

3. Эволюция отношения государства и общества к лицам с нарушениями в развитии (по Н.Н. Малофееву).

Механизмы смены периодов.

- 1 период (IX в. до н.э. — 1198 г.) – агрессия и отторжение. Западноевропейская цивилизация прошла путь от агрессии и нетерпимости к людям с выраженными отклонениями в развитии к осознанию необходимости заботиться о людях с отклонениями в развитии. Характерна ненависть на почве религии, страх заражения болезнью. Условная граница — открытие в Баварии первого приюта для слепых (1198).
- 2 период (XII — XVII) – признание необходимости призревания. Пройден путь от осознания необходимости призревания лиц с отклонениями в развитии к осознанию возможности обучения хотя бы части из них. Характерно появление хосписов, больниц. Первый приют – инициатива личная, а не общественная. Условная граница - переосмысление во Франции гражданских прав людей с сенсорными нарушениями и первые прецеденты открытия в Париже спецшкол: для глухонемых (1770) и для слепых (1784).
- 3 период (конец XVIII — начало XX) – осознание возможности обучать. Открытие первых учебных заведений сначала для слепых, после для глухих, умственноотсталых. Условная граница – последняя четверть 19 в.
- 4 период (начало XX — 70-е гг. XX) – построение национальной системы образования. Концом периода можно считать первые прецеденты закрытия специальных школ и перевода их учащихся в общеобразовательные учреждения.
- 5 период (70-е гг. — конец XX века) – интеграция, инклюзия. Декларация ООН "О правах умственно отсталых" (1971), "О правах инвалидов" (1975). Пятый период характеризуется в западноевропейских странах перестройкой организационных основ специального образования, сокращением числа специальных школ и резким увеличением количества специальных классов в общеобразовательных школах.

4. Особенности эволюции отношения государства и общества к лицам с нарушениями в развитии в России.

В эволюции отношения общества и государства к лицам с отклонениями в развитии в России воспроизводятся все те же периоды, что и в европейской цивилизации, но со значительным отставанием в масштабе исторического времени, вследствие чего в 90-е годы XX века Россия и Западная Европа переживают разные периоды эволюции отношения государства к детям с отклонениями в развитии.

- 1 период(X век - 1704—1706 гг.). Начало— время христианизации Руси и возникновения монастырских приютов. Окончание первого периода — указы Петра I, запрещающие умерщвлять детей с врожденными дефектами (1704) и повелевающие открыть церковные приюты и госпитали для оказания помощи сиротам, нищим и убогим (1706).
- 2 период(1706—1806). На этот период приходятся прецеденты открытия первых специальных школ в Петербурге: для глухих (1806) и для слепых (1807).
- 3 период проходит (1806—1927 гг.). Оформление специального образования приходится на Советский период и связано с Законом о всеобщем. С этого момента отечественная система специального образования коренным образом отличается от западноевропейской, так как строится в логике тоталитарного государства на принципиально иных идеологических, философских постулатах, ценностных ориентациях, ином понимании прав человека.
- 4 период (1927—1991 гг.). Данный этап характеризуется совершенствованием национальной системы специального образования. Начало четвертого периода связывается с принятием Постановлений СНК "О введении всеобщего начального обучения" (1926), "О порядке введения всеобщего" (1927), "О мероприятиях для усиления работы по воспитанию и обучению умственно отсталых, глухонемых и слепых детей и подростков" (1927). Дифференциация системы специального образования приходится в России на 50—90 гг., данный период характеризуется развитием классификации детей с отклонением в развитии, совершенствованием горизонтальной и вертикальной структур специального образования.
- 5 период характеризуется сокращением числа специальных школ и резким увеличением количества специальных классов в общеобразовательных школах. Интеграция лиц с отклонениями в развитии в общество становится ведущей тенденцией этого периода. В России такая смена отношений совпадает с распадом СССР и кардинальным изменением устройства государства. Россия как демократическое государство в 1998 году ратифицировало Конвенцию ООН "О правах ребенка", "О правах умственно отсталых лиц", приняло закон "Об образовании". В этот период происходит переосмысление государством и обществом прав человека, прав ребенка, прав инвалидов. Государство начинает проводить антидискриминационную политику по отношению к лицам с отклонениями в развитии, закладываются основы формирования новой культурной нормы — уважение различий между людьми.

