

Учреждение образования
«Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины»

Факультет психологии и педагогики
Кафедра педагогики

СОГЛАСОВАНО

Заведующий кафедрой
Социальной и педагогической
психологии

Т.Г. Щатюк


15.04 2016 г.

СОГЛАСОВАНО

Декан
факультета психологии и педагогики



В.А. Бейзеров


2016 г.

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ПО ДИСЦИПЛИНЕ СПЕЦИАЛИЗАЦИИ
**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ
ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

для специальности

1-23 01 04 «Психология»

Составитель: А.Н. Певнева, старший преподаватель

Рассмотрено и утверждено
на заседании научно-методического совета университета
01.08 2016 г.,
протокол № 4

Гомель 2016

СОДЕРЖАНИЕ

Пояснительная записка	4
1. Теоретический раздел	5
Лекция 1 Введение в дисциплину специализации «Социально-психологическая адаптация детей с особенностями психофизического развития».....	5
Лекция 2 Психолого-педагогическая характеристика детей, имеющих различные психофизические нарушения в развитии.....	20
Лекция 3 Социальная интеграция детей с особенностями психофизического развития	25
Лекция 4 Социально-психологическая адаптация детей при дизонтогениях по типу ретардации.....	28
Лекция 5 Социально-психологическая адаптация детей при дизонтогениях дефицитарного типа.....	31
Лекция 6 Социально-психологическая адаптация детей при асинхрониях с преобладанием расстройств эмоционально-волевой сферы и поведения.....	36
2. Практический раздел	38
Лабораторные занятия	38
Занятие 1 Введение в курс «Социально-психологическая адаптация детей с особенностями психофизического развития».....	38
Занятие 2 Психолого-педагогическая характеристика детей, имеющих различные психофизические нарушения в развитии.....	41
Занятие 3 Социальная интеграция детей с особенностями психофизического развития.....	46
Занятие 4 Социально-психологическая адаптация детей при дизонтогениях по типу ретардации.....	48
Занятие 5 Социально-психологическая адаптация детей при дизонтогениях дефицитарного типа.....	53
Занятие 6 Социально-психологическая адаптация детей при асинхрониях с преобладанием расстройств эмоционально-волевой сферы и поведения.....	58
Занятие 7 Социально-психологическая адаптация детей при асинхрониях с преобладанием расстройств эмоционально-волевой сферы и поведения.....	58
Семинарские занятия	59
Занятие 1 Введение в курс «Социально-психологическая адаптация детей с особенностями психофизического развития».....	59
Занятие 2 Психолого-педагогическая характеристика детей, имеющих различные психофизические нарушения в развитии.....	64
Занятие 3 Социальная интеграция детей с особенностями психофизического развития	71
Занятие 4 Социально-психологическая адаптация детей при дизонтогениях по типу ретардации.....	77
Занятие 5 Социально-психологическая адаптация детей при дизонтогениях дефицитарного типа.....	82
Занятие 6 Социально-психологическая адаптация детей при асинхрониях с преобладанием расстройств эмоционально-волевой сферы и поведения.....	87
3. Раздел контроля знаний	88
Примерный перечень вопросов итогового контроля знаний по дисциплине специализации «Социально-психологическая адаптация детей с особенностями развития».....	88
Тестовые задания по дисциплине специализации «Социально-психологическая адаптация детей с особенностями развития».....	89
4. Вспомогательный раздел	89
Учебно-методическая карта учебной дисциплины.....	92

Примерный тематический план.....	93
Содержание учебного материала.....	93
Тематика рефератов.....	97
Список рекомендуемой литературы.....	98

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Электронный учебно-методический комплекс по дисциплине специализации «Социально-психологическая адаптация детей с особенностями психофизического развития» для специальности 1-23 01 04 «Психология» направлен на формирование у будущих психологов представлений о том, что дети с особенностями психофизического развития (ОПФР) входят в группу повышенного риска развития хронических физических, умственных, поведенческих, эмоциональных отклонений. Получение ребенком с ОПФР квалифицированной помощи специалистов, направленной на социально-психологическую адаптацию, способствует эффективной интеграции детей в социальное окружение. Содержание курса ориентировано на широкое использование знаний из семейной психологии, психологии развития личности, специальной психологии и медицины.

В результате изучения ЭУМК по дисциплине специализации «Социально-психическая адаптация детей с особенностями психофизического развития» студенты усвоят: теоретические основы социально-психической адаптации детей с ОПФР; психолого-педагогическую характеристику детей, имеющих различные психофизические нарушения в развитии; особенности интеграции и социально-психологической адаптации детей, имеющих различные психофизические нарушения в развитии. В процессе практических и лабораторных занятий обучающиеся приобретут умения и навыки: взаимодействия с детьми с нарушениями в развитии и их интеграции в социальное окружение, проведения основных техник, методов и методик их социально-психологической адаптации, планирования и разработки программ психологического сопровождения и социально-психологической адаптации, что будет способствовать формированию социально-личностных компетенций выпускника.

Представленный на рецензирование ЭУМК разработан и включает в себя: учебную программу курса, тексты лекций, тестовые задания, вопросы к зачету по курсу, тематику рефератов, СУРС, практические задания, планы практических занятий, перечень литературы. Все материалы оформлены в соответствии с предъявляемыми требованиями, четко и логично структурированы.

Целью изучения дисциплины специализации «Социально-психологическая адаптация детей с особенностями психофизического развития с помощью ЭУМК является систематизация и углубление знаний по работе с детьми с психофизическими особенностями развития, основных техник и методик их социально-психологической адаптации.

Задачами ЭУМК являются:

- формирование у студентов представлений об особенностях психического развития детей в условиях недостаточности функций;
- формирование у студентов представлений об основных принципах работы психолога с детьми с психофизическими особенностями развития;

– организация учебно-тренировочной деятельности студентов по формированию умений и навыков составления программ социально-психологической адаптации детей с особенностями психофизического развития.

Требования к академическим компетенциям специалиста с помощью ЭУМК

Специалист должен в результате изучения с помощью ЭУМК студент должен:

АК-1. Уметь применять базовые научно-теоретические знания для решения теоретических и практических задач.

АК-2. Владеть системным и сравнительным анализом.

АК-3 .Владеть исследовательскими навыками.

АК-4. Уметь работать самостоятельно.

АК-5. Быть способным порождать новые идеи (креативность).

АК-6. Владеть междисциплинарным подходом при решении проблем.

АК-7. Иметь навыки, связанные с использованием технических устройств обучения, управлением информацией и работой с компьютером.

АК-8. Иметь лингвистические навыки (устная и письменная коммуникация).

Ак-8. Уметь учиться, повышать свою квалификацию в течение всей жизни.

Требования к социально-личностным компетенциям специалиста:

Специалист должен:

СЛК-1. Обладать качествами гражданственности.

СЛК-2. Быть способным к социальному взаимодействию.

СЛК-3. Обладать способностью к межличностным коммуникациям.

СЛК-4. Владеть навыками здоровьесбережения.

СЛК-5. Быть способным к критике и самокритике (критическое мышление).

СЛК-6. Уметь работать в команде.

Требования к профессиональным компетенциям специалиста с помощью ЭУМК

Специалист должен:

Научно-исследовательская деятельность:

ПК-1. Формулировать и решать задачи, возникающие в ходе научно-исследовательской и педагогической деятельности и требующих углубленных профессиональных знаний.

