**Психологические основы специального образования.**

**Специальная психология**- это область психологии науки изучающая лиц, для которых хар-но отклонение от норм пихологического развития, связанная с рожденными или преобретенными нарушениями формирования н.с.

**Специальная педагогика.** На основе такого извучения определяются возможности и пути преодоления нарушенийпсих. развития. строится система обучения и воспитания лиц с нарушениями псих. развития.

**Спец. психология и педагогика подразделяются на психологию:**

- тифло педагогику и психологию (зрение)

-сурдо психологию и педагогику (слух)

**Значение спец. психологии для спец. педагогике.**

определяется тем, что на ее основе строится система обучения воспитания, соц. адаптации лиц с нарушениями псих. развития. Строится система проф. ориентации.

**Основные понятия.**

**дефект псих. развития** – это псих. недостаток вызывающий нарушения нормального развития.

Компенсация нарушенных ф-ций – это возмещение недоразвитых или нарушенных псих. ф-ций путем использованя сохраненных или перестройки части но нарушений ф-ций. При компенсации происходит вовлечение в работу нарушеня функций новых стр-р которые ранеене участвовали в осуществелнии данной ф-ции или выполняли при этом другую роль.

**2 пути компенсации:**

**1. Внутрисистемная компенсация.** – осуществляется за счет привлечения сохраненных нервных элементов нарушенной ф-ции.

**2. Межсистемный** осуществляется путем перестройки функций ,перестройки сис-м и включение в работу ф-ций из др. стр-р за счет не свойственных им ранней ф-ции. Пр. межсистемная компенсация. зрение плохое – улучшается осязание. Специальное обучение и воспитане явл. компенсирующее направленными.

**Причины (этиология) нарушения псих. развития.**

**факторы: а) биологические** – генетический материал поврежден, генные мутации, наследственно обусловленные нарушения обмена. **б) социальные** факторы – неблагоприятные соц. условия (эмоц. дипривация раннего возраста => невозможность удовлетворить потребности в эмоц. общении) психич. депривация – невозможность удовлитворить псих. потр. дифицит инф-ции.

**По времени воздействия потагенные факторы делят на: а) пренатальные б) натальные 3) постнатальные**

**Пренатальные факторы:** интоксикации организма матери (алкоголь, лекарства, ), инфекции (нейроинфекции), конфликты по резус фактору, гипоксия или кислородная недостаточность плода, радиоционные излучения.

**Натальный период:** использование средств родовспоможения, асфексия новорожденного.

**Постнатальный**: инфекции и т.д., лекарственные интенфикациии, травмы н.с., опухолевые заболевания.

**Все патогенные факторы делятся на: а) внутренние и б) внешние**

**Психологические параметры нарушенного психического развития.**

**Дизонтогенез**-

1**) связан с функциональной локализацией нарушения**. В зависимости от нее различают 2 осн. вида дефекта: 1 частный – он обусловлен дифицитарностью отдельных псих ф-ций. 2 общий – связан с нарушением деятельности коры и подкорки в целом.

**2) связан с временим поражения**, характер анамалии будет различным в зависимости от того когда возникло поврежедение н.с.

Чем раньше произошло поражение н.с. тем вероятнее недоразвитие псих. ф-ций.

Чем позднее произошло поражение н.с. тем больше вероятности явления повреждения с распадам стр-ры псих. ф-ции.

Неустойчивость псих. ф-ций в синзетивный период.

Может обусловить регресс (или возврат) на более ранний возрастной уровень и может так же распад т.е. грубую дизорганизацию либо выпадение псих. ф-ций.

3) характеризует взаимоотношение нарушений в стр-ре дифекта. **Дефект имеет структуру** (Выготский) В этой стр-ре выделены 2 группы: первичные и вторичные.

1. Первичные вытекают непосредственно из биологического хар-ра заболевания.

2. Вторичные нарушения возникших опасредованного в процессе аномального соц-го действия.

3. Первичный дефект может иметь хар-р поврежденя, дедоразвития или их состояния.

Вторичный дефект явл. основным объектом психол. изучения и пед. коррекции.

**4) параметр дизонтогенеза** связана с нарушением межфункциональных взаимодействий в процессе аномального развития.

В нормальном онтогенезе выделяют сл. типы межфункциональных отношений:

- (явления временной независимости) врем. независимые функции

- ассоциативные связи

- иерархические связи.

**а) явления временной независимости.** При поталогии временная независимость превращаетсяв изоляцию. Изолированная ф-ция (т.е. со стороны др. ф-ций изоляций) стереотипизируется зацикливается в своем развитии. Пр. моторная ф-ция не развита => …, тормозится

**б) ассоциативные связи обуславливает объединение в 1 целое** разномодальных впечатлений на основе временно пространственной связи. Пр. Если увидеть в окно то мы увидем в целом и адекватно ориентируемся. При поталогии ассоциативной связи хар-ется повышенной энертностью в результате чего происходит их поталогическая фиксация.

Эти энертные стереотипы тормозят псих. развитие. «Меньше видит, меньше замечает».

При нарушении ассоциативных связей могут распространятся и на сл. годы возраста (от 3 лет)

**Патологическая фиксация приводит к своевременной инволюции**. (замена высш. псих. ф-ций низменными) более ранних форм псих. деятельности что замедляет развитие. Пр. автономная речь (3-4) года потом более высшая. Но у детей с задержкой эта речь может сохранять сл. годы (т.е. фиксация)

**в) Иерархичекий тип связи**. (развитие от низм к высш. т.е. гетерохрония)

Обеспечивает перестройку усложнение псих. процессов в определенной психол. последовательности обусловленной законом «**гетерохронии**», т.е. это разновременность формирования различных псих. ф-ций. При патологии происходит нарушение этой последовательности, возникают диспропорции в развитии **или ассинхрония**. Ее основные проявления: **1. ретардация** – это незавершенность отд. периодов развития. Отсутствие инвалюции более ранних форм псих. ф-ций. Пр. более хар-но для умственно отсталых. Пр. автономная речь после 3-4 лет заметно у умств. отсталого она задержана. **2. аксилирация** отдельных ф-ций предполагает изолированное развитие к-либо ф-ции**. 3.Сочетание ретардации и патологической акселирации** псих. ф-ций. (речь ретордация + опорно. двиг + ..)