9. Роль Л.С.Выготского в становлении дефектологии.

- Дефект – «социальный вывих» - органические дефекты (при глухоте, слепоте, слабоумии) - факты биологические. Но на практике приходится иметь дело не столько с самими биологическими фактами, сколько с их социальными последствиями, с конфликтами.
- Разделение : первичный, вторичный дефект
- Зона актуального развития (сейчас). Зона ближайшего развития (потенциал).
- Теория компенсации – «ориентироваться не на "золотники болезни" ребенка, а на имеющиеся у него "пуды здоровья".» необходимость социальной компенсации. Обходные пути развития ребенка;
- Принцип коррекционно-воспитательной работы, при котором исправление недостатков познавательной деятельности аномальных детей являлось бы частью общей воспитательной работы, растворялось бы во всем процессе обучения и воспитания, осуществлялось в ходе игровой, учебной и трудовой деятельности.

12. Классификация лиц с недостатками слуха

1. По состоянию слуха различают лиц:

✓ слабослышащих, или страдающих тугоухостью; глухих.

2. По классификации Л.В. Неймана (1961)

3. По международной классификации (1988) в зависимости от средней потери слуха в диапазоне трех частот: 500, 1000 и 2000 Гц выделяют 4 степени тугоухости и глухоту:

✓ I степень — 26—40 дБ;

✓ II степень — 41—55 дБ;

✓ III степень — 56—70 дБ;

✓ VI степень — 71—90 дБ;

✓ глухота — более 90 дБ.

4. Педагогическая классификация Р.М. Боскис (50-е гг. XX в.) — основа дифференцированного специального образования детей с нарушениями слуха.

Дети с нарушениями слуха подразделяются на 4 группы:

- глухие без речи (ранооглохшие);
- глухие, сохранившие речь (позднооглохшие);
- слабослышащие с развитой речью;

слабослышащие с глубоким речевым недоразвитием

13. Общая характеристика детей с нарушениями слуха

1. Глухие дети – с глубоким стойким двусторонним нарушением слуха:

- ✓ не могут самостоятельно овладеть речью;
- ✓ без специального образования становятся глухонемыми;
- ✓ большинство обладает остаточным слухом (восприятие очень громких звуков – силой более 80 дБ в диапазоне до 1000– 2000 Гц);
- ✓ недостаток слуховых впечатлений обедняет внутренний мир ребенка;
- ✓ наибольший ущерб развитию приносят создаваемые глухотой препятствия к овладению словесной речью как средством общения и познания окружающего мира;
- ✓ ограниченные возможности овладения речью негативно влияют на развитие познавательных процессов, эмоционально- волевой сферы и др.;
- ✓ понимание речи опережает формирование возможности собственного высказывания в устной, дактильной или письменной форме;
- ✓ специальное обучение позволяет овладеть словесной речью, часто расширяет возможности общения со слышащими и способствует развитию личности.

Раннее начало специального обучения ребенка словесной речи

2. Позднооглохшие дети (глухие, сохранившие речь) имеют следующие особенности.

Сохранность их речи зависит:

- ✓ от возраста ребенка в момент наступления глухоты;
- ✓ наличия остатков слуха;
- ✓ умения их использовать;

владения грамотностью к моменту потери слуха;

- ✓ условий развития;

3. Слабослышащие дети:

- ✓ отклонение от нормы развития психики;
- ✓ нарушение многих функций и сторон психики, определяющих ход развития личности ребенка.

15. Классификации нарушений зрения.

- По нарушению остроты зрения различают:
- **слепых** (визус менее 0,005); дифференцируют как: 1. абсолютную (неспособность отличать свет от тьмы, визус 0); 2. бытовую (неспособность ориентации в ближнем пространстве жизнедеятельности для удовлетворения потребностей вне знакомой обстановки дома без посторонней помощи); 3. профессиональную (недостаточность зрения для той или иной профессиональной деятельности). 4. амавроз — слепота без видимых повреждений глаз.
- **частично слепых** (визус 0,005 - 0,04) с суженным полем зрения (первая форма), с периферической скотомой (вторая форма), с центральной скотомой (третья форма);
- **слабовидящих** (визус 0,05 — 0,2).
Амблиопия (слабое зрение без видимых повреждений глаз), в зависимости от смещения фокусного расстояния, определяется как *близорукость*, или миопия (фокус впереди сетчатки), и *дальнозоркость* (фокус сзади сетчатки), или гиперметропия.
- По времени наступления слепоты различают:
- **слепорожденных**
- **рано ослепших** — до 3 лет (когда еще не сохраняются в памяти зрительные образы)
- **ослепших** (утрата зрения после 3 лет).