ПК-2. Выбирать необходимые методы исследования, модифицировать существующие и разрабатывать новые методы, исходя из задач конкретного исследования.

ПК-3. Планировать, организовывать и вести научно-исследовательскую, просветительскую, профилактическую, диагностическую, консультативную и психотерапевтическую работу.

ПК-4. Готовить научные материалы, составлять рефераты, обзоры, рецензии.

ПК-5. Принимать участие в научных исследованиях, осуществлять сбор, обработку, анализ данных и интерпретацию психологической информации.

ПК-6. Выполнять функции научного сотрудника в научно-исследовательских учреждениях.

ПК-7. Планировать, организовывать и вести научно-методическую и учебно-методическую работу.

ПК-8. Представлять итоги проделанной работы в виде отчетов, рефератов, статей, оформленных в соответствии с требованиями с привлечением современных средств редактирования и печати.

Учебно-воспитательная деятельность с помощью ЭУМК:

ПК-9. Формулировать и решать задачи, возникающие в педагогической деятельности и требующих углубленных профессиональных знаний.

ПК-10. Планировать, организовывать и вести учебно-воспитательную работу.

ПК-11. Планировать, организовывать и вести научно-методическую и учебно-методическую работу.

ПК-12. Выполнять функции преподавателя психологии в высшей, общеобразовательной и средне-специальной школе, педагога-психолога при работе во внешкольных, дошкольных и школьных учреждениях (с правом заниматься психодиагностикой, консультированием и психокоррекционной работой), медицинского психолога в лечебных учреждениях (с правом заниматься психодиагностикой, консультированием коррекцией и реабилитацией), социального психолога в сфере управления, бизнеса, промышленности, массовых коммуникаций, психолога в социально-педагогических, психологических, профориентационных службах.

ПК-13. Представлять итоги проделанной работы в виде отчетов, рефератов, статей, оформленных в соответствии с требованиями с привлечением современных средств редактирования и печати.

Экспертно-консультационная деятельность с помощью ЭУМК:

ПК-14. Планировать, организовывать и вести диагностическую и консультативную работу.

ПК-15. Представлять итоги проделанной работы в виде отчетов, рефератов, статей, оформленных в соответствии с требованиями с привлечением современных средств редактирования и печати.

ПК-16. Выполнять функции эксперта-консультанта в высшей, общеобразовательной и средне-специальной школе, в научно-исследовательских учреждениях, во внешкольных, дошкольных и школьных учреждениях, в лечебных учреждениях, в сфере управления, бизнеса, промышленности, массовых коммуникаций, в социально-педагогических, психологических, профориентационных службах.

ПК-17. Представлять итоги проделанной работы в виде отчетов, рефератов, статей, оформленных в соответствии с требованиями с привлечением современных средств редактирования и печати.

Коррекционно-реабилитационная деятельность с помощью ЭУМК:

ПК-18. Планировать, организовывать и вести просветительскую, профилактическую, диагностическую, консультативную, психокоррекционную, психореабилитационную и психотерапевтическую работу;

ПК-19. Выполнять педагога-психолога при работе в высших учебных заведениях, учреждениях системы среднего и среднего-специального образования, внешкольных, дошкольных учреждениях (с правом заниматься психодиагностикой, консультированием и психокоррекционной работой), медицинского психолога в лечебных учреждениях (с правом заниматься психодиагностикой, консультированием, коррекцией и реабилитацией), социального психолога в сфере управления, бизнеса, промышленности, массовых коммуникаций, психолога в социально-педагогических, психологических, профориентационных службах.

ПК-20. Представлять итоги проделанной работы в виде отчетов, рефератов, статей, оформленных в соответствии с требованиями с привлечением современных средств редактирования и печати.

Социально-адаптационная деятельность с помощью ЭУМК:

ПК-21. Выполнять функции психолога при работе во внешкольных, дошкольных и школьных учреждениях (с правом заниматься психодиагностикой, консультированием и психокоррекционной работой), медицинского психолога в лечебных учреждениях (с правом заниматься психодиагностикой, консультированием и психотерапией), социального психолога в сфере управления, массовых коммуникаций, психолога в социально-педагогических, психологических, профориентационных службах.

ПК-22. Представлять итоги проделанной работы в виде отчетов, рефератов, статей, оформленных в соответствии с имеющимися требованиями с привлечением средств редактирования и печати.

Культурно-просветительская деятельность с помощью ЭУМК:

ПК-23. Планировать, организовывать просветительскую работу;

ПК-24. Выполнять функции психолога при работе во внешкольных, дошкольных и школьных учреждениях (с правом заниматься психодиагностикой, консультированием и психокоррекционной работой), медицинского психолога в лечебных учреждениях (с правом заниматься психодиагностикой, консультированием и психотерапией), социального психолога в сфере управления, бизнеса, массовых коммуникаций, психолога в социально-педагогических, психологических, профориентационных службах.

Знания и умения, составляющие основу психологической компетентности, будут способствовать формированию социально-личностных компетенций выпускника.

Материал дисциплины специализации «Социально-психологическая адаптация детей с особенностями психофизического развития» основывается на ранее полученных студентами знаниях по таким дисциплинам, как «Психология личности», «Психология развития», «Кризисная психология», «Общая психология», «Психология активности и поведения» и др.

Дисциплина специализации с помощью ЭУМК студент должен знать «Социально-психологическая адаптация детей с особенностями психофизического развития» изучается студентами 4 курса специальности 1-23 01 04 «Психология» дневной формы обучения в 8 семестре.

Общее количество часов – 58 (6 зачетных единиц); количество аудиторных часов – 38, из них: лекции – 12 часов (из них 2 – УСП), семинары – 12 часов, лабораторные работы – 14 часов. Формы отчетности – зачет.

Теоретический раздел

Лекция 1 Введение в дисциплину специализации «Социально–психологическая адаптация детей с особенностями психофизического развития»

1. Понятие «ребенок с особенностями психофизического развития» (ОПФР) в психологической науке.
2. Понятия «социально–психологическая адаптация».
3. Современные представления о нормальном и отклоняющемся развитии ребенка.
4. Виды отклоняющегося развития (дизонтогении) ребенка.

1. Понятие «ребенок с особенностями психофизического развития» (ОПФР) в психологической науке.

Согласно Закону Республики Беларусь «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития» лицо с ОПФР – лицо, имеющее физическое и (или) психическое нарушения, препятствующее получению образования без создания для этого специальных условий. Ребенок с ОПФР – лицо с ОПФР в возрасте до 18 лет. Физическое и (или) психическое нарушения – отклонения от нормы, ограничивающее социальную деятельность и подтвержденные в порядке, установленном законодательством.

Поскольку ребенок с **особенностями психофизического развития** — это прежде всего ребенок, то его социально-психологическая адаптация совершается в процессе активной деятельности и во многом зависит от организации жизни в целом, системы воспитания и обучения.

Социально-психологическая адаптация ребенка, имеющего какие-либо отклонения в психофизическом развитии, нацелена на создание условий, обеспечивающих или способствующих овладению ребенком высшими формами деятельности, т.е. его становлению как субъекта человеческих отношений. Именно высшие формы поведения наиболее доступны по сравнению с низшими функциями, поскольку больше удалены от органического дефекта ребенка.