Типы нарушенного психического развития или варианты псих. дизонтогинеза ( по Лебединскому)

6 типов дизонтогенеза.

1 вариант. Псих. недоразвитие

2. Задерженное психическое развитие.

3. Поврежденное псих. развитие

4. Дифицитарное псих. развитие

5. Искаженное псих. развитие

6. Дисгармоническое псих. развитие

**Закономерности развития нормальных и аномальных детей идентичны. (закон Выготского ,Трошин) У аномального реб. они приламляются через его дефект**

Леонтьев. Высокий уровень пластичности н.с. у реб.

При этом при аномальном развитии наблюдаются специфические закономерности. **Д\З**

И каждый конкретный тип аномального развития так же имеет свои собственные зкономерности развития.

**1 вариант. Психическое недоразвитие.**

**Типичная модель.**

1) Олигофрения (врожд. умств. отсталость) 2-3 года. **Причины: а) эндогенные б) экзогенные.**

Поталогия хромасомного набора: половые и аутосомные (олигофрения).

Врожденные нарушения обмена веществ. Энзимомадийный аутизм (надо исключать белки на ранней стадии)

Полегенные тип наследования, накопление патологических генов.

инфекции.

Интоксикации (гармональная, лекарств, наркот.. во внутр. родовом периодах **и в раннемдетстве)**

**В период внутреутробного развития:** радиоактивное, рентгеновское излучение. Заболевание системы организма матери (сердце, сосуды, экзоген), несовместимость по резус фактору., гепоксия. ЗНАЧИМЫ в 1/3 беременности.

В постнатальный период: нейроинфкции (корь, скарлотина и т.п.), опухолевые заболевания гол. мозга. До 2-3 летнего возраста.

**Психологическая структура дифекта при олигофрении обусловлена явления или необратимого недоразвития мозга в целом.**

Сухорева Е.Г.

Выделила 2 закономерности развития при олигофрении.

1) тотальность нервно-псих. недоразвития.

2) иерархичность нервно-псих. недоразвития.

Тотальность означает что в состоянии недоразвития находятся все псих. ф-ции. Н.с. недоразвития и слух и зрение восприятие недоразвития. **Недоразвитие маторики** проявляется в бедности однообразии неретмичности, замедленности, плохой пластичности движения, наличие ненужных движений, неустойчивости физич. тонуса в неловкости произвольных движений., бедности мимики, жестов; медлительность, заторможенность движения, недоразвитие памяти проявляется как в отношении запоминания так и хронения и восприятия инф-ции.

**Недоразвитие восприятия.** проявляется в бедности недостаточности, замедленности, слабой активности, малом объеме, недоразвитии константности. Пр: дети не видят перевернутые предметы, не узнают.

**Недоразвитие внимания**: проявляется в ослабленности его фиксации сужении объема, фрагментарности, трудностях сосредоточенияфя, слабая переключаемость, непроизвольное внимание слабое.

**Недоразвитие речи:** Оно рассматривается как основа: нарушен грамматический строй речи, резко ограничен активный словарь, нарушено понимание смысла слов, нарушение письменной речи, при олигофрении хар-но нарушение ф-ции речи, Речевые ответы протекают не скоординировано с двигательными реакциями. Пр. ребенок берет в руки куклу и говорит: Катя ложится спать, а сам садит ее.

**Так же рар-но недоразвитие эмоциональной сферы.**

«Прежде всего малая дифиренцированность однообразие эмоциональных явлений, Бедность оттенков переживаний, актуальность только непосредственных эмоциональных раздражителей, Эмоциональная вязковст, Негативные эмоц. реакции, Неспособность проявлять аффект => склонность к импульсивности., Слабость борьбы мотивов, Общая незрелость личности проявляется в низком уровне познавательных интересов и в быстром угосании. Хаар-на незрелость мотивации, Повышенная внушаемость, Безынтенсивность.

**Иерархичность нервно. псих. недоразвития.** выражается в том, что недоразвитие псих. ф-ций проявляется меньше чем недоразвитие мышления. Также иерархичность проявляется в том, что недоразвитие отдельных псих. ф-ций наиболее недоразвито их высшее звено (обобщение и отождествление)

**Систематика олигофрении:**

Исходя из критерия степени выраженности дефекта олигофрению подразделяют на:

**1) дебильность**

**2) имбицильность**

**3) идиотия.**

**Дебильность** – наиболее легкая степень выраженности дефекта.

Мышление имеет наглядно образный хар-р., Доступна определенная оценка конкретной ситуации, ориентация в простых практич. вопросах. **Развита фразовая речь, Механическая память**.

**Имбицильность** – хар-ется наиболее глубокой степенью выраженности. Ограниченный запас сведений. Возможность выделения простейших признаков предметов ситуаций. Также детям доступно понимание произношения простейших фраз. Простейшие навыки самообслуживания. Переживают насмешки и т.п. а) умеренная и б) глубокая имбицильность.

идиотия- наиболее глубокая степень. Глубокое недоразвитие всех псих. ф-ций.

**Речь** не членораздельные звуки, либо набор нескольких слов, употребляемых без сопастовления. В обращенной речи воспринимают не смысл, а интонации. Свойственны элементарные эмоции связанные с физиологическими потребностями. **Примитивные формы выражения эмоции.** Все новое вызывает страх Привязанность к ухаживающему. Нет навыков самообслуживания. Импульсивные реакции на внешний раздражитель.

**Задержанное психическое развитие.**

При зпр имеет место нестойкое необратимое псих. недоразвитие, а замедление его темпа. Замедление к-е проявляется, выражается в недостаточности общего запаса знаний ограниченности представления. В незрелости мышления, низкой интеллектуальной целенаправленности. Преобладание игровых интересов. Быстрой пресыщаемоси в интеллектуальной деятельности. (50е – 60е годы)

При ЗПР во 1х случаях на 1 план выступает задержка эмоциональной сферы. (при этом выражена не резко)

Во 2х В др. случаях преобладает замедление развития интеллектуальной сферы.