№15. Классификация нарушения зрения

• Врожденное

- тяжелые заболевания матери на ранних этапах беременности(причина)
- генетическая обусловленность(причина)
- катаракта
- пигментная дистрофия
- астигматизм
- врожденные доброкачественные опухоли
- атрофия зрительного нерва

• Приобретенные аномалии

Причины:

- оспа, сифилис, туберкулез глаз
- внутриглазные кровоизлияния (глаукома) приводит к тотальной потере зрения
- травмы ЧМТ или глаза
- болезнь затрагивает центр зрения

Причины и проявления нарушения двигательных функций (17)

Причины:

1. Заболевания нервной системы: ДЦП, полиомиелит.
2. Врожденная патология опорно-двигательного аппарата: врожденный вывих бедра, кривошея, косолапость и другие деформации стоп, аномалии развития позвоночника (сколиоз), недоразвитие и дефекты конечностей, аномалии развития пальцев кисти, артрогрипоз (врожденное уродство).
3. Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата: травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей, полиартрит, заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит).

Проявления.

ДЦП: нарушение мышечного тонуса, ограничение и невозможность произвольных движений, наличие насильственных движений, нарушение равновесия и координации движений, нарушение ощущений движений (кинестезий), недостаточное развитие цепных установочных выпрямительных рефлексов (стато-кинетических), синкенезии (непроизвольные движения, сопровождающие выполнение активных движений). Наличие патологических тонических рефлексов.

20. Классификация форм ДЦП (Семёнова К.А.)

- 1. Спастическая диплегия. Двигательные нарушения верхних и нижних конечностей, больше поражены ноги.
- 2. Двойная гемиплегия. Тяжелые двигательные нарушения во всех 4х конечностях.
- 3. Гемипаретическая. Поражение половины тела.
- 4. Гиперкинетическая. Наличие насильственных движений при волнении, усталости и т.п.
- 5. Атонически-астатическая. Нарушена координация движений, снижение мышечного тонуса.

Причины и проявления эмоциональных и поведенческих расстройств (21)

Причины:

- 1) Социальная дезориентация. Резкое затруднение овладения правилами поведения в обществе.
- 2) Негативное самопредъявление. У детей с высокой потребностью во внимании к себе. Демонстративное негативное предъявление себя являются средством привлечения к себе внимания окружающих.
- 3) Семейная изоляция. Проявляется в неспособности адаптироваться в новой среде, например, в группе детского сада. Единственной средой, в которой такой ребенок чувствует себя комфортно, является его семья. Для таких детей характерным является повышенная зависимость от родителей, низкий уровень самостоятельности, инфантильность.
- 4) Хроническая неуспешность. Проявление – резко повышенная тревожность, низкая самооценка, приводящие к дезорганизации действий и их низкой результативности.
- 5) Уход от деятельности. Складывается у детей, которым не удается реализовать присущую им демонстративность из-за неблагополучия в семейных отношениях.
- 6) Вербализм. Преобладание вербального развития над развитием других познавательных процессов.

Классификация по проявлению:

- гиперкинетические расстройства, которые характеризуются чрезмерно активным поведением;
- агрессивное (вызывающее) поведение;
- невротические расстройства;
- расстройства социального функционирования; тикозные проявления;
- расстройства питания; стереотипные двигательные расстройства и т.д.