Согласно культурно-историческому подходу Л.С.Выготского, исходной точкой психического развития ребенка (как нормального, так и аномального) на каждом этапе онтогенеза является *система его социальных отношений* с миром (Л.С.Выготский, 1984). Во-первых, социальные отношения представляют собой первичную *форму* существования высших психических функций и высших форм поведения ребенка. В соответствии с этим, если затруднено формирование у ребенка форм социального взаимодействия и отношений, то нарушается и процесс развития его психики в ее высших, собственно человеческих, проявлениях. Во-вторых, социальные отношения представляют собой совокупность *требований к развитию*

ребенка, подчинение которым становится движущей силой его развития. Интериоризация социальных требований отражает процесс перехода от внешних к внутренним источникам развития, процесс превращения ребенка в субъекта своего развития. Таким образом, интериоризация как превращение социальных форм деятельности в индивидуальные отражает переход от системы отношений к миру других людей к системе отношений к миру самого ребенка. Социальные отношения могут находить выражение в различных сферах психического: сенсорных эталонах, семантических кодах объектов и образе мира в целом, способах использования различных орудий, смыслах и мотивах деятельности, социальных ролях, нормах и правилах поведения и мн. др. Система человеческих отношений к миру, осваиваемая ребенком, в результате становится для него *эталон* (образцом), опосредующим регуляцию его собственной деятельности. Здесь становится понятным переход к следующему аспекту интериоризации – освоению идеальных форм культуры и подчинению ребенком своей деятельности социальным образцам (эталонам).

Идеальные формы культуры представляют собой эталоны деятельности человека, которые выполняют функцию идеальных образцов, регулирующих поведение и психическую деятельность субъекта. Согласно Д.Б.Эльконину, социализация и психическое развитие ребенка представляет собой не адаптацию к физической или социальной среде, а *адаптацию к образцам* человеческой деятельности (Д.Б.Эльконин, 1971). Средством освоения и осмысления, интериоризации, идеальных форм культуры является *продуктивное действие* (Б.Д.Эльконин, 2002). Через продуктивное действие ребенок воспроизводит в собственном опыте, собственной деятельности, культурные образцы, т.о. изменяя натуральные или уже сложившиеся формы поведения. Благодаря совершению продуктивных действий происходит переход от воссоздания, воспроизводства сложившихся у ребенка способов деятельности к продуцированию новых, отвечающих идеально представленным социальным требованиям. Продуктивные действия носят пробующий характер (Б.Д.Эльконин, 2002), а феноменами психического, в которых они воплощаются, являются *процессы построения замысла* и целеобразования. По сути, замысел представляет собой субъективную форму отражения объективно представленных идеальных форм культуры. Он есть воплощение цели и смысла деятельности. Замысел выступает для субъекта основанием для регуляции деятельности и служит прототипом любого практического или умственного действия. Именно через продуктивное действие ребенок осознает, *что* ему следует делать. Это «что», в свою очередь, служит основанием для формирования навыков, совершаемых по определенной программе, заданному алгоритму деятельности. Последние можно обозначить как действия репродуктивные. Если рассматривать отношения между продуктивными и репродуктивными действиями в генетической логике, то репродуктивные действия следует понимать как продукт, результат, действий продуктивных.

Интериоризация как переход внешней деятельности во внутреннюю, включает процесс освоения практических и умственных действий. Под умственными и практическими действиями рассматриваются действия *репродуктивные*, совершаемые по определенному уже усвоенному образцу. Данные действия являются продуктом действий продуктивных, т.е. уже осмысленными, осознанными актами, навыками. Здесь ребенок осваивает различные способы реализации, воплощения в действительности общей идеи-замысла. В этом отношении генетически они следуют за действиями продуктивными. Логика развития (интериоризации) практических и умственных действий состоит в их сворачивании, благодаря *переходу из внешнего плана во внутренний* (П.Я.Гальперин, 2000), и автоматизации. Если описывать этот процесс в понятиях структуры деятельности, то он будет представлять собой процесс превращения действий в операции¹. Ведущим моментом в этом отношении становится формирование и использование *оперативной схемы мышления* (П.Я.Гальперин, 2000), *общего способа*, алгоритма решения задачи (В.В.Давыдов, 1986). Осмысление, понимание ребенком таких алгоритмов представляет для него творческую, продуктивную задачу, а их отработка, автоматизация, уход на периферию сознания и встраивание в новые более сложные системы действий – задачу формирования навыков. Между тем, не следует придерживаться убеждения, что эта задача может быть решена только посредством дрессуры. Напротив, переход внешних форм деятельности во внутренний план сознания предполагает их дальнейшее осмысление и обобщение, а, следовательно, *замещение предметных действий знаково-символической реальностью* (П.Я.Гальперин, 2000). Важно отметить, что этот аспект интериоризации предполагает *следование обозначения (и обобщения) способа действия за самим действием*, т.е. ребенок осознает способ решения какой-либо задачи как универсальный только после ее решения. Таким образом, данный аспект интериоризации позволяет ребенку совершить переход, обратный описанному в предыдущем аспекте интериоризации, - переход от чувственно-практического содержания сознания и деятельности к их идеальному содержанию (значениям и смыслам).

Поскольку описываемый аспект интериоризации затрагивает сферу алгоритмизированных действий, то и анализ их специфики у детей различных категорий будет представлен через те сферы психического, которые предполагают овладение определенной *технологией* деятельности. Это может касаться операциональных аспектов как психических деятельностей (речь, память, мышление и пр.), так и отдельных предметных деятельностей (общение, игра, учение и пр.).

2. Понятия «социально–психологическая адаптация»

Под адаптацией Ж. Пиаже понимает «то, что обеспечивает равновесие между воздействием организма на среду и обратным воздействием среды»

¹ А.Н.Леонтьев. О некоторых психологических вопросах сознательности учения. // Хрестоматия по педагогической психологии: Учеб. пособие для студентов. М., 1995.

[Ошибка! Источник ссылки не найден., с. 66]. Действие организма человека на окружающие его объекты ученый назвал ассимиляцией, а действие среды на организм – аккомодацией. Адаптация как одно из свойств организма является приспособлением к меняющимся условиям существования в окружающей среде; и напротив, приспособлением внешней среды к своим возможностям и потребностям. Это приспособление личности к условиям социальной сферы.

При рассмотрении процесса адаптации человека ряд исследователей выделяет физиологическую, психическую и социальную адаптацию **[Ошибка! Источник ссылки не найден., Ошибка! Источник ссылки не найден., Ошибка! Источник ссылки не найден., Ошибка! Закладка не определена., Ошибка! Источник ссылки не найден.]**. При этом психическая является значимой для обеспечения адаптации человека в целом, так как ее механизмы имеют психическую природу **[Ошибка! Источник ссылки не найден., с. 453–454]**. Психическая адаптация в рамках системного подхода Ю.А. Алесандровским представлена взаимодействием подсистем, включающих: поиск, восприятие и переработку информации; эмоциональное регулирование; социально-психологические контакты; бодрствование и сон; эндокринно-гуморальную регуляцию. Согласно ученому «адаптированная психическая деятельность является важнейшим психологическим фактором, обеспечивающим человеку состояние психического здоровья» **[Ошибка! Источник ссылки не найден., с. 40]**.

В случае, когда уровень психической адаптации соответствует необходимому для активной жизнедеятельности субъекта, Ю.А. Алесандровский говорит о «норме» **[Ошибка! Источник ссылки не найден., с. 13]**. Развитие дезадаптации исследователь относит к числу пограничных состояний, которые объединяют группу расстройств, характеризуемых преобладанием проявлений невротического уровня нарушения психической деятельности.