Для детей с ЗПР хар-но минимальные мозговые повреждения (дисфункциями) ММД (минимальные мозговые дисхункции – заграницей)

К детям с ЗПР относят детей не имеющих выраженных отклонений в развитии. Эти дети испытывают трудности в адаптации вследствии различных биосоциальных причин – это остаточные явления легких повреждений цнс. – т.е. функциональная незрелость ц.н.с.

Соматическая ослабленность организма. Незрелость эмоционально волевой сферы. Неблагоприятные социальные условия развития.

**Причины которые могут обусловить ЗПР:**

Конституциональные факторы: - хранические самотогенные заболевания. Длительные неблагоприятные условия воспитания. Органическая недостаточность**. Длявех детей с ЗПР вне зависимости от развития хар-н.** **инфантелизм** – это целостная стр-ра физ. и псих. признаков незрелости несвоейственные данному возрасту.

Причины осуславливающие ЗПР:

**1) Пренатальные факторы:** - заболевания матери (краснуха, паратит и т.п.) – хронические самотогенные заболевания, - нарушения обмена в-в, -интаксикация, - несовместимость по резус фактору.

**2) натальные факторы:** механическое поврежение плода при использовании средств родовспоможения, -асфексия. – социальные факторы – псих. депривация, эмоциональная депривация, - дефицит инф-ции.

**Лебединский:**

**Исходя из этимологического принципа Лебединский К.С. выделяет 4 варианта ЗПР.**

1) Конституционального генеза.

2) ЗПР самотогенного генеза

3) ЗПР психогенного генеза

4) ЗПР церебрально-органического генеза.

**1. Конституционального генеза.**

**а) инфантильность**. Инфантильный тип телосложения с детской пластичностью маторики, мимики. Эмоц. сфера хар-ется яркостью, живостью эмоций. Преобладанием эмоц. поведением, игровых интересов. Внушаемости. Недостаточной самостояетельности. Быстрая пресыщаемость интеллектуальной деятельностью.

**2. ЗПР самотогенного генеза**. Эмоциональная незрелость обусловлена длительными самотогенными заболеваниями => возникают хронические…., что характеризует развитие активных форм деятельности. Способствует формированию робости, боязливости..

**3. ЗПР психогенного генеза**. Неблагоприяные условия воспитания, имеет соц. условия. В условиях безнадзорности может формироватья поталогическое развитие личностиь по типу психологической неустойчивости.=> реб. не может контролировать свои эмоции, желания. Несформированность высших эмоций. чувств (долг, ответственность) – гиперопека, формируются эгоцентрические установки, неспособность к волевому усилию. Преобладание жестокости, формируетя невротическое развитие личности => отсутствуют условия инициативности самостоятельности, слабость, боязливость, неуверенность в себе.

**4. ЗПР церебрального генеза.** Причины схожи с олигофренией. Пойдет ли развитие по типу замедления темпа или возникнет выраженное психологическое недоразвитие прежде всего зависет от массивности паражения и от времени поражения.

ЗПР связана с блее поздними экзогенными повреждениями мозга. Характерна замедление темпа псих. развития зедержка становления маторных ф-ций навыков опрятности. – **регресс преобретенных навыков**.

Недостаточность, незрелость хра-но как для эмоционально-волевой так и познавательной деятельности.

Эмоц. волевая незрелость обозначается как органический инфантелизм.

Отсутствие живости яркости эмоции хар-на внушаемость, грубость, **преобладание игровых интересов**. – В игре присутствует однообразие, отсутствие творчества, слабость воображения. Игра состоит из отдельных недосвязанных фрагментов. Усложнение игры приводит к ее распаду.

У мл. школьника учебная деятельность воспринимается прежде всего с оценочной стороны.

**Особенности проявления эмоций связаны с преобдладающим фоном настроения.**

**У детей с эйфорическим настроением преобладает импульсивность.** Психоматорная расторможенность, неспособность к волевому усилию математической деятельности (непоседа)

**У детей с доминированнем пониженного фона** настроения хар-ны склонность к робости, боязливости, многочисленные страхи, препятствуют формированию активности инициативы состоятельности, а также преобладают игровые интересы. Дети с трудом привыкают к уч. деятельности. Тяжело привыкают школьную несостоятельность. **Хар-но замедление развития познавательной деятельности. При общем** – недоразвито мышление**. При генезе** – недоразвито на первый план вступает не дефицитарность мышления, а память, внимание, восприятие и т.п.

Хаар-но: замедленность приема обработики сенсорной инф-ции, дифицитарность памяти, - отставание в развитии, - слабость познавательной активности, - отсутсвие словесно-логического мышления, - утомляемость, - снижение работоспособности, - эмоционально-волевая незрелость и др. познавательной деятельности.

**Дети с: а) волевой незрелостью б) неразвитой познавательной деятельностью.**

**Олигофрения роль биол. факторов – ЗПР роль соц. факторов. В отличии от стойкого психического недоравития (олигофрения) при зпр речь идет о замедлении темпа псих. развития. В отличии от тотального недоразвития в олигофрении, при ЗПР имеет место модальность нарушений.**

**Поврежденное психическое развитие.**

Органическая дименция или преобретенная умственная отсталость.

Причины связаны с перенесенными: инфекциями, - интоксикациями, - травмами н.с. – наследственными, - заболеваниями мозга.

**В отличии от олигофрении деменция возникает либо начинает грубо прогрессировать в возрасте после 2-3 лет.** (олигофрения 2-3 лет).

Важным признаком деменции – это полное или частичное, малообратимая или необратимая утрата ранее преобретенных знаний и практического опыта. **Т.е. при деменции как правило имеется период нормального развития.**

**Общими признаками деменции явл**.: - мозаичность псих. нарушений, - неравномерность или снижение отдельных псих. ф-ций с возможностью относительной сохранностью. С 1 или несколькими из них. – наличие определенного запаса сведений представлений, словарного запаса, - несоотвестиве между имеющимся запасом знаний и низким возможностями их реализации. –несоотвествие м-ду глубиной личностных расстройств (сниженное развитие критики, утрата высших эмоций, резкое снижение побуждений) и интеллектуальной достаточности.