22.Классификация раннего детского аутизма О. С.Никольской

Классификация РДА:

- 1) с отрешенностью от окружающего, полным отсутствием потребности в контакте, полевым поведением, мутизмом, отсутствием навыков самообслуживания. Эти проявления позволили квалифицировать данный вариант аутического дизонтогенеза как регрессивный. Нозологически здесь речь идет о злокачественно текущей шизофрении. Охватывает примерно 8% детей, страдающих РДА.
- 2) с преобладанием многочисленных стереотипий, нередким симбиозом с матерью. Охватывает примерно 62% детей, страдающих РДА. Этот вариант РДА может быть обусловлен как шизофренией, так и органическим поражением ЦНС.
- 3) с преобладанием сверхценных интересов, фантазий, повышением влечений. Нозологическая квалификация этой группы представляет определенные трудности. Речь может идти как о вялотекущей шизофрении, так и об аутистической психопатии (вариант синдрома Аспергера). Охватывает примерно 10% детей, страдающих РДА.
- 4) с чрезвычайной ранимостью окружающим: тормозимостью в контактах, робостью, поисками защиты у близких, стремлением к выработке социально положительных стереотипов поведения. Охватывает примерно 21% детей, страдающих РДА. Данный вариант РДА с нозологических позиций может представлять собой особую форму конституциональной аномалии развития (истинный "синдром Каннера"). При легкой выраженности - вариант аутистической психопатии Аспергера.

23. Общая характеристика детей с РДА.

- Трудности при установлении эмоционального контакта с внешним миром
- Стереотипичность в поведении.
- Характерная задержка и нарушение речевого развития, а именно её коммуникативных функций.
- Раннее проявление вышеперечисленных расстройств
 - **КЛАССИФИКАЦИЯ ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ РДА:**
 - Полная отрешенность от происходящего
 - Активное отвержение
 - Захватченность аутистическими интересами.
 - Чрезвычайная трудность организации взаимодействия

24. Темпо-ритмические нарушения речи.

Брадилалия – патологически замедленный темп речи. Симптомы:

- замедленность темпа внешней и внутренней речи;
 - замедленность процессов чтения и письма
 - монотонность голоса;
 - удлинение пауз между словами;
 - растянутое произношение звуков.
 - голос сохраняет одну и ту же высоту;
- возможен носовой оттенок
+ нарушения общей, мелкой моторики.

Движения замедленные, вялые. Лицо амимичное.

Псих. Деятельность: общая замедленность (восприятие, мышление, переключение)

Баттаризм (парафразия) - патологически ускоренный темп речи, при котором имеет место неправильное формирование фразы, слова произносятся нечетко, не договариваются.

Заикание — нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

Тахилалия – патологически ускоренный темп речи. Симптомы:

- ненормально быстрый темп речи (20–30 звуков в секунду вместо 10–12)
- стремительность речи
- при торопливости, расстройство внимания
- запинки, повторения, пропуск слогов
- замены, перестановки, слова заменяются родственными по звучанию/написания + общая моторика, аналогично.

Полтерн (спотыкание) - патологически ускоренная речь с наличием прерывистости темпа речи несудорожного характера.

- с моторными расстройствами (ускоренная речь и отклонения в артикулировании звуков речи;)
- с сенсорными расстройствами (трудность нахождения необходимых слов, нарушения слухового внимания)
- с общей трудностью формирования речи, несмотря на достаточный словарный запас;
- со спотыканием

26. Дизартрия - нарушение произношения, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата при поражении центральной или периферической нервной системы.

Нарушение звукопроизношения зависит от тяжести поражения ЦНС. В легких случаях имеются отдельные искажения звуков, в тяжелых – замены, пропуски, искажения, страдает темп, модуляция, выразительность, произношение мало понятно. При очень тяжелых поражениях ЦНС – речь становится невозможна из-за полного паралича речедвигательных мышц – анартрия.

Причины возникновения дизартрии: ЧМТ, асфиксия, родовая травма, инфекционные заболевания ЦНС.

Симптомы: Дефекты звукопроизношения, нарушение артикуляционной моторики, нарушения речевого дыхания, мелодико-интонационные расстройства (нарушение голоса)

Классификация

По принципу локализации поражения речевого аппарата:

Бульбарная - обусловленная периферическим параличом мышц, принимающих участие в артикуляции □ поражения языкоглоточного, блуждающего и подъязычного нервов или их ядер; часто сочетается с расстройствами глотания

Корковая - обусловленная поражением областей коры головного мозга, связанных с функцией мышц, принимающих участие в артикуляции; отличается расстройством произнесения слогов при сохранении правильной структуры слова.

Мозжечковая - обусловленная поражением мозжечка или его проводящих путей; характеризуется растянутой, скандированной речью с нарушением модуляции и меняющейся громкостью.

По степени понятности речи для окружающих:

1 степень – нарушение звукопроизношения выявляется только специалистом в процессе обследования ребенка;

2 степень – нарушение звукопроизношения заметно каждому, но речь понятна для окружающих;

3 степень – речь понятна только близким ребенка и частично для окружающих;

4 степень – отсутствие речи или полная ее непонятность.

27.Ринолалия- нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.

ФОРМЫ РИНОЛАЛИИ

При **ОТКРЫТОЙ РИНОЛАЛИИ**

ротовые звуки приобретают зональность. Заметно изменение тембра гласных при артикуляции которых, ротовая полость больше всего сужена («И», «У»). Также назальный оттенок приобретает гласный «А», так как при его произнесении ротовая полость широко раскрыта. При произношении шипящих и фыркающих согласных появляется хрипящий звук, который образуется в носовой полости. Парные согласные звучат неясно, т.к. в ротовой полости не образуется необходимое давление воздуха в следствии не полного прикрытия носовой полости. Струя воздуха слабая, что не может приводить в движение кончик языка для образования звука «Р»

Закрытая ринолалия

образуется при пониженном носовом резонансе во время произнесения звуков. Самый сильный резонанс у носовых м, м', н, н'. Меняется звучание гласных звуков из-за оглушения отдельных тонов в носоглоточной и носовой полостях. При этом гласные звуки приобретают в речи неестественный оттенок.

Передняя закрытая

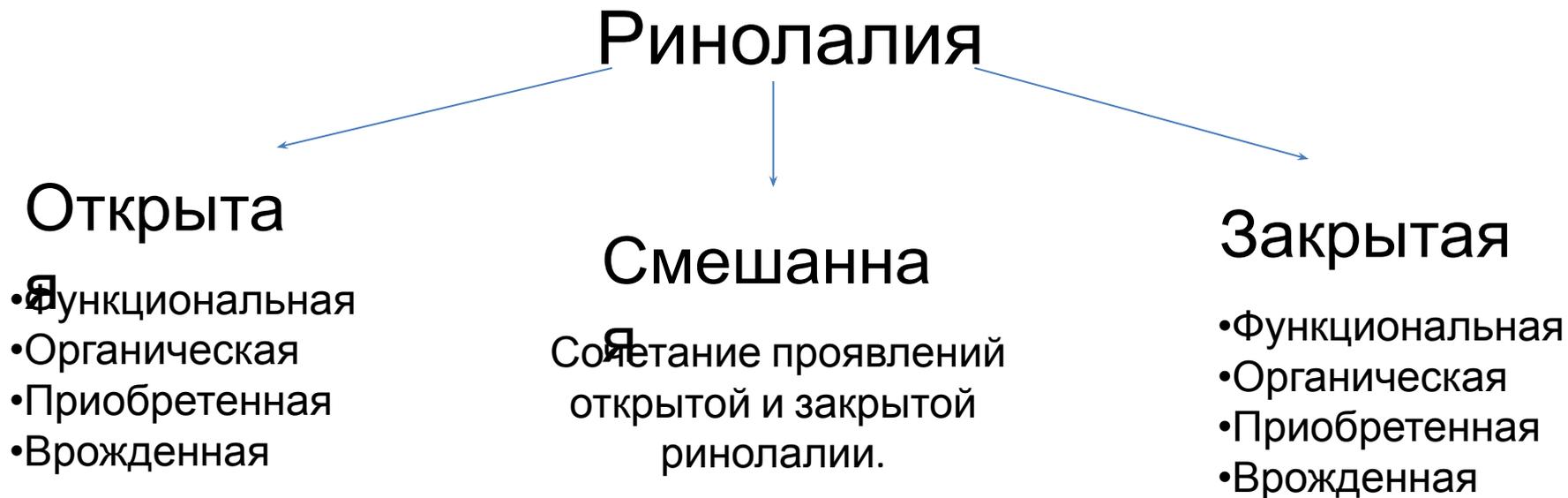
ринолалия наблюдается при хронической гипертрофии слизистой носа, задних нижних раковин; при полипах в носовой полости; при искривлении перегородки носа и при опухолях носовой полости.

Задняя закрытая

ринолалия у детей может быть следствием аденоидных разрастаний, реже носоглоточных полипов, фибромы или иных носоглоточных опухолей.

№27. Ринопалия. Характеристика основных форм ринопалии.

Ринопалия – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическим дефектом речи.



30. Афазия

Этиология:

- разнообразие органические нарушения корковых зон коры головного мозга
- травматические поражения коры головного мозга,
- закупорка мозговых сосудов (образование тромбов - тромбоз или эмболия - закупорка оторвавшимся тромбом), нарушения мозгового кровообращения,
- кровоизлияния в мозг,
- опухоли, воспалительные процессы головного мозга,
- ранения головного мозга,
- нарушения питания тканей мозга при атеросклерозе,
- хирургическое вмешательство.
- поражение доминантного полушария.

Классификация:

- акустико-гностическая и акустико-мнестическая афазии, возникающие при поражении височных отделов коры головного мозга;
- семантическая и афферентная моторная афазии, возникающие при поражении нижних теменных отделов коры головного мозга;
- эфферентная моторная и динамическая афазии, возникающие при поражении премоторных и заднелобных отделов коры головного мозга (слева у правшей).

32. Этиология, симптоматика и классификация дислексии

ЭТИОЛОГИЯ.

- *Биологические причины.* (недоразвитие/поражение ГМ в пренатальный, натальный, постнатальный пер-д, патологии беременности, травмы плода, асфиксии, соматические заболевания и инфекции)
- *Социально-психологические причины* (недост. реч. контактов, пед. Запущенность, госпитализм, депривация, зав. Требования к ребенку, возраст начала обучения, методы и темпы обучения.

СИМПТОМАТИКА:

- замены и смешения букв
- нарушения слияния букв в слоге
- Искажения звуко-слоговой структуры слов (пропуски, перестановки, добавления букв и слогов)
- Нарушение понимания прочитанного на уровне слова, предложения, текста при отсутствии расстройства технической стороны чтения
- Аграмматизмы при чтении, иногда зеркальное чтение

КЛАССИФИКАЦИЯ (Р. И. Лалаевой):

1. Оптическая .
2. Фонематическая.
3. Аграмматическая.
4. Семантическая.
5. Мнестическая.
6. Тактильная у слепых.

36. Понятие умственной отсталости. Причины, виды умственной отсталости.

Умственная отсталость – это стойкое необратимое нарушение преимущественно познавательной сферы, возникающего вследствие органического повреждения коры головного мозга, имеющего диффузный характер.

- Причины: эндогенные и экзогенные, врожденные и приобретенные, пренатальные (внутриутробные) и постнатальные (полученные в первые годы жизни)
- Виды: легкая (F-70), умеренная (F-71), тяжелая (F-72), глубокая (F-73)

35. Структура речевого дефекта при дислалии.

Характеристика основных форм дислалии

- Дислалия – это нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. Нарушение проявляется в дефектах воспроизведения звуков речи: их искаженном произнесении, заменах, смешениях, пропусках.
- Выделяют **две основные формы дислалии** в зависимости от локализации нарушений и причин, обуславливающих дефект: **функциональную и механическую (органическую)**.
- **Функциональные** нарушения возникают в детском возрасте в процессе усвоения системы произношения. Нарушается воспроизведение одного или нескольких звуков, при механической – страдает группа. Причинами функциональной дислалии могут быть: общая физическая ослабленность, ЗПР (ММД), избирательные нарушения фонематического слуха, неблагоприятное социальное окружение, подражание неправильным образцам речи, неправильное воспитание в семье.
- **Механические** нарушения – в любом возрасте вследствие повреждения периферического речевого аппарата.
- Причинами механической (органической) дислалии являются аномалии артикуляционного отдела периферического речевого аппарата: укороченная уздечка, дефекты челюстей, дефекты строения зубов, аномальное строение твердого неба, массивный язык, толстые губы.
-

42. Понятие структуры дефекта. Первичный и вторичный дефект

Л. С. Выготский выделил два вида симптомов в аномальном развитии:

ПЕРВИЧНЫЕ — непосредственно вытекают из биологического характера болезни:

нарушения слуха и зрения при поражении органов чувств, ДЦП, локальные поражения определенных корковых зон, др.

ВТОРИЧНЫЕ (основной объект в психологическом изучении и коррекции аномального развития) – возникают опосредованно в процессе аномального социального развития:

депривация; специфическое недоразвитие, например, недоразвитие понимания речи у детей с нарушениями

45. 1. Основные параметры, определяющие тип нарушения психического развития (по В.В. Лебединскому).

1. **Функциональная локализация нарушения**
2. **Время поражения:** чем раньше произошло поражение, тем вероятнее явления недоразвития.

Учет сензитивных периодов, характеризующихся:

- наибольшей интенсивностью развития психической функции,
- наибольшей её уязвимостью и неустойчивостью по отношению к вредности.

Основные сензитивные периоды: 0-3 года и 11-15 лет.

3. **Взаимоотношения между первичным и вторичным дефектом.**
4. **Нарушение межфункциональных взаимодействий в процессе аномального системогенеза.**

45.2. Типология нарушений психического развития у детей.

Психический дизонтогенез представлен следующими вариантами (по В.В.Лебединскому):

- 1) недоразвитие,
- 2) задержанное развитие,
- 3) поврежденное развитие,
- 4) дефицитарное развитие,
- 5) искаженное развитие,
- 6) дисгармоническое развитие.

49. Поврежденное развитие. Характеристика.

- более позднее (после 2,53 лет) патологическое воздействие на мозг ребенка
- деменция-распад психических функций (резидуальная органическая и прогрессирующая)
- **Четыре типа органической деменции у детей:**
- 1.преобладание низкого уровня обобщений.
- 2.грубые нейродинамические расстройства(плохая переключаемость и т. п.)
- 3.недостаточность побуждений к деятельности(вялость)
- 4.нарушения критики и целенаправленности мышления, с грубым расстройством внимания, импульсивностью

50. Дефицитарное развитие

Уразова

- Этот тип дизонтогенеза связан с первичной недостаточностью отдельных систем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательной, а также рядом инвалидизирующих соматических заболеваний.
- Нарушения могут быть различной степени выраженности – от полного отсутствия до незначительного снижения способностей к реализации соответствующей деятельности.
- Органический дефект, нарушая социальные контакты, может привести к целому ряду отклонений в формировании и развитии личности детей.
- Нарушение или полная потеря слуха или зрения приводит к трудностям в общении с окружающими, замедляет процесс усвоения информации, обедняет опыт детей и негативно отражается на формировании личности.
- Развитие личности обусловлено не только дефектом как таковым, но и тем, как ребенок осознает свой дефект и чувствует особое отношение к нему со стороны других людей.
- В зависимости от благоприятных или неблагоприятных социальных условий, в которых растут и воспитываются дети с нарушениями сенсорной или двигательной сферы, отклонения могут закрепляться и перерастать в стойкие психические состояния и свойства личности, определяя психологические особенности детей, или корригироваться под влиянием целенаправленной психолого-педагогической работы.

51. Искаженное развитие

Уразова

- сложное сочетание общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящее к ряду качественно новых патологических образований. Наблюдается при процессуальных психических расстройствах (например, шизофрении), раннем детском аутизме.
- три типа искаженного развития:
- преимущественное искажение эмоционально-аффективного развития;
выраженное снижение порогов аффективного дискомфорта, господство отрицательных переживаний, состояния тревоги, страха перед окружающим, стремление стереотипизировать и упрощать контакты со средой.
- преимущественное искажение развития когнитивной сферы;
специфика не только когнитивного, но и моторного, физического развития в целом. Обращает на себя внимание дискретность, дисгармоничность движений, в грубых случаях возможность застывания в отдельных позах, их вычурность. Речь, как правило, развернутая, обильная, с использованием вычурных, штампованных оборотов, с резонерством, пустым философствованием. Голос часто мало или специфично модулирован, а лицо при этом может быть как анемичным, так и выражать испуг.
- мозаичные типы искаженного развития.
наблюдаются не только проблемы коммуникативного и эмоционального характера, наличие стереотипии, но и так называемые колебания состояния (как правило усиление поведенческих проблем, страхов, дезадаптации в целом) сезонного характера.

52. Дисгармоническое психическое развитие

- это такая форма нарушений развития, при которой отмечается недостаточность развития эмоционально-волевой и мотивационной сферы личности, при относительной сохранности остальных структур.
- Психопатии – это аномалии развития эмоционально-волевой и мотивационной сферы личности. В патопсихологии отмечают три критерия, характеризующих психопатию: тотальность патологических черт характера, относительная стабильность их проявлений в течение жизни и социальная дезадаптация.
- Классификации Дисгармонического развития Сухарева Т.Е.
 - - конституциональные психопатии;
 - - органические психопатии;
 - - смешанные.
- Конституциональные психопатии – наследственные, к ним относятся: психопатическое развитие по шизоидному, эпилептоидному, психоастеническому и истероидному типу.
- Органические психопатии – при раннем поражении нервной системы во внутриутробном развитии, при родах.
- Т.Е. Сухарева выделяет 2 группы:
 - - возбудимую;
 - - без тормозную.

53. Понятие "человек с ограниченными возможностями"

Чаще всего под "людьми с ограниченными возможностями" в научной литературе принято понимать людей, которые имеют те или иные ограничения в повседневной жизнедеятельности, связанные с физическими, психическими или сенсорными дефектами.

В Словаре по социальной работе человек с ограниченными возможностями определяется как тот, "кто не способен выполнять определенные обязанности или функции по причине особого физического или психического состояния или немощности. Такое состояние может быть временным или хроническим, общим или частичным"

В 1980 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) приняла британский вариант трехзвенной шкалы ограниченных возможностей:

а) недуг - любая утрата или аномалия психологической, либо физиологической, либо анатомической структуры или функции;

б) ограниченные возможности - любое ограничение или потеря способности (вследствие наличия дефекта) выполнять какую-либо деятельность таким образом или в таких рамках, которые считаются нормальными для человека;

в) недееспособность (инвалидность) - любое следствие дефекта или ограниченных возможностей конкретного человека, препятствующее или ограничивающее выполнение им какой-либо нормативной роли (исходя из возрастных, половых и социокультурных факторов)

Согласно федеральному закону "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" (1995 г.), инвалид характеризуется как лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты

60. Типичные проблемы семей, воспитывающих детей с ОВЗ.

- 1. Принятие ребенка и его дефекта - родители принимают дефект, адекватно оценивают его и проявляют по отношению к ребенку настоящую преданность. У родителей не проявляются видимые чувства вины или неприязни к ребенку. Главным девизом считается: «необходимо достигнуть как можно больше там, где возможно». В большинстве случаев вера в собственные силы и способности ребенка придают таким родителям душевную силу и поддержку.
- 2. Реакция отрицания - отрицается, что ребенок страдает дефектом. Планы относительно образования и профессии ребенка свидетельствуют о том, что родители не принимают и не признают для своего ребенка никаких ограничений. Ребенка воспитывают в духе чрезвычайного честолюбия и настаивают на высокой успешности его деятельности.
- 3. Реакция чрезмерной защиты, протекции, опеки, охранительства. Родители наполнены чувством жалости и сочувствия, что проявляется в чрезмерно заботливом и защищающем ребенка от всех опасностей типе воспитания. Аномальный ребенок является предметом чрезмерной любви матери, родители стараются за него все сделать, в результате чего он может долго, а иногда всю жизнь находиться на инфантильном уровне.
- 4. Скрытое отречение, отвержение ребенка. Дефект считается позором. Отрицательное отношение и отвращение по отношению к ребенку скрывается за чрезмерно заботливым, предупредительным воспитанием. Родители «перегибают палку в выполнении своих обязанностей, педантично стараются быть хорошими.
- 5. Открытое отречение, отвержение ребенка. Ребенок принимается с отвращением и родители полностью осознают свои враждебные чувства. Однако для обоснования этих чувств и преодоления чувства вины родители обращаются к определенной форме защиты. Они обвиняют общество, врачей или учителей в неадекватном отношении к дефекту и аномальному ребенку