Социальная (или социально-психологическая) адаптация понимается как результирующая процессов биологической и психологической адаптации в окружающей среде и представляет собой один из механизмов социализации личности. Она осуществляется на разных уровнях: общества, трудового коллектива, непосредственного окружения. Конечной целью психобиологической и социальной адаптации является достижение равновесия между индивидуумом и окружающей средой, позволяющего сохранять прежние и развивать новые возможности для удовлетворения потребностей.

По мнению некоторых отечественных авторов, наиболее существенной является проблема личностной (психологической) адаптации, поскольку личность выступает как максимально обобщенная и устойчивая целостность психических свойств и процессов, обнаруживающая себя в самых разных проявлениях активности и в различных социальных условиях. Уровень адаптации, обеспечивающий организацию социального взаимодействия, формирование адекватных межличностных отношений, учет ожиданий

окружения и достижение социально значимых целей, относится к социально-психологической адаптации. Социально-психологическая адаптация рассматривается как самостоятельный аспект психической адаптации наряду с собственно психической и психофизиологической. Взаимные влияния особенностей личности, актуального психического состояния и эффективности социального взаимодействия определяют зависимость между психической и социально-психологической адаптацией. В целом можно сказать, что психологическая адаптация - это сложное и неоднозначное понятие, за которым может стоять кратковременный процесс адаптации в контексте поведенческой реакции или поступка, более длительный процесс, характеризующийся как состояние адаптации, и, наконец, динамическая интегральная характеристика личности, в которой представлена способность к приспособлению к изменяющимся условиям.

В процессе социально-психологической адаптации детей с особенностями психофизического развития необходимо опираться на понятие «зона ближайшего развития». В процессе работы с ребенком с ОПФР необходимо учитывать не только его актуальные возможности, актуальный уровень психических способностей, но и его потенциал, тот уровень, который может быть достигнут ребенком в последствии. Таким образом, при **социально-психологической адаптации детей с особенностями психофизического развития** специалист работает не с дефектом, а с развивающимся ребенком, с его зоной ближайшего развития. Л.С. Выготский полагал, что «ошибочно видеть в ненормальности только болезнь» [2, с.51]. Если в аномальном ребенке «усматривать только дефект» и ограничивать подход в работе с таким ребенком только констатацией «такого-то процента слепоты, глухоты или извращений вкуса», то дальнейшая психолого-педагогическая работа с ребенком превращается в работу с его дефектом. Когда мы говорим о зоне ближайшего развития ребенка, мы не говорим об отдельных симптомах и даже об их комплексах (синдромах), мы говорим об их взаимосвязи, о психологических механизмах, лежащих за этим явлением, о согласовании всех критериев развития, о прогнозе развития.

Социально-психологическая адаптация, основывающаяся на понятии зоны ближайшего развития, представляют собой субъект-субъектный процесс. Само понятие «зона ближайшего развития» предполагает наличие двух субъектов. В практике работы с ребенком с ОПФР психолог должен стать рядом с ребенком, найти в себе те силы, возможности, которые помогут ребенку раскрыть свою зону ближайшего развития. Взрослому, работающему рядом с ребенком, необходимо чувствовать свои возможности. Раскрытие психологом собственных возможностей требует от него предвидения своей зоны ближайшего развития.

Социально-психологическая адаптация - это средство защиты личности, с помощью которого ослабляются или устраняются внутреннее психологическое напряжение, беспокойство, дестабилизационные состояния,

возникшие у человека при взаимодействии его с другими людьми, обществом в целом.

Существуют 4 этапа социально-психологической адаптации:

1. Уравновешивание - минимальная степень включенности индивида в процесс адаптации к новой среде и связана с узнаванием новой ситуации. «Новичок» знакомится с новой для него обстановкой, присматривается к коллективу, устанавливает контакты, улавливая специфику его психологической атмосферы.

2. Псевдоадаптация - сочетание внешней приспособленности к обстановке с отрицательным отношением к ее нормам и требованиям, противоречие между ориентациями, взглядами, убеждениями, интересами, с одной стороны, и реальными действиями или поведением, с другой. Индивид знает, как он должен действовать в новой среде, как вести себя, но внутренне в своем сознании не признает этого и, где может, отвергает принятую в этой среде систему ценностей, придерживаясь своей прежней.

3. Приноровление - признание и принятии основных систем ценностей новой ситуации и связана со взаимными уступками.

4. Уподобление - трансформация прежних взглядов, установок, ориентаций в соответствии с новой ситуацией, существенное изменение в моделях поведения.

Следует учитывать, что дети с ограниченными возможностями здоровья отличаются от здоровых сверстников своими адаптационными возможностями.

Это проявляется, прежде всего, в особенностях адаптации таких детей к обучению, которое осуществляется в коллективе сверстников. Известно, что в целом процесс адаптации детей к обучению является весьма сложным. Это объясняется тем, что детский возраст характеризуется:

- очень высоким темпом развития, в том числе, социального, совершенствованием всех систем организма;
- неразрывной связью между физическим, нервно-психическим и социальным развитием ребенка при опережающем развитии первого;
- ведущей ролью взрослого как важного фактора оптимизации адаптивного процесса.

Адаптивные возможности ребенка с ограниченными возможностями здоровья ослабляются следующими обстоятельствами:

1. Характером инвалидности (нарушения зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, психические и общие заболевания).

2. Психофизиологическими особенностями (тип ВНД, темперамент, биоритмологические свойства, характер памяти и др.).

3. Недостатком физического здоровья. Дети, имеющие инвалидность, страдают заболеваниями, не связанными напрямую с их инвалидностью, чаще условно здоровых детей и чаще, чем дети, страдающие хроническими заболеваниями. Для них характерна соматическая ослабленность.

4. Недостатком психологических возможностей для общения (условия воспитания в закрытом учреждении или в замкнутом мире семьи, обучение

на дому, настороженное отношение сверстников, неумение педагога найти подход к ученику, непонимание его проблем, незнание его возможностей, гиперопека со стороны взрослых формируют личность, психологически и социально инфантильную, коммуникативно беспомощную).

5. Недостатком материальных средств для удовлетворения специфических потребностей детей с ограниченными возможностями здоровья (средства передвижения, слуховые аппараты, специальные приспособления и т.д.), а также наличием архитектурных и психологических барьеров общества, которые в значительной мере ограничивают возможности ребенка-инвалида к социальному приспособлению.

6. Ограниченностью возможностей таких детей участвовать в деятельности, соответствующей их возрасту (игровой, учебной, трудовой, коммуникативной), которая лишает ребенка базы социальной адаптации. Как следствие, родители и общество стремятся уберечь такого ребенка от участия в сложных жизненных ситуациях, что не способствует формированию и укреплению адаптационного механизма и тормозит развитие личности ребенка.

7. Разнообразными психологическими нарушениями и расстройствами, ограничением мобильности и независимости, нарушением способности заниматься обычной для своего возраста деятельностью, непосредственно затрудняющими социальную адаптацию детей с ограниченными возможностями здоровья и интеграцию их в общество.