**Систематика органической деменции:**

**Исходя из критериев динамики болезненного поцесса различают так называемую: резидуальную органическую деменцию и прогрессирующую. Резедуальная** – остаточное явление поражение мозга. **Прогрессирующая** обусловлена текущими органическими процессами.

Виды орг. деменции классифицируются по этимологическому критерию: - этимология (чем вызвано), -степень распространнености и приемущественная локализация. – вораст прогрессирования деменции, -индивидуальные особенности бебенка.

**Стр-ра дифекта определяется прежде всего фактором повреждения мозговых систем**.

**При деменции нет тотальности, иерархичности псих. ф-ций.** На 1 план выступает **мозаичность, расстройство личности**. В 1х случаях в большей степени выражено нарушение личности. В др. нарушение познавательной деятельности.

**стр-ра дефекта. Исходя из специфики стр-ры дефекта Сухорева выделила 4 типа органической деменции у детей. (дополнил Лебеденский)**

**1 тип. Низкий уровень обобщения.** На 1 план выходит резкая замедленность и низкая переключаемость мыслительных процессов. – Выраженная псих. истощяемость. – неспособность к напряжению.

**3 тип. Недостаточноть побуждения к деятельности**. Вялость медленность резкое снижение активности мышления: - общая двигательная заторможенность, бещность мелкой маторики, равнодушие к оценке, - своих ошибок не замечает и т.п.

**4 тип. Полевое поведение ребенка** (хаотическая двигательная расторможенность действия по первому побуждению. – эйфоричекий фон настроения и могут иметь вспышки агрессии. Эмоциональное поведение – примитивные, поверхностный, - грубые нарушения критики, и целенаправленность мышленя. – грубые расстройства внимания, - резкая отвлекаемость, - расторможенность увлечений (чрезмерная обжорливость) – не выносимы в детском коллективе, - грубые нарушения интеллектуальной деятельности. – не замечают ошибок, - быстро теряют интерес к заданию.

**У таких детей проявление органической деменции имеют возрастное своеобразие.**

**В раннем детсве и дошкольном возрасти (если деменция) .** На 1 план выступают утрата или ослабление ранее преобретенных навыков. – Нарушение речи, - Снижаетя уровень побуждения к деятельности. Деятельность становится не целенаправленной. –Начинает преобладать безцельное моторное возбуждение. – Ослабляется диференцированность эмоций. – Утрачивается чувство привязанности к близким и начинает преобладать эйфорический настрой.

**В ст. дошк**. возрасте происходит также разрушение или объединение игровой действительности т.е. игра становится стереотипной, однообразной.

**В мл. шк**. возрасте. резко снижается работоспособность, нарушается осмысление, способность к обобщению, происходит замедление темпа мыслит. процесса. – **брадифрения**. – резкое снижение концентрации внимания, ослабляется память. – При этом сохраняется речь и навыки самопожертвования, элементарные уч. навыки. Снижается активность уч. деятельности.

**В подростковом возрасте** на 1 план выступает не только нарушения познавательной деяетельности, но и враженные расстройства поведения. (Связаны с повышенной эмоц. возбудимостью, эмоц. волевой неустойчивостью, расторможенностью примитивных влечений, при недостаточной критике) – приставучий, - фон. настроения меняется. ( от эйфарического до апатии) – не мотивированные и вызванные вниманием воздействиями состояния дисфарии (агрессивны, и совершают разрушительные действия)

**Эпилептическая деменция.**

**Возникает при эпилепсии**. – Наглядность эмоций, - Хаар-ется сочетанием интеллектуальной недостаточности, нарушение мышления сосвоеобразными изменениями личности в виде крайнего эгоцентризма, выраженной энертности, тугоподвижности псих. процессов. –эмоциональной вязкости. Длительная фиксация на эмоционально отрицательных переживаниях. Сочетание злопамятности, мстительности, жестокости, с преувеличенной льстивостью, угодливостью.

Так же хар-на плохая эмоц. переключаемость тугоподвижность мышления. – Выраженная замедленность речи, - низкая продуктивность в умственной работе. – Страдает механическая память. – События затрагивающие личные запоминаются лучше. – сниженный фон настроения. – склонность к агрессивности, - эмоциональным вспышкам.- нарастает двигательная расторможенность.

**Шизофреническая деменция. (апатические ослабленности)**

Способность к осмыслению, обобщению – нарушены незначительно. Хотя мышление в целом не продуктивно, искажено. – глубокий дефект личности, с резким снижением уровня побуждений, психической активности, полной бездеятельностью, апатией. – снижением эмоциональной реакции, - отгороженностью от окружающих, - отсутствием потребности в контактах. Мышление – склоны к резанерству. (рассуждения без смысла)

Для интеллектуальных расстройств хар-на диспропорциональность или незавершенность. –Наряду с нелепыми ответами – ребенку могут быть доступны сложные обобщения, перенесению к скрытого смысла. – Бедная односложная речь может чередоваться с длительными сложными фразами и оборотами. (не знают дом. адрес и т.п.) – Двигательная стереотипия (вычурные позы движения) – Не мотевированные страхи.

Происходит распад экспрессивной речи или ее резкое обеднение. Утрачивают навыки самообслуживания и опряшности. – Появляется регрессивные поведения.

**Дефицитарное психическое развитие.**

**Связан с первичной недостаточностью отдельных систем (зрения, слуха, речи, опорно-двигательной системы)**

1. Аномалии развития в связи с недостаточностью зрения и слуха.

Этиология нарушения слуха и зрения может быть связана как с экзогенными так и эндогенными факторами. **Экзогенные факторы нарушения слуха**. – инфекционные заболевания (принатальные заболевания принатальный и постнатальный) краснуха, -корь, - паратит. – нейроинфекции (минингиты, инцифалиты) атиты, - воспалительные заболевания. **Эндогенные факторы нарушения зрения** – это инфекции, интоксикации в постнатальный период и пренатальный периоды: поталогии родовой деятельности.- опухолевые заболевания реб. – Для возникновения вторичных нарушений в стр-ре дефекта имеет степень выраженности, сенсорного дефекта. – Время возникновения нарушения зрения.

