиксия и родовая травма;

В) постнатальная патология

Этиологические факторы, вызывающие нарушение речи, сложны и полиморфны. Наиболее часто имеет место сочетание наследственной предрасположенности, неблагоприятного окружения и повреждения или нарушения созревания мозга под влиянием различных неблагоприятных факторов.

Классификации нарушений речи

В настоящее время в отечественной логопедии в обращении находятся две классификации речевых нарушений: 1) клинико - педагогическая; 2) психолого - педагогическая. Эти две классификации не противоречат, а дополняют друг друга, поскольку ориентированы на решение разных задач. В МКБ-10 используется клиническая классификация нарушений речи.

• Клинико - педагогическая классификация

Отличается от медицинской классификации тем, что виды речевых нарушений не привязываются строго к формам заболеваний. Она ориентирована в основном на коррекцию дефектов речи, на разработку дифференцированного подхода к их преодолению и нацелена на предельную детализацию видов и форм речевых нарушений. В клинико - педагогической классификации выделяются критерии, позволяющие представить, что нарушено в речи, и на основе этого отграничить одно речевое нарушение от другого:

- 1) нарушение формы речи (устной или письменной);
- 2) нарушение вида речевой деятельности применительно к каждой из форм: для устной - нарушение говорения и слушания, для письменной - письма или чтения;
- 3) нарушение этапа (звена) порождения или восприятия речи: применительно к продуктивным видам речевой деятельности (говорению и письму) существенным является разграничение нарушений, связанных с этапами внутреннего и внешнего оформления высказывания; применительно к рецептивным видам речевой деятельности (слушанию или чтению) существенным является разграничение нарушений, относящихся к сенсорному или рецептивному этапу;
- 4) нарушение операций, осуществляющих оформление высказывания на том или другом этапе процесса порождения или восприятия речи;
- 5) нарушение средств оформления высказывания: существенным представляется разграничение языковых и произносительных единиц, так как каждому этапу порождения или восприятия речи присущи свои наборы единиц, по отношению к которым осуществляется операция отбора и комбинирования

Клиническим (этиопатогенетическим) критериям в данной классификации отводится роль уточняющих, являющимися для врача средством анализа. Они позволяют провести последующую дифференциацию сходных по внешним проявлениям дефектов на основе следующих данных:

- 1) какими факторами обусловлено нарушение речи (социальными или биологическими);
- 2) на каком фоне оно развивается (органическом или функциональном);
- 3) в каком звене речевой функциональной системы локализуется (центральном или периферическом);
- 4) какова глубина (степень) нарушения центральных или периферических аппаратов речи;
- 5) время его наступления.

Данные, полученные на основе этих критериев, важны для прогнозирования сроков и возможных результатов логопедического воздействия.

Виды речевых нарушений

Нарушения устной речи разделены на два типа: фонационного внешнего оформления высказывания - нарушения произносительной стороны речи; 2) структурно - семантического (внутреннего) оформления высказывания - системные или полиморфные нарушения речи.

I. Расстройства фонационного оформления высказывания дифференцируются в зависимости от нарушенного звена:

- А) голосообразования;
- Б) темпо - ритмической организации высказывания;
- В) интонационно - мелодической;
- Г) звукопроизносительной организации.

- Терминология

1) Дисфония (афония) - отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Проявляется либо в отсутствии фонации (афония), либо в нарушении силы, высоты и тембра голоса (дисфония). Может быть обусловлено органическими или функциональными расстройствами голосообразующего механизма центральной или периферической локализации и возникать на любом этапе развития ребенка.

2) Брадилалия — патологический замедленный темп речи. Появляется в замедленной реализации артикуляционной речевой программы. Централно обусловленное расстройство органической или функциональной природы.

3) Баттаризм — речь тягуче растянутая, вялая, монотонная.

4) Тахилалия — патологически ускоренный темп речи. Проявляется в ускоренной реализации артикуляционной речевой программы. Централно обусловленное органическое или функциональное расстройство.

5) Парафразия — речь торопливая, стремительная, напористая.

6) Полтерн — патологически ускоренная речь сопровождается необоснованными паузами, запинками, спотыканием.

7) Заикание — нарушение темпа - ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Централно обусловленное органическое или функциональное расстройство.

8) Дислалия (косноязычие) - нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. Проявляется в неправильном звуковом оформлении речи: в искаженном произнесении звуков, в заменах (субституциях) звуков или в их смещении. Дефект, может быть, обусловлен тем, что у ребенка не сформировалась артикулярная база - не усвоен весь набор артикуляционных позиций, необходимых для произнесения звуков или неправильно сформировались артикуляционные позиции, вследствие чего продуцируются ненормированные звуки. Особую группу составляют нарушения, обусловленные анатомическими дефектами артикуляционного аппарата. В психолингвистическом аспекте Дислалии обусловлены дефектами восприятия, дефектами продуцирования или нарушением условий реализации звуков. Нарушение возникает в процессе развития речи ребенка или после травмы.

9) Ринолалия (гнузавость), - нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо - физиологическими дефектами речевого аппарата. Речь при ринолалии невнятная и монотонная.

10) Палатолалия — нарушения речи, обусловленные врожденными расщелинами неба.

11) Дизартрия — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата. Наблюдается несформированность всех звеньев сложного механизма фонационного оформления высказывания, следствием чего являются голосовые, просодические и артикуляционно - фонетические дефекты. Дизартрия является следствием центрального органического нарушения. По локализации поражения ЦНС выделяют различные формы дизартрии, а по тяжести нарушений - различные степени проявления дизартрии. Дизартрия может возникнуть на любом этапе развития ребенка

12) Анартрия — тяжелая степень дизартрии, проявляющаяся в невозможности осуществить звуковую реализацию речи.

II. Нарушения структурно - семантического оформления высказывания:

1) Алалия - отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка. Один из наиболее сложных дефектов речи, при котором нарушены операции отбора и программирования на всех этапах порождения и приема речевого высказывания, вследствие чего оказывается не сформированной речевая деятельность ребенка. Система языковых средств не формируется, страдает мотивационно - побудительный уровень речи. Наблюдаются грубые семантические дефекты. Нарушено управление речевыми движениями, что отражается на воспроизведении звукового и слогового состава слов.

2) Афазия - полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга. Речь теряется в результате черепно - мозговых травм, нейроинфекций или опухолей мозга после того, как речь уже была сформирована. У детей, в отличие от взрослых, выделяют раннюю афазию .

Психолого - педагогическая классификация

Психолого - педагогическая классификация возникла в результате разработок методов логопедического воздействия при работе с группой (классом).

I группа - нарушение средств общения:

1) Фонетико - фонематическое недоразвитие — нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.

2) Общее недоразвитие речи — различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне.

II группа - нарушения в применении средств общения

1) Заикание

2) Комбинированный дефект (заикание и общее недоразвитие речи).

Клиническая типология нарушений речи

F80.0 Специфические расстройства артикуляции речи

Нарушения артикуляции проявляются в неверном воспроизведении, опущении, замене на неправильные (реже) вставлении лишних фонем, создающие общее впечатление «детской речи». При этом первые слова и фразы появляются своевременно, нормальны также словарный запас и синтаксическое построение речи.

Искаженное воспроизведение обусловлено неправильным положением языка при воспроизведении фонемы, вызывающим шипящий или свистящий эффект; оно может быть случайным и непостоянным, усиливаясь в синтаксически сложных положениях и при ускоренной речи. Искаженные фонемы чаще встречаются во вновь приобретенных словах. Количество искаженных фонем определяет степень выраженности и понятности речи. Искажаются преимущественно фонемы, осваиваемые на более поздних этапах речевого развития, в норме к 4 годам (з, л, р, ф, ч, ш), в тяжелых случаях могут неправильно произноситься звуки, в норме осваиваемые к 3 годам (б, д, к, м, н, п, т). Гласные всегда выговариваются правильно.

При сильной выраженности отличия от дикции здоровых детей становятся заметными к 3 годам, при более слабой - позднее. К 10-и годам нарушения артикуляции обычно исчезают.

Показаниями для специфической терапии является сохранение расстройства в возрасте старше 8 лет, значительно число искажаемых фонем, преобладание опущений и замен над неправильным произнесением фонем, непонятность речи, вызывающая трудности в обучении, отношениях со сверстниками и нарушение самооценки.

• F80.1 Расстройство экспрессивной речи

Ведущим проявлением является избирательная задержка развития речи при адекватных возрасту навыках понимания вербальной информации и относительной сохранности невербального интеллекта. Тяжелые формы расстройства обращают на себя внимание в возрасте около 1,5 года, когда ребенок не выговаривает спонтанно и не в состоянии повторить простые слова и звуки, пользуясь невербальными знаками для изъяснения своих желаний. Невозможность облечь мысль в слова сопровождается и трудностями невербальной экспрессии.

Признаками серьезной задержки является отсутствие активного использования отдельных слов к 2 годам и простых фраз из 2 слов к 3-м годам. При этом проявляется желание общаться, поддерживается контакт взглядом, участие в невербальных играх, использование игрушек и предметов домашнего обихода. Фонетические искажения носят постоянный характер. К 4-м годам ребенок говорит короткими фразами, забывая старые слова при освоении новых. Задерживается навык синтаксического построения речи - нарушен как набор слов, так и построения фраз. Критическим является возраст 8 лет, когда дефект закрепляется или происходит спонтанная компенсация расстройства.

Расстройство экспрессивной речи затрудняет обучение и адаптацию в повседневной жизни, сопровождается снижением самооценки и депрессией. Отмечается высокая коморбидность с другими расстройствами - нарушением моторных функций, чтением, энурезом, поведенческими расстройствами.

Распространенность расстройства составляет 3-10 % детей школьного возраста и у мальчиков встречается в 3-4 раза чаще, чем у девочек. Прогноз зависит от тяжести расстройства, временем начала терапии и мотивацией ребенка. Спонтанное улучшение наблюдается в половине случаев. Основным методом терапии является поведенческая тренировка экспрессивных речевых навыков.

• F80.2 Расстройство рецептивной речи

Ведущим проявлением является избирательная задержка формирования способности понимать значение вербальной информации при относительной сохранности невербального интеллекта. В легких случаях обнаруживается замедленное понимание сложных предложений или необычных, абстрактных лингвистических форм, идиоматических оборотов, юмора. В тяжелых случаях эти трудности распространяются на простые слова и фразы. Выраженные формы расстройства выявляются к 2-м годам, более легкие с началом школьного обучения. У большинства пациентов страдает и речевая экспрессия, но в отличие от экспрессивного расстройства, дети с рецептивным расстройством к 1,5 годам не могут указывать на знакомые предметы домашнего обихода, когда их называют и к двум годам понимать простые инструкции. Вместе с тем, они обнаруживают известную способность к социальному взаимодействию и могут вступать в ролевые игры, используя при этом жестикуляцию. В отличие от глухонемых, они адекватно реагируют на все звуковые раздражители, помимо речевых. Если позднее они начинают говорить, то демонстрируют замедленное приобретение речевых навыков и грубые нарушения артикуляции. Могут присутствовать мутизм, эхолалия и неологизмы. Выявляются повышенный порог слуховой чувствительности, отсутствие музыкального слуха и неспособность локализовать источник звука.

Отмечается высокая частота сочетаний другими расстройствами психологического развития и эмоций. Расстройство рецептивной речи затрудняет обучение ребенка и его адаптацию к повседневной жизни. Прогноз благоприятен лишь при легком расстройстве. Основным методом терапии является поведенческий тренинг рецептивных и экспрессивных речевых навыков. Для лечения коморбидных эмоциональных и поведенческих расстройств полезна ролевая и семейная психотерапия.

• F80.3 Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау - Клеффнера)

Этиология расстройства неизвестна. Для диагностики синдрома Ландау - Клеффнера состояние должно соответствовать следующим критериям:

- утрата рецептивных и экспрессивных речевых навыков на протяжении не менее 6 месяцев;
- нормальное речевое развитие до момента потери речи;
- появление моно - или билатеральных пароксизмальных изменений на электроэнцефалограмме (ЭЭГ) в области височных долей в промежутке до 2-х лет, до или после появления речевых нарушений;
- слух без отклонения от нормы;
- невербальный интеллект без отклонений от нормы;
- за исключением патологических отклонений на ЭЭГ и эпилептических приступов, отсутствуют какие-либо другие неврологические нарушения;
- состояние не соответствует критериям общего расстройства развития (F84).
- Основные методы логопедического воздействия

К основным практическим методам логопедического воздействия относятся упражнения, игры и моделирование.

• Упражнение - это многократное повторение ребенком практических и умственных заданных действий. В логопедической работе они эффективны при устранении артикуляторных и голосовых расстройств, так как у детей формируются практические речевые умения и навыки. Освоение правильных речевых навыков представляет собой длительный процесс, который требует разнообразных, систематически используемых видов деятельности. Упражнения подразделяются на подражательно - исполнительские, конструктивные и творческие.

А) Подражательно - исполнительские упражнения выполняются детьми в соответствии с образцом. Выделяют следующие их виды: дыхательные, голосовые, артикуляторные, развивающие общую или ручную моторику.

Б) Упражнения по конструированию (например, конструирование букв из элементов при оптической дисграфии).

В) Упражнения творческого характера.

Г) Речевые упражнения.

• Игры — использование различных компонентов игровой деятельности в сочетании с другими приемами: показом, пояснениями, указаниями, вопросами. В игровом методе ведущая роль принадлежит терапевту (педагогу), который подбирает в соответствии с намеченными целями и задачами коррекции, распределяет роли, организует и активизирует деятельность детей.

- Моделирование – это процесс создания моделей и их использование в целях формирования представлений о структуре объектов, об отношениях и связях между элементами этих объектов.

По характеру направленности методы логопедической работы подразделяются на методы «прямого воздействия», например, воздействие на артикуляторную моторику при устранении дислалии, и методы «обходных путей», например, создание новых функциональных связей в обход нарушенных звеньев речевой функциональной системы при афазии. По мере изучения речевой патологии увеличивается число частных методик, и пересматриваются общие принципы логопедического воздействия.

9. Вопросы по теме занятия

1. Понятийно – категориальный аппарат логопедии.

Компетенции: ПК-2.3, ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

2. Критические периоды в развитии речи.

Компетенции: ПК-2.3, ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

3. Важнейшие этиологические факторы при нарушениях речи.

Компетенции: ПК-2.3, ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

4. Классификации нарушений речи.

Компетенции: ПК-2.3, ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

5. Виды речевых нарушений.

Компетенции: ПК-2.3, ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. В СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКЕ, НАРЯДУ С ДРУГИМИ, ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЙ ПРИНЦИП ОРГАНИЗАЦИИ КОРРЕКЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА:

- 1) хроногенности;
- 2) динамического изучения в сочетании с качественным анализом результатов;
- 3) коррекционно-компенсирующей направленности;
- 4) нет правильного ответа;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-2.3, ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

2. С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ В СОДЕРЖАНИЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВКЛЮЧЕНЫ СПЕЦИФИЧЕСКИЕ УЧЕБНЫЕ ПРЕДМЕТЫ:

- 1) для формирования представления о необходимом уровне образования;
- 2) для преодоления последствий первичных нарушений развития;
- 3) для организации индивидуального подхода к детям;
- 4) специальные предметы не включаются;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-2.3, ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

3. ПРОЦЕСС И РЕЗУЛЬТАТ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ЧЕЛОВЕКУ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ПРАВ И РЕАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ УЧАСТВОВАТЬ ВО ВСЕХ ВИДАХ И ФОРМАХ ЖИЗНИ НАРАВНЕ И ВМЕСТЕ С ОСТАЛЬНЫМИ ЧЛЕНАМИ ОБЩЕСТВА В УСЛОВИЯХ, КОМПЕНСИРУЮЩИХ ЕМУ ОТКЛОНЕНИЯ В РАЗВИТИИ - ЭТО:

- 1) дифференциация;
- 2) интеграция;
- 3) сегрегация;
- 4) адаптация;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-2.3, ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

4. ДЛЯ ПРЕОДОЛЕНИЯ НЕДОСТАТКОВ РАЗВИТИЯ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ВСЕХ КАТЕГОРИЙ ЛИЦ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ:

- 1) вносятся изменения в содержание общеобразовательных предметов, вводятся пропедевтические разделы;
- 2) дети направляются на надомное обучение;
- 3) уменьшаются сроки обучения в образовательном учреждении;
- 4) нет правильного ответа;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-2.3, ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

5. ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ НАДОМНОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

- 1) педагога;
- 2) медицинского учреждения;
- 3) логопеда;

4) психолога;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-2.3, ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Никита М., 18 лет. Имеет легкую степень умственной отсталости. Семья переехала из деревни в город. Ранее Никита обучался в 5 классе сельской малокомплектной школы. ПМПК указала в коллегиальном заключении о необходимости продолжения обучения по АООП для обучающихся с умственной отсталостью. Родители обратились с заявлением о зачислении в ближайшую школу по прописке в городе

Вопрос 1: Имеет ли право администрация школы отказать в зачислении в 5 класс?;

Вопрос 2: Могут ли отказать в обучении умственно отсталому 18-летнему учащемуся по причине его возраста?;

1) Не имеет права. Законодательно сроки обучения для указанной категории детей продлены до 21 года;

2) Нет, оснований для этого нет, т.к. срок обучения этой категории обучающихся продлен.;

Компетенции: ПК-2.3, ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

2. У Димы Л. (2 года 3 месяца) после зачисления в дошкольную группу массового детского сада было обнаружено отставание в социальном развитии и предметно-игровой деятельности при достаточно хорошем уровне познавательного и физического развития. Кроме того, он имел низкий уровень понимания обращенной речи, а его самостоятельная речь была представлена отдельными звукоподражаниями и не соотношенным лепетом.

Вопрос 1: Каковы возможные причины такого психофизического развития ребенка? Назовите варианты психофизического развития детей с нарушенным слухом раннего возраста.;

Вопрос 2: Какой из вариантов психофизического развития может быть присущ Диме Л.?

1) Причинами такого психофизического развития ребенка могут быть только сенсорные нарушения. Исключены интеллектуальные отклонения, поскольку в задаче говорится о достаточно хорошем познавательном развитии. Вероятней всего – это нарушение слуха, которое необходимо подтвердить или опровергнуть при помощи объективных и субъективных методов исследования слуха.;

2) Сопоставление уровней социального, познавательного, физического развития, а также предметно-игровой деятельности позволяет выделить следующие варианты психофизического развития: Гармоничное психофизическое развитие, при котором достижения детей по всем основным показателям достаточно высоки, а по некоторым наблюдается опережающий темп развития. Отставание в психофизическом развитии, при котором наблюдается отставание по всем основным линиям развития. Неравномерное психофизическое развитие, при котором в одних линиях развития достигает результатов, соответствующих его возрасту, или даже опережает своих сверстников, а в других несколько отстает в развитии. Этот вариант наиболее часто характеризует детей с нарушениями слуха. Скорее всего, именно этот вариант присущ Диме Л.;

Компетенции: ПК-2.3, ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

12. Примерная тематика НИРС по теме

1. Основные концепции Л.С. Выготского об аномальном детстве как методологическая основа науки.

2. Клиническая типология нарушений речи.

13. Рекомендованная литература по теме занятия

- **обязательная:**

Козырева, О. А. [Современные проблемы науки и специального \(дефектологического\) образования](#) : учебник / О. А. Козырева. - 2-е изд. - Москва : Юрайт, 2023. - 211 с. - Текст : электронный.

- **дополнительная:**

[Лечебная педагогика в дошкольной дефектологии](#) : учебник и практикум для вузов / ред. Н. В. Микляева. - Москва : Юрайт, 2023. - 521 с. - Текст : электронный.

Выготский, Л. С. [Основы дефектологии](#) / Л. С. Выготский. - Москва : Юрайт, 2023. - 332 с. - Текст : электронный.

[Медико-биологические основы дефектологии](#) : учебное пособие для вузов / Р. И. Айзман, М. В. Иашвили, А. В. Лебедев, Н. И. Айзман ; отв. ред. Р. И. Айзман. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 224 с. - Текст : электронный.

- **электронные ресурсы:**

Курс лекций по дефектологии
(<https://yandex.ru/video/preview/?text=%D0%B4%D0%B5%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D>)

1. Тема № 5. Диагностика и терапия специфических расстройств развития школьных навыков. (Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.2, ПК-3.2, ПК-4.2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, исследовательский

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): знакомство с условиями успешного освоения школьных навыков, содержанием диагностики и терапии специфических расстройств развития школьных навыков.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** общие, специфические закономерности и индивидуальные особенности психического и психофизиологического развития, особенности регуляции поведения и деятельности человека на различных возрастных ступенях., требования примерных аооп; обязанности различных специалистов, работающих с обучающимися с овз., методологию психологического исследования и диагностический инструментарий обследования обучающихся., нормативно-правовые документы по профилю деятельности; методологию психолого-педагогического исследования в области инклюзивного образования., **уметь** планировать и проводить коррекционно-развивающие занятия с обучающимися с овз и умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), независимо от образовательного маршрута; анализировать их эффективность, проектировать и осуществлять мониторинг результативности коррекционно-развивающих занятий., разрабатывать аооп и сипр, компоненты аооп и сипр (в соответствии с направленностью (профилем) пооп); интегрировать разработки всех специалистов, работающих с обучающимися с овз в единый документ (аооп и сипр); проводить мониторинг результативности освоения аооп и сипр, корректировать их содержание на основе результатов мониторинга; использовать икт при их разработке и мониторинге результативности освоения., осуществлять подбор диагностического инструментария и методов, адекватных целям исследования и возможностям конкретного обучающегося; проводить диагностическое обследование обучающихся, включая интерпретацию результатов; планировать и корректировать задачи коррекционно-развивающей работы по результатам мониторинга с учетом индивидуальных особенностей развития каждого ребенка и выбранного индивидуального образовательного маршрута в условиях инклюзивного образования., проводить анализ литературных источников и нормативно-правовых документов; планировать прикладные психолого-педагогические исследования в области инклюзивного образования, осуществлять самостоятельный выбор методик, соответствующий исследовательским задачам, выбирать средства анализа и обработки данных; подготавливать научные отчеты, публикации, презентации., **владеть** навыками планирования и способами проведения коррекционно-развивающих занятий с обучающимися с овз и умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), независимо от образовательного маршрута; навыками анализа их эффективности, проектировки и осуществления мониторинга результативности коррекционно-развивающих занятий., навыками разработки аооп и сипр, в соответствии с направленностью (профилем) пооп; проведения мониторинга результативности освоения аооп и сипр; использования икт при разработке и мониторинге результативности освоения программ., инструментарием диагностического обследования обучающихся с учетом индивидуальных особенностей развития каждого ребенка; навыками разработки коррекционно-развивающих программ с учетом результатов обследования и выбранного индивидуального образовательного маршрута в условиях инклюзивного образования., навыками анализа литературных источников и нормативно-правовых документов; планирования прикладных психолого-педагогических исследований в области инклюзивного образования, осуществления самостоятельного выбора методик, соответствующих исследовательским задачам, выбора средств анализа и обработки данных; подготовки научных отчетов, публикаций, презентаций.

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** тренинговая аудитория 206

- **оснащение занятия:** ноутбук, проектор, экран

7. Структура содержания темы (хронокарта)

Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия.	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся.
2	Формулировка темы и целей.	5.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия.
3	Контроль исходного уровня знаний и умений.	20.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	20.00	Изложение основных положений темы (ориентировочная основа деятельности).
5	Самостоятельная работа (работа в группах, парах) для усвоения изучаемой темы.	30.00	Проведение психодиагностических исследований.
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно).	10.00	Тесты по теме, ситуационные задачи.
	ВСЕГО	90	

8. Аннотация (краткое содержание темы)

Для успешного освоения школьных навыков необходим ряд условий: хорошо развития ЦНС, готовая к целенаправленному отбору и правильной переработке информационных стимулов с одновременной фильтрацией ненужных; эмоциональная зрелость и свобода от внутренних конфликтов, обеспечивающие усидчивость и концентрацию внимания; интеграция социо - культуральных ценностей, рассматривающих освоение школьных навыков как основу выживания.

- Специфическое расстройство чтения (дислексия) F81.0

Расстройство обнаруживается у 3-10 % детей школьного возраста и встречается в 3-4 раза чаще у мальчиков, чем у девочек. Первичным является органическое поражение головного мозга. Обнаружены морфологические изменения в левом полушарии (зона Брока), свидетельствующие о задержке развития мозговых структур, ответственных за вербальные навыки и пространственную координацию. Наследственная отягощенность свидетельствует также о гетерогенной передаче этого расстройства. Не исключено возникновение нарушений в результате ассоциации функции чтения с полушарием, недостаточно развитым для освоения этой функции.

Недостаточность может иметь преимущественно дисфонические расстройства - дефицит словесного анализа, или дисэйдетический - дефицит зрительного различения и визуальной памяти. Страдать может словарный запас, последовательность переработки информации или формирование идей.

Чтение представляет собой сложный психофизиологический процесс, в котором участвуют различные анализаторы: зрительный, речедвигательный, речеслуховой. Процесс чтения начинается со зрительного восприятия, различения и узнавания букв. В дальнейшем происходит соотнесение букв с соответствующими звуками и осуществляется воспроизведение звукопроизносительного образа слова, его прочитывание. И, наконец, вследствие соотнесения звуковой формы слова с его значением осуществляется понимание читаемого.

Как всякий навык, чтение в процессе своего формирования проходит ряд этапов, качественно своеобразных степеней. Каждый из них связан с предыдущим и последующим. Егоров выделяет следующие ступени формирования навыков чтения: 1) овладение звуко - буквенными обозначениями; 2) послоговое чтение; 3) становление синтетических приемов чтения; 4) синтетическое чтение.

Основными условиями успешного овладения навыком чтения являются: сформированность устной речи, фонетико - фонематической ее стороны (произношения, слуховой дифференциации фонем, фонематического анализа и синтеза), лексико - грамматического анализа и синтеза, лексико - грамматического строя, достаточное развитие пространственных представлений, зрительного анализа, синтеза и мнестиса.

- Терминология при нарушениях письменной речи в логопедии

В логопедии выделяют два вида нарушений. При нарушении продуктивного вида отмечаются расстройства письма, а при нарушении рецептивной письменной деятельности - расстройства чтения.

1) Дислексия - частичное специфическое нарушение процесса чтения. Проявляется в затруднениях опознания и узнавания букв; в затруднении слияния букв в слоги и слогов в слова, что приводит к неправильному воспроизведению звуковой формы слова; в аграмматизме и искажении понимания прочитанного.

По проявлениям различают два вида дислексии

А) Литеральная, проявляющаяся в неспособности или трудности усвоения букв.

Б) Вербальная, которая проявляется в трудностях чтения слов.

По нарушенным механизмам (Хватцев):

А) Фонематическая

Б) Оптическая

В) Оптико - пространственная

Г) Семантическая

Д) Мнестическая.

По нарушениям операций процесса чтения (Лалаева):

А) Фонематическая

Б) Семантическая

В) Аграмматическая

Г) Мнестическая

Д) Оптическая

Е) Тактильная (у слепых детей).

2) Дисграфия – частичное специфическое нарушение процесса письма. Проявляется в нестойкости оптико – пространственного образа буквы, в смешениях и пропусках букв, в искажениях звуко – слогового состава слова и структуры предложений.

Выделяют следующие виды дисграфии:

А) Артикуляторно – акустическая дисграфия («косноязычие в письме»).

Б) Акустическая дисграфия – на основе нарушений фонемного распознавания (лес – «лис»).

В) Дисграфия на почве нарушения языкового анализа и синтеза (школа – «кола»).

Г) Аграмматическая дисграфия – недоразвитие грамматического строя речи («много деревьев»).

Д) Оптическая дисграфия – связана с недоразвитием зрительного гнозиса, анализа и синтеза, пространственных представлений – замена и искажение букв при письме, зеркальное письмо (и – ш, э – е).

При литеральной дисграфии наблюдается нарушение узнавания и воспроизведения изолированных букв. При вербальной дисграфии изолированные буквы воспроизводятся правильно, однако при написании слова наблюдаются искажения, замены букв оптического характера.

3) Аграфия – несформированность процессов письма в ходе обучения.

Клиника дислексии

Ведущим проявлением дислексии являются трудности в узнавании слов и понимании написанной речи. Специфически затрудняется также перевод буквенных символов в фонематически обоснованные звучащие слова. Нарушения выявляются при обучении в школе. Темп чтения резко замедлен, понимание ограничено. Качественными нарушениями являются опущение, добавление и замена букв, искажение слов при чтении. Нарушается различение букв, имеющих внешнее сходство в написании, пациентам трудно определить место начала в предложении, поэтому они могут начинать читать текст с любого места. Слова и буквы могут переставляться местами в связи с недостаточным визуальным контролем и нечеткости установки на чтение в одном направлении. Плохо запоминаются названия букв и соответствующие им звуки, недостаточно понимается смысл предложения. Утрачивается полнота и связность текстовой информации.

Отношение к учебе таких детей отрицательное. Им не нравится учиться, поскольку учеба снижает их самооценку и повышает тревожность. Часто у таких детей развивается ассоциальное (диссоциальное) поведение, поскольку ущемленная самооценка, тревога и чувство унижения проецируется во вне в виде агрессии.

Логопедами выделяются следующие аспекты механизмов нарушений чтения: 1) психологический аспект и 2) психолингвистический аспект.

Психологический аспект механизмов нарушений чтения включает: а) нарушения пространственных представлений и б) нарушения устной речи. Отмечено, что у детей с нарушениями чтения наблюдаются трудности ориентировки во всех пространственных направлениях, затруднения в определении правого и левого, верха и низа. Отмечается неточность в определении формы и величины. Несформированность оптико – пространственных представлений проявляется в рисовании, при составлении целого из частей при конструировании, в неспособности воспроизведения заданной формы. Выявляется и задержка в дифференциации правой и левой частей тела, поздняя латерализация и ее нарушение (левшество, смешанная доминанта). Помимо пространственных нарушений у детей с дислексией наблюдаются нарушения звукопроизношения, бедность словарного запаса, неточность в употреблении слов. Они неправильно оформляют свою речь, избегают сложных фраз, ограничиваются короткими предложениями, нарушается связность речи.

Психолингвистический аспект позволяет выделить следующие механизмы дислексии: 1) несформированность

сенсомоторных операций (зрительно - пространственный анализ букв и их сочетаний в слове); 2) несформированность языковых операций, операций со звуками, слогами, словами и предложениями в тексте (фонематический, морфологический, синтаксический уровень); 3) нарушение семантических операций (соотнесение со смыслом).

- Терапия дислексии

Терапевтическая эффективность психофармакологических средств, витаминов и диеты не очевидна. Улучшение поведения и концентрации внимания не всегда сопровождается улучшением школьных навыков. Преимуществом обладают поведенческие методы психотерапии и логопедические занятия.

Дисграфия

Операции процесса письма описаны Лурия в работе «Очерки психофизиологии письма». Письмо начинается с побуждения, мотива, задачи. Начальная мысль соотносится с определенной структурой предложения (1). В процессе письма пишущий должен сохранить нужный порядок написания фразы, сориентироваться на том, что он уже написал и что ему предстоит написать (2). Одной из сложнейших операций процесса письма является анализ звуковой структуры слова или проговаривания (3). Следующая операция - соотнесение выделенной из слова фонемы с определенным зрительным образом буквы, которая должна быть отдифференцирована от всех других, особенно от сходных графически (4). Моторная операция - воспроизведение с помощью движений руки зрительного образа буквы. Одновременно с движением руки осуществляется кинестетический контроль. По мере написания букв, слов кинестетический контроль подкрепляется зрительным контролем, чтением написанного.

Процесс письма в норме осуществляется на основе достаточного уровня сформированности определенных речевых и неречевых функций: слуховой дифференциации звуков, правильного их произношения, языкового анализа и синтеза, сформированности лексико - грамматической стороны речи, зрительного анализа и синтеза, пространственных представлений.

У детей с дисграфией отмечается несформированность многих высших психических функций: зрительного анализа и синтеза, пространственных представлений, слухо - произносительной дифференциации звуков речи, фонематического, слогового анализа и синтеза, деления предложений на слова, лексико - грамматического строя речи, расстройства памяти, внимания, сукцессивных и симультанных процессов, эмоционально - волевой сферы.

В МКБ-10 выделена рубрика F81.1 Изолированное расстройство правописания (дисграфия). Расстройство выявляется преимущественно у мальчиков (4:1). Достоверная этиология неизвестна.

- Клиника дисграфии

Расстройство выявляется с началом обучения в школе или позже. Письменная речь изобилует грамматическими и стилистическими ошибками. Характерны множественные зачеркивания и переписывание текста. Орфографические ошибки могут быть специфическими. С возрастом выявляется примитивность письменной продукции по сравнению с письменной продукцией сверстников. Выявляется неспособность адекватно облечь мысли в предложения и составить связный текст.

Поведение в школе нарушено в связи с плохой дисциплиной и отсутствием интереса к учебе, связанной с письменными заданиями. Сниженная самооценка, отчуждение от сверстников, депрессия приводят к диссоциальному поведению с агрессивностью. Высока коморбидность дисграфии с другими расстройствами психологического развития и расстройствами социального поведения.

- Терапия дисграфии

Основными методами терапии являются поведенческие. Важным является индивидуализация обучающих программ с формированием мотивации ребенка к обучению

Методика логопедической работы по устранению нарушений письменной речи

Выделяется два этапа работы:

- Предварительный этап — последовательно уточняется произносительный и слуховой образ каждого из смешиваемых звуков.
- Этап слуховой и произносительной дифференциации смешиваемых звуков — проводится сопоставление смешиваемых звуков в произносительном и слуховом плане.

Устранению артикуляционно - акустической дисграфии предшествует работа по коррекции нарушений

звукопроизношения. При устранении дислексии и дисграфии каждый из звуков в процессе работы соотносится с определенной буквой. При коррекции дисграфии важное значение имеют письменные упражнения, закрепляющие дифференциацию звуков.

При устранении оптической дислексии и дисграфии рекомендуются такие занятия, как называние контурных изображений предметов, использование перечеркнутых контурных изображений, выделение контурных изображений, наложенных друг на друга. Выясняются представления испытуемых о форме, цвете, величине геометрических фигур. Различение смешиваемых букв проводится в следующей последовательности: дифференциация изолированных букв, букв в слогах, словах, в предложениях, тексте.

Таким образом, при нарушении письменной речи у детей, логопедическая терапия носит индивидуальный и дифференцированный характер в зависимости от механизмов нарушения, его симптоматики, структуры дефекта и психологических особенностей пациента.

F81.2 Расстройство счета (дискалькулия, синдром Герстмана)

Дискалькулия (расстройство счета) выявляется у 6 % детей школьного возраста. Предполагаемая причина - корковый правополушарный дефицит, ответственный за переработку зрительно - пространственной информации.

- Клиника дискалькулии

Нарушения проявляются с самого начала обучения в школе и проявляются в затруднениях сложения даже однозначных чисел. Вызывают затруднения и деятельность, связанная с математическим и пространственным мышлением. Может быть нарушена перцепция цифр или математических символов. Трудности выявляются при попытках усвоить абстрактные символы или выявить последовательность операций.

Дискалькулия может сочетаться с нарушением внимания, патологией речи и эмоционально - поведенческими расстройствами.

Терапия должна проводиться с учетом индивидуальных особенностей пациента.

9. Вопросы по теме занятия

1. Условия успешного освоения школьных навыков.

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.2, ПК-3.2, ПК-4.2

2. Терминология при нарушениях письменной речи в логопедии.

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.2, ПК-3.2, ПК-4.2

3. Клиника дислексии.

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.2, ПК-3.2, ПК-4.2

4. Дисграфия.

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.2, ПК-3.2, ПК-4.2

5. Методика логопедической работы по устранению нарушений письменной речи.

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.2, ПК-3.2, ПК-4.2

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ В СОДЕРЖАНИЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВКЛЮЧЕНЫ СПЕЦИФИЧЕСКИЕ УЧЕБНЫЕ ПРЕДМЕТЫ:

- 1) для формирования представления о необходимом уровне образования;
- 2) для преодоления последствий первичных нарушений развития;
- 3) для организации индивидуального подхода к детям;
- 4) специальные предметы не включаются;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.2, ПК-3.2, ПК-4.2

2. ПРОЦЕСС И РЕЗУЛЬТАТ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ЧЕЛОВЕКУ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ПРАВ И РЕАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ УЧАСТВОВАТЬ ВО ВСЕХ ВИДАХ И ФОРМАХ ЖИЗНИ НАРАВНЕ И ВМЕСТЕ С ОСТАЛЬНЫМИ ЧЛЕНАМИ ОБЩЕСТВА В УСЛОВИЯХ, КОМПЕНСИРУЮЩИХ ЕМУ ОТКЛОНЕНИЯ В РАЗВИТИИ - ЭТО:

- 1) дифференциация;
- 2) интеграция;
- 3) сегрегация;
- 4) адаптация;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.2, ПК-3.2, ПК-4.2

3. КАКАЯ ГРУППА ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НЕ ВЫДЕЛЯЕТСЯ В ОТДЕЛЬНУЮ КАТЕГОРИЮ:

- 1) с нарушением зрения;
- 2) с умственной отсталостью;
- 3) с психоэмоциональными нарушениями;
- 4) дети с синдромом Дауна;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.2, ПК-3.2, ПК-4.2

4. ДЛЯ ПРЕОДОЛЕНИЯ НЕДОСТАТКОВ РАЗВИТИЯ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ВСЕХ КАТЕГОРИЙ ЛИЦ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ:

- 1) вносятся изменения в содержание общеобразовательных предметов, вводятся пропедевтические разделы;
- 2) дети направляются на надомное обучение;
- 3) уменьшаются сроки обучения в образовательном учреждении;
- 4) нет правильного ответа;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.2, ПК-3.2, ПК-4.2

5. ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ НАДОМНОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

- 1) педагога;
- 2) медицинского учреждения;
- 3) логопеда;
- 4) психолога;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.2, ПК-3.2, ПК-4.2

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. У Димы Л. (2 года 3 месяца) после зачисления в дошкольную группу массового детского сада было обнаружено отставание в социальном развитии и предметно-игровой деятельности при достаточно хорошем уровне познавательного и физического развития. Кроме того, он имел низкий уровень понимания обращенной речи, а его самостоятельная речь была представлена отдельными звукоподражаниями и не соотнесенным лепетом.

Вопрос 1: Каковы возможные причины такого психофизического развития ребенка? Назовите варианты психофизического развития детей с нарушенным слухом раннего возраста.;

Вопрос 2: Какой из вариантов психофизического развития может быть присущ Диме Л.?.;

1) Причинами такого психофизического развития ребенка могут быть только сенсорные нарушения. Исключены интеллектуальные отклонения, поскольку в задаче говорится о достаточно хорошем познавательном развитии. Вероятней всего – это нарушение слуха, которое необходимо подтвердить или опровергнуть при помощи объективных и субъективных методов исследования слуха.;

2) Сопоставление уровней социального, познавательного, физического развития, а также предметно-игровой деятельности позволяет выделить следующие варианты психофизического развития: Гармоничное психофизическое развитие, при котором достижения детей по всем основным показателям достаточно высоки, а по некоторым наблюдается опережающий темп развития. Отставание в психофизическом развитии, при котором наблюдается отставание по всем основным линиям развития. Неравномерное психофизическое развитие, при котором в одних линиях развития достигает результатов, соответствующих его возрасту, или даже опережает своих сверстников, а в других несколько отстает в развитии. Этот вариант наиболее часто характеризует детей с нарушениями слуха. Скорее всего, именно этот вариант присущ Диме Л.;

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.2, ПК-3.2, ПК-4.2

2. Семья, имеющая 8-летнюю дочь с ДЦП, проживает в пригороде. Девочка замкнута, контакты со сверстниками ограничены. Сельскую школу не посещает. Родители считают, что обучение среди нормально развивающихся сверстников может ей навредить. Девочка выражает желание учиться в школе.

Вопрос 1: Какой путь обучения можно предложить?;

Вопрос 2: Какую роль могут выполнять родители?;

1) В данной ситуации может быть предложено надомное обучение по рекомендованной в коллегиальном заключении программе.;

2) Родители выполняют роль тьюторов и гарантов реализации особых образовательных потребностей дочери.;

Компетенции: ПК-1.2, ПК-2.2, ПК-3.2, ПК-4.2

12. Примерная тематика НИРС по теме

1. Основные концепции Л.С. Выготского об аномальном детстве как методологическая основа науки.

2. Клиническая типология нарушений речи.

13. Рекомендованная литература по теме занятия

- **обязательная:**

Козырева, О. А. [Современные проблемы науки и специального \(дефектологического\) образования](#) : учебник / О. А. Козырева. - 2-е изд. - Москва : Юрайт, 2023. - 211 с. - Текст : электронный.

1. Тема № 6. Диагностика и терапия развития двигательных функций. (в интерактивной форме) (Компетенции: ПК-2.3, ПК-3.2, ПК-5.2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: репродуктивный, метод проблемного изложения, частично-поисковый (эвристический)

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): знакомство с методологическим инструментарием диагностики и терапии развития двигательных функций.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** инструментарий диагностики развития ребенка с овз и разработки компонентов аооп и сипр (в соответствии с направленностью (профилем) пооп); инструментарий (в том числе икт) мониторинга результативности освоения аооп и сипр и их корректировки на основе результатов мониторинга., методологию психологического исследования и диагностический инструментарий обследования обучающихся., специфику инклюзивного образования и осуществлять на этой основе психолого-педагогическое просвещение педагогов, преподавателей, администрации образовательной организации и родителей (законных представителей)., **уметь** осуществлять диагностику развития ребенка с овз и корректировку программ на основе результатов мониторинга., осуществлять подбор диагностического инструментария и методов, адекватных целям исследования и возможностям конкретного обучающегося; проводить диагностическое обследование обучающихся, включая интерпретацию результатов; планировать и корректировать задачи коррекционно-развивающей работы по результатам мониторинга с учетом индивидуальных особенностей развития каждого ребенка и выбранного индивидуального образовательного маршрута в условиях инклюзивного образования., осуществлять психолого-педагогическое просвещение педагогов, преподавателей, администрации образовательной организации и родителей (законных представителей); составлять рекомендации для педагогов и родителей (законных представителей) и педагогических работников., **владеть** инструментарием и методами (в том числе икт) диагностики развития ребенка с овз и разработки компонентов аооп и сипр (в соответствии с направленностью (профилем) пооп); инструментарием и методами (в том числе икт) мониторинга результативности освоения аооп и сипр и их корректировки на основе результатов мониторинга., инструментарием диагностического обследования обучающихся с учетом индивидуальных особенностей развития каждого ребенка; навыками разработки коррекционно-развивающих программ с учетом результатов обследования и выбранного индивидуального образовательного маршрута в условиях инклюзивного образования., навыками работы с педагогами, администрацией образовательной организации и родителей (законных представителей); составления рекомендаций для педагогов и родителей (законных представителей) и педагогических работников.

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** тренинговая аудитория 206

- **оснащение занятия:** ноутбук, проектор, экран

7. Структура содержания темы (хронокарта)

Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия.	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся.
2	Формулировка темы и целей.	5.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия.
3	Контроль исходного уровня знаний и умений.	20.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	20.00	Изложение основных положений темы (ориентировочная основа деятельности).
5	Самостоятельная работа (работа в группах, парах) для усвоения изучаемой темы.	30.00	Проведение психодиагностических исследований.
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно).	10.00	Тесты по теме, ситуационные задачи.
	ВСЕГО	90	

8. Аннотация (краткое содержание темы)

Главный признак регуляции движений – это интеграция регулирующих процессов, с помощью которых движения более или менее непрерывно приспособляются к окружающему миру, и автономных процессов, которые чаще всего обозначаются понятием регуляции посредством двигательной программы. Сущность регуляторных процессов проявляется в двигательных расстройствах, возникающих при искажении сенсорной обратной связи.

Регуляция движений заключается в том, что движение сначала «пересчитывается в дистальном отношении». Объекты локализируются в пространстве, и отклонение руки от желаемого объекта регистрируется как пространственное расстояние. Соотношение между моторной командой мышцам и получающимся в результате движением – это трансформация тела; для успешного управления движением она должна быть инвертирована.

Расстройства при овладении трансформацией тела являются, как правило, расстройствами координации : различные мышцы не согласуются между собой в должном временном или силовом соотношении. По психофизиологическим механизмам расстройства моторики можно выделить следующим образом.

- Расстройства вызова моторной программы (инициирование):

А) Недоступные программы (апраксия);

Б) Непроизвольный вызов программ (тики);

В) Неселективный вызов программ (гиперкинетические расстройства, имитационные действия Лермитта - «чужая рука»).

- Расстройства выполнения движений

А) Расстройства программы управления (синдром Паркинсона);

Б) Расстройства регуляции (оптическая атаксия);

В) Расстройства координации.

В МКБ-10 выделяется F82 Специфическое расстройство развития двигательных функций (диспраксия). Распространенность диспраксии составляет около 6 % у детей в возрасте от 5 до 11 лет.

Признаки расстройства проявляются по мере взросления ребенка. По сравнению со сверстниками у этих детей задерживаются нормальные этапы двигательного развития. В возрасте 2-х - 4-х лет обращают на себя внимание их неловкость и неуклюжесть. Походка этих детей неустойчивая, с частыми падениями. Дети берут и роняют различные предметы, не могут освоить навыки самообслуживания - одеваться, самостоятельно есть, играть в мануальные игры.

У больных с диспраксией имеется высокая коморбидность с расстройствами речи, эмоциональными и поведенческими расстройствами. Выраженные признаки диспраксии приводят к изоляции от сверстников и нарушениям социальной адаптации.

В терапии диспраксии используются разнообразные нейрофизиологические техники тренировки перцептуально - двигательных навыков. Следует учитывать коморбидность и проводить комплексную терапию, направленную на устранение речевых, аффективных и поведенческих расстройств.

В рубрике МКБ-10 F95 выделяются «Тикозные расстройства».

F95.0 Транзиторное тикозное расстройство

Тики встречаются у 5-25 % детей школьного возраста, преимущественно у мальчиков (3:1) в возрасте 7-11 лет.

Тик представляет собой произвольное, внезапное, быстрое, повторяемое, неритмичное, стереотипное движение или вокализацию. Транзиторные тики носят чаще двигательный характер - мигание, подергивания лицевых мышц, языка, нижней челюсти, мышц шеи. Возможны дыхательные и голосовые тики. Впервые начавшись в возрасте 2-х лет тики с годами проходят, возобновляясь в состоянии психического напряжения.

В терапии транзиторного тикозного расстройства используются поведенческие техники декондиционирования с релаксацией. В части случаев определенную помощь могут оказать низкие дозы психотропных средств - атарактиков и малых нейрорептиков.

F95.1 Хроническое двигательное или голосовое тикозное расстройство

Для диагностики хронического двигательного или голосового тикозного расстройства состояние должно соответствовать следующим признакам:

1. двигательные или голосовые тики, но не и то, и другое, появляющиеся в разное время дня на протяжении не менее одного года;
2. отсутствие за последний год ремиссий продолжительностью свыше двух месяцев;
3. отсутствие в анамнезе синдрома Туретта и указаний на органическую патологию или прием медикаментов;

4. начало в возрасте до 18 лет.

Терапевтическая стратегия: биологическая психофармакотерапия, поведенческая, индивидуальная и семейная психотерапия

F95.2 Комбинированные голосовые и множественные двигательные тики (синдром Туретта)

Распространенность синдрома Жиль де ла Туретта составляет 3-5 случаев на 10 000 популяции. Преобладают мальчики (3:1). Заболевание имеет генетическую основу предрасположенности. Аутосомная доминантная наследственная передача обеспечивается специфическим геном. Половой диморфизм проявляется в большей пенетрантности гена у мужчин, а также в том, что те самые генетические механизмы у женщин способствуют появлению обсессивно - фобического расстройства. У больных с синдромом Туретта обнаружены патологические уровни нейротрансмиттеров и повышенный метаболизм глюкозы в зонах базальных ганглиев.

Заболевание развивается постепенно. Появлению тиков предшествуют продромальные симптомы: низкая толерантность к эмоциональному напряжению, раздражительность, расстройства внимания. Заболевание манифестирует в возрасте 7-8 лет. Наиболее типичные тики - мигание, подергивание головы или лицевая гримаса. В дальнейшем присоединяются тики верхней части туловища. Типичны следующие патологические движения: вращение глазных яблок, сморщивание носа, круговые движения головой, щелканье, покашливание, выплевывание, подергивание плечами. В выраженных случаях тики могут приводить к самоповреждениям. Сложные двигательные расстройства могут проявляться в виде эхокинеза - имитации движений окружающих. Голосовые тики появляются и постепенно усложняются в 11-12 лет и часто сочетаются с навязчивостями. Сложные голосовые тики включают повторение неадекватных или контрастных слов и фраз, повторение собственных слов (палилалия), повторение слов и фраз окружающих (эхолалия), использование ненормативной лексики (копролалия). Позднее копролалия может замещаться неприличными жестами - копропраксией.

Двигательные тики могут быть временно подавлены, но эти волевые усилия приводят к нарастанию внутреннего напряжения. Тики учащаются при эмоциональном возбуждении, утомлении, в ситуациях, требующих повышенного социального контроля.

Синдром Туретта коморбиден гиперактивности, обсессивно - компульсивным расстройствам, импульсивным и поведенческим нарушениям. Социальная адаптация больных и их самооценка снижены.

Терапия

Без лечения расстройство имеет хроническое ундулирующее течение с тенденцией к затуханию. Необходимо информировать родителей о характере заболевания или вовлекать их в семейную психотерапию. Поведенческая психотерапия при синдроме Туретта малоэффективна вследствие природы заболевания.

В биологической терапии используют нейролептики (галоперидол и пимозид) для однократного приема на ночь. Применение антипсихотических препаратов нового поколения требует осмысления при условии накопления клинического опыта.

В рубрике F98 «Другие поведенческие и эмоциональные расстройства с началом в детском и подростковом возрасте выделены F98.4 «Стереотипные двигательные расстройства».

Транзиторные стереотипии отмечаются у 15-20 % детей в популяции. Транзиторные стереотипии чаще наблюдаются у мальчиков и у умственно отсталых детей. Предполагается органическая природа расстройства.

Клиническая картина стереотипных двигательных расстройств полиморфна и изменчива во времени. Меняется также ритм и частота эпизодов расстройства. Примерами стереотипий могут быть раскачивание тела, качание головой, манипуляции с волосами, скрежет зубами или задержка дыхания. Самоповреждения могут наноситься в результате таких стереотипий, как удары головой, удары рукой по лицу, тыканье пальцев в глаза, царапанье и кусание рук, губ и других частей тела. Битье головой может наблюдаться во второй половине первого года жизни ребенка и не имеет целью привлечения внимания. К 4-х летнему возрасту интенсивность стереотипий может уменьшаться, рецидивы наблюдаются в условиях эмоционального стресса. Прогноз стереотипных двигательных расстройств хуже при сочетании с умственной отсталостью.

Терапия направлена на уменьшение вреда от повреждений, на создание адекватной психофизической стимуляции. Результативными являются методы поведенческой и аверсивной терапии. При выраженных расстройствах показано применение мягких нейролептиков.

9. Вопросы по теме занятия

1. Какие основные антропометрические показатели необходимо измерить для мышечного компонента?

Компетенции: ПК-2.3, ПК-3.2, ПК-5.2

2. Что такое соматотип?

Компетенции: ПК-2.3, ПК-3.2, ПК-5.2

3. Классификация расстройств по психофизиологическим механизмам расстройства моторики.

Компетенции: ПК-2.3, ПК-3.2, ПК-5.2

4. Терапевтическая стратегия при каждом типе расстройств.

Компетенции: ПК-2.3, ПК-3.2, ПК-5.2

5. Виды и особенности терапии.

Компетенции: ПК-2.3, ПК-3.2, ПК-5.2

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ В СОДЕРЖАНИЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВКЛЮЧЕНЫ СПЕЦИФИЧЕСКИЕ УЧЕБНЫЕ ПРЕДМЕТЫ:

- 1) для формирования представления о необходимом уровне образования;
- 2) для преодоления последствий первичных нарушений развития;
- 3) для организации индивидуального подхода к детям;
- 4) специальные предметы не включаются;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-2.3, ПК-3.2, ПК-5.2

2. ПРОЦЕСС И РЕЗУЛЬТАТ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ЧЕЛОВЕКУ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ПРАВ И РЕАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ УЧАСТВОВАТЬ ВО ВСЕХ ВИДАХ И ФОРМАХ ЖИЗНИ НАРАВНЕ И ВМЕСТЕ С ОСТАЛЬНЫМИ ЧЛЕНАМИ ОБЩЕСТВА В УСЛОВИЯХ, КОМПЕНСИРУЮЩИХ ЕМУ ОТКЛОНЕНИЯ В РАЗВИТИИ - ЭТО:

- 1) дифференциация;
- 2) интеграция;
- 3) сегрегация;
- 4) адаптация;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-2.3, ПК-3.2, ПК-5.2

3. КАКАЯ ГРУППА ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НЕ ВЫДЕЛЯЕТСЯ В ОТДЕЛЬНУЮ КАТЕГОРИЮ:

- 1) с нарушением зрения;
- 2) с умственной отсталостью;
- 3) с психоэмоциональными нарушениями;
- 4) дети с синдромом Дауна;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-2.3, ПК-3.2, ПК-5.2

4. ДЛЯ ПРЕОДОЛЕНИЯ НЕДОСТАТКОВ РАЗВИТИЯ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ВСЕХ КАТЕГОРИЙ ЛИЦ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ:

- 1) вносятся изменения в содержание общеобразовательных предметов, вводятся пропедевтические разделы;
- 2) дети направляются на надомное обучение;
- 3) уменьшаются сроки обучения в образовательном учреждении;
- 4) нет правильного ответа;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-2.3, ПК-3.2, ПК-5.2

5. ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ НАДОМНОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

- 1) педагога;
- 2) медицинского учреждения;
- 3) логопеда;
- 4) психолога;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-2.3, ПК-3.2, ПК-5.2

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. После тяжелого ДТП Миша С. 14 лет получил 1 группу инвалидности. Теперь Миша и передвигается исключительно на инвалидном кресле с посторонней помощью. Перед родителями встал вопрос о дальнейшем обучении Миши. Родители обратились в школу по своему микрорайону и получили отказ. Причиной отказа было отсутствие в школе пандусов, поручней и специально оборудованной санитарной комнаты

Вопрос 1: Законны ли такие действия администрации школы?;

Вопрос 2: Могут ли принять на обучение ребенка указанной категории без отсутствия необходимых условий?;

1) Администрация школы не имеет оснований для отказа. В пункте 4 ст.79 ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" 273 от 29.12.2012г. говорится о том, что образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано совместно с другими обучающимися.;

2) Могут, если родители ребенка дают письменное согласие на обучение их ребенка без необходимых условий (поручни, пандусы и т.д.). В этом случае должны быть оговорены сроки, в которые необходимые условия будут предоставлены образовательной организацией ребенку с ОВЗ.;

Компетенции: ПК-2.3, ПК-3.2, ПК-5.2

2. Семья, имеющая 8-летнюю дочь с ДЦП, проживает в пригороде. Девочка замкнута, контакты со сверстниками ограничены. Сельскую школу не посещает. Родители считают, что обучение среди нормально развивающихся сверстников может ей навредить. Девочка выражает желание учиться в школе.

Вопрос 1: Какой путь обучения можно предложить?;

Вопрос 2: Какую роль могут выполнять родители?;

1) В данной ситуации может быть предложено надомное обучение по рекомендованной в коллегиальном заключении программе.;

2) Родители выполняют роль тьюторов и гарантов реализации особых образовательных потребностей дочери.;

Компетенции: ПК-2.3, ПК-3.2, ПК-5.2

12. Примерная тематика НИРС по теме

1. Основные концепции Л.С. Выготского об аномальном детстве как методологическая основа науки.

2. Синонимический ряд понятия аномальный ребенок. Причины детских аномалий. Роль биологических и социальных факторов в проявлении дефектов психофизического развития.

3. Процесс компенсации и резервные возможности высшей нервной деятельности человека. Закон Л.С. Выготского: превращения минуса дефекта в плюс компенсации.

13. Рекомендованная литература по теме занятия

- **обязательная:**

Козырева, О. А. [Современные проблемы науки и специального \(дефектологического\) образования](#) : учебник / О. А. Козырева. - 2-е изд. - Москва : Юрайт, 2023. - 211 с. - Текст : электронный.

- **дополнительная:**

[Лечебная педагогика в дошкольной дефектологии](#) : учебник и практикум для вузов / ред. Н. В. Микляева. - Москва : Юрайт, 2023. - 521 с. - Текст : электронный.

Выготский, Л. С. [Основы дефектологии](#) / Л. С. Выготский. - Москва : Юрайт, 2023. - 332 с. - Текст : электронный.

[Медико-биологические основы дефектологии](#) : учебное пособие для вузов / Р. И. Айзман, М. В. Иашвили, А. В. Лебедев, Н. И. Айзман ; отв. ред. Р. И. Айзман. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 224 с. - Текст : электронный.

Щербакова, Н. Н. [Основы речевой культуры дефектолога](#) : учебное пособие для вузов / Н. Н. Щербакова. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 137 с. - Текст : электронный.

- **электронные ресурсы:**

Курс лекций по дефектологии
(<https://yandex.ru/video/preview/?text=%D0%B4%D0%B5%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D>)

1. Тема № 7. Диагностика и терапия гиперкинетических расстройств. (в интерактивной форме) (Компетенции: ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, частично-поисковый (эвристический)

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): знакомство с методологическим инструментарием диагностики и терапии гиперкинетических расстройств.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** методологию психологического исследования и диагностический инструментарий обследования обучающихся., нормативно-правовые документы по профилю деятельности; методологию психолого-педагогического исследования в области инклюзивного образования., специфику инклюзивного образования и осуществлять на этой основе психолого-педагогическое просвещение педагогов, преподавателей, администрации образовательной организации и родителей (законных представителей)., **уметь** осуществлять подбор диагностического инструментария и методов, адекватных целям исследования и возможностям конкретного обучающегося; проводить диагностическое обследование обучающихся, включая интерпретацию результатов; планировать и корректировать задачи коррекционно-развивающей работы по результатам мониторинга с учетом индивидуальных особенностей развития каждого ребенка и выбранного индивидуального образовательного маршрута в условиях инклюзивного образования., проводить анализ литературных источников и нормативно-правовых документов; планировать прикладные психолого-педагогические исследования в области инклюзивного образования, осуществлять самостоятельный выбор методик, соответствующий исследовательским задачам, выбирать средства анализа и обработки данных; подготавливать научные отчеты, публикации, презентации., осуществлять психолого-педагогическое просвещение педагогов, преподавателей, администрации образовательной организации и родителей (законных представителей); составлять рекомендации для педагогов и родителей (законных представителей) и педагогических работников., **владеть** инструментарием диагностического обследования обучающихся с учетом индивидуальных особенностей развития каждого ребенка; навыками разработки коррекционно-развивающих программ с учетом результатов обследования и выбранного индивидуального образовательного маршрута в условиях инклюзивного образования., навыками анализа литературных источников и нормативно-правовых документов; планирования прикладных психолого-педагогических исследований в области инклюзивного образования, осуществления самостоятельного выбора методик, соответствующих исследовательским задачам, выбора средств анализа и обработки данных; подготовки научных отчетов, публикаций, презентаций., навыками работы с педагогами, администрацией образовательной организации и родителей (законных представителей); составления рекомендаций для педагогов и родителей (законных представителей) и педагогических работников.

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** тренинговая аудитория 206

- **оснащение занятия:** ноутбук, проектор, экран

7. Структура содержания темы (хронокарта)

Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия.	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся.
2	Формулировка темы и целей.	5.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия.
3	Контроль исходного уровня знаний и умений.	20.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	20.00	Изложение основных положений темы (ориентировочная основа деятельности).
5	Самостоятельная работа (работа в группах, парах) для усвоения изучаемой темы.	30.00	Проведение психодиагностических исследований.
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно).	10.00	Тесты по теме, ситуационные задачи.
	ВСЕГО	90	

8. Аннотация (краткое содержание темы)

Уровень распространенности гиперкинетического расстройства колеблется от 1 до 6 % в зависимости от этнических и социокультуральных условий. Этиология гиперкинетического расстройства многообразна, хотя одной из важнейших этиологических причин является минимальная мозговая дисфункция. Предполагается, что возникновению расстройства может способствовать повреждение нервной ткани на субклиническом уровне в виде нейрциркуляторных, нейроэндокринных, интоксикационных нарушений. Предрасполагающими факторами могут быть эмоциональная или психосоциальная депривация и дефицит питания.

Жалобы на состояние здоровья обычно не предъявляются. Дети с раннего возраста обнаруживают чрезмерную подвижность. Нарушения моторики характеризуется не только гиперактивностью, но и невозможностью модулировать активность в соответствии с социальными и школьными требованиями.

Нарушения внимания проявляются в отсутствии контакта взглядом и в том, что ребенок «не слушает» назиданий. Ребенок импульсивен и не может прогнозировать последствия своих поступков, что приводит к нарушениям дисциплины или к асоциальным поступкам. Аффект у таких детей может быть напряженным и лабильным. В подростковом возрасте превалирует не моторная гиперактивность, а трудности в обучении, связанные с нарушением внимания. Лонгитудинальные исследования свидетельствуют, что у 25 % взрослых, имевших в детстве гиперкинетические расстройства, выявляются асоциальные (диссоциальные) расстройства.

В МКБ-10 выделяют следующие диагностические признаки гиперкинетического расстройства.

1. Нарушения внимания . В течение не менее шести месяцев должно наблюдаться не менее шести признаков данной группы в выраженности, несовместимой с нормальным этапом развития ребенка. Дети:

- А) не в состоянии выполнить школьное или иное задание без ошибок, вызванных невнимательностью к деталям;
 - Б) нередко не в состоянии довести до конца выполняемую работу или игру;
 - В) часто не слушают, что им говорят;
 - Г) обычно не могут следовать разъяснениям, необходимым для выполнения школьных или иных заданий, но не вследствие оппозиционного поведения или того, что не поняли инструкции;
 - Д) часто не в состоянии правильно организовать работу;
 - Е) избегают нелюбимую работу, требующую настойчивости и усидчивости;
 - Ж) часто теряют предметы, необходимые для выполнения каких-либо заданий (письменные принадлежности, книги, игрушки, инструменты);
- 3) обычно отвлекаемы внешними стимулами;
- И) часто забывчивы в повседневной деятельности.

2. Гиперактивность. В продолжение не менее шести месяцев отмечается, по меньшей мере, три из признаков данной группы в выраженности, не соответствующей данному этапу развития ребенка. Дети:

- А) часто размахивают руками и ногами или вертятся на сидениях;
- Б) покидают свое место в классной комнате или других ситуациях, в которых ожидается усидчивость;
- В) бегают вокруг или карабкаются куда-либо в неадекватных для этого ситуациях;
- Г) часто шумны в играх или неспособны к тихому времяпрепровождению;
- Д) демонстрируют стойкий рисунок излишней двигательной активности, неконтролируемой социальным контекстом или запретами.

3. Импульсивность. В продолжение не менее шести месяцев наблюдается не менее одного из признаков данной группы в выраженности, не соответствующей данному этапу развития ребенка. Дети:

- А) часто выскакивают с ответом, не дослушав вопроса;
- Б) часто не могут дождаться своей очереди в играх или групповых ситуациях;
- В) часто перебивают или мешают другим (например, вмешиваясь в разговор или игру);
- Г) часто излишне многословны, не реагируют адекватно на социальные ограничения.

4. Начало расстройства в возрасте до 7 лет.

5. Выраженность симптомов: объективная информация о гиперкинетическом поведении должна быть получена из более, чем одной сферы постоянного наблюдения (например, не только дома, но и в школе или клинике), т. к. рассказы родителей о поведении в школе могут быть недостоверны.

6. Симптомы вызывают отчетливые нарушения социального, учебного или производственного функционирования.
7. Состояние не соответствует критериям общих расстройств развития (F84), аффективного эпизода(F3) или тревожного расстройства (F41).

Терапия

1. Оптимизация условий обучения в малой группе.
2. Поведенческая терапия.
3. Когнитивная терапия.
4. Биологическая терапия: риталин, декседрин, цилерт, антидепрессанты.

Наибольшей эффективностью обладает биологическая терапия, дающая 75 % эффект.

Поведенческая терапия при гиперактивности не специфична. Чаще всего речь идет о вариантах ситуативного управления и целенаправленном лишении поощрения спокойного поведения. Более специфическое мероприятие для концентрации внимания при управлении действием – ограничение, или «обеднение», окружающего мира ребенка. Выработка дополнительных сигналов для желательного поведения включает тренинг самоинструирования. В ходе тренинга громкое произнесение вслух может заменяться шепотом или «внутренней речью». На практике применяется комбинация различных методов.

9. Вопросы по теме занятия

1. Определите задачи у пациента с ишемическим инсультом на стационарном этапе.
Компетенции: ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2
2. Назовите основные приказы, регламентирующие деятельность спортивно-физкультурной службы.
Компетенции: ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2
3. Этиология гиперкинетического расстройства.
Компетенции: ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2
4. Диагностические признаки гиперкинетического расстройства по МКБ-10.
Компетенции: ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2
5. Терапия гиперкинетического расстройства.
Компетенции: ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ДЛЯ ПРЕОДОЛЕНИЯ НЕДОСТАТКОВ РАЗВИТИЯ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ВСЕХ КАТЕГОРИЙ ЛИЦ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ:

- 1) вносятся изменения в содержание общеобразовательных предметов, вводятся пропедевтические разделы;
- 2) дети направляются на надомное обучение;
- 3) уменьшаются сроки обучения в образовательном учреждении;
- 4) нет правильного ответа;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

2. УКАЖИТЕ ВИДОВОЙ ПОРЯДКОВЫЙ НОМЕР ШКОЛ (ИНТЕРНАТОВ) ДЛЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА:

- 1) 5;
- 2) 6;
- 3) 7;
- 4) 8;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

3. ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ НАДОМНОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

- 1) педагога;
- 2) медицинского учреждения;
- 3) логопеда;
- 4) психолога;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

4. УКАЖИТЕ ВИДОВОЙ ПОРЯДКОВЫЙ НОМЕР ШКОЛ (ИНТЕРНАТОВ) ДЛЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-

ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА:

- 1) 5;
- 2) 6;
- 3) 7;
- 4) 8;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

5. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ ПОЗВОЛИЛИ ВЫДЕЛИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: СЛАБОСТЬ ЗАМКАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА, НЕДОСТАТОЧНУЮ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОСТЬ УСЛОВНО-РЕФЛЕКТОРНЫХ СВЯЗЕЙ,.. (УКАЖИТЕ НЕДОСТАЮЩИЕ):

- 1) нарушение взаимодействия первой и второй сигнальных систем;
- 2) преобладание охранительного торможения;
- 3) инертность нервных процессов;
- 4) все ответы верны;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. После тяжелого ДТП Миша С. 14 лет получил 1 группу инвалидности. Теперь Миша и передвигается исключительно на инвалидном кресле с посторонней помощью. Перед родителями встал вопрос о дальнейшем обучении Миши. Родители обратились в школу по своему микроучастку и получили отказ. Причиной отказа было отсутствие в школе пандусов, поручней и специально оборудованной санитарной комнаты

Вопрос 1: Законны ли такие действия администрации школы?;

Вопрос 2: Могут ли принять на обучение ребенка указанной категории без отсутствия необходимых условий?;

- 1) Администрация школы не имеет оснований для отказа. В пункте 4 ст.79 ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" 273 от 29.12.2012г. говорится о том, что образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано совместно с другими обучающимися.;
- 2) Могут, если родители ребенка дают письменное согласие на обучение их ребенка без необходимых условий (поручни, пандусы и т.д.). В этом случае должны быть оговорены сроки, в которые необходимые условия будут предоставлены образовательной организацией ребенку с ОВЗ.;

Компетенции: ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

2. Семья, имеющая 8-летнюю дочь с ДЦП, проживает в пригороде. Девочка замкнута, контакты со сверстниками ограничены. Сельскую школу не посещает. Родители считают, что обучение среди нормально развивающихся сверстников может ей навредить. Девочка выражает желание учиться в школе.

Вопрос 1: Какой путь обучения можно предложить?;

Вопрос 2: Какую роль могут выполнять родители?;

- 1) В данной ситуации может быть предложено надомное обучение по рекомендованной в коллегиальном заключении программе.;
- 2) Родители выполняют роль тьюторов и гарантов реализации особых образовательных потребностей дочери.;

Компетенции: ПК-3.2, ПК-4.2, ПК-5.2

12. Примерная тематика НИРС по теме

1. Социальное значение дефектологии.

2. Пределы компенсации для разных форм дефектного развития. Условия успешного протекания компенсаторных процессов.

13. Рекомендованная литература по теме занятия

- **обязательная:**

Козырева, О. А. [Современные проблемы науки и специального \(дефектологического\) образования](#) : учебник / О. А. Козырева. - 2-е изд. - Москва : Юрайт, 2023. - 211 с. - Текст : электронный.

- **дополнительная:**

[Лечебная педагогика в дошкольной дефектологии](#) : учебник и практикум для вузов / ред. Н. В. Микляева. - Москва : Юрайт, 2023. - 521 с. - Текст : электронный.

Выготский, Л. С. [Основы дефектологии](#) / Л. С. Выготский. - Москва : Юрайт, 2023. - 332 с. - Текст : электронный.

[Медико-биологические основы дефектологии](#) : учебное пособие для вузов / Р. И. Айзман, М. В. Иашвили, А. В. Лебедев, Н. И. Айзман ; отв. ред. Р. И. Айзман. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 224 с. - Текст : электронный.

- **электронные ресурсы:**

К у р с лекц ий по дефектологии
(<https://yandex.ru/video/preview/?text=%D0%B4%D0%B5%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D>)

1. Тема № 8. Психические расстройства у детей с ограниченными возможностями. Зачет (в интерактивной форме) (Компетенции: ПК-1.2, ПК-3.2, ПК-5.2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: метод проблемного изложения, частично-поисковый (эвристический), исследовательский

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): раскрытие проблемы психических расстройств у детей с ограниченными возможностями.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** общие, специфические закономерности и индивидуальные особенности психического и психофизиологического развития, особенности регуляции поведения и деятельности человека на различных возрастных ступенях., методологию психологического исследования и диагностический инструментарий обследования обучающихся., специфику инклюзивного образования и осуществлять на этой основе психолого-педагогическое просвещение педагогов, преподавателей, администрации образовательной организации и родителей (законных представителей)., **уметь** планировать и проводить коррекционно-развивающие занятия с обучающимися с овз и умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), независимо от образовательного маршрута; анализировать их эффективность, проектировать и осуществлять мониторинг результативности коррекционно-развивающих занятий., осуществлять подбор диагностического инструментария и методов, адекватных целям исследования и возможностям конкретного обучающегося; проводить диагностическое обследование обучающихся, включая интерпретацию результатов; планировать и корректировать задачи коррекционно-развивающей работы по результатам мониторинга с учетом индивидуальных особенностей развития каждого ребенка и выбранного индивидуального образовательного маршрута в условиях инклюзивного образования., осуществлять психолого-педагогическое просвещение педагогов, преподавателей, администрации образовательной организации и родителей (законных представителей); составлять рекомендации для педагогов и родителей (законных представителей) и педагогических работников., **владеть** навыками планирования и способами проведения коррекционно-развивающих занятий с обучающимися с овз и умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), независимо от образовательного маршрута; навыками анализа их эффективности, проектировки и осуществления мониторинга результативности коррекционно-развивающих занятий., инструментарием диагностического обследования обучающихся с учетом индивидуальных особенностей развития каждого ребенка; навыками разработки коррекционно-развивающих программ с учетом результатов обследования и выбранного индивидуального образовательного маршрута в условиях инклюзивного образования., навыками работы с педагогами, администрацией образовательной организации и родителей (законных представителей); составления рекомендаций для педагогов и родителей (законных представителей) и педагогических работников.

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** тренинговая аудитория 206

- **оснащение занятия:** ноутбук, проектор, экран

7. Структура содержания темы (хронокарта)

Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия.	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся.
2	Формулировка темы и целей.	5.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия.
3	Контроль исходного уровня знаний и умений.	20.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	20.00	Изложение основных положений темы (ориентировочная основа деятельности).
5	Самостоятельная работа (работа в группах, парах) для усвоения изучаемой темы.	30.00	Проведение психодиагностических исследований.
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно).	10.00	Тесты по теме, ситуационные задачи.
	ВСЕГО	90	

8. Аннотация (краткое содержание темы)

Пограничная интеллектуальная недостаточность при детских церебральных параличах

Мозговой органический дефект, составляющий основу детского церебрального паралича (ДЦП), возникает рано, в период незавершенного процесса формирования основных структур головного мозга, что обуславливает сложную сочетанную клиническую картину неврологических и психических расстройств.

Особенностью психического развития при детских церебральных параличах является не только его замедленный темп, но и неравномерный характер, диспропорциональность в формировании отдельных, главным образом высших

корковых функций, ускоренное развитие одних, несформированность и отставание других.

При ДЦП отмечается особая структура интеллектуальной недостаточности – диссоциация между относительно удовлетворительным уровнем развития абстрактного мышления и недоразвитием функций пространственного анализа и синтеза, праксиса, счетных способностей и других высших корковых функций, имеющих значение для формирования интеллектуальной деятельности и развития школьных навыков.

Нарушения пространственного гнозиса проявляются в замедленном формировании понятий, определяющих положение предметов и частей собственного тела в пространстве, неспособность узнавать и воспроизводить геометрические фигуры, складывать из частей целое. (Для выявления пространственных нарушений используются пробы Хеда, кубики Кооса, тесты «лицо», «рисунок человека» и др.). Во время письма выявляются ошибки графического изображения букв, цифр, их зеркальное написание и асимметрия. Нарушена способность к арифметическим действиям. Эти расстройства проявляются в замедленном усвоении числа и его разрядного строения, замедленной автоматизации устного счета, смешении арифметических знаков (акалькулия).

Присутствуют также признаки психоорганического синдрома: вялость, апатичность, инертность психических процессов; расстройства внимания и памяти. В характере больных с ДЦП формируются такие качества, как пугливость, склонность к фантазиям, компенсаторный педантизм. Отсутствие общения со сверстниками и невозможность участвовать в играх приводит к нарушениям социализации.

- Психические расстройства при врожденной или рано приобретенной глухоте и тугоухости

Сенсорные ограничения видоизменяют познавательную деятельность человека и нарушают его социальное развитие. Опыты по обитанию человека в условиях сенсорной изоляции свидетельствуют о возможности развития у испытуемых серьезных психических девиаций.

Исследования отечественных дефектологов и психиатров свидетельствуют о том, что основным механизмом задержанного интеллектуального развития у детей с нарушениями слуха является замедленное и искаженное формирование речи в первые годы жизни ребенка. Степень и характер задержки речевого развития зависят не только от степени снижения слуха, но и от времени возникновения слухового дефекта. Тугоухость, возникающая в период, когда речь еще не сформирована, приводит к грубому ее недоразвитию – глухоноте. Если речь уже сформирована, то при возникновении тугоухости дальнейшее развитие речи будет продолжаться, но с характерными отклонениями.

Имеется ряд характерных для тугоухости особенностей речи. 1) Замедление темпа формирования речи в первые 3 года жизни. 2) Недоразвитие фонетической стороны речи: смазанность произношения; смешение звонких и глухих звуков; «татирование» – замена многих звуков на звук «т»; нечеткость произношения и опускание безударных окончаний и начала слов. 3) Своеобразие голоса и интонаций: приглушенность, хриплость, неестественность модуляций. Ошибки на различение близких по звучанию фонем; б – п (гриб – грипп), т – д (том – дом). 5) Бедность словарного запаса, использование обиходных выражений и речевых штампов.

Особенностями речевого поведения тугоухих являются повышенное внимание к жестике и мимике собеседника в связи со стремлением «считывать с губ», сопровождение речи чрезмерной жестикой и мимическими движениями.

Ошибки при письме и чтении: смешение глухих и звонких звуков, замена звуков на звук «т», недописывание безударных окончаний.

Особенностью интеллектуального дефекта при тугоухости является «вторичная парциальная задержка интеллектуального развития», описанная Матвеевым и Берденштейном (1975). Интеллектуальная недостаточность у тугоухих осложняется эмоционально – волевой незрелостью, своеобразного психического инфантилизма, формирующегося вследствие сенсорной и социальной депривации и длительной психической травматизации. Затрудняют адаптацию таких детей недостаточная самостоятельность, наивность, внушаемость, подражательность, наряду с замкнутостью, склонностью к реакциям протеста и отказа. Проявления психического инфантилизма отчетлива выступают в возрасте 7 – 10 лет при овладении школьными навыками. В последующем люди с тугоухостью могут обнаруживать колебания состояния, связанные с последствиями органического повреждения головного мозга, лежащего в основе возникновения тугоухости, с соответствующими колебаниями трудоспособности и другой деятельности.

- Психические расстройства при слепоте и слабовидении, возникших в раннем детстве

У слепых детей задержка интеллектуального развития выражается в виде более позднего формирования первичного обобщения, дефицита информации и замедления развития познавательных процессов. Качественные особенности интеллектуальной недостаточности у слепых и слабовидящих детей проявляются в особенностях мышления, речи и

других предпосылок когнитивной функции. У них обнаруживается известная слабость абстрактного мышления и преобладание чувственно – образного способа суждений. По сравнению со зрячими детьми их представления и знания о предметах реального мира схематичны и не отражают полностью существенных признаков (Козловская, 1971).

Хотя речь у слепых детей формируется с задержкой, по лексике она бывает богаче, чем у здоровых сверстников и по структуре и интонациям напоминает речь взрослых. Отмечается склонность к резонерству при диссоциации между словарным запасом и фактическими знаниями ребенка. Со слуховым подражанием связаны также такие особенности интеллекта, как формальность мышления, преобладание общих, конкретных знаний, недостаточно адекватное использование понятий. Речевая деятельность слабослышащих детей характеризуется повышенной истоцаемостью. При изменениях жизненного стереотипа могут возникнуть такие речевые расстройства, как элективный мутизм или регресс речи.

При обучении слабовидящих детей у них могут возникнуть специфические затруднения в овладении навыками письма и чтения. Ограниченность зрительного восприятия ведут к трудностям узнавания предметов, их формы и других внешних признаков. Как отмечено рядом исследователей, у слабовидящих детей нарушены представления о форме, перспективе и объеме. Затрудняется моторная активность. Для моторики слабовидящих детей свойственны малоподвижность, медлительность и двигательные стереотипии, затрудняющие формирование навыков самообслуживания.

При патопсихологическом исследовании слабовидящих детей выявляются такие особенности, как инертность психических процессов, обстоятельность и вязкость мышления, повышенная утомляемость. В отличие от детей с нарушениями слуха у слепых детей отмечается более высокий уровень развития вербальной памяти, что компенсирует их недостатки при обучении.

У слепых наблюдается своеобразный психический инфантилизм: выраженная зависимость от матери, замкнутость, склонность к фантазированию, страх перед переменами. У этих детей в начале школьного обучения могут развиваться адаптационные расстройства.

Таким образом, возникновению психических расстройств у детей с ограниченными возможностями способствуют недостатки, связанные со своевременным выявлением расстройств и ранним началом терапии и реабилитации. Своего решению требуют организационные вопросы и взаимодействие различных специалистов – психологов, психиатров, сурдологов, тифлопедагогов и психотерапевтов при оказании помощи этим детям.

• Психические нарушения у детей при социальной депривации

Психические нарушения у детей, связанные с социальной депривацией рассматриваются как «запущенность» или «микросоциально – педагогическая запущенность». К микросоциально – педагогической запущенности могут привести различные факторы. Наиболее частыми факторами являются воспитание ребенка в семьях умственно отсталых или примитивных родителей, воспитание в условиях эмоционального отвержения, конфликтов или безнадзорности.

В основе микросоциально – педагогической запущенности лежит социальная незрелость личности: отсутствие или недостаточность таких высших компонентов личности, как системы интересов и идеалов, отсутствие интеллектуальных интересов, недостаточное чувство долга и ответственности, незрелость и искаженное понимание нравственных обязанностей. Интеллектуальная недостаточность определяется скудными книжными знаниями, недостаточно развитой речью при хорошей ориентировке в повседневной житейской ситуации, часто хорошей адаптации на «асоциальном уровне».

Особый интерес представляют дети в отношении которых имеются злоупотребления. Это может быть лишения крова, одежды, пищи, а также систематические оскорбления и избиения. Особого внимания заслуживает проблема сексуального насилия и использования детей.

Эпидемиологические данные злоупотреблений в отношении детей не отражают истинной картины этого явления. Ежегодно в США от злоупотребления и пренебрежения их нуждами умирают от 2 до 4 тыс. детей. В избиении детей обычно бывает виновата женщина. Обычно один из родителей бывает инициатором злоупотребления, а другой пассивно мирится с ними. Чаще всего пренебрежение детьми происходит в семьях с низким социально – экономическим статусом. Сексуальные злоупотребления обычно совершаются мужчинами, хотя иногда женщины являются соучастницами, особенно в детской порнографии. По американским данным приблизительно 50 % сексуальных злоупотреблений совершаются членами семьи; причем кровесмешение является основной формой сексуального злоупотребления. Наиболее часто виновниками сексуальных злоупотреблений являются отцы, отчимы, дяди или старшие сиблинги. Кровесмешение мать и сын связано с более тяжелой психопатологией, чем кровесмешение отец – дочь. Мать при инцестуозных отношениях бывает пассивной или неполноценной в каком-либо отношении, и дочь берет на себя в семье роль матери. Отцы при этом нередко страдают алкоголизмом. Мотивации

лиц, совершивших злоупотребление связаны с педофильными влечениями, отсутствие других сексуальных объектов или неспособность отказаться от получения удовольствия.

Совращение, кровесмешение и изнасилование являются факторами, предрасполагающими к развитию в будущем таких нарушений, как фобии, тревога и депрессии.

Микросоциально - педагогическую запущенность отечественные психиатры рассматривают не как клиническую форму интеллектуальной недостаточности. Однако сопутствующие психические расстройства могут требовать профессионального вмешательства психиатров и психологической коррекции. При сексуальных злоупотреблениях детьми и жестоким обращении необходимо правовое решение проблемы с привлечением обучающих программ и семейной психотерапии. Социальная служба в этом случае может играть ведущее значение.

9. Вопросы по теме занятия

1. На каком этапе включается в реабилитационные мероприятия нейропсихолог?

Компетенции: ПК-1.2, ПК-3.2, ПК-5.2

2. Пограничная интеллектуальная недостаточность при детских церебральных параличах.

Компетенции: ПК-1.2, ПК-3.2, ПК-5.2

3. Психические расстройства при врожденной или рано приобретенной глухоте и тугоухости.

Компетенции: ПК-1.2, ПК-3.2, ПК-5.2

4. Психические расстройства при слепоте и слабовидении, возникших в раннем детстве.

Компетенции: ПК-1.2, ПК-3.2, ПК-5.2

5. Психические нарушения у детей при социальной депривации.

Компетенции: ПК-1.2, ПК-3.2, ПК-5.2

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ПРОЦЕСС И РЕЗУЛЬТАТ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ЧЕЛОВЕКУ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ПРАВ И РЕАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ УЧАСТВОВАТЬ ВО ВСЕХ ВИДАХ И ФОРМАХ ЖИЗНИ НАРАВНЕ И ВМЕСТЕ С ОСТАЛЬНЫМИ ЧЛЕНАМИ ОБЩЕСТВА В УСЛОВИЯХ, КОМПЕНСИРУЮЩИХ ЕМУ ОТКЛОНЕНИЯ В РАЗВИТИИ - ЭТО:

- 1) дифференциация;
- 2) интеграция;
- 3) сегрегация;
- 4) адаптация;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-1.2, ПК-3.2, ПК-5.2

2. УКАЖИТЕ ВИДОВОЙ ПОРЯДКОВЫЙ НОМЕР ШКОЛ (ИНТЕРНАТОВ) ДЛЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА:

- 1) 5;
- 2) 6;
- 3) 7;
- 4) 8;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-1.2, ПК-3.2, ПК-5.2

3. ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ НАДОМНОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

- 1) педагога;
- 2) медицинского учреждения;
- 3) логопеда;
- 4) психолога;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-1.2, ПК-3.2, ПК-5.2

4. УКАЖИТЕ ВИДОВОЙ ПОРЯДКОВЫЙ НОМЕР ШКОЛ (ИНТЕРНАТОВ) ДЛЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА:

- 1) 5;
- 2) 6;
- 3) 7;
- 4) 8;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-1.2, ПК-3.2, ПК-5.2

5. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ ПОЗВОЛИЛИ ВЫДЕЛИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: СЛАБОСТЬ ЗАМКАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА, НЕДОСТАТОЧНУЮ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОСТЬ УСЛОВНО-РЕФЛЕКТОРНЫХ СВЯЗЕЙ,.. (УКАЖИТЕ НЕДОСТАЮЩИЕ):

- 1) нарушение взаимодействия первой и второй сигнальных систем;
- 2) преобладание охранительного торможения;
- 3) инертность нервных процессов;
- 4) все ответы верны;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-1.2, ПК-3.2, ПК-5.2

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Никита М., 18 лет. Имеет легкую степень умственной отсталости. Семья переехала из деревни в город. Ранее Никита обучался в 5 классе сельской малокомплектной школы. ПМПК указала в коллегиальном заключении о необходимости продолжения обучения по АООП для обучающихся с умственной отсталостью. Родители обратились с заявлением о зачислении в ближайшую школу по прописке в городе

Вопрос 1: Имеет ли право администрация школы отказать в зачислении в 5 класс?;

Вопрос 2: Могут ли отказать в обучении умственно отсталому 18-летнему учащемуся по причине его возраста?;

- 1) Не имеет права. Законодательно сроки обучения для указанной категории детей продлены до 21 года;
- 2) Нет, оснований для этого нет, т.к. срок обучения этой категории обучающихся продлен.;

Компетенции: ПК-1.2, ПК-3.2, ПК-5.2

2. Районная ПМПК г.Красноярска вынесла коллегиальное решение о необходимости обучения Димы Т. по АООП для детей с легкой умственной отсталостью.

Вопрос 1: Обязательно ли родители ребенка должны следовать этой рекомендации?;

Вопрос 2: Имеют ли право родители участвовать в выборе образовательного маршрута?;

- 1) Коллегиальное заключение для родителей носит рекомендательный характер.;
- 2) Да, имеют право.;

Компетенции: ПК-1.2, ПК-3.2, ПК-5.2

12. Примерная тематика НИРС по теме

1. Современное состояние дефектологии, основные проблемы.
2. Синонимический ряд понятия аномальный ребенок. Причины детских аномалий. Роль биологических и социальных факторов в проявлении дефектов психофизического развития.
3. Пределы компенсации для разных форм дефектного развития. Условия успешного протекания компенсаторных процессов.

13. Рекомендованная литература по теме занятия

- **обязательная:**

Козырева, О. А. [Современные проблемы науки и специального \(дефектологического\) образования](#) : учебник / О. А. Козырева. - 2-е изд. - Москва : Юрайт, 2023. - 211 с. - Текст : электронный.

- **дополнительная:**

[Лечебная педагогика в дошкольной дефектологии](#) : учебник и практикум для вузов / ред. Н. В. Микляева. - Москва : Юрайт, 2023. - 521 с. - Текст : электронный.

Выготский, Л. С. [Основы дефектологии](#) / Л. С. Выготский. - Москва : Юрайт, 2023. - 332 с. - Текст : электронный.

[Медико-биологические основы дефектологии](#) : учебное пособие для вузов / Р. И. Айзман, М. В. Иашвили, А. В. Лебедев, Н. И. Айзман ; отв. ред. Р. И. Айзман. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 224 с. - Текст : электронный.

- **электронные ресурсы:**

Курс лекций по дефектологии
(<https://yandex.ru/video/preview/?text=%D0%B4%D0%B5%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D>)