8. Нахождением ребенка с ограниченными возможностями здоровья в незнакомой среде, которая угнетает обычную активность детей, что связано с недостаточной информированностью о новой среде. Факторы, затрудняющие адаптацию детей с ограниченными возможностями здоровья, приводят к развитию у них социальной недостаточности. Социальная недостаточность представляет собой ограничение способности к самообслуживанию; ограничение физической независимости; ограничение мобильности; ограничение способности адекватно вести себя в обществе; ограничение способности заниматься деятельностью, соответствующей возрасту; ограничение экономической самостоятельности; ограничение способности к профессиональной деятельности; ограничение способности к интеграции в общество.

Составляя особую социальную группу, дети с ограниченными возможностями здоровья могут испытывать значительные трудности в организации своей учебной, коммуникативной деятельности, поведения в силу имеющихся особенностей интеллектуального, сенсорного, двигательного развития, а также соматических заболеваний.

Особенности социализации проявляются у детей с ограниченными возможностями здоровья на разных уровнях. При этом нарушение на исходном – физиологическом уровне является первичным, а нарушения на последующих уровнях (психологическом, социально-психологическом, социальном) имеют вторичный характер и при определенных условиях являются обратимыми.

Образовательная среда, имеющая определенное социальное наполнение, может обеспечить включение детей с ограниченными возможностями здоровья в доступные виды деятельности и социальные отношения, тем самым способствуя их успешной социализации.

3. Современные представления о нормальном и отклоняющемся развитии ребенка

Представления психолога о психологической норме являются одним из базовых элементов в структуре его профессионального знания и играют огромную роль в построении его практической и научно-исследовательской деятельности. Представления о психологической норме становятся краеугольным камнем деятельности психолога, поскольку именно они определяют, во-первых, направления, содержание и критерии психодиагностики патологических отклонений в развитии личности, во-вторых, - цели психокоррекционной и психотерапевтической помощи, и, в-третьих, - характер отношения к человеку, которому оказывается психологическая помощь и ее патологическим изменениям. Возможные типы эталонных представлений о норме и патологии, существующие в нашей стране, в соответствии с вышеуказанными тремя позициями выделили и описали Слепович Е.С., Поляков А.М.

Эталонные представления психолога о психологической норме можно разделить на две группы:

первая представляет типы представлений, основанных на различных психологических концепциях нормы,

вторая – типы житейских, псевдонаучных, нерелексируемых самим специалистом представлений.

В качестве первого типа в ней можно выделить представления о психическом здоровье как *нормативе*, принятом в данной социо-культурной среде. Нормально развивающимся в этом случае считается индивид, психические функции и свойства личности которого соответствуют среднестатистическому стандарту в данном обществе. Следует отметить две особенности указанного типа представлений. Первая заключается в том, что в исследовательской и психодиагностической практике соответствие психологической норме данного конкретного человека определяется как сумма соответствующих норме количественных показателей развития отдельных психических функций и свойств личности. При этом утрачивается системный характер психики и психического развития личности. Вторая особенность состоит в том, что психическое развитие и психологическое здоровье личности начинают рассматриваться в отрыве от самого человека, в отрыве от его индивидуальных особенностей. Последнее, в свою очередь, приводит к стереотипизации представлений о психологической норме. Утрачивается понимание нормы как поливариативного явления, обладающего возможностью множественных проявлений в зависимости от индивидуальных особенностей личности и специфики социальной ситуации, в которой она находится. Такая позиция специалиста приводит к тому, что нетипичный вариант нормы видится как патология, а патология зачастую

выдается за норму. Еще одним следствием опоры специалиста на указанный тип представлений становится способ построения психологической практики, которая оказывается ориентированной не столько на саму личность, сколько на развитие (в понимании количественного усиления) отдельных его психических функций и интеллекта как набора интеллектуальных операций или свойств личности (например, усиление социальной активности).

Второй тип представлений о норме и патологии предполагает понимание нормы как отсутствие патологии. Психолог, руководствуясь в своей профессиональной деятельности такими представлениями, акцентирует свое внимание на клинической картине дефекта. Как следствие этого, человек воспринимается через призму медицинского диагноза, а психологическая диагностика сводится к выявлению клинических симптомов нарушения. Таким образом, специалист утрачивает собственно психологическое видение личности. Психологическая помощь оказывается направленной на устранение дефекта, на борьбу с ним. Использование в психологической практике механизмов компенсации с опорой на нормально функционирующие психологические образования в этом случае становится затруднительным, а отношение к человеку подменяется отношением к его дефекту.

Третий тип в рамках первой группы представлений о психологической норме и патологии можно обозначить как сведение патологии к специфичности личности. Руководствуясь данным типом представлений о психологической норме, психолог все свои усилия направляет на принятие человека в его специфичности, однако для осуществления анализа структуры, содержания и механизмов формирования такой специфичности его профессиональное мышление оказывается не пригодным. Практическая работа, как диагностическая, так и психокоррекционная, утрачивает возможности учета целостной логики и общих закономерностей как нормального, так и патологического, развития личности и в соответствии с ними исправлять дефект. Отношение, формирующееся к человеку, которому оказывается психологическая помощь, при всей нацеленности специалиста на принятие личности в ее специфичности, идеализирует ее, поскольку сами аномалии, принадлежащие индивиду и являющиеся его частью, игнорируются. Возникает парадоксальная ситуация: при выраженном стремлении принимать личность со всеми ее индивидуальными проявлениями реально она не принимается, а сводится к идее личности.

Последний, четвертый, тип представлений в этой группе можно охарактеризовать как представления о норме как социо-культурном идеале (эталоне). Психологической нормой полагается не среднестатистический норматив, присущий данному обществу, а тот идеал, который может быть достигнут индивидом в определенных условиях его развития. В этом случае развитие личности понимается как целостность, обладающая своими внутренними закономерностями и механизмами, своей направленностью. Развитие на каждом этапе жизненного пути имеет свою структуру,

наполнено особым содержанием, а также сопряжено с особыми внешними (физическими и социальными) условиями, способствующими (или препятствующими) ему. Таким образом, данный подход при диагностике, психокоррекции и психотерапевтической помощи позволяет учитывать как нормальную, так и патологическую линии в развитии личности. При этом, как и в описанном выше случае, возникает парадоксальная ситуация: идеализация представлений о психологической норме позволяет выстраивать адекватное, реалистичное отношение к личности, учитывающее ее специфику, включающую в себя как особенности, соответствующие норме, так и особенности, соответствующие патологии.

Вторую группу представлений, основанных на житейских нерефлексируемых, можно условно обозначить так: «психологическая норма есть то, что я вижу у себя». То, что не совпадает с представлениями специалиста о себе, отождествляется с патологией, со всеми вытекающими отсюда последствиями для психологической практики: ее спонтанностью, нецеленаправленностью, алогичностью, фрагментарностью видения психики, имеющей системное строение, нерефлексируемостью оснований для использования тех или иных методических процедур и др.

4. Виды отклоняющегося развития (дизонтогении) ребенка

Одной из первых научных технологий отклоняющегося развития можно считать классификацию, предложенную Л. С. Выготским. «Всякий дефект следует рассматривать с точки зрения его отношения к центральной нервной системе и психическому аппарату ребенка. В деятельности нервной системы различают три отдельных аппарата, выполняющих различные функции: воспринимающий аппарат (связанный с органами чувств), ответный, или рабочий, аппарат (связанный с рабочими органами тела, мышцами, железами) и центральная нервная система. Недостаток каждого из трех аппаратов по-разному влияет на развитие ребенка и его воспитание. Соответственно этому следует различать три основных типа дефекта: повреждение или недостаток воспринимающих органов (слепота, глухота, слепоглухота), повреждение или недостаток частей ответного аппарата, рабочих органов (калеки) и недостаток или повреждение центральной нервной системы (слабоумие)». (Т. 5.-С. 181-182.)