Психическое развитие детей с дефектом зрения и слуха зависет от времени возникновения (пр. глухота после 2-3 лет => развитие лучше чем у тотально глухого от рождения)

Для возникновения … необходимо своевременное обучение и развитие.

Систематика нарушений сенсорной сферы учитывает критерий времени и степени поражения.

**Среди детей с недостаточностью слуха**: - глухие а) ранооглохшие б) позднооглохшие. Слабоглухие: а) с соотносительностью охранностью б) глубоким недоразвитием.

**Дети с недостаточностью зрения** 1) тотально слепые 2) частично видящие 3) слабовидящие.

**Вторичные нарушения.**

**Хаар-ны для формирования различных сфер.**

**Слух.** У детей с нарушением слуха из-за речевых нарушений задерживается речь. Отстает формирование перцептивных ощущений. Трудности выделения и фиксации отдельных св-в предметов. Нарушено формирование предметных представлений. – Нарушение закрепления предметов в словах в следствии чего ребенок не моет определить с предметами.

Испытывает трудности их актуализации.

**У детей с нараушениями зрения хар-ая особенность имеет** – введение слова без опоры на сенсорный опыт, что ведет либо к размыванию значения слова либо закреплению за словом узкого круга понятий слова, что сужает развитие уровня обобщения. У детей с нарушением зрения – недоразвита эмоциональная сфера, связана с ограничением либо невозможностью восприятия… это в свою очередь усугубляет недоразвитие обобщения с самых ранних этапах развития реб.

**У детей с нарушением слуха** в связи с отсутствием или снижением воздействия речи взрослого ее эмоц. тона. эмоциональное обобщения также неразвита с полных ранних этапах. У детей может отсутствовать комплекс оживления. В более старшем возрасте появляется дефект ориентировки (плохо воспринимаемый эмоц. тон) – Бедность практического опыта. – Слабое развитие предметной моторики. – Своеобразие игровой деятельности (примитивные манипуляции, однообразно повторяемые движения)

**У детей с нарушением зрения.** – разрыв между речью и действия без специального обучения не сокращается. – Выражено недоразвитие способности к приему недоработки, хранению инф-ции (Пр. у слабо вид. – страдает хранение зрит. памяти)

**У детей с нарушением слуха** замедляется восприятие, проявляется и по отношению к инф-ции поспринимаемой зрительно. Увеличивается время восприятия. Уменьшается кол-во воспринимаемых деталей. – **Недостаточность словесного опосредования**. **У детей с нарушением зрения непосредственно зрительный анализ с**игнала нарушен меньше, чем словесная классификация его результатов. – Замедление темпа развития мышления (обобщение и отвлечение)

**Компенсаторные проявления.**

**В стр-ре дефекта и комплекс проявления возникающие с приспособлением** **аномального реб. к требованиям среды.** В зависимости от хар-ра сенсорного дефекта у аномальных детей возникают различные функциональные перестройки в основе к-х лежит прежде всего высокая пластичность формирования высших корковых ф-ций. Пр: у глухих – жестовая речь.

Специфика аномального развития личности (неблагоприятных условиях воспитания и неадекватности пед. коррекции) Пр. фиксация на своем дефекте.

Аномалии развития.

- пониженный фон настроения. – астенические черты. (эпохондричность) – тенденция уходов от контактов. – уход в своей внутренний мир. – низкий уровень самостоятельности и активности.

**Аномалии развития в связи с недостаточностью двигательной сферы.**

**Этиология: - генетические факторы, - органические поражения ц.н.с.** – инфекционные заболевания. Особенности нарушения зависят от нарушения отдела. **1) коркового уровня** – сила, точность движения, формироване предметных действий и т.п. **2) подкоркового:** тонус, ритмичность, выразительность движений, выработка автоматизмов.

**детский церебральный паралич (ДЦП)**

Этиология. Органические поражения ц.н.с. в рез-те внутреутробных инфекций интоксикаций несовместимости крови матери и реб. – асфексии, - внутреутробных кровоизлеяний. – недоношенности плода. 30%.

Постнатальный как правило в течении 1 года жизни и как правило в рез-те **нейроинфекции.**

**Стр-ра дефекта при ДЦП.**

- центр. место занимает двигательные нарушения основными из к-х явл: параличи (без движения), - парезы (ограниченность движений)- нарушение мышечного тонуа. Нарушение моторной сферы непосредственно не обусловливают интеллектуальной недоразвитие.

**Вторичные отклонения:** - нарушены развития речи (позднее формирование моторной стороны речи, правильности произношения) Хаар-но запаздывание появление первых слов и фразовой речи, хар-но для этих детей.:

-недостаточность пространственного восприятия, -нарушение двигателного восприятия. – недоразвитие представлений собственного тела. – трудности восприятия формы, - соотнесение элементов в прострастве. – запаздывает формирование понятия правого и левого. – нарушено формирование ориентировочной реакции. – недоразвитие предметных действий, игровой деятельности. нескольких навыков. – снижение работоспособности. – эмоциональные расстройства: недостаточность диференцированности эмоций. – монотонность эмоций. – отсутствие инициативы. и самостоятельности.

**Искаженное психическое развитие.**

**Синдром раннего детского аутизма (РДА)**

Впервые его описали Л. Каннер, Аспергер, С Ленухин.

Каннер выделил триаду симптомов РДА или основные внешние проявления. **1. Аутизм 2. Специфика двигательной сферы. 3. Своеобразие нарушения речи.**

Проявляется наличие РДА на **1-2 году жизни**. Максимально достигается от 3-5 лет. Потом считывается сиптоматика елси условия благоприятные то наоборот.

**Этиология**.

Единой т.з. до сих пор нет. Каннер рассматривает РДА как конституциональную этимологию. т.е. наследственные факторы, генетика.

Ряд исследователей (Сухорева, Бабкина) рассматривают РДА как начальный период ранней детской шизофрении. Причина наследственная патология.

Ряд исследований Мухина, Коган, Ковалев, Лебединская, рассматривают РДА в связи с внетриутробным поражением ц.н.с.

В зарубежных исследованиях формирование синдрома РДА – основная роль отводится хранической психотравмирующей ситуации, вызванной нарушением эмоц. связей ребенка с матерью. (холодность матери, диспатичность)

**Структура дефекта:**

**Первичным нарушением при синдроме** РДА относится чувствительная повышенность (гиперсинзетивность)к первичным и слабость псих. тонуса.

**К вторичным нарушениям** относятся аутизм и аутостимуляция в виде стереотипных действий. (с треском разрывают бумагу, переливают воду)

**Третичные нарушения** в стр-ре дефекта – это истинные невротические образования.

**Основные внешние проявления.**

**1. Аутизм** – проявляется в отсутствии или в значительном снижении контактов с окружающими, в уходе в себя, в свой внутренний мир. Слабость или отсутствие контактов хар-но как и по отношению к незнакомым так и по отношению к близким.

Эти дети эмоционально не дифиринцируют не одушивленные и одушивленые предметы. – Предпочитают неодушевленные. – Отсутствие эмоц. рзности на окр. ситуацию. – Холодность и безразличие к окр-им сочетается у них с повышенной ранимостью пугливостью чувствительностью к резкому тону, громкому голосу, маминому замечанию в своей адрес. – Хаар-на повышенная чувствительность к обычным сенсорным раздражителям (свет, звук…) – Болезненная гиперстезия, связанная с ней эмоциональный дискомфорт способствуюет возникновеню страхов.

**Страхи** существенно влияют на поведение такого ребенка. Страхи пережиты в прошлом сохраняются долго (годами). Именно страхи обуславливают ритуализацию поведения. Пр. страх жизни, смерти, окружающих. Чувство страха вызывает изменения поэтому реб. стремиться к сохранению постоянства его среды.

С состоянием страха связаны различные защитные действия, движения, носящих хар-р ритуалов. Аутические страхи искажают деформируют предметность восприятия окружающего. стойкие страхи способствующие эмоционально-отрицательно окрашенному … препятствуют формированию его устойчивости и тем самым усиливают вторично страх перед ним.

**Интеллектуальная недостаточность не является обязательной для синдрома РДА могут быть даже одоренные.** Но при этом для их интеллектуальной деятельности в целом хар-ны: нарушения целенаправленности, трудности концентрации внимания. – быстрая интеллектуальная пресыщаемость. – аутическая направленность всей интеллектуальной деятельности.

Игры, фантазии, интересы, интеллектуальная деятельность в целом далеко от реальнойситуации.

Аутизм отчетливо проявляется в речи таких детей, как правило при потенциально большом словарном запасе, способности к сложным оборотам дети **не пользуются речью для общения**: В 1х случаях это отказ от общения **(мутизм)** В др. случаях это аутическая речь обращенная в пространство, самому себе. При ответах на вопросы хар-но **эхолалия** (это повторение окончания слов или фраз). Не употребление личных местоимений. О себе во 2-3 лице. Тембр и модуляция голоса не естественно певучий. Хар-но **стремление к словотворчеству,** к такому безцельному монипулированию звуками словами, отдельными фразами из стихов, песен, специфично развитие двигательной сис-мы.

Поведение деятельности проявляется плохая маторика, неловкость, произвольные движения. Трудность в овладении навыков самообслуживание. снижение мышечного тонуса – слабость неловкость движения (особенно рук), но манерность и гримастничество.

Хар-на стереотипия проявления увекательной сферы. Доминирование стереотипных движений, к-е в том числе выступают и как аутостимуляция. Первые признаки аутизма проявляются на 1-2г. жизни и наиболее выраженными достигают от 3-5 лет. После 5 лет нарушение может стачиваться при хорошей обстановке.

**Дисгармоническое психическое развитие.**

1. Основные модели психопатии и патологическое развитие личности. – это аномалии псих. развития в основе которого лежит дизонтогенез эмоционально-волевой сферы.

**Психопатия.**

Это стойкая личностная дисгармония хр-ные **признаки** психопатии (Сухорева и т.п.)

а) Выраженность психологических св-в достепени раушения адаптации.

б) Тотальность нарушений, т.е. присутствие во всех сферах деятельности.

в) Стабильность псих. нарушений т.е. их малая обратимость.

г) Наличие совокупности личностных поведенческих эмоциональных невротических расстройств.

д) тенденция к однотипному способу личностного реагирования.

До упрочнения совокупности этих признаков состояние реб. расценивается как препсихопатическое.

**Причины психопатии**: - наследственные факторы (конституциональная группа психопатии или ядерная группа психопатии) – органические повреждения н.с. на самых ранних этапах дизонтогенеза – это органические психопатии. – социально-психорпатические факторы (краевые психопатии) – **чаще всего** психопатия имеет **смешанное происхождение**.

Ни один из вариантов психопатии не появляется в готовом виде в раннем возрасте, хотя именно с этого времени (особенноя ядерная психопатия) начинается их формирование при участии отр. временных воздействий.

**Становление психопатии** происходит в детском и подростковом возрасте может продолжаться в … из искажения нормальное развитие и созревание психики.

**Стр-ра дефекта** при психопатии ограничена кругом аномальных личностных св-в. не имеющих самостоятельной тенденции к прогрессированию но видоизменяющихся под влиянием соц-ых и биологических факторов, что ведет к стойким нарушениям адаптации к социальной среде.

**Варианты психопатии:**

**1) ядерные 2)органические 3) краевые.**

1. Ядерная психопатия имеет наследственное происхождение:

а) шизойдная б) эпилептойдная в) циклойдная г) психотаническая д) истирическая.

**Шизойдная психопатия** – присущи симптомы аутизма. (погруженность в свой мир и т.п.) Эмоциональная сфера хар-ется дисгармоничным сочетанием повышенной чувствительности своих переживаний и интересов. Отсутствие непосредственности, жизнирадостности, внешней сухости, по отношению к окружающим, хар-на синхрония, развитие речи опережает развитие моторики. => существенные трудности овладения моторными навыками письма. Высокий уровень интеллектуальной…- Плохо ориентируется в конкретной ситуации, эмоц. проявления неадекватны.

В отличии от проявления аутизма, при шизойдной психопатии аномальное развитие ограничивается личностными особенностями. – Раннее вознекновение интеллектуальных интересов. (физика, математика, склонность к коллекционарованию, хорошая речь детей, продуктивность учебной деят-ти низкая в следствии сосредоточенности на своем мире) – Внешне-эмоциональная сухость, вязкость сочетается с внутренней сензетивностью, ранимостью

**Эпилептойдная психопатия.** ………………………….

Упрямство, мстительность. Свойственная повышенной педантичностью аккуратность, к-я гипертрафимая установленному порядку. Для взрослых лиц хар-на полярность эмоц. сферы: с одной стороны эмоц. взрывчатость, жестокость с др. стороны склонность к угодливости, слащавости.

**Циклойдная психопатия.**

**На 1 план –** склонность к не мотивированным колебаниям настроения. От пониженного до повышенного. Преобладает повышенный фон: Повышенная двигательная активность, гиперактивность, невымосимость неподвижности, общительность. => сменяется резко на противоположное – резко снижается работоспособность проблема межличностного общения.

**Психастеническая психопатия.**

Склонность к тревожности, мнительности, неуверенность в себе, - робость, -застенчивость, -многочисленнные немативированные страхи, -навязывязчивые опасиния, -нерешительность, - ритуализация поведения как попытка закрепить себя от страхов. – испытывают страхи всего нового, незнакомого, склонность к порядку, низменному режиму. –чувствительные к поощрениям, испытывают страхи.

**Истирическая психопатия.**

конституциональный фактор + экзогенные процессы (в течении 1г. жизни)

Чаще всего у женщин. – Повышенный эгоцентризм, Стремление быть в центре внимания. Характерна эмоциональность, -незрелость и => повышенная внушаемость. Ревность по отношению к сверстникам, демонстративность поведения. Незрелость эмоц. сферы. конфликт м\ду жаждой признания, самооцениваннния, неадекватного поведения, завышена и уровень притязания. Самооценка неадекватно завышена и уровень притязания.

**Неустойчивая психопатия.**

-Незрелость интересов. – Поверхностность, неустойчивость привязанности. –импульсивность поступков. –действия по первому побуждению.- низкая продукнивность к деятельности. – неспособность к длительной, целенаправленной деятельности. –сенсорная жажда. – незрелость см. организовать свою деятельность. и нуждаются в постоянном социальном контроле. **Смешанный генез= экзогенные + эндогенные факторы.**

**Органическая психопатия.**

1 вариант рассмотрим:

Возбудимая, Эксклозивная психопатия. На 1 план выступают эмоциональная и двигательная позбудимость – аффективные встпышки возникают легко. – сочетаются с озлобленностью, агрессивностью, негативизмом, чаще всего имеют астенический исход. Расслабленностью вялостью. Конфликты драки. Дерзость со взрослыми. Немативированные колебания настроений.

**Основы дидактики социальной педагогики.**

**1. содержание специального образования.**

Человек с особыми потребностями в своем развитии направлен на социализацию.

**Важнейшей задачей явл:**

- предупреждение и компенсация. Это означает максимально полное удовлетворение специфических образовательных потребностей. Пр: чтобы избежать полной потери слуха следует сохранить, работать с остаточным слухом. Обучение в безслуховом пространстве.

Ограничение возможностей не является сугубо количественным фактором. **Нарушение псих. процессов равития – это нарушения системы в целом**. Нужно развивать навыки: - ориентация во времени и т.п. развитие эмоц. волевой сферы. Чтобы преодолеть ограничения и решить образовательную задачу, необходимо создавать условия для развития у таких лиц навыков цоиальной компетентности с целью их соц. адаптации и интерграции.

**Навыки соц. адаптации.**

-навыки ориентирования в пространстве и во времени.- Навыки самообслуживания. –Социально бытовой ориентации, -Навыки коммуникации. –регуляция сознательного собственного поведения. – Восполнение недостатков знаний об окружающем- Восполнение эмоционально-волевой сферы. – профессиональное самоопределение.

**Образование детей с отклонениями псих. развития протекает в специальных** **образовательных условиях.** Они включают: - наличие спец. программ Пр. коррекц-развивающих. – Учет особенностей развития каждого ребенка. – Примененеие специальных ср-в и методов обр-я компенсации и коррекции.-Адекватная среда жизнидеятельности. – Психологическое сопровождение образовательного процесса. – Мед-соц. помощь. – Лица с особыми обр. потребностями могут осовивать разные уровни обр-я в зависимости от степени ограничения возможностей и в 1ю очередь от сохранености и интеллектуальных возможностей.

содержание специального образования, также зависит от возрастного периода в котором находится человек с ограниченными возможностями. Специальное образование, его объем качество, конечно рез-ты определяются хар-ом отклонения в развитии сохранностью анализаторных сис-м. Временем возникновения и тяжестью нарушения. Социокультурным условиям жизнидеятельности. Семья должная участвовать в этом процессе.

Условия специального образования определяются специальными образовательными стандартами.

**«Государственный стандарт общего образования детей с ограниченными возможностями здоровья» или специальный образоватеьльный стандарт.**

Система основных параметров отражает: - представление современного общества о необходимом уровне образовательного данного уровня. категории лиц. Существуют стандарты спец. образования, применительно к каждой категории лиц с особыми образовательными потребностями.

Хар-ны изменения в содержании общеобразовательных предметов.

Так же в содержании спец. образования включены специфические учебные предметы:

Стандарт учитывает степень выр-ти нарушения ограничения возможности.

Пр. но для детей с нарушением зрения для каждой категории свои стандарты. – Учитываются этнокультурная и национально региональный компонент. Федеральный и региональный компонент.

Стандарты спец. образования. ориентированны на растущего человека. с огр. возможностями на протяжении всего периода его становления и социализации.

**Принципы спец. образования.**

Принцип- это система наиболее общих существенных и устойчивых требований, к-е определяют характер и особенности организации коррекционно образовательного процесса и управления позн. деятельностью лиц с особыми образовательными потребностями.

**1 принцип. принцип педагогического оптимизма.** знания о потенциальных возможностях у лиц с особыми образовательными потребностями. Основывается на гуманистической парадигме о возможности включения в образовательный процесс человека с любыми образовательными потребностями.

Под способностью к обучению в спец. педагогике понимается прежде всего доступность к освоению ребенком социально личностно значимых навыков жизненной компетенции. Обеспечивающих его адаптацию к окр. среде и способствующих самостоятельной и независимой жизнидеятельности. Этот принцип опирается на положение Выготоского «о зоне ближайщего развития ребенка» обучение ведет за собой развитие.

Современная педагогика говорит что необучающихся детей нет.

**2. принцип ранней помощи..** Важнейшим условием коррекционной работы – это обеспечение раннего выявления и ранней диагностики в отклонении развития ребенка для определения его особых образовательных потребностей. Современное спец. образование предусматирвает максимальное сокращение м\ду выявлением у реб. первичного нарушения и началом целенаправленной коррекции педагогической помощи.

**3 принцип коррекционно компенсирующей направленности образования.**

Он предполагает такой направленность на сохранение псих. ф-ций реб. построение образования процесса, с использованием сохраненных анализаторов ф-ции сис-мы организма. В соотвествии со спецификой природы недостатка развитии т.е. природосообразна. Коррекционная работа направленная на преодоление недостатков психо-физического развития создает дополнительные возможности для компенсации неполноценным ф-ции.

Обр-е и раз-е иребенка с отклонениями т.о. строится в соответствии с его специфическими прир. возможностями и на их основе.

**Процесс образования реб. с отклонениями в развитии строится с опорой на сохранение ф-ции.** Хар-р компенсаторной направленности обр.я обеспечивается системой специфических техн. средств. обучения и коррекциями, а также особой организации обр. процесса. она отражена в содержании методах, организационных формах спец. образования. – увеличение способов обучения. –охранительно лич-пед. режим. – спец. предметы, уроки. спец. методы и приемы обуч.

**4 принцип. Социально-адаптирующей направленности обр.**

Коррекция и компенсация нарушений – это прежде всего ср-во обеспечения человеку с ограниченными возможностями максимально самостоятельности и независимости в соц. жизни. Позволяет преодолеть и уменьшить соц. выпадение сформулировать у него соц. компетентность психологическую подготовленность к социо-культурной среде. Принцип обеспечивает содрежанием стандартов спец. образования. Формами и ср-ми коррекционно обр. процесса.

**5 принцип Развития мышления, языка и коммуникации.**

Важненейший общей обр. потребностью. детей с отклонениями в развитии явл. потребность в коррекционно пед. помощи по развитию речи мышления и общения – это необходимое условие реализации спец. образования и успешной социокультурной адаптации.

**6 принцип деятельностного подхода в обучении и воспитании. Спец. пед.** деятельностный принцип опирается на понятие ведущей деятельности. Предметно-практическая деятельность явл. специфическими ср-ми обеспечения компенсаторного развития ребенка с отклонениями. В спец. педагогике обр. процесс организуется на наглядно-действенной основе. Предметно-практическая деят-ть рассматривается. В спец. обр-нии имеет приемущество **коллективно-предметно практич. деятельность.** (под. рук-ом педагога.)

Значение предметно-практической деятельности опирается на сохранные ф-ции реб. развивать высшие псих. ф-ции компенсировать недостаток практического или деятельностного опыта. Создавать условия ля развития навыков общения, овладевать навыками социального взаимодействия.

**7 принцип дифиринцированного и индивидуального подхода в спец. обр.**

Индивидуальный подход направлен на создание благоприятных условий обеспечения учетывающих как индивидуальные особенности в соотвествие с категорией дефекта. Инд. подход позволяте не какую часть из образовательного процесса отдельных детей. Дифиринцированный подход обусловлен наличием вариативных типологических особенностей даже в рамках 1 категории нарушения. В связи с этим коррекц. обр. процесс образуется дифиренцированно иходя из наличия в группе однородных по своим характерам микрогрупп. Деление на микрогруппы условно. Принцип дефиренцированного подхода образуется через учебные программы системы спец. образования. с учетом вариативных возможностей освоения программного материала.

8 принцип необходимости спец. пед. рук-ва.

педагоги должны иметь четкое представление о принципах, классификацию возможностей компенсации.

**Современная система специальных образовательных услуг.**

**1. медико-педагогический патронаж. МПП**

это особый вид помощи реб. его родителям педагогам в решении сложных проблем связанных с выживанием, востонавлением, лечением, специальным обучением и воспитанием, социализацией.

Предполагает спектр долгосрочных мер. Комплексной реабилитации помощи ориентированным на семью, ребенка с отклонениями и осуществляемых в процессе согласованной работы специалистов разного профиля.

**Патронаж** – это единство диагностики ,выбора обр. маршрута. Проектирование индивидуальных реабилитационных программ в помощи в их реализации.

Осуществляется психолого-педагогическими медико-социальными учр-ями и службами создаваемыми как в стр-ре частной системы обр. а так же и вне ее.

Базовой основой патронажа являя. ПМК (психолого-медико пед. комиссии или консультации) – реабилитационные, диагностические центры, - логопедические пункты. – службы надомного обучения.

**Система патронажа** это часть спец. образования призвана влиять на улучшение условий детей с огр. возможностями а также детей группы риска.

здравоохранение + образование + соц. защита.

Направления деятельности:

1) помощь в выборе индивидуального образовательного маршрута.

2) разработка и реализация коррекционно развивающих программ.

- реалиация спец. программ лдя обучения родителей, включение и коррекционно педагогический процесс.

- обеспечение целостного подхода к социализации реб. через взаимосвязь м\ду отдельными аспектами помощи.

- реализация современных пед. технологий в сис-ме спец. образования.

**Медико-соц. профилактика и раняя комплексная помощь.**

От этой помощи зависит предупреждение инвалидности и снижение степени жизнидеятельности и трудоспособности.

Предупреждение инвалидности это осуществение комплекса мер направленных на профилактику возникновения физ. умственных физических, сенсорных дефектов. (профилактика 1го уровня) и на предупреждение перехода дефекта на постоянные функциональное ограничение и инвалидность (профилактика 2го уровня) – ранняя стимуляция развития реб. сцелью порфиактики вторичных отклонений.