


ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ИНКЛЮЗИВНОГО ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

Факультет психологии и психологии
Кафедра педагогики и психологии

«Утверждаю»
Зав. кафедрой 
« 29 » 08 20 18 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Специальная психология
наименование дисциплины / практики

37.03.01 Психология
шифр и наименование направления подготовки

Психология развития и образования
наименование профиля подготовки

Составитель:

к.б.н., доцент кафедры педагогики и психологии Котовская С.В.

Кот

Фонд оценочных средств рассмотрен и одобрен на заседании Методической комиссии кафедры Педагогики и психологии протокол № 1 от «29» 08 2019 г.

Дополнения и изменения, внесенные в фонд оценочных средств, утверждены на заседании кафедры

Бид

протокол № 1 от «24» 08 2019 г.

Заведующий кафедрой *Кот* / *Котовская С.В.*

Дополнения и изменения, внесенные в фонд оценочных средств, утверждены на заседании кафедры

Бид

протокол № 15 от «18» 06 2020 г.

Заведующий кафедрой *Кот* / *Котовская С.В.*

Дополнения и изменения, внесенные в фонд оценочных средств, утверждены на заседании кафедры

протокол № _____ от « _____ » _____ 201__ г.

Заведующий кафедрой _____ / _____ /

Дополнения и изменения, внесенные в фонд оценочных средств, утверждены на заседании кафедры

протокол № _____ от « _____ » _____ 201__ г.

Заведующий кафедрой _____ / _____ /

	направления 37.03.01 «Психология» (квалификация – бакалавр).....	
3	Примерный перечень оценочных средств	6
4	Описание показателей и критериев оценивания результатов обучения на различных этапах формирования компетенций	8
5	Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов обучения, характеризующих этапы формирования компетенций	11
6	Материалы для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации ...	12

1. Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине «Специальная психология»

Таблица 1

№	Контролируемые	Коды	Оценочные средства - наименование
---	----------------	------	-----------------------------------

п/п	разделы (темы), дисциплины ¹	компетенций	текущий контроль	промежуточная аттестация
Раздел 1. Общие проблемы специальной психологии				
1	Тема 1. Предмет и методы специальной психологии. История становления специальной психологии и её задачи.	ОК-6 ПК-9	<i>Коллоквиум Реферат Дискуссия</i>	<i>Вопросы к зачету</i>
2	Тема 2. Закономерности психического развития и динамика развития психики в условиях недостаточности функций.	ОК-6 ПК-9	<i>Коллоквиум Реферат Дискуссия</i>	<i>Вопросы к зачету</i>
3	Тема 3. Общая клиническая картина умственной отсталости и психическое развитие умственно отсталого ребенка.	ОК-6 ПК-9	<i>Коллоквиум Реферат Дискуссия</i>	<i>Вопросы к зачету</i>
4.	Тема 4. Типология отклоняющегося развития. Общие принципы построения современной классификации отклоняющегося развития.	ОК-6 ПК-9	<i>Коллоквиум Реферат Дискуссия Тест (текущий контроль)</i>	<i>Вопросы к зачету</i>
5.	Тема 5. Психическое развитие лиц при дизонтогенезах по типу ретардации	ОК-6 ПК-9		
Раздел 2. Психическое развитие при дизонтогенезах дефицитарного типа				
5	Тема 6. Психология детей с нарушениями зрения.	ОК-6 ПК-9	<i>Коллоквиум Реферат Дискуссия Кейсы</i>	<i>Вопросы к зачету</i>
6	Тема 7. Психология детей с нарушениями слуха.	ОК-6 ПК-9	<i>Коллоквиум Реферат Дискуссия Кейсы Контрольная работа</i>	<i>Вопросы к зачету</i>
7	Тема 8. Психология детей с нарушениями опорно - двигательного аппарата.	ОК-6 ПК-9	<i>Коллоквиум Реферат Дискуссия Кейсы</i>	

¹ Наименование раздела (темы) берется из рабочей программы дисциплины.

8	Тема 9. Психическое развитие при асинхрониях расстройством эмоционально-волевой сферы и поведения.	ОК-6 ПК-9	<i>Коллоквиум Реферат Дискуссия Контрольная работа</i>	<i>Вопросы к зачету</i>
9	Тема 10. Психическое развитие с преобладанием расстройств поведения.	ОК-6 ПК-9	<i>Коллоквиум Реферат Дискуссия Кейс Тест (итоговый контроль)</i>	<i>Вопросы к зачету</i>

Таблица 2

Перечень компетенций:

Код компетенции	Содержание компетенции
ОК-6	способность работать в коллективе, толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
ПК-9	способность к реализации базовых процедур анализа проблем человека, социализации индивида, профессиональной и образовательной деятельности, функционированию людей с ограниченными возможностями, в том числе и при различных заболеваниях

2. Перечень оценочных средств²

Таблица 3

№	Наименование оценочного средства	Характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Деловая/ролевая игра	Совместная деятельность группы обучающихся и преподавателя под управлением преподавателя с целью решения учебных и профессионально-ориентированных задач путем игрового моделирования реальной проблемной ситуации. Позволяет оценивать умение анализировать и решать типичные профессиональные задачи.	Тема (проблема), концепция, роли и ожидаемый результат по каждой игре
2	Кейс-задача	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы.	Задания для решения кейс-задачи
3	Коллоквиум	Средство контроля усвоения учебного материала темы, раздела или разделов дисциплины, организованное как учебное занятие в виде собеседования преподавателя с обучающимися.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
4	Круглый стол (дискуссия, полемика, диспут, дебаты)	Оценочные средства, позволяющие включить обучающихся в процесс обсуждения спорного вопроса, проблемы и оценить их умение аргументировать собственную точку зрения.	Перечень дискуссионных тем для проведения круглого стола (дискуссии, полемики, диспута, дебатов)
5	Портфолио	Целевая подборка работ студента, раскрывающая его индивидуальные образовательные достижения в одной или нескольких учебных дисциплинах.	Структура портфолио
6	Проект	Конечный продукт, получаемый в результате планирования и выполнения комплекса учебных и исследовательских заданий. Позволяет оценить умения обучающихся самостоятельно конструировать свои знания в процессе решения практических задач и проблем, ориентироваться в информационном пространстве и уровень сформированности аналитических, исследовательских навыков, навыков практического и творческого мышления. Может выполняться в индивидуальном порядке или группой обучающихся.	Темы групповых и/или индивидуальных проектов
7	Решение разноуровневых задач (заданий)	Различают задачи (задания): а) репродуктивного уровня, позволяющие оценивать и диагностировать знание фактического материала (базовые понятия, алгоритмы, факты) и умение правильно использовать специальные термины и понятия, узнавание объектов	Комплект разноуровневых задач (заданий)

² Указываются оценочные средства, применяемые в ходе реализации рабочей программы данной дисциплины.

		<p>изучения в рамках определенного раздела дисциплины;</p> <p>б) реконструктивного уровня, позволяющие оценивать и диагностировать умения синтезировать, анализировать, обобщать фактический и теоретический материал с формулированием конкретных выводов, установлением причинно-следственных связей;</p> <p>в) творческого уровня, позволяющие оценивать и диагностировать умения, интегрировать знания различных областей, аргументировать собственную точку зрения.</p>	
8	Эссе	<p>Средство, позволяющее оценить умение обучающегося письменно излагать суть поставленной проблемы, самостоятельно проводить анализ этой проблемы с использованием концепций и аналитического инструментария соответствующей дисциплины, делать выводы, обобщающие авторскую позицию по поставленной проблеме.</p>	Темы эссе
9	Тест	<p>Средство, позволяющее оценить уровень знаний обучающегося путем выбора им одного из нескольких вариантов ответов на поставленный вопрос.</p> <p>Возможно использование тестовых вопросов, предусматривающих ввод обучающимся короткого и однозначного ответа на поставленный вопрос.</p>	Тестовые задания

Приведенный перечень оценочных средств при необходимости может быть дополнен преподавателем.

3. Описание показателей и критериев оценивания результатов обучения на различных этапах формирования компетенций

Таблица 4

Код компетенции	Уровень освоения компетенции	Показатели достижения компетенции	Критерии оценивания результатов обучения
ОК-6 способность работать в коллективе, толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия		Знает	
	Недостаточный уровень Оценка «незачтено», «неудовлетворительно»	ОК-6.3.1. социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Не имеет четкого представления о социальных, этнических, конфессиональных и культурных различиях
	Базовый уровень Оценка, «зачтено», «удовлетворительно»	ОК-6.3.2. социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Знает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
	Средний уровень Оценка «зачтено», «хорошо»	ОК-6.3.3. социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Понимает специфику социальных, этнических, конфессиональных и культурных различиях
	Высокий уровень Оценка «зачтено», «отлично»	ОК-6.3.4. социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Уверенно знает специфику социальных, этнических, конфессиональных и культурных различиях
		Умеет	
	Недостаточный уровень	ОК-6.У.1. работать в коллективе, толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Не умеет работать в коллективе, толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
	Базовый уровень	ОК-6.У.2. работать в коллективе, толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Умеет недостаточно эффективно работать в коллективе, толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
	Средний уровень	ОК-6.У.3. работать в коллективе, толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Умеет работать в коллективе, толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
	Высокий уровень	ОК-6.У.4. работать в коллективе, толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Умеет эффективно работать в коллективе, толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
		Владет	
	Недостаточный уровень	ОК-6.В.1. навыками работы в коллективе, толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Не владеет навыками работы в коллективе, толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
	Базовый уровень	ОК-6.В.2. навыками работы в коллективе, толерантно воспринимая	Поверхностно владеет навыками работы в коллективе, толерантно воспринимая социальные, этнические,

		социальные, этнические, профессиональные и культурные различия	конфессиональные и культурные различия
Средний уровень		<i>ОК-6.В.3.</i> навыками работы в коллективе, толерантно воспринимая социальные, этнические, профессиональные и культурные различия	Владеет навыками работы в коллективе, толерантно воспринимая социальные, этнические, профессиональные и культурные различия
Высокий уровень		<i>ОК-6.В.4.</i> навыками работы в коллективе, толерантно воспринимая социальные, этнические, профессиональные и культурные различия	Уверенно владеет навыками работы в коллективе, толерантно воспринимая социальные, этнические, профессиональные и культурные различия

Код компетенции	Уровень освоения компетенции	Показатели достижения компетенции	Критерии оценивания результатов обучения
<p style="text-align: center;"><i>ПК-9</i> способность к реализации базовых процедур анализа проблем человека, социализации индивида, профессиональной и образовательной деятельности, функционированию людей с ограниченными возможностями, в том числе и при различных заболеваниях</p>	Недостаточный уровень Оценка «незачтено», «неудовлетворительно»	<p style="text-align: center;">Знает</p> <i>ПК-9-3.1.</i> базовые процедуры анализа проблем человека, социализации индивида, профессиональной и образовательной деятельности, функционирования людей с ограниченными возможностями, в том числе и при различных заболеваниях	Отсутствие представлений о базовые процедуры анализа проблем человека, социализации индивида, профессиональной и образовательной деятельности, функционирования людей с ограниченными возможностями, в том числе и при различных заболеваниях
	Базовый уровень Оценка, «зачтено», «удовлетворительно»	<i>ПК-9-3.2.</i> базовые процедуры анализа проблем человека, социализации индивида, профессиональной и образовательной деятельности, функционирования людей с ограниченными возможностями, в том числе и при различных заболеваниях	Имеет лишь фрагментарное представления о базовых процедурах анализа проблем человека, социализации индивида, профессиональной и образовательной деятельности, функционирования людей с ограниченными возможностями, в том числе и при различных заболеваниях
	Средний уровень Оценка «зачтено», «хорошо»	<i>ПК-9-3.3.</i> базовые процедуры анализа проблем человека, социализации индивида, профессиональной и образовательной деятельности, функционирования людей с ограниченными возможностями, в том числе и при различных заболеваниях	Имеет недостаточно полное представление о базовых процедурах анализа проблем человека, социализации индивида, профессиональной и образовательной деятельности, функционирования людей с ограниченными возможностями, в том числе и при различных заболеваниях
	Высокий уровень Оценка «зачтено», «отлично»	<i>ПК-9-3.4.</i> базовые процедуры анализа проблем человека, социализации индивида, профессиональной и образовательной деятельности, функционирования людей с ограниченными возможностями, в том числе и при различных заболеваниях	Имеет сформированные систематические представления о базовых процедурах анализа проблем человека, социализации индивида, профессиональной и образовательной деятельности, функционирования людей с ограниченными возможностями, в том числе и при различных заболеваниях
		Умеет	
	Недостаточный уровень	<i>ПК-9-У.1.</i> реализовывать базовые процедуры анализа проблем человека, социализации индивида, профессиональной и образовательной деятельности, функционированию людей с ограниченными возможностями, в том числе и при различных заболеваниях	Не умеет реализовывать базовые процедуры анализа проблем человека, социализации индивида, профессиональной и образовательной деятельности, функционированию людей с ограниченными возможностями, в том числе и при различных заболеваниях
	Базовый уровень	<i>ПК-9-У.1.</i> реализовывать базовые процедуры анализа проблем человека,	Умеет реализовывать базовые процедуры анализа проблем человека, социализации индивида,

		деятельности, функционированию людей с ограниченными возможностями, в том числе и при различных заболеваниях	людей с ограниченными возможностями, в том числе и при различных заболеваниях
--	--	--	---

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов обучения

По видам заданий приводится описание того, каким образом необходимо выполнить данное задание, способы и механизмы его выполнения, выбор номера варианта и др. Примеры методических материалов, определяющих процедуру оценивания результатов обучения, характеризующих этапы формирования компетенций:

- Кейсовые технологии как средство формирования компетенций
- Методические указания по разработке оценочных средств
- Разработка и применение деловых игр
- Формирование портфолио обучающегося как современная оценочная технология
- Иные методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов обучения в ходе реализации рабочей программы дисциплины

5. Материалы для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации

Задания в форме кейс-задачи:

Задача 1. Наташа С., 3 года, обследуется в условиях стационара с целью установления места дальнейшего пребывания. Из истории болезни видно, что 21 мать оставила ребенка в родильном доме, отец неизвестен. В течение первого года жизни Наташа страдала рахитом, отставала в росте и весе. Перенесла корь, ветряную оспу, два раза пневмонию. При терапевтическом обследовании обнаружены отставание в росте и весе, дисбактериоз. В настоящее время девочка должна быть переведена из Дома ребенка в Детский дом. Она ходит, самостоятельно ест, использует фразы из двух-трех слов. При клиническом обследовании Наташа доступна контакту, выполняет простые инструкции, по просьбе может взять и положить различные игрушки. Знает название частей тела, может их показать. Речь развита слабо, но при оказании помощи возможно повторение фразы из 3-4 слов. Составление рассказа по картинкам недоступно, пересказа текста – тоже. Рисунок на уровне каракуль. Эмоциональные реакции живые, адекватные, зависят от поощрения. Выражена истошаемость, неустойчивость внимания. При проведении обучающего эксперимента возможно усвоение и перенесение способов действия.

Вопросы:

1. Какое нарушение развития можно предположить?
2. Каков ваш прогноз развития?
3. В каком типе дошкольного учреждения надо находиться девочке?

Задача 2. Костя Б., 7 лет, находится на обследовании с целью определения школьной готовности. Со слов мамы известно, что ребенок родился в срок, отставал в раннем развитии: голову держал в 4 мес., сидеть научился к 9 мес., ходить – в 1 год и 5 мес. Отдельные слова появились к 2 годам, фразовая речь – к 4 годам. В детском саду программу не усваивал. К настоящему времени ребенок знает отдельные буквы, может назвать цифры от 1 до 10. На приеме ребенок с трудом вступает в контакт, не интересуется заданиями и игрушками. Работоспособность равномерно низкая. Темп сенсомоторики медленный. Механическое запоминание успешно; опосредованное ассоциативное запоминание значительно хуже. Доступны простые обобщения: «еда», «посуда», более сложные – невозможны. Запас знаний недостаточен. Испытуемый не знает имени и профессии родителей, своего домашнего адреса. Конструктивный праксис недоступен, рисунок человека на уровне «головонога». Счет недоступен. Установление связи и последовательности событий в серии из 2 картин – с помощью. Реакция на оказание помощи, поощрение отсутствует. Критичность к достижениям неразвита, самооценка не сформирована.

Вопросы:

1. Какой тип нарушенного психического развития отмечается в данном случае?
2. Возможно ли обучение в обычной школе?
3. К какому специалисту следует направить ребенка?

Задача 3. Таня В., 7 лет. Обратилась мама с девочкой с целью определения школьной готовности. Со слов мамы известно, что девочка родилась в срок, в течение первого года жизни развивалась успешно. На помещение в детский сад была сильная стрессовая реакция, девочка плакала, не спала, ни с кем не общалась. В связи с этим через 2 недели была забрана из садика, и до 7 лет воспитывалась дома. Сейчас Таня знает буквы, умеет читать и считает в пределах 10. При обследовании девочка с трудом привлекается к выполнению заданий, ходит по кабинету психолога, играет игрушками. Объем и переключаемость внимания – в ниже нормы, произвольная концентрация затруднена. Выполнение заданий на определение способности к механическому запоминанию показало такие результаты: при запоминании фраз – употребляет 9 слов с первого предъявления. Испытуемая не может самостоятельно заметить ошибки в выполнении заданий. Отмечается несформированность понятия числа, затруднение фонематического анализа и синтеза. Задания воспринимаются только при предъявлении их в игровой форме. Оценка собственной деятельности ее не интересует. Эмоции живые, порой неадекватные, самооценка завышена, слабо дифференцирована.

Вопросы:

1. Какой тип нарушения психического развития у Тани?
2. Консультация каких специалистов желательна?

3. Каков Ваш прогноз развития у девочки?

4. Какое учреждение необходимо Тане?

Задача 4. Саша Ж., 11 лет. Направлен на обследование по инициативе классного руководителя. Со слов учителя известно, что ребенок учится крайне неравномерно, не усваивает программу 5-го класса, прогуливает, на уроке отвлекается, мешает другим заниматься. Часто приносит в школу игрушки. Из беседы с мамой выяснилось, что у ребенка в течение первых двух лет жизни было сотрясение мозга, он перенес тяжелую форму кори. При обследовании испытуемый особого интереса к заданиям не проявляет, но справляется с ними. Отмечается истощаемость по гиперстеническому типу. Механическое запоминание затруднено, ассоциативное – несколько лучше. При обследовании интеллекта отмечается неравномерность его развития: выполнение вербальных тестов на уровне нижней границы нормы, невербальных – успешно, понимание пословиц затруднено. Недостаточная способность к аналогии. Отмечаются нарушения мелкой моторики, точной координации движений. Фон настроения неустойчивый, выражена двигательная расторможенность. Оказание помощи и поощрение улучшает результаты. Самооценка низкая, выраженная уверенность в негативном отношении со стороны взрослых. Познавательные интересы развиты слабо. Отмечается тревожность.

Вопросы:

1. Какой тип нарушений психического развития отмечается?
2. В чем состоит первичный дефект и вторичные личностные реакции?

Задача 5. Оля Л., 16 лет. Девочка находится на обследовании с целью решения вопроса об инвалидности. Из истории болезни известно, что роды у матери проходили патологически: извлечение при помощи щипцов. Раннее развитие запаздывало: держать голову девочка стала к 5 мес., сидеть – в 9, ходить – в 23 мес. Отдельные слова – в 1,5 года, фразовая речь – к 4 годам. Детский сад Оля не посещала, в 8 лет пошла в первый класс обычной школы. Несмотря на неоднократные предложения педагогов, мать не обращалась в психолого-медико-педагогическую консультацию, девочка продолжала учебу в обычной школе, дублируя 1-й и 5-й класс. В настоящее время она закончила 9 классов, не аттестована по большинству предметов. Нарушений в поведении нет. Оля житейски ориентирована, выходит из дому только вместе с мамой, отличается высокой тревожностью. При обследовании контакт затруднен, выражена тревожность, реакции пассивного протеста. Исключение и обобщение производятся по конкретноситуативным признакам. Классификация также по конкретноситуативным признакам. Критичность недостаточна. Вербальный IQ = 52 балла, невербальный = 60. Оказание помощи не улучшает результаты. Самооценка занижена, не дифференцирована. Усвоение школьных навыков резко недостаточно: чтение с ошибками, не понимает прочитанного, решение задач с 2 действиями недоступно.

Вопросы:

1. Какой тип нарушения психического развития имеет место?
2. В чем состоит первичный и вторичный дефект?

Задача 6. Из анамнеза беременности матери М.Н., 28 лет: первый триместр проходил практически без каких-либо проблем. Токсикоз отсутствовал. Настроение бодрое, самочувствие удовлетворительное. Проявляется желание иметь ребенка. Эмоции адекватные. Продолжает работать. В середине беременности (во втором триместре) при переходе речки по льду, М.Н. провалилась под лед. Получила стресс. Лежала в больнице по поводу сохранения ребенка. Получала медикаментозное лечение. Далее беременность и роды прошли нормально. Ребенок доношенный, родился весом 3кг. В период ухода за ребенком на первом году жизни, обнаружилось, что он хорошо реагирует на речь взрослого, но не ориентируется в пространстве. Ребенку поставлен диагноз – врожденная слепота.

Вопросы:

1. Что может быть следствием данного нарушения (осложнение после тяжелого заболевания организма, заболевание центральной нервной системы, воздействие патогенных факторов на организм матери в период беременности, травматизация зрительного анализатора)?

2. В каком типе дошкольного учреждения надо находиться ребенку?

3. Каков Ваш прогноз развития?

Задача 7. Беременность А.Н., 27 лет, протекала нормально, без каких-либо отклонений. (Хотя при данной патологии ребенка у некоторых женщин беременность протекает с осложнениями, вызванными такими заболеваниями, как краснуха, ожирение, ДЦП, туберозный склероз). Ребенок родился доношенным, физически крепким, внешних недостатков не обнаружено, мальчик даже внешне привлекателен. Признаки этого нарушения психики чаще проявляются у людей, в семье которых уже есть дети с подобной патологией. У мальчика на первом году, и особенно на втором году 24 жизни, стали появляться стереотипные движения, он не вступает в коммуникацию, чаще молчит, не принимает прикосновений даже от близких. На третьем году мальчик стал отворачивать взгляд. Не проявляет интереса к сверстникам, чувствителен к сильным раздражителям (яркий свет, громкая музыка, скрип, крик, скрежет, стук и пр.), в связи с этим детский сад не посещает. Позднее ребенок стал срывать, были частые истерики. Мальчик к 5 годам почти не отличает неодушевленные предметы от одушевленных. Предпочитает группировать предметы, выстраивать их в линейку. Не осознает опасных ситуаций.

Вопросы:

1. Какой диагноз Вы бы поставили мальчику?
2. Каков Ваш прогноз развития ребенка?

Задача 8. В период беременности О.С., 35 лет, на первом месяце перенесла ОРВИ, принимала медикаментозное лечение, на втором месяце ей была сделана операция по удалению аппендицита. Далее беременность протекала нормально, без каких-либо отклонений, без токсикоза. Ребенок родился недоношенным, физически ослабленным, с родовой желтухой, внешних недостатков не обнаружено. В течение месяца находился в отделении недоношенных детей. Голову начал держать к 4 месяцу. К году говорил 6-7 слов, пошел в 1 год 2 мес. Использовал слова-заменители, фразовая речь появилась к 3 годам. Ребенок часто болеющий. В 4 года перенес серьезный менингит, в этот же период логопед обнаружил стертую форму дизартрии.

Вопросы:

1. Каков Ваш прогноз интеллектуального и физического развития ребенка?
2. Необходимо ли ему специальное дошкольное учреждение?
3. Может ли он посещать массовый детский сад?

Контролируемые компетенции: ОК-6, ПК-9

Оценка компетенций осуществляется в соответствии с Таблицей 4.

Критерии оценивания³:

- оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если: уверенно владеет навыками постановки и организации научно-исследовательской и практической деятельности;
- оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если: хорошо владеет навыками постановки и организации научно-исследовательской и практической деятельности;
- оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если владеет фрагментарными навыками постановки и организации научно-исследовательской и практической деятельности;
- оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если не владеет навыками постановки и организации научно-исследовательской и практической деятельности.

³ Приводятся, если используются критерии оценивания результатов обучения, не описанные в табл.4/ отличающиеся от описанных в табл. 4

Вопросы для коллоквиума

Раздел 1. Общие проблемы специальной психологии.

Тема 1. Предмет и методы специальной психологии. История становления специальной психологии и её задачи.

1. Историко-психологический анализ становления отдельных отраслей специальной психологии.
2. Современное состояние специальной психологии: цель, объект, предмет, задачи науки. Методы исследования.
3. Исследование особенностей психики при тяжелых и глубоких степенях нарушений развития.
4. Общие положения методологических подходов, положенных в основу деятельности всех специалистов психолого-медико-педагогического сопровождения.
5. Понятие «отклоняющееся развитие». Базовые составляющие психического развития ребенка.

Тема 2. Закономерности психического развития и динамика развития психики в условиях недостаточности функций.

1. Качественная характеристика ведущих нарушений у детей. Проблема нарастания инвалидизации детского населения.
2. Новые тенденции в образовании детей с недостатками развития. Увеличение тенденции к интегративному обучению и воспитанию лиц с ОВЗ.
3. Этапы психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей. А) Этап скрининг-диагностики.
Б) Этап дифференциальной диагностики.
В) Феноменологический этап.
5. Важнейшие задачи психолого-педагогической диагностики нарушенного развития.

Тема 3. Общая клиническая картина умственной отсталости и психическое развитие умственно отсталого ребенка.

1. Умственная отсталость. Международная классификация умственно отсталых.
2. Причины нарушений интеллектуального развития у детей: эндогенные, экзогенные.
3. Три диагностических критерия умственной отсталости. Показатели интеллектуального коэффициента для каждой категории умственной отсталости (IQ).
4. Олигофрения как одна из форм умственной отсталости: причины, степени выраженности (дебильность, имбецильность, идиотия).
5. Клинико-психологическая структура дефекта при олигофрении. Его иерархичность.
6. Понятие деменция. Виды деменции: резидуальная, прогредиентная.

Тема 4. Типология отклоняющегося развития. Общие принципы построения современной классификации отклоняющегося развития.

1. Категории (типы) детей с нарушениями развития. Классификация Т.А. Власовой и М.С. Певзнер.
2. Группы собственно психологических синдромов. Группа недостаточного развития.
3. Специальная терминология, применяемая для обозначения недостатков развития.
4. Факторы, влияющие на тип возникшей у ребенка дизонтогении.
5. Психолого-педагогические особенности работы с лицами, имеющими трудности в учебной деятельности.
- 6.

Тема 5. Психическое развитие лиц при дизонтогениях по типу ретардации

1. Психология детей с ЗПР. Определение ЗПР, применяемое в отечественной специальной психологии.
2. Причины ЗПР. Понятие психического инфантилизма.
3. Классификации ЗПР (К.С. Лебединская, М.С. Певзнер). Деление ЗПР на тотальную и парциальную.
4. ЗПР как пограничное состояние.
5. Психологические нарушения при ЗПР. Диагностика ЗПР. Сопровождение лиц с ЗПР. Возрастные особенности ЗПР. Психолого - педагогическая характеристика детей с ЗПР.

Раздел 2. Психическое развитие при дизонтогениях дефицитарного типа.

Тема 6. Психология детей с нарушениями зрения.

1. Понятие тифлопсихологии: предмет и задачи.
2. Причины нарушений зрения. Вторичные нарушения у слепых детей.
3. Классификация детей с нарушениями зрения.
4. Особенности психического развития детей с нарушениями зрения.
5. Основные направления реабилитационной и коррекционной работы с детьми, имеющими нарушения зрения.

Тема 7. Психология детей с нарушениями слуха.

1. Понятие сурдопсихологии: предмет и задачи.
2. Причины нарушения слуха. Вторичные нарушения у глухих детей.
3. Классификация детей с нарушенным слухом.
4. Закономерности психического развития детей с нарушениями слуха.
5. Методы сурдопсихологии.
6. Психологическая диагностика и коррекция при нарушениях слуховой функции у детей.

Тема 8. Психология детей с нарушениями опорно - двигательного аппарата.

1. Термин "детский церебральный паралич" (З. Фрейд) и особенности психологии детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ОДА).
2. Эпидемиология ДЦП и его основные клинические симптомы.
3. История развития борьбы с детским калечеством (Г.И. Турнер). Первое клиническое описание ДЦП (В. Литтль, 1853 г.).
4. Причины ДЦП. Формы ДЦП.
5. Понятие апраксии.
6. Психическое развитие детей с ДЦП. Формирование навыков самообслуживания у детей с ДЦП.
7. Пути помощи ребенку с ДЦП.

Тема 9. Психическое развитие при асинхрониях с расстройством эмоционально-волевой сферы и поведения.

1. Понятие раннего детского аутизма (РДА). Особенности детей с РДА. Нарушения коммуникативного поведения у детей при аутизме.
2. Аутизм как pervasive disorder (МКБ-10).
3. Этиология, клинические признаки и типичные проявления РДА.
4. Два типа аутизма: классический аутизм Каннера (РДА), синдром Аспергера. Аутистические расстройства.
5. Диагностика РДА. Дифференциальная диагностика (отграничение РДА от сходных состояний).
6. Пути помощи детям с РДА. Помощь родителям, воспитывающим ребенка

Тема 10. Психическое развитие с преобладанием расстройств поведения.

1. Нарушения поведения. Классификация.
 2. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ).
 3. Причины и клиническая картина СДВГ.
 4. История изучения СДВГ.
 5. Психологическая помощь ребенку с СДВГ.
- Работа с членами семьи и педагогами.

Контролируемые компетенции: **ОК-6, ПК-9**

Оценка компетенций осуществляется в соответствии с таблицей 4.

Темы для круглого стола

(дискуссии, полемики, диспута, дебатов):

1. Специальная психология как наука, ее предмет и задачи.
2. Категории аномальных детей, их общая характеристика.
3. Теоретические истоки специальной психологии.
4. Разделы специальной психологии.
5. Взаимосвязь специальной психологии с другими науками.
6. Методологические позиции и принципы специальной психологии.
7. Теоретическое значение специальной психологии.
8. Практическое значение специальной психологии.
9. Нейропсихологические основы специальной психологии.
10. Общие закономерности аномального психического развития.
11. Задачи психологического изучения аномальных детей.
12. Принципы психологического изучения аномальных детей.
13. Методы изучения аномальных детей: изучение документации и изучение продуктов деятельности.
14. Метод экспериментального изучения аномальных детей. Обучающий эксперимент.

15. Методы изучения аномальных детей: метод наблюдения и метод беседы, их специфика.
16. Общая характеристика детей с нарушениями интеллекта.
17. Особенности психического развития детей с нарушениями интеллекта. Основы коррекционной работы с ними.
18. Общая характеристика детей с задержкой психического развития.
19. Особенности психического развития детей с задержкой психического развития. Основы коррекционной работы с ними.
20. Общая характеристика детей с синдромом раннего детского аутизма.
21. Особенности психического развития детей с синдромом раннего детского аутизма. Основы коррекционной работы с ними.
22. Общая характеристика детей с нарушениями зрения.
23. Особенности психического развития детей с нарушениями зрения. Основы коррекционной работы с ними.
24. Общая характеристика детей с нарушениями слуха.
25. Особенности психического развития детей с нарушениями слуха. Основы коррекционной работы с ними.
26. Общая характеристика детей с нарушениями речи.
27. Особенности психического развития детей с нарушениями речи. Основы коррекционной работы с ними.
28. Общая характеристика детей с нарушениями двигательной сферы.
29. Особенности психического развития детей с нарушениями двигательной сферы. Основы коррекционной работы с ними.
30. Правовые основы специального образования и социальной защиты детей с отклонениями в развитии.
31. Первичные и вторичные дефекты развития в концепции Л.С. Выготского.
32. Теория компенсации функций А. Адлера.
33. Причины отклонений в развитии детей.
34. Минимально-мозговая дисфункция, коррекционная работа.
35. Текущие заболевания головного мозга.
36. Дементные и олигофреноподобные дети.
37. Роль семьи и школы в профилактической и коррекционной работе с детьми, имеющих отклонение в развитии.
38. Неврозы и их причины возникновения.
39. Неврозы страхов.
40. Коррекция патологических привычек у детей.
41. Педагогически запущенные дети.

Контролируемые компетенции: **ОК-6, ПК-9.**

Оценка компетенций осуществляется в соответствии с Таблицей 4.

Критерии оценивания⁴:

- оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если уверенно знает специфику основных правил и приемов самоорганизации и самообразования;
- оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если понимает специфику основных правил и приемов самоорганизации и самообразования;
- оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если знает основные правила и приемы самоорганизации и самообразования, однако не ориентируется в их специфике;

⁴ Приводятся, если используются критерии оценивания результатов обучения, не описанные в табл.4/ отличающиеся от описанных в табл. 4

- оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если понимает специфику основных правил и приемов самоорганизации и самообразования.

Групповые творческие задания (проекты):

Тема: Диагноз «Хроническая неуспешность»

В дошкольном детстве этот вариант развития иногда обнаруживается у детей, родители которых всегда были особенно озабочены достижениями ребёнка и оценивали его по его успешности и неуспешности в деятельности. В период подготовки к обучению в школе или немного позже – в начале школьного обучения – происходит изменение в отношении взрослых к успехам и неудачам ребенка. «Хорошим» оказывается прежде всего тот ребёнок, который успешно учится, много знает, с легкостью решает задачи. Неизбежным в начале школьного обучения трудностям и неудачам не ожидавшие этого родители часто относятся резко отрицательно. Под влиянием таких оценок взрослых у ребёнка падает уверенность в себе, повышается тревожность, что, в свою очередь, приводит не к улучшению, а к ухудшению и дезорганизации деятельности. Так складывается своеобразный порочный круг: нарушения деятельности ведут к неуспеху, неуспех порождает тревогу, тревога дезорганизует деятельность ребенка, способствует закреплению неудач. Чем дальше, тем труднее разорвать этот круг, поэтому неуспешность и становится «хронической». Нужно помнить, что первичные причины, приводящие, в конечном счёте, к хронической неуспешности, могут быть различными. Наиболее распространённой предпосылкой является недостаточная подготовленность ребёнка к школе, приводящая к затруднениям с первых дней обучения (так, например, недоразвитие мелкой

моторики – умения управлять тонкими движениями пальцев и кисти руки – сразу вызывает неудачи при обучении письму, несформированность произвольного внимания приводит к трудностям в организации всей работы на уроке, ребёнок не запоминает, пропуская мимо ушей, задания и указания учителя и т.д.). Возможен вариант, когда исходной причиной является повышенная тревожность ребенка, сформировавшаяся в дошкольном возрасте под влиянием семейных конфликтов, особенностей семейного воспитания и пр. Общая неуверенность в себе, склонность «панически» реагировать на любые трудности, автоматически переносится позже на школьную жизнь. В некоторых случаях «слабым звеном», запускающим порочный круг, оказываются завышенные ожидания родителей. Нормальные, средние школьные успехи ребёнка, которого считали вундеркиндом, воспринимаются родителями – как неудачи, реальные достижения ребёнка не замечаются или оцениваются низко, то есть начинает работать механизм, приводящий к росту тревожности и реальному падению достижений. Независимо от исходной причины, развитие по типу хронической неуспешности протекает примерно одинаково. Во всех случаях в конечном итоге наблюдается сочетание низких достижений, резко повышенной тревожности, неуверенности в себе и низкой оценки ребёнка окружающими (родителями, учителями). Часто родители, пытаясь преодолеть возникшие у ребёнка трудности увеличивают нагрузку, устраивают ежедневные дополнительные занятия. Это приводит к астенизации ребенка, что усиливает общее неблагополучие ситуации, приводит к еще большему торможению развития.

Рекомендации для диагноза «Хроническая неуспешность»

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

Подробно рассказывается, как именно надо (и как не надо) оценивать ребенка, а именно: 1) ни в коем случае не сравнивать его весьма посредственные результаты с эталоном (требованиями школьной программы, образцами взрослых, достижениями более успешных одноклассников); 2) сравнивать ребенка только с ним самим и хвалить его лишь за одно: за улучшение его собственных результатов; например, если во вчерашнем диктанте было пропущено три буквы, а сегодня две, то это надо отметить как реальный успех, который должен быть высоко и без всякой снисходительности, иронии оценен взрослыми. Соблюдение правил безболезненного оценивания детских успехов должно сочетаться с поиском сферы наивысшей успешности, в которой ребенок может реализовать себя, и с поддержанием ценности этой сферы деятельности. В чем бы ни был успешен ребёнок, страдающий «хронической неуспешностью» – в спорте, в чисто бытовых, домашних добродетелях, в каких-либо частных умелостях – ему ни в коем случае нельзя ставить в вину неуспехи в школьных делах. Напротив, следует подчеркивать, что, раз он что-то научился делать хорошо, то постепенно научится и всему остальному. Причем родителям необходимо излечиться от нетерпения: ждать успехов придется долго, ибо на школьных делах и произошло замыкание порочного круга тревожности и низкой результативности. Школа должна очень долго оставаться сферой щадящего оценивания, снижающего тревогу (что само по себе даст некоторое улучшение результатов). Следует быть готовыми к тому, что школьные дела до конца останутся вне сферы детского самоутверждения. Поэтому болезненность школьной сферы должна быть снижена любыми средствами; в первую очередь необходимо снизить ценность школьных отметок (а в серьезных случаях – пойти на обесценивание ряда других школьных требований и ценностей).

Это достигается в том случае, если родители:

1) не показывают ребёнку свою озабоченность его школьными делами;

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

3) подчеркнута выделяют в качестве чрезвычайно значимой, высоко ценимой и остро интересующей их ту сферу деятельности, в которой ребенок успешен и может самоутверждаться, обрести утраченную веру в себя. За счет этих мер у ребенка постепенно снижается школьная тревога, а так как он на уроках все же работает, то накапливаются и некоторые достижения. Благодаря такой девальвации школьных ценностей возможно предупредить самый тяжкий результат «хронической неуспешности» – резко отрицательное отношение ребенка к школьным

делам, которое к подростковому возрасту может отлиться в классическую форму антисоциального школьного поведения (хулиганства). Итак, общий принцип рекомендаций для «хронической неуспешности»: нельзя допустить, чтобы ребенок был замкнут на своих неудачах; ему необходимо найти такую внеучебную деятельность, в которой он способен самоутвердиться. А это впоследствии скажется и на школьных делах. Чем больше родители фиксируют ребенка на школе, тем хуже для его школьных успехов.

Тема: Диагноз «Уход от деятельности»

Развитие по данному типу происходит, как правило, у детей, которые не получают достаточного внимания со стороны взрослых, например, в связи с неблагополучием в семье или, что бывает чаще, в силу повышенной потребности во внимании. Это тип развития ребенка, который не может реализовать присущую ему демонстративность. Уход от деятельности – уход во внутренний план, в игровое фантазирование. Ребенок как бы «отсутствует» на уроке, не слышит вопросов и указаний учителя, адресованных ему, не выполняет заданий. Это не связано с повышенной отвлекаемостью – ребенок просто погружен в себя, в свой внутренний мир, в фантазии и мечты. Фантазирование позволяет восполнить недостаток внимания (я – знаменитый охотник, путешественник, кинозвезда...), и «игры в уме» становятся средством удовлетворения как игровой потребности, так и потребности во внимании к себе окружающих. Несмотря на выраженные жалобы учителей и родителей (для родителей часто оказывается небезразличным вранье по типу фантазирования, характерное для этих детей) прогноз развития, в случае своевременной коррекции, достаточно благоприятный. Ребёнок редко попадает в «отстающие». Хроническая неуспешность в таких случаях, как правило, не развивается; привыкнув находить удовлетворение в фантазировании, ребёнок мало обращает внимания на свои неудачи в реальной деятельности, и высокий уровень тревожности у него не формируется. Тем не менее, сам по себе этот вариант развития неблагоприятен, поскольку препятствует полной реализации возможностей ребёнка, нередко приводит к появлению больших пробелов в знаниях.

Рекомендации для диагноза «Уход от деятельности»

Основные направления рекомендаций таковы: во-первых, деятельность воображения надо развернуть вовне, направить ей на реальные творческие задачи, во-вторых, в этой реальной продуктивной творческой деятельности ребенку необходимо сразу обеспечить успех, внимание, эмоциональное подкрепление. Если при «хронической неуспешности» для ребёнка необходимо найти любую область реальных успехов, то при «уходе от деятельности» нужна такая сфера - успешности, которая удовлетворит, насытит фрустрированную потребность демонстративного ребенка во внимании. Рекомендовать театральные занятия, в данном случае надо с большой осторожностью. Сцена является главной областью компенсации при других формах демонстративности, не сцепленных с тревогой, как в синдроме «ухода от деятельности». Здесь же (особенно если тревожный компонент достаточно выражен) лучше рекомендовать не сцену, где ребенок будет скован и не сможет сразу выступить с блеском, а литературную или художественную студию. Музыкальная школа (в существующем виде), обрекающая ребёнка на годы технических штудий, едва ли может выполнить роль компенсатора потребности тревожного ребёнка во внимании, в признании его успехов. Если выбирать музыку, как сферу материализации, проецирования детского воображения, то следует поискать особые формы – типа семейного музицирования, домашних концертов. Слушая подобные рекомендации, родители нередко высказывают опасения о том, что при постоянном похваливании, повышенном внимании к детским успехам у ребёнка может развиваться «самоумнение» (усилится демонстративность). Психолог ещё раз объясняет, что демонстративность – это не недостаток, а личностная особенность, которая возникает очень рано, а далее может развиваться либо естественно (если встречается понимание у окружающих) и тогда приведёт вовсе не к «самоумнению», а к адекватным самооценкам и умению мужественно преодолевать трудности и неудачи, либо противоестественно в негативистических формах или в форме ухода от деятельности, грозящей неудачей. Иных родителей (особенно тех, кто убежден, что «девочка обязана быть «скромной» или «если я его не ругаю, то значит я им доволен, а захваливать детей вредно») полезно слегка припугнуть, рассказав о клинической истерии, в которую может перейти загнанная внутрь нереализуемая демонстративность. Первичный поиск сферы самореализации для демонстративного ребенка

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

Тема: Диагноз «Негативистическая демонстративность»

Этот вариант развития детей с особенно высокой потребностью во внимании со стороны окружающих, выражающейся в резкой демонстративности поведения. В случае, если ребёнок не обладает выдающимися способностями, демонстративность реализуется в сознательном нарушении правил поведения, которое служит безотказным средством привлечения к себе внимания. - 59 - В отличие от «хронической неуспешности» и «ухода от деятельности» жалобы учителей и родителей на ребенка с «негативистической демонстративностью» концентрируются не в сфере учения, но связаны, в основном, с поведением ребёнка. Если дошкольный вариант этого типа представляет собой, как бы «застрявший» кризис трех лет (ребёнок противостоит отдельным требованиям взрослых), то младший школьник нарочито нарушает именно общие нормы поведения. Взрослые делают ребёнку замечания, наказывают его, но парадоксальным образом те формы обращения, которые взрослые используют для наказания, оказываются для ребёнка поощрением. Истинным наказанием является только лишение внимания. Внимание же – в любых формах – выступает как безусловная ценность. Любые эмоциональные проявления взрослого, как положительные (похвала, одобрение, улыбка), так и отрицательные (замечания, наказания, крик, ругань) служат подкреплением провоцирующего демонстративного поведения ребёнка.

Рекомендации для диагноза «Негативистическая демонстративность»

Общие принципы рекомендаций просты. (1) Чёткое распределение, регуляция родительского внимания к ребёнку по формуле: «уделять ему внимание не тогда, когда он плохой, а когда он хороший». Здесь главное – замечать ребёнка именно в те минуты, когда он незаметен, когда не выкидывает никаких «фокусов», чтобы привлечь к себе внимание дикими способами. А в случае «фокусов» – все замечания свести к минимуму, а главное – к минимуму свести эмоциональность реакций, ибо именно эмоциональности ребёнок и добивается от взрослых своими выходками. Активно-эмоциональное отношение к проделкам демонстративного «негативиста» – это фактически не наказание, а поощрение, подкрепляющее его асоциальные способы привлечения взрослых. Наказывать «негативиста» за его проделки следует лишь единственным способом: лишая общения. А главная награда – это любящее, открытое, доверительное общение в те минуты (часы), когда ребёнок «спокоен, уравновешен, делает то, что надо (или, по крайней мере, то, что можно)». (2) Ребёнку необходима сфера, в которой можно реализовать демонстративность. В данном случае особо благоприятны, а иногда практически незаменимы театральные занятия. (3) Взрослый должен трезво оценить действенность предлагаемых рекомендаций, ясно осознать, что в первое время изменение стиля общения с ребёнком приведет не к снижению, а к взрыву негативизма. Если ребёнок обнаружит, что средства (пусть даже самые возмутительные), которыми он до сих пор добивался внимания, вдруг перестали действовать, то первое, что он попытается сделать, это «проломить стену лбом»: усилить прежде весьма эффективные средства воздействия на взрослых. Но родители и учителя должны научиться за этими отчаянными попытками ребёнка с повышенной потребностью в эмоциональном общении слышать детский крик о помощи, призыв к любви. И не отказывать в ней ребёнку, испытывающему дефицит тепла и нежности, внимания и заинтересованности.

Тема: Диагноз «Вербализм»

Описанные выше варианты развития определяются, прежде всего, отношением ребёнка к себе, окружающим, к своим возможностям и достижениям. Они - 60 - возможны у детей как с низким,

так и с высоким уровнем развития познавательных способностей. В отличие от этих типов «вербализм» связан, прежде всего, именно с особенностями познавательных процессов: дети, развивающиеся по этому типу, отличаются высоким уровнем развития речи и задержкой в развитии мышления. «Вербализм» формируется уже в дошкольном возрасте. Многие родители считают речь важнейшим показателем общего психического развития. Они прикладывают значительные усилия к тому, чтобы ребёнок научился бойко, гладко говорить, учат с ним огромное количество стихов. Те же виды деятельности детей дошкольного возраста, которые вносят основной вклад в умственное развитие (сюжетно-ролевые игры, конструирование, рисование и пр.) оказываются на втором плане. Мышление, особенно образное, развивается недостаточно. Бойкая речь, уверенные ответы на вопросы, огромная «эрудиция» ребёнка дошкольника привлекают повышенное внимание окружающих, которые высоко оценивают достижения ребёнка. Поэтому «вербализм», как правило, сочетается с повышенной самооценкой ребёнка и с завышенной оценкой способностей ребёнка родителями. В период начального обучения часто обнаруживается несостоятельность ребёнка в плане решения задач и любой деятельности, требующей образного мышления. Не понимая, в чём причина трудностей ребёнка, родители склонны винить учителя. Для ребёнка задержка развития мышления чревата постоянным неуспехом в деятельности. В этом случае возможно дальнейшее развитие по типу «хронической неуспешности». Сопровождающие «вербализм» симптомы – это демонстративность, связанная с ориентацией на достижения, и инфантильность мотивов общения, связанная с недоразвитием мышления.

Рекомендации для диагноза «Вербализм»

Вербализм предполагает те же рекомендации, что и парциальная педагогическая запущенность (иногда он так и трактуется). А глубоко зашедшая педагогическая запущенность практически (по результату и способам коррекции) неотличима от ЗПР. Поэтому во всех этих трудных для домашней коррекции случаях необходимо обращение к специалистам-дефектологам. Общая рекомендация родителям такова; начинать коррекционные занятия надо с того места в развитии ребёнка, где продуктивные виды деятельности прекратили формироваться и начали выхолащиваться в пустые словесные формы. И все дошкольные «хвосты недоразвития» следует деформировать, но средствами чуть более взрослыми, чем при работе с дошкольниками, ибо развитие мотивационно-личностной сферы всё же происходило. Компенсация дошкольных пробелов и отставании у младших школьников сильно осложняется тем, что они всё время не успевают за школьной программой. Поэтому у родителей, вынужденных заниматься с ребёнком дополнительными школьными делами, просто не остаётся времени на систематические дошкольные занятия. И им предстоит самим сделать тяжкий выбор: работать «на школу» или «на ребёнка». Разумеется, психолог осторожно советует не дублировать в доме школу, жить с ребёнком дома домашней, родительской жизнью, в которую дошкольные, полезные ребёнку виды деятельности включаются куда более естественно, чем почти непосильные ребёнку школьные занятия. Основная тактика работы с «вербалистом»: придержать речевой поток и стимулировать продуктивную деятельность: «Ты мне потом расскажешь, как будут жить зверюшки. А сначала давай - б1 - их слепим». Но после того, как дело сделано, конечно же с ребёнком надо побеседовать, ибо это для «вербалиста» – главное удовольствие.

Тема: Диагноз «Интеллектуализм»

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

Рекомендации для диагноза «Интеллектуализм»

В рамках нашей культуры этот вариант развития достаточно благополучен, поэтому здесь можно ограничиться минимальными рекомендациями. Если синдром не слишком грубо выражен, то следует, прежде всего, заверить родителей, что с возрастом их «интеллектуал» найдет себе

равного партнёра по общению, и рассказать, как домашними средствами можно облегчить поиски друга. Чем младше ребенок, тем больше необходимость рекомендаций по организации дошкольных видов деятельности, развивающих образную сферу и повышающих эмоциональность (рисование, конструирование, лепка, но главное – непосредственно-эмоциональное общение с родителями).

Тема: Жалоба: «Ребенок плохо учится»

Жалоба на плохую успеваемость ребёнка, на то, что он часами сидит за домашними заданиями – пожалуй, самая частая. Как правило, в первичной жалобе родители не отмечают никаких других трудностей: плохая успеваемость затмевает для них всё остальное. О более глубоких трудностях родители начинают проговариваться лишь в ходе заключительной беседы с консультантом, под влиянием описания психологом индивидуальности ребёнка. Обследование при такой жалобе, строится преимущественно на интеллектуальных методиках. По нашему опыту, примерно в половине случаев действительно обнаруживается некоторая интеллектуальная ущербность, вплоть до ЗПР (которая, по статистическим данным в обычной выборке составляет 15-20%). Ниже представлены самые распространенные варианты развития, ведущие к школьной неуспешности при полной интеллектуальной сохранности ребенка. (1) Если интеллектуальное благополучие сочетается с высоким уровнем тревожности, нарушающей деятельность, то в этом случае мы имеем дело с синдромом «хронической неуспешности». Для постановки такого диагноза чрезвычайно значимы показатели тревожной дезорганизации деятельности. На тревожный распад деятельности (в отличие от низкого уровня организации деятельности) указывают многочисленные симптомы тревоги, проявляющиеся и в непосредственно наблюдаемом поведении, и в диагностических методиках (например, частое стирание, зачеркивание рисунка в пиктограмме и последующее рисование буквально по той же самой линии; или – в методике «Образец и правило» – резкое ухудшение качества работы в последнем, самом сложном задании). Если тревога высока, но консультант не видит выраженных проявлений дезорганизации деятельности, то можно говорить лишь об угрозе возникновения синдрома «хронической неуспешности», о том, что ребёнок находится «в зоне повышенного риска». Кроме высокой тревожности существует ещё одно психологическое условие, без которого данный синдром не складывается. Это – высокая степень конформности ребёнка. Речь идёт не столько об интеллектуальной, сколько о личностной конформности, об установке на исполнительность, послушность, на некритическое выполнение требований взрослых. Если такой установки у ребёнка нет, то ему достаточно безразлично несоответствие его реальных школьных достижений ожиданиям взрослых. Об установке ребёнка на исполнительность говорят обычно сами родители, рассказывая, как долго ребёнок сидит за уроками (хотя при этом может «витать в облаках»). Если взрослые жалуются на то, что ребёнка трудно усадить за уроки (но когда это удаётся, домашние задания выполняются быстро, правда «тяп-ляп»), то о конформной чувствительности ребёнка к требованиям взрослых речи быть не может. В самом, обследовании личностная конформность проявляется в достаточно выраженной направленности ребёнка на точное выполнение требований психолога при интенции к избеганию непривычных заданий, которые оцениваются ребёнком как трудные. Случается, что в обследовании синдром «хронической неуспешности» обнаруживается при отсутствии прямых родительских жалоб на низкую успеваемость ребёнка. Такая картина встречается у детей, чьи родители ожидают больших успехов, нежели те; которых ребёнок достиг (хотя достигнут отнюдь не низкий, а обычно средний, хороший (но не отличный!) уровень). В случае завышенных родительских притязаний, приводящих ребёнка к «хронической неуспешности» при среднем и хорошем уровне школьных достижений, основные жалобы родителей, идут именно по линии тревоги: ребёнок не отвечает у доски; ответственные контрольные работы выполняет хуже, чем ежедневные тренировочные упражнения на ту же тему... При этом в обследовании, действительно фиксируется тревога, не приводящая, однако, к выраженному распаду деятельности (иначе ребёнок и учился бы скверно), но обнаруживается начальный уровень тревожной дезорганизации.

(2) Иногда тревога может быть полностью локализована в школьной сфере, что обычно совпадает с жалобой на выраженные поведенческие трудности, называемые в литературе «школьной тревожностью»: полный ступор при вызове к доске, неспособность ответить отлично

выученный дома урок... При этом в ситуации обследования (особенно в заданиях, ничем не напоминающих школьные) ребёнок успешен, адекватен, отдельные показатели тревоги проявляются лишь в слабой степени. В случае для уточнения диагноза следует специально прозондировать всю школьную сферу и прежде всего – отношения с учительницей (с помощью беседы о школе, методики «два дома», дополнительных шкал в методике Дембо...). Здесь можно встретить или упорный уход ребенка от малейших попыток коснуться этой болезненно напряжённой сферы или резкую, взрывную актуализацию тревоги у ребенка, достаточно благополучного в остальных сферах жизни. Кроме того надо детально расспросить родителей о том, как складывались у ребёнка отношения в классе буквально с первых школьных дней. О многом говорят и детские тетради, вернее – стиль учительских отметок. Очень часто об источниках школьной тревожности можно догадаться именно по отметкам, которые не меняются при заметном улучшении качества работы (например, тройка поставлена и за диктант, написанный скверным почерком и с тремя ошибками, и за безошибочную работу, написанную столь же скверным почерком). При локализации тревоги в школьной сфере нельзя говорить о синдроме «хронической неуспешности», так как для него характерна тотальность переживания ребёнком своих неудач, предельная генерализация этого переживания. За картиной «школьной тревожности» в первую очередь следует искать нарушение общения с учителем. При жалобах на плохую учебу диагнозы синдромы «хронической неуспешности», «школьной тревожности», естественно, не единственные. Перечислим другие причины, вызывающие ту же внешнюю картину школьного (и домашнего) неблагополучия.

(3) При психофизическом инфантилизме дошкольный уровень развития встречается вплоть до начала подросткового возраста; а это не может не приводить к тому, что ребенок не справляется со школьными требованиями. Когда на инфантильного ребёнка обрушивается вся система школьных регламентации, то какие-то черты дошкольности консервируются и сохраняются на неопределенно долгий срок. Они-то и обнаруживаются при психологическом обследовании. Причем по психофизическим показателям отставание может быть незначительным (скажем, на год), но по собственно психологическим показателям прослеживаются типично дошкольные формы поведения. Это проявляется прежде всего в отношении к образцу, инструкции, которые ребёнок, если не игнорирует вовсе, то трактует весьма вольно, легко отдаваясь ситуативным импульсам. Такой «психологический» дошкольник попросту игнорирует, не считает для себя важными, серьёзные требования школьного типа: Поэтому у инфантильного ребенка тревожность не развивается, и синдром «хронической неуспешности» не складывается даже при весьма значительной объективной неуспешности. Школьные оценки беспокоят родителей, учителей, но для самого ребёнка не являются центром его жизни и не переживаются так травматично, как при синдроме «хронической неуспешности». Хорошим дифференцирующим критерием двух диагнозов может оказаться детская самооценка: при «хронической неуспешности» она отчётливо занижена, при инфантилизме — просто не сформирована. (В методике Дембо инфантильная, не сформированная самооценка проявляется особенно наглядно: ребёнок ставит себе «плюсы» на самом вершине почти всех шкал, честно сознавая в том, что он «самый хороший», «самый красивый», «самый умный», «самый добрый», самый-самый. Это означает, что в структуре самосознания ещё не произошла дифференциация идеальной и реальной самооценки).

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

(5) Синдром «ухода от деятельности» тоже иногда даёт внешнюю картину школьной неуспешности. При этом в первичной жалобе особый акцент делается на то, что ребёнок «отсутствует на уроке, считает ворон, отключается, витает в облаках...» Напомним, что «уход от деятельности» – это своеобразное застревание ребёнка на игре, перевод её в план воображения, при котором характерна умеренная (не яркая, как при истероидности) демонстративность в сочетаниях с умеренной тревожностью; не достигающей до уровня дезорганизации деятельности. Здесь тревога является, с одной стороны, барьером, мешающим разворачивать демонстративное поведение, а с другой стороны, – следствием конфликта между стремлением получить реальное (а

не воображаемое) внимание и его отсутствием. Так порождается замкнутый круг причин и следствий: фрустрация потребности во внимании порождает тревогу, которая блокирует те формы поведения, с помощью которых ребёнок мог бы привлечь к себе внимание, что, в свою очередь, поддерживает фрустрацию и т.д. Консультант должен отчётливо разъяснить родителям, почему в этом случае переход игры в план воображения может причинить вред ребёнку, затормозить его развитие. Дело в том, что в младшем школьном возрасте творческие потенции игры, разворачивающейся только в воображении, так и остаются потенциями, не обретая конструктивного характера взрослых мечтаний как прогноза, планирования, проигрывания возможных ситуаций. Для того, чтобы детская игра в воображении приобрела такой конструктивный характер, её необходимо (на какое-то время) вынести вовне: в план реальной творческой деятельности на основе воображения (сочинительство, рисование, драматизация и пр.). Воображение, реализуемое в продукте, дисциплинируется, обретая строгие рамки, правила, учится в той или иной мере считаться с действительностью. В показателе синдрома «уход от деятельности» кроме мягкой демонстративности и невысокой тревожности обязательно должна войти и сама склонность к фантазированию (проявляющаяся в построении и описании образа жизни несуществующего животного, в ТАТе, во всех рисуночных пробах). Эта склонность может быть заслонена сковывающей ребёнка тревогой, поэтому необходимо создать максимально спокойные условия для свободной игры воображения; иногда полезно просто уйти и оставить ребёнка наедине с рисунком или сочинением. Если есть подозрение на «уход от деятельности» с повышенным тревожным фоном, со стеснительностью и закрытостью в общении, то стоит дать ребёнку возможность просто свободно порисовать без всякого задания (и на некоторое время оставить его одного). Но если склонность к фантазированию нигде не проявляется, то диагноз «уход от деятельности» ставить нельзя. В качестве дополнительной пробы на внутреннюю склонность ребенка к творчеству может быть использован методический прием, разработанный Г.Н. Кудиной и З.Н. Новлянской. Ребенку предлагаются словосочетания типа «Солнышко греет», «дождь шумит» с просьбой их распространить (сделать длиннее). Ребенок с внутренним побуждением к сочинительству не в состоянии ограничиться стандартным «Солнышко греет весной» или рационалистическим «Солнышко греет, и поэтому распускаются почки на деревьях»; он обязательно сочинит небольшую историю, внося в нее элементы художественности, эмоциональности, образности.

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

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

Тема: Жалоба: «Ребенок ленится»

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

- 1) Снижение познавательных мотивов.
- 2) Мотивация избегания неуспеха.
- 3) Общая замедленность темпа деятельности (когда ребенок трудится совершенно добросовестно и целенаправленно, но так медленно, что окружающим кажется, будто ему лень шевелиться, совершать любое усилие). Общую замедленность, имеющую чисто физиологическую природу, следует отличать от мотивационных уходов, от защитного торможения, носящего локальный, ситуативный характер. Обычно защитное торможение обнаруживается в тех сферах

совместного существования со взрослыми, где ребёнок пытается уйти от навязанных ему, но внутренне неприемлемых требований. Для дифференцирующего диагноза необходимо подробно расспросить родителей о том, все ли ребёнок делает медленно, «лениво». Чаще всего замедление отмечается в режимных, зарегулированных моментах жизни, там где скопился заряд эмоциональных конфликтов: медленно одевается, ест, делает уроки. «А как он одевается, когда вы его отпускаете в кино?» Ясно, что в этом случае речь идет не о тотальной замедленности, а об избирательном защитном торможении, об уходе от навязанных форм жизни, то есть о мотивационных трудностях.

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

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

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

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

Тема: Жалоба: «Ребенок рассеян»

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

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

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

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

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

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

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

Тема: Жалоба: «Ребенок неуправляем»

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

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

(2) Другой вариант нормального (не требующего коррекции) развития ребенка — это случаи повышенной энергетика. Здесь родители обращаются в консультацию с совершенно адекватной жалобой: ребенок в самом деле трудно управляем. Но в плане прогноза следует понимать, что мощная активность ребёнка при высоком уровне целенаправленности поведения — это благоприятный вариант развития (правда, если ребенка не «затюкают» за проявления чрезмерной самостоятельности и склонности к рискованным экспериментам). Но, когда ребенок сам ставит цели и, твердо зная, чего он хочет, умеет добиваться своего, то взрослым с ним, действительно, трудно. На каком основании может быть поставлен диагноз «повышенная энергетика»? Во-первых, по рассказам родителей о бесконечных проказах ребенка, носящих характер смелого экспериментирования, познавательного азарта, дерзости естествоиспытателя, постоянно переступающего грань дозволенного и желающего на собственном опыте узнать, что будет, если... (наполнить духовку газом и поднести спичку; соединить сразу все реактивы из набора «Юный химик»; устроить короткое замыкание во время грозы...). Во-вторых, по отсутствию сведений о каких-либо патологических отклонениях. В-третьих, на основании высокой активности и целенаправленности ребёнка, проявленной в самом обследовании и, как правило, связанной с высокой познавательной мотивацией.

(3) «Негативистическая демонстративность» — частый вариант диагноза при жалобе на неуправляемость. В этом случае ребенок постоянно сознательно нарушает нормы для того, чтобы хотя бы таким способом привлечь к себе внимание. Если учитель описывает классического классного «шута», то диагноз «негативистическая демонстративность» можно ставить почти наверняка, без обследования ребёнка; (если, конечно, можно безоговорочно доверять описанию, что бывает крайне редко). - 68 - «Негативистическая демонстративность» бывает парциальной, например, она может проявляться только дома или только в школе, то есть в той сфере, где ребёнок иными средствами не может добиться необходимой ему дозы внимания (а у этих детей потребность во внимании чрезвычайно высока). Школьная «негативистическая демонстративность» чаще всего обусловлена нарушениями отношений с учителем. Основные показатели «негативистической демонстративности» — сверхвысокая демонстративность в сочетании с переживанием дефицита общения, внимания, высоких оценок.

(4) Двигательная расторможенность тоже может вызвать жалобы родителей на неуправляемость ребенка. Этот диагноз следует четко дифференцировать с диагнозом «повышенная энергетика». Для ребёнка, страдающего двигательной расторможенностью, характерна низкая целенаправленность поведения. При «повышенной энергетике» целенаправленность, напротив, весьма высока, много выше среднего. Различать эти два варианта поведения необходимо уже для того, чтобы правильно сориентировать дальнейшее поведение родителей. И в том, и в другом случае придётся взывать к их терпению, но ребёнку с двигательной расторможенностью целесообразно рекомендовать мягкие успокаивающие средства (типа

валерьянки), тогда как от повышенной познавательной активности лекарствами не избавиться, более того – от этого драгоценного качества вообще не стоит избавляться, надо лишь научиться использовать его «в мирных целях».

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

Тема: Жалоба: «У ребенка трудности в общении»

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

(1) Интеллектуализм (преобладание интеллектуальных процессов над образными и эмоциональными) даёт обычно картину высокосохранного общения со взрослыми и мягкие нарушения в сфере отношений с детьми, не слишком травмирующие самого ребёнка. Но родителей беспокоит то, что ребёнок всё время один, не вписывается в класс, не может найти себе друзей. Впрочем, если в беседе с родителями и ребёнком или в методике «Два дома» обнаруживается, что по крайней мере один «настоящий друг» у ребёнка есть, то прогноз в таком случае благоприятен. Дело в том, что для детей (да и для взрослых) с выраженным интеллектуализмом не свойственна склонность к широкому кругу общения; близкие устойчивые отношения с 1-2 друзьями практически насыщают их потребность в общении. Но если такой ребёнок вообще не находит себе друзей среди сверстников (что в младшем школьном возрасте вполне вероятно), то эта ситуация изоляции нагрозочна для него и ненормальна.

(2) Другая причина трудностей в общении со сверстниками – это несформированность средств общения. Неумение контактировать при высокой направленности на общение может давать внешнюю картину агрессивности. При менее выраженной направленности ребенок, не владеющий средствами общения, просто пассивен. При этом при встрече с активным партнёром возможны отдельные проявления агрессивности просто из-за неумения строить иные, более содержательные отношения. Показатели несформированности средств общения: низкая конформность, нарушение стандартов в изображении людей (например, прямоугольное туловище в рисунке человека). Заметим, что здесь речь идет не о творческой своеобразии, а именно об отклонении от общепринятого канона, о невладении стандартами в сфере общения.

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

(4) Ошибки взрослых, приходящих в психологическую консультацию с жалобой на детские трудности в общении со сверстниками. Нередко в основе этих проблем лежат трудности семейного общения, не замечаемые взрослыми, в результате которых формирование средств содержательного общения задерживается, и потребность в нём остается фрустрированной. Рисунок семьи, методика «Два дома», ТАТ дают достаточно оснований для заключения о том, что ребенок плохо ориентирован в человеческих (и в частности – семейных) отношениях, отличается низкой эмпатийностью. Иногда в обследовании обнаруживаются нарушения семейного общения при полном благополучии в сфере общения со сверстниками. При этом родители жалуются именно на то, что ребёнок не умеет общаться с детьми. Причиной таких родительских заблуждений может оказаться просто плохая информированность родителей, которые утратили контакт, близость с собственным ребенком, потеряли его доверие и полагают, что его домашние

замкнутость, закрытость распространяется на все сферы общения, проецируя на других детей свою собственную неудовлетворённость в общении с ребенком.

Тема: Жалоба: «Ребенок агрессивен» Что может стоять за такой жалобой?

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

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

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

(4) Несформированность средств общения (о которой речь шла выше) также может давать картину поведения, внешне сходного с агрессивным. В этом случае прожективные методики вообще не обнаруживают симптомов агрессии. Методические рекомендации по изучению дисциплины для студентов Работу с учебно-методическим комплексом следует начинать со знакомства с его содержанием, программой курса и возможностями по управлению комплексом. Это позволит обучающемуся сориентироваться в объеме предлагаемого к изучению материала, понять уровень его сложности и освоить навыки полномасштабного использования всех ресурсов, включенных в состав комплекса. Знакомство с темой следует начать с прочтения всего текстового материала в полном объеме (первичное, ориентировочное чтение на общее понимание содержания и формирование завершенного образа темы). При этом нецелесообразно пользование гиперссылками, даже если появляются вопросы с трактовкой того или иного термина или возникает желание познакомиться с биографией того или иного ученого или его портретом. Обращаем внимание на обязательное прочтение при этом проверочных вопросов по теме, которые располагаются в конце основного текста лекции. Затем необходимо опять начать чтение текстового материала лекции (погружающее чтение, обеспечивающее углубленное знакомство с темой), ориентируясь на запоминание фактических данных (даты, названия работ, фамилии ученых и т.д.) и уточняя с помощью системы гиперссылок содержание используемых терминов и понятий. На этом этапе рекомендуется активное использование иллюстративных и справочно-информационных гиперссылок. На третьем этапе прочтения текста лекции (контекстное чтение) следует познакомиться с приводимым в теме хрестоматийным материалом, используя при этом гиперссылки хрестоматийного характера. При этом следует в полном объеме познакомиться со всеми дополнительными материалами по теме лекции (биографии и библиография ученых, содержание специализированных интернет-ссылок и т.д.). После завершения изучения содержания темы следует, используя систему контрольных заданий и тестовых вопросов, определить степень знакомства с базовыми положениями лекции. Проверочная система учебно-методического комплекса позволяет выполнить эту работу в интерактивном режиме, возвращаясь (при неправильном ответе на контрольный вопрос) к тому фрагменту лекции, где может содержаться подсказка или готовый ответ. Безусловно, предлагаемый порядок работы с учебно-методическим комплексом может быть видоизменен и сокращен в зависимости от уровня подготовленности обучающегося и с учетом его индивидуально-психологических особенностей.

Контролируемые компетенции: **ОК-6, ПК-9.**

Оценка компетенций осуществляется в соответствии с таблицей 4.

Критерии оценивания⁵:

⁵ Приводятся, если используются критерии оценивания результатов обучения, не описанные в табл.4/ отличающиеся от описанных в табл. 4

- оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если уверенно знает специфику основных правил и приемов самоорганизации и самообразования;
- оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если понимает специфику основных правил и приемов самоорганизации и самообразования;
- оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если знает основные правила и приемы самоорганизации и самообразования, однако не ориентируется в их специфике;
- оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если понимает специфику основных правил и приемов самоорганизации и самообразования.

Индивидуальные творческие задания (проекты):

1. Разработайте программу профилактики нарушений развития у детей.
2. Разработайте программу коррекционно-воспитательного занятия по проблемам: страхи, грубость, зависть, обидчивость, слезливость, жадность, завышенная и заниженная самооценка
3. Составьте психолого-педагогический портрет аутичного ребенка исходя из клинических симптомов. Постройте индивидуальную модель системы сопровождения ребенка с РДА. Составьте рекомендации по взаимодействию с ребенком, имеющим РДА.
4. Постройте индивидуальную модель системы сопровождения ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Составьте рекомендации по взаимодействию с ребенком, имеющим нарушения опорно-двигательного аппарата.
5. Разработайте рекомендации по созданию модели семейного воспитания ребенка с поражением слуховой функции.
6. Разработайте рекомендации по созданию модели семейного воспитания ребенка с поражением зрительной функции.
7. Дайте рекомендации по предотвращению утомления у детей с ЗПР. Подберите индивидуальные методы психолого-педагогического сопровождения психического развития детей с ЗПР.
8. Составьте рекомендации по общению с умственно отсталыми детьми для родителей и воспитателей; учителей.
9. Представьте в виде таблицы сведения о возрастных особенностях развития ребенка в норме и с отклонением: в периоды от 0-12 мес; 1-2 лет, 2-3 лет, 3-4 лет, 4-5 лет, 5-6 лет, рассматривая особенности психомоторного развития, социально-эмоционального развития, развития общей моторики, тонкой моторики руки, зрительно-моторной координации, восприятия, предметно-игровой деятельности, особенностей психического развития, особенности понимания речи.

Контролируемые компетенции: **ОК-6, ПК-9.**

Оценка компетенций осуществляется в соответствии с таблицей 4.

Критерии оценивания⁶:

- оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если уверенно знает специфику основных правил и приемов самоорганизации и самообразования;
- оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если понимает специфику основных правил и приемов самоорганизации и самообразования;
- оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если знает основные правила и приемы самоорганизации и самообразования, однако не ориентируется в их специфике;
- оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если понимает специфику основных правил и приемов самоорганизации и самообразования.

⁶ Приводятся, если используются критерии оценивания результатов обучения, не описанные в табл.4/ отличающиеся от описанных в табл. 4

**Темы эссе
(рефератов, докладов, сообщений)**

1. Практическая и умственная деятельность детей-олигофренов.
2. Особенности положения умственно отсталого ребенка в семье.
3. Обучение детей с задержкой психического развития.
4. Аутичный ребенок. Пути помощи.
5. Проблемы обучения аутичных детей.
6. Физическое воспитание детей с детским церебральным параличом.
7. Нарушения речи у детей с церебральным параличом.
8. Ранняя диагностика и коррекция ребенка с отклонением в развитии.
9. Социально-трудовая адаптация глубоко умственно отсталых детей.
10. Воспитание ребенка с болезнью Дауна.
11. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция.
12. Психические нарушения при ДЦП.
13. Общение как условие социальной адаптации детей с задержкой психического развития.
14. Детский церебральный паралич: коррекция и консультирование ребенка.
15. Особенности развития познавательной сферы умственно отсталых детей.
16. Особенности развития личности умственно отсталых лиц.
17. Изучение эмоционально-волевой сферы умственно отсталых лиц.
18. Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития.
19. Психолого-педагогическое сопровождение при интегрированном обучении детей с ограниченными возможностями.
20. Комплексное сопровождение и коррекция развития детей-сирот.
21. Психолого-педагогическое сопровождение при интегрированном обучении детей с проблемами развития.
22. Социальная и педагогическая интеграция: сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья.
23. Клиническая характеристика психического инфантилизма.
24. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция.
25. Психическое развитие детей-сирот.
26. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии.
27. Развитие личности ребенка в условиях материнской депривации.
28. Психологическая коррекция умственного развития школьников
29. Нарушения развития и коррекционная работа при глубоком нарушении зрения.
30. Психолого-педагогическое сопровождение развития ребенка с нарушениями зрения.
31. Психолого-педагогическое сопровождение развития ребенка с нарушениями слуха.
32. Психолого-педагогическое сопровождение развития ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
33. Психолого-педагогическое сопровождение развития ребенка с нарушениями.
34. Развитие навыков общения у детей глухих.
35. Особенности познавательной сферы детей со сложными нарушениями.
36. Психологическая сущность раннего детского аутизма.

43. Особенности личности и эмоциональной сферы лиц с нарушениями речи.
44. Психомоторика умственно отсталых лиц.
45. Профориентация, проф.образование и трудовая деятельность лиц с нарушениями развития.
46. Профессиональная адаптация и социальная адаптация лиц с нарушениями слуха.
47. Особенности деятельности лиц с нарушениями зрения.
48. Психолого-педагогическое сопровождение развития детей с ЗПР.
49. Клинико-психологическая структура дефекта при олигофрении.
50. Авторская модель психологической службы школы для детей с нарушениями (зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата).
51. Консультирование семьи, имеющей ребенка с нарушениями в развитии.
52. Авторская модель психологической службы школы для детей с нарушениями.
53. Отграничение предмета специальной психологии от содержания патопсихологии, клинической психологии и психопатологии.
54. Современные представления о сущности феномена нарушенного развития. 3. Факторы психического развития человека.
55. Основные направления дизонтогенеза: ретардация, асинхрония, дефицитарность.
56. Особенности деятельности умственно отсталого ребенка.
57. Особенности познавательной деятельности при дизонтогенезах по типу ретардации.
58. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью как проявление минимальной мозговой дисфункции.
59. Условия овладения речью глухими детьми. Виды речи глухих детей.
60. Основные направления работы по развитию личности, совершенствованию межличностных отношений детей и подростков с нарушенным слухом.
61. Влияние слепоты и слабовидения на формирование высших познавательных процессов.
62. Реабилитация лиц с нарушением зрения.
63. Особенности формирования самосознания при речевом недоразвитии.
64. Особенности психолого-педагогической коррекции отклонений при ДЦП.
65. «Холдинг-терапия» с аутичными детьми.
66. Основные подходы к коррекции дисгармонического развития в детском возрасте.
67. Особенности ощущений и восприятия слепоглухих детей.

Контролируемые компетенции: **ОК-6, ПК-9**

Оценка компетенций осуществляется в соответствии с Таблицей 4.

Критерии оценивания⁷:

- оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если имеет сформированные систематические представления о технологиях постановки профессиональных задач в области научно-исследовательской и практической деятельности;
- оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если имеет недостаточно полное представление о технологиях постановки профессиональных задач в области научно-исследовательской и практической деятельности;
- оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если имеет лишь фрагментарное представление о технологиях постановки профессиональных задач в области научно-исследовательской и практической деятельности;
- оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если отсутствуют представления о технологиях постановки профессиональных задач в области научно-исследовательской и практической деятельности.

⁷ Приводятся, если используются критерии оценивания результатов обучения, не описанные в табл.4/ отличающиеся от описанных в табл. 4

Тестовые задания

Тест (текущий контроль)

1. Выраженное опережение в развитии одних психических функций и свойств формирующейся личности и значительное отставание темпов и сроков созревания других это:
А) дизонтогении; Б) асинхрония; В) аменция.
2. Нарушение психического развития в детском в подростковом возрасте в результате расстройства созревания структур и функций головного мозга:
А) психический дизонтогенез; Б) микроцефалия; В) амнезия.
3. Нарушение функций ЦНС вследствие микроповреждений коры и подкорковых структур головного мозга:
А) микроцефалия; Б) деменция; В) минимальная мозговая дисфункция.
4. Система специально организованных методов лечебного воздействия:
А) реабилитация; Б) психотерапия; В) скрининг.
5. Оригинальный метод коррекции эмоциональных нарушений в детском возрасте: А) скрининг; Б) холдинг-терапия; В) ЛФК.
6. Последствиями перинатальной энцефалопатии являются: А) локальный речевой дефект; Б) расстройства процессов письма; В) сочетанный психоречевой дефект;
7. Понятие «структура дефекта» ввел: А) Лебединский; Б) Трошин; В) Выготский.
8. Состояние, при котором наблюдается тотальное недоразвитие (поражение психики в целом) называется:
А) искаженное развитие; Б) олигофрения; В) задержанное развитие.
9. Гидроцефалия – это:
А) водянка головного мозга; Б) воспаление мозга; В) ревматическое поражение ЦНС.
10. Дети, имеющие различные по степени выраженности снижение слуха называются:
А) позднооглохшие; Б) слабослышащие; В) неслышащие.
11. Система мер, направленных на ослабление недостатков или исправление психофизического развития у детей – это:
А) коррекция; Б) специальная педагогика; В) социальная адаптация.
12. Слабоумие, которое возникает из-за травматического поражения головного мозга называется:
А) олигофреноподобные дети; Б) депривация; В) деменция.
13. Другое название этой болезни Падучая, Лунная болезнь:
А) гидроцефалия; Б) энцефалит; В) эпилепсия.
14. Дети, у которых потеря слуха возникла после сформированности речи называются:
А) неслышащие ; Б) слабослышащие; - 21 - В) позднооглохшие.
15. Какая наука занимается проблемами воспитания, обучения и социальной адаптации умственно отсталых детей?
А) Сурдопедагогика; Б) тифлопедагогика; В) олигофренопедагогика.
16. На основе чего возникает умственная отсталость?
А) периферическое поражение анализатора; Б) органическое поражение ЦНС; В) нарушение щитовидной железы.
17. Как называется вид умственной отсталости, при котором наблюдается стойкое недоразвитие всей психики?
А) олигофрения; Б) шизофрения; В) гидроцефалия.
18. Какая самая легкая степень олигофрении?
А) имбецильность; Б) дебильность; В) идиотия.
19. Психическое состояние, возникшее в результате таких жизненных ситуаций, которые затрудняют удовлетворение жизненных психических потребностей в течении длительного времени:
А) депрессия; Б) деменция; В) невроз.
20. Хроническое психическое заболевание, проявляющееся в судорожных припадках и психических нарушениях?

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

21. В каком году было описано состояние шизофрении Крепелином?

А) 1896 г.; Б) 1869 г.; В) 1900 г.

22. Сколько объектов одновременно может воспринимать умственно отсталый ребенок?

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

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

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

23. Какое внимание у умственно отсталых детей?

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

24. Психологическая диагностика дает сведения об: А) условиях жизни ребенка; Б) об уровне сформированности навыков; В) характере интеллектуального и личностного развития.

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

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

26. Какому типу акцентуации принадлежит девиз: «думай, действуй как все, чтобы было как у всех» А) демонстративному; Б) гипертимному; В) конформному.

27. По статистике аутизм чаще встречается:

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

28. Признаки аутизма сформулировал:

А) Блейер; Б) Каннер; В) Аспецтер.

29. При коррекции РДА необходимо:

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

30. Отказ от речи у ребенка при аутизме:

А) пароксизм; Б) мутизм; В) деменция.

31. При демонстрации сюжетных картин ребенок с УО:

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

32. Замедление темпа речи: А) дислексия; Б) ринолалия; В) брадилалия.

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

А) поврежденному развитию; Б) дефицитарному развитию; В) дисгармоничному развитию.

34. Автор теории сверхкомпенсации функций:

А) К.Г. Юнг; Б) А. Адлер; В) М. Варнок. 35. Проблему психических нарушений у детей с ДЦП изучали: А) Е.И. Мастюкова; Б) И.Ю. Левченко; В) М.С. Певзнер.

36. Повышенное слюнотечение у детей с ДЦП:

А) Синкинезии; Б) Атаксии; В) Гиперсаливация.

37. Классификация ДЦП была предложена:

А) И.А. Юрковой; Б) В.В. Ковалевым; В) К.А. Семеновой.

38. При всех формах ДЦП наблюдается глубокое нарушение:

А) слухового анализатора; Б) кинестетического анализатора; В) зрительного анализатора.

39. Парциальность, мозаичность в развитии всех компонентов психической деятельности характерна для:

А) детей с УО; Б) с ЗПР; В) с зрительными нарушениями.

40. К прогрессирующим зрительным нарушениям относят: А) глаукома; Б) катаракт; В) отслойка сетчатки.

41. Психогенные нарушения у детей проявляется:

А) в аутизации, агрессивности; Б) нарушениях поведения и деятельности; В) тревожно-фобических расстройств; Г) искажениях процессов социализации.

42. Система мероприятий, направленных на исправление недостатков психологии или поведения человека с помощью специальных средств психологического воздействия это:

А) адаптация; Б) компенсация; В) психокоррекция.

43. Многообразные измененные состояния сознания, а также различные варианты нарушений нормального хода возрастного психического развития вследствие блокировки значимых психофизиологических потребностей человека: А) депривация; Б) ретардация. –

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

А) И.А. Соколянским; Б) А.В. Ярмоленко; В) П.П. Кашенко.

50. Психология слепых и слабовидящих: А) олигофренопсихология; Б) сурдопсихология; В) тифлопсихология.

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

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

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

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

53. Впервые конкретные проявления общности нормального и нарушенного развития были четко показаны в исследованиях А) Л.В. Занковым; Б) Т.А. Власовой; В) Г.Я. Трошиным; Г) И.М. Соловьевым.

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

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

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

А) М. Монтессори; Б) Брайля.

56. Вычеркните неверные выражения:

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

57. Восприятие умственно отсталых детей характеризуются:

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

58. При демонстрации сюжетных картин ребенок с УО:

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

4. В общении со взрослым умственно отсталый ребенок стремится:

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

59. Фразовая речь у умственно отсталых детей развивается:

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

60. Обращенная к детям речь воспринимается не расчленено, т.к.:

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

61. Дети с трудом овладевают письменной речью при:

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

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

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

63. Правильная последовательность развития видов мышления:

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

64) Для умственного отсталых детей свойственно

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

65. Ориентировочная реакция у у/о детей:

А) значительно слабее, чем у детей с сенсорными нарушениями; Б) более выражена, чем у детей с сенсорными нарушениями; В) такая же, как у детей с сенсорными нарушениями

66. Умственно отсталые дети лучше запоминают:

А) серию хорошо знакомых слов; Б) серию картинок; В) и слова и картинки запоминают одинаково.

67. При непреднамеренном запоминании результаты ребенка:

А) хуже; Б) лучше; В) на том же уровне, что и при преднамеренном.

68. Зрительные образы у у/о детей со временем:

А) конкретизируются; Б) искажаются; В) уподобляются знакомым объектам.

69. Что входит в типовую модель коррекционной работы

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

70. Кто из психологов рекомендовали специальную организацию динамического обследования аномального ребенка. А) Выготский; Б) Леонтьев; В) Лурия

71. Психологическая диагностика дает сведения об:

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

72. Создание условий для устранения причин аномалии это: А) симптоматическая коррекция. Б) каузальная коррекция.

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

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

74. Системно-целостный подход диагностики относится:

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

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

А) деятельный принцип коррекции; Б) принцип системного развития; В) принцип компенсации.

76. Что входит в установочный коррекционный блок:

А) сведения о ребенке; Б) основные и дополнительные задания; В) формирование положительного отношения к коррек. работе.

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

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

78. Нарушение социальных ориентировок по Л.С. Выготскому это:

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

Контролируемые компетенции: **ОК-6, ПК-9.**

Оценка компетенций осуществляется в соответствии с Таблицей 4.

Критерии оценивания⁸:

- оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если имеет сформированные систематические представления о технологиях постановки профессиональных задач в области научно-исследовательской и практической деятельности;
- оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если имеет недостаточно полное представление о технологиях постановки профессиональных задач в области научно-исследовательской и практической деятельности;
- оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если имеет лишь фрагментарное представление о технологиях постановки профессиональных задач в области научно-исследовательской и практической деятельности;
- оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если отсутствуют представления о технологиях постановки профессиональных задач в области научно-исследовательской и практической деятельности.

Контрольная работа

Вариант 1

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

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

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

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

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

⁸ Приводятся, если используются критерии оценивания результатов обучения, не описанные в табл.4/ отличающиеся от описанных в табл. 4

4) *Замедление темпа речи*: А) дислексия Б) ринолалия В) брадилалия

5) *Дайте рекомендации при заикании*

б) *Определите тип акцентуации характера*

1. Заострение, усиление определенных свойств личности называется...

2. Дети этого типа акцентуации долго плачут, кричат, всех бьют. Что за тип?

3. Определите тип акцентуации: ребенок не любит шумных подвижных игр, молчалив, редко улыбается.

4. Определите тип акцентуации по доминирующим чертам: непостоянство проявлений зависит от любого человека, который оказался рядом.

5. С чем обычно путают акцентуацию характера?

6. Тип акцентуации, при котором настроение меняется периодами.

7. Тип акцентуаций, который по другому называют мимозоподобный.

8. Назовите коррекционные упражнения для психастенического типа.

9. Назовите положительные и отрицательные черты гипертивного типа.

10. Напишите конфликтногенные ситуации, характерные для конформного типа.

Вариант 2

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

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

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

в) дети понимают обиходную речь.

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

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

4. *Нарушение тембра голоса и звука произношения: А) дизартрия Б) ринолалия В) тахилалия*

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

б) *Определите тип акцентуации характера*

1. Автор концепции об акцентуации...

2. Какому типу свойственно:

3. Резкая смена настроения, похвала вызывает истинную радость, а утраты – аффективную реакцию. Настроение меняется каждый час.

4. Определите, какому типу принадлежат конфликтные ситуации: одиночество, отказ в чем – то необычном.

5. Доминирующая черта эпилептоидного типа.

6. Другое название конституционально – депрессивного типа.

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

8. Назовите коррекционное упражнение для шизоидного типа.

9. Назовите положительные и отрицательные черты демонстративного типа.

10. Какое коррекционное упражнение учит рассказывать смешные истории. (определить тип, упражнение, опишите его).

11. Напишите конфликтные ситуации, характерные для эпилептоидного типа.

Контролируемые компетенции: **ОК-6, ПК-9.**

Оценка компетенций осуществляется в соответствии с Таблицей 4.

Критерии оценивания⁹:

⁹ Приводятся, если используются критерии оценивания результатов обучения, не описанные в табл.4/ отличающиеся от описанных в табл. 4

- оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если имеет сформированные систематические представления о технологиях постановки профессиональных задач в области научно-исследовательской и практической деятельности;
- оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если имеет недостаточно полное представление о технологиях постановки профессиональных задач в области научно-исследовательской и практической деятельности;
- оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если имеет лишь фрагментарное представление о технологиях постановки профессиональных задач в области научно-исследовательской и практической деятельности;
- оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если отсутствуют представления о технологиях постановки профессиональных задач в области научно-исследовательской и практической деятельности.

Вопросы к зачету

1. Современное состояние специальной психологии: достоинства и недостатки.
2. Тенденции в образовании детей с недостатками развития.
3. Понятие «отклоняющееся развитие». Базовые составляющие психического развития ребенка.
4. Важнейшие задачи психолого-педагогической диагностики нарушенного развития.
5. Группа риска. Нарастание инвалидизации детского населения.
6. Причины нарушений интеллектуального развития у детей: эндогенные, экзогенные.
7. Критерии умственной отсталости
8. Олигофрения и ее степени.
9. Определение ЗПР, применяемое в отечественной специальной психологии.
10. Факторы, влияющие на тип возникшей у ребенка дизонтогении.
11. Понятие деменция. Виды деменции: резидуальная, прогредиентная.

12. Специальная терминология, применяемая для обозначения недостатков развития.
13. Особенности психического развития детей с нарушениями зрения.
14. Особенности психического развития детей с нарушениями слуха.
15. Охарактеризуйте предмет и задачи специальной психологии.
16. Дайте определение первичного и вторичного нарушения.
17. Дайте характеристику ребенка с физической и психической недостаточностью в младенчестве.
18. Зона актуального и ближайшего развития нормально и аномально развивающегося ребенка.
19. Познавательная сфера умственно отсталого ребенка.
20. Личность умственно отсталого ребенка.
21. Раскройте понятие «умственно отсталый ребенок».
22. ЗПР и вопросы психолого-педагогической поддержки.
23. Классификация детей с ЗПР по К.С. Лебединской.
24. Познавательная сфера ребенка с ЗПР.
25. Личность ребенка с ЗПР.
26. Динамика развития психической деятельности у ребёнка с ЗПР.
27. Предмет и задачи сурдопсихологии.
28. Комплексные нарушения у детей с проблемами слуха.
29. Сурдопсихология и сурдопедагогика: проблем развития познавательной сферы ребенка с проблемами слуха.
30. Возрастные особенности развития детей с проблемами зрения.
31. Тифлопсихология: цель, задачи и проблемы отрасли.
32. Особенности познавательной и игровой деятельности слепых детей.
33. Особенности общения и развития личности слепого ребенка.
34. Пространственные представления и пространственная ориентировка слепого ребенка.
35. Мышление детей с недостатками зрения.
36. Особенности эмоциональной сферы слепых детей.
37. ДЦП. Этиология и основные формы.
38. Характеристика задержки развития детей с ЗПР.
39. Особенности личностного развития детей с ДЦП.
40. Речевые нарушения у детей с ДЦП.
41. Классификация нарушений речи у детей. Общее недоразвитие речи.
42. Недоразвитие речи и проблема общения.
43. Первичное и вторичное недоразвитие речи.
44. Особенности психических процессов при СДВГ.
45. Личностные особенности детей с СДВГ.
46. Тревожно-фобические расстройства у детей с различными видами дизонтогенеза.
47. РДА как самостоятельное нарушение развития.
48. Причины и механизмы развития РДА.
49. Особенности личности ребенка с синдромом РДА.
50. Дисгармонический склад личности: типы и краткая характеристика.
51. Акцентуированная личность и коррекция дисгармонического развития.
52. Дети с комплексными нарушениями развития. Причины слепоглухоты.
53. Компенсация и коррекция функций при тяжелых нарушениях.
54. Психологические проблемы интегрированного и дифференцированного обучения детей с ОВЗ.
55. Цели, задачи и особенности деятельности ПМПК.
56. Задачи ранней диагностики детей с ЗПР.
57. Задачи ранней диагностики детей с СДВГ.
58. Задачи ранней диагностики детей с РДА.
59. Задачи ранней диагностики детей с сурдодефектом.
60. Задачи ранней диагностики детей с тифлодефектом.