В основе наиболее широко используемой в настоящее время классификации видов психического дизонтогенеза, предложенной В.В.Лебединским, лежат представления отечественных и зарубежных ученых (Л.С.Выготский, Г.Е.Сухарева, В.В.Ковалев, Л. Каннер) об основных направлениях качественно несводимых друг к другу нарушений психического развития человека:

ретардация (задержанное развитие) — запаздывание или приостановка всех сторон психического развития или преимущественно отдельных компонентов;

дисфункция созревания связана с морфофункциональной возрастной незрелостью центральной нервной системы и взаимодействием незрелых

структур и функций головного мозга с неблагоприятными факторами внешней среды;

поврежденное развитие — изолированное повреждение какой-либо анализаторной системы или структур головного мозга;

асинхрония (искаженное развитие) — диспропорциональное психическое развитие при выраженном опережении темпа и сроков развития одних функций и запаздывании или выраженном отставании других.

Классификация видов психического дизонтогенеза В.В.Лебединского. Первая группа дизонтогений включает в себя отклонения по типу ретардации (задержанное развитие) и дисфункцию созревания: общее стойкое недоразвитие (умственная отсталость различной степени тяжести), задержанное развитие (задержка психического развития).

Вторая группа дизонтогений включает в себя отклонения по типу повреждения:

поврежденное развитие (органическая деменция),

дефицитарное развитие (тяжелые нарушения анализаторных систем: зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, речи, развитие в условиях хронических соматических заболеваний).

Третья группа дизонтогений включает в себя отклонения по типу асинхронии с преобладанием эмоционально-волевых нарушений:

искаженное развитие (ранний детский аутизм),

дисгармоническое развитие (психопатии).

В последние годы все больше появляется детей с так называемыми сложными недостатками в развитии, у которых имеется сочетание двух и более направлений отклоняющегося развития (слепоглухие дети, дети с недостатками отдельных анализаторных систем, имеющие одновременно первичные нарушения интеллектуального развития по типу умственной отсталости или задержки развития и т.п.), что дает основание выделять специфическую группу дизонтогений под названием «дети со сложными недостатками развития». Фактически сейчас все больше можно говорить лишь о преобладании ведущей линии в дизонтогенезе ребенка.

Лекция 2 Психолого–педагогическая характеристика детей, имеющих различные психофизические нарушения в развитии

1. Психическое развитие при дизонтогенезах по типу ретардации.
2. Психическое развитие детей при дизонтогенезах дефицитарного типа.
3. Психическое развитие детей при асинхрониях с преобладанием расстройств эмоционально–волевой сферы и поведения.

1. Психическое развитие при дизонтогенезах по типу ретардации

Умственная отсталость влечет за собой неравномерное изменение у ребенка различных сторон психической деятельности. Одни психические процессы оказываются у него несформированными более резко, другие – остаются относительно сохранными.

Структура психики умственно отсталого ребенка чрезвычайно сложна. Первичный дефект приводит к возникновению многих других вторичных и третичных отклонений. Нарушения познавательной деятельности и личности ребенка с общим психическим недоразвитием отчетливо обнаруживаются в самых различных его проявлениях. Дефекты познания и поведения невольно привлекают к себе внимание окружающих. Однако наряду с недостатками этим детям присущи и некоторые положительные возможности, наличие которых служит опорой, обеспечивающей процесс развития.

Дети олигофрены способны к развитию, которое осуществляется замедленно, атипично, со многими, резкими отклонениями от нормы. Тем не менее оно представляет собой поступательный процесс, вносящий качественные изменения в психическую деятельность детей.

Умственно отсталые дети характеризуются сниженностью интереса к ближайшему предметному окружению. Возбудимые дети хватают все, что попадает в поле их зрения, не задумываясь о том, можно ли это делать. Однако ими руководит не интерес, а свойственная им импульсивность. Они тут же бросают взятое, поскольку предмет сам по себе им не нужен. Заторможенные олигофрены как бы не замечают того, что вокруг них находится. Ничто не привлекает их внимания.

Внимание является базовым психическим процессом, «питающим» все другие психические функции и виды деятельности. Недостаточность внимания, особенно произвольного, отмечается многими исследователями. Для них свойственно пассивное непроизвольное внимание, сопровождающееся чрезмерной отвлекаемостью. Причем у одних детей через 10-15 мин работы наблюдаются двигательное беспокойство, подвижность. Другие становятся вялыми и пассивными.

Низкий уровень произвольного внимания связан с недоразвитием волевых качеств у умственно отсталых детей. Для них характерна также неспособность распределения внимания между различными объектами. Оно обнаруживается в таком поведении ребенка, как нетерпение, задавание не относящихся к теме вопросов, выкрикивание отдельных реплик. У так

называемых возбудимых олигофренов особенно резко проявляется отвлекаемость, двигательная расторможенность, в то время как у заторможенных детей эти черты выражены в меньшей мере.

Для умственно отсталых детей свойственна узость зрительного восприятия, которая уменьшает их возможности ознакомления с окружающим миром, а также отрицательно влияет на овладение чтением.

Недостаточная дифференцированность зрительного восприятия учащихся обнаруживается в неточном распознавании ими близких по спектру цветов и цветовых оттенков, присущих тем или иным объектам, в глобальном видении этих объектов, т.е. в отсутствии выделения характерных для них частей, частиц, пропорций и других особенностей строения. Отмечается также снижение остроты зрения, что лишает образ объекта присущей ему специфичности.

Процессы памяти умственно отсталых детей характеризуются многими особенностями. Объем запоминаемого учениками специальной школы материала существенно меньше, чем у их нормально развивающихся сверстников. Умственно отсталых учащихся младших классов он обычно равен 3 единицам нормально развивающихся - $7 + 2$. Чем более абстрактным является подлежащий запоминанию материал, тем меньшее его количество запоминают школьники.

Точность и прочность запоминания учащимися и словесного и наглядного материала низка. Воспроизводя его, они многое пропускают, переставляют местами элементы, составляющие единое целое, нарушая их логику, часто повторяются, привносят новые элементы, основываясь на различных, чаще всего случайных ассоциациях. При этом умственно отсталые дети, характеризующиеся преобладанием процессов возбуждения, обнаруживают особенно отчетливо выраженную склонность к привнесениям.

Становление речи умственно отсталого ребенка осуществляется своеобразно, с большим запозданием. Ребенок позднее и менее выражено вступает в эмоциональный контакт с матерью. В возрасте около года у него можно наблюдать патологическую реакцию на речь взрослого. Она проявляется в том, что звуковые комплексы, произносимые детьми, бедны и характеризуются сниженной эмоциональной окрашенностью. У них слабо выражено стремление подражать речи взрослого. Они не реагируют на простейшие ситуативные команды, улавливают лишь интонацию, но не содержание обращенной к ним речи.

Первые малочисленные слова, неточно произносимые, появляются у умственно отсталых дошкольников в 2-3 года или даже в 5 лет. Это преимущественно имена существительные - названия предметов ближайшего окружения и глаголы, обозначающие часто выполняемые действия. Отдельные дошкольники даже в 5 лет пользуются лепетными словами или произносят лишь первый слог.

Мыслительная деятельность у умственно отсталых дошкольников **формируется** с особенными трудностями. Для них характерно использование наглядно действенной формы мышления. Причем решая ту

или иную задачу, они прибегают преимущественно к методу проб и ошибок, повторяя пробы в неизменном виде и, соответственно, получая все время один и тот же неверный результат.

Все аспекты личностной сферы формируются у умственно отсталых дошкольников также замедленно и с большими отклонениями. Детям свойственно резко выраженное отставание в развитии эмоций, недифференцированность и нестабильность чувств, ограничение диапазона переживаний, крайний характер проявлений радости, огорчения, веселья.

Особенности внимания у детей с ЗПР: неустойчивость внимания обуславливает трудности выполнения задания, снижены концентрация, объем, избирательность, распределение внимания, проявляется «прилипание внимания», отмечается повышенная отвлекаемость.

Каких либо первичных нарушений на уровне органов чувств у детей с ЗПР не обнаруживается. Страдает целостность восприятия, затруднено построение целостного образа и выделение фигуры на фоне. Существенным недостатком восприятия является замедление процесса переработки поступающей через органы чувств информации. Отличительной особенностью памяти при ЗПР является то, что страдают лишь отдельные ее виды при сохранности других. У большинства детей с ЗПР отсутствует готовность к интеллектуальному усилию, необходимому для успешного решения задач. Наблюдается отставание в развитии всех форм мышления. Развитие речи проявляется в задержке темпа развития отдельных сторон речи, так и в характере недостатков речевого развития.

2. Психическое развитие детей при дизонтогенезах дефицитарного типа

Особенности развития познавательной сферы у детей с нарушением слуха. У детей с нарушением слуха ведущим видом внимания является внимание произвольное. Оно вызывается интересными, новыми и необычными предметами и явлениями.

Большое значение для компенсации нарушений слуха имеет развитие зрительного восприятия. Зрительному восприятию формы предметов способствует практическая предметно-манипулятивная деятельность детей при одновременном овладении соответствующими словесными обозначениями.

Дети с нарушением слуха могут овладеть словесной речью только обходными путями, в условиях специального обучения. При этом они опираются на зрительное восприятие.

Нарушение слуха и особенности развития речи оказывают влияние на развитие разных видов памяти. Ее развитие происходит в ходе формирования словесной речи, в процессе игровой и учебной деятельности. От развития речи зависит развитие мышления.

Особенности развития детей с нарушением зрения. Все свойства внимания оказываются под влиянием нарушения зрения. Процесс формирования образов внешнего мира находится в прямой зависимости от состояния сенсорной системы, глубины и характера поражения зрения. Нарушения зрения тормозят полноценное развитие и функционирование мнемических процессов. Прямой

зависимости мыслительных процессов от зрительной патологии не выявлено. Речь слепого развивается в ходе специфически человеческой деятельности общения, но имеет свои особенности формирования: изменяется темп развития, нарушается словарно-семантическая сторона речи, появляется «формализм», накопление значительного количества слов, не связанных с конкретным содержанием.

Особенности развития детей с **речевой** патологией. У детей с тяжелыми нарушениями речи отмечаются более поздние сроки появления первых слов и фразовой речи. Отмечается нарушение фонематического восприятия. Внимание характеризуется неустойчивостью, низкими уровнями показателей произвольного внимания, трудностями в планировании своих действий. Объем зрительной памяти почти не отличается от нормы. У детей с недоразвитием речи на процесс и результат мышления влияют недостатки в знаниях и наиболее часто нарушения самоорганизации. Наблюдаемые у детей с тяжелыми нарушениями речи серьезные трудности в организации собственного речевого поведения отрицательно оказываются на их общении с окружающими.

Особенности развития детей с ДЦП. Психическое развитие детей с ДЦП характеризуется характерной возрастной динамикой и неравномерностью психического, двигательного и речевого развития. Внимание характеризуется рядом особенностей: повышенной психической истощаемостью и утомляемостью, пониженной работоспособностью, дети с трудом сосредотачиваются на задании, быстро становятся вялыми и раздражительными. У детей с ДЦП происходит своеобразное развитие зрительных и слуховых ориентировочных реакций. Двигательная память, т.е. запоминание, сохранение, воспроизведение движений, развивается у детей с ДЦП с опозданием. На характер мыслительной деятельности детей с ДЦП оказывают влияние церебрастенические явления, выражающиеся в низкой интеллектуальной работоспособности, а так же инертность психической деятельности. Речевое развитие детей с ДЦП характеризуется количественными и качественными особенностями.

3. Психическое развитие детей при асинхрониях с преобладанием расстройств эмоционально-волевой сферы и поведения

Для психического развития при РДА свойственна неравномерность. Повышенные способности в отдельных ограниченных областях (музыка, математика, живопись) могут сочетаться с глубоким нарушением обычных жизненных умений и навыков. Одним из главных патогенных факторов обуславливающих развитие личности, является снижение жизненного тонуса в ситуациях, требующих активного, избирательного поведения.

Недостаточность общего, психического тонуса, сочетающаяся с повышенной сенсорной и эмоциональной чувствительностью, обуславливает низкий уровень активного внимания. У детей при РДА наблюдаются нарушения целенаправленности и произвольности внимания. Внимание ребенка устойчиво в течение нескольких минут, а иногда секунд. Реакцией на сенсорные раздражители выражается в повышенной сенсорной ранимости, как следствие, для них характерно игнорирование воздействий. Лицо человека мгновенно

вызывает пресыщение и желание уйти от контакта. В восприятии ребенка при РДА отмечается нарушение ориентировки в пространстве, искажение целостной картины реального мира. Для них большое значение имеют тактильные и мышечные ощущения, идущие от собственного тела. При сниженной болевой чувствительности наблюдается склонность к нанесению себе различных повреждений.

С самого раннего возраста отмечается хорошая механическая память, что создает условия для сохранения следов эмоциональных переживаний. Воображение детей при РДА имеет характер патологического фантазирования, что служит основой для появления и закрепления различных и неадекватных страхов.

При восприятии речи заметно снижена реакция на говорящего. Ребенок может игнорировать обращенную к нему речь, но при этом может вмешиваться в необращенный к нему разговор. Он лучше реагирует на шепотную, тихую речь. Стремление избегать общения, особенно с использованием речи, негативно сказывается на перспективах речевого развития детей.

Уровень интеллектуального развития детей при РДА связан со своеобразием аффективной сферы. Они ориентируются на яркие, а не функциональные признаки предметов. В результате усваивается лишь часть признаков окружающей действительности, слабо развиваются предметные действия. Существуют сложности в символизации, перенос навыков из одной ситуации в другую. Зачастую дети могут проявлять одаренность в отдельных областях, хотя аутистическая направленность мышления сохраняется.

Нарушение эмоционально волевой сферы является ведущим признаком при синдроме РДА. У всех без исключения детей отсутствует тяга к сверстникам и детскому коллективу.

Лекция 3 Социально–психологическая адаптация детей при дизонтогенезах по типу ретардации

1. Особенности социальной адаптации детей с ОПФР
2. Социально–психологическая адаптация умственно отсталых детей, со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии (с задержкой психического развития).
3. Психологическая коррекция эмоциональной сферы, волевой саморегуляции ребенка, со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии (с задержкой психического развития).

1. Особенности социальной адаптации детей с ОПФР

Характеризуя процесс вхождения ребенка с ОПФР в общество, необходимым является выделение особенностей социальной адаптации, раскрытие сущности понятия в теоретическом и практическом аспектах.

Основной сферой протекания процесса адаптации является, прежде всего, сфера межличностного взаимодействия. Нормально протекание адаптации связывается с достаточным уровнем личностной зрелости индивида. Основным механизмом адаптации - преодоление проблемных и конфликтных ситуаций. В связи с этим актуальна проблема фрустрации, особенно в ситуациях изоляции или неприятия личности в группе, что часто происходит с проблемными детьми.

Подобная ситуация может обостряться, и традиционные методы воздействия останутся безрезультатными в случае несформированного базиса вхождения в социальную среду, которым являются знания и представления об окружающем мире, обнаруживающие у детей с ОПФР свою специфику. Данные знания с одной стороны являются источником. С другой - результатом социальной адаптации, но в обоих случаях имеют неоспоримую значимость.

Характеризуя осведомленность детей с ОПФР в различных областях жизненных явлений, можно отметить небольшой объем знаний, неточность, диффузность, недифференцированность, бессистемность самых разнообразных представлений, неумение опереться на имеющиеся знания, пусть даже обедненные и однообразные. Все это приводит к бесспорным сложностям в адаптации [4, с.94].

Детям с ОПФР свойственны определенные трудности восприятия и понимания эмоций человека. Дети с ОПФР имеют тягу к контакту с детьми более младшего возраста, которые лучше их принимают. У детей с задержкой развития наблюдается несколько способов разрешения конфликтных ситуаций: агрессия, бегство, репрессия т.к. ребенок не хочет быть большим и самостоятельным, это приносит ему одни неприятности отрицание трудностей и неадекватная оценка реальной ситуации.

Согласно позиции Д.Б. Кузнецовой в ситуации выбора партнера для общения дошкольники с ОПФР наибольшее предпочтение отдают общим положительным качествам, личностным свойствам сверстника, т.е. данный

выбор производится без осознанного мотива, которым должен быть интерес главной совместной деятельности - игре. Дети не владеют адекватными способами сотрудничества, у них оказываются несформированными навыки кооперации, а это необходимые составляющие процесса эффективного общения.

При этом важно рассмотреть, в социальном контексте, особенностей психофизического развития детей и восприятия этих особенностей самим ребенком и его значимым окружением. К подобному значимому окружению, к той среде, к которой на самых ранних этапах развития приходится адаптироваться ребенку, относится, прежде всего, семья.

Социальная адаптация, связанная с восприятием социальных норм и функционированием в соответствии с ними, моральное поведение дошкольников с ОПФР, кроме того, что соответствует более младшему возрасту, характеризуется такими специфическими особенностями, как выраженная зависимость функционирования моральных норм от внешнего контроля, размытость моральных норм, зависимость функционирования моральных норм от условий ситуации, в которой она реализуется (чем свободнее и абстрактнее поведение ребенка, тем в большей степени оно аморально), видение окружающих сверстников как людей, способных в основном на аморальное поведение, становление нравственности в сторону ее прагматичности.

Специфика социальной адаптации детей с задержанным развитием становится наиболее прозрачна, если рассматривать ее через призму тех особенностей, которые являются неотъемлемыми показателями данного типа дизонтогении. В частности, необходимо говорить об особенностях знаний и представлений таких детей относительно окружающей действительности и их места и роли в ней, о характере их деятельности и о взаимодействии с взрослыми и сверстниками, имеют место и особенности семейной социализации. Более того, уже на уровне личностных характеристик - завышенной самооценке и уровне притязаний - имеются предпосылки для формирования эмоционального дисбаланса и возникновения трудностей в организации поведения и деятельности, в овладении и реализации социального опыта [3, с.40]. Известно, что социальная адаптация ребенка в обществе во многом связана с формированием у него социальных норм поведения. Дети с задержкой развития иначе, чем нормально развивающиеся сверстники, воспринимают социальный мир и функционируют в нем: неадекватно, некритично, часто инфантильно.

Таким образом, особо следует акцентировать внимание на том, что в процессе адаптации не только ребенок со своими особенностями приспосабливается к среде, но и окружение должно особым образом видоизменяться, модифицироваться в отношении такого ребенка, т.е. встает проблема социального отношения к не типичности, отношения нормально развивающихся детей и взрослых к детям с проблемами в развитии.

2. Социально–психологическая адаптация умственно отсталых детей, со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии (с задержкой психического развития).

Социально-психологическая адаптация умственно отсталых детей, со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии осуществляется в процессе деятельности, общения с другими людьми, постепенного включения в многообразные социальные отношения.

Развитие личности в онтогенезе происходит по двум взаимодополняющим линиям: линии социализации (присвоение общественного опыта) и линии индивидуализации (приобретение самостоятельности, относительной автономности). В процессе социальной адаптации (социализации) происходит присвоение общественного опыта. Затруднений в социально-психологической адаптации, проявляющиеся во взаимодействии личности с социумом и с самим собой, являются последствием патологического уровня личностного развития. На уровень социально-психологической адаптации ребенка, оптимальной форме его функционирования влияют как отклонения в становлении личностного уровня регуляции поведения и деятельности, так и несвоевременное развитие любых психических процессов, включая личностные характеристики. Условием нормального вхождения ребенка в цивилизацию является единство двух планов развития — естественного (биологического) и социального (культурного).

Социально-психологическая адаптация умственно отсталых детей определяется правильной организацией всей их жизни и наличием специального психолого-педагогического воздействия, и включает создание условий, способствующих:

- 1) сглаживанию импульсивных проявлений гнева, обиды, радости,
- 2) выработыванию правильного бытового поведения,
- 3) закреплению необходимых для жизни в семье или в детском учреждении навыков и привычек,
- 4) формированию контроля за своими эмоциональными проявлениями.

Для детей дошкольного возраста применимо выразительное чтение или рассказ доступного для их понимания простейших текстов, включающих эмоционально окрашенные компоненты. Мимикой, жестами и словесными реакциями они способны выразить сочувствие слабым и добрым героям и отрицательное отношение к их обидчикам. В понятной для них ситуации умственно отсталые дети способны к сопереживанию, к эмоциональному отклику на переживания другого человека.

Организация и проведение предметно-манипулятивной практической деятельности, которая наиболее легко осваивается детьми дошкольного возраста, обладает наибольшей побудительной силой для ребенка, обеспечивает переживание успеха, способствует выработке элементов самообслуживания, принятия пищи и т.д. Препятствием в овладении ребенком простейшими жизненно необходимыми умениями и

навыками самообслуживания являются существенные отклонения в развитии моторики у умственно отсталых детей.

Длительная, целенаправленная работа по развитию моторики рук должна включать формирование умений:

- 1) пользоваться чашкой и ложкой,
- 2) самостоятельно одеться и раздеться,
- 3) правильно сложить свои вещи,
- 4) застегивать и расстегивать пуговицы,
- 5) зашнуровывать ботинки,
- 6) поливать комнатные цветы и др.

Обычно для них бывает необходим длительный период обучения, направленный на то, чтобы научить их выполнять те или иные действия. Все отработываемые действия должны ежедневно выполняться ими под руководством взрослого и с его активной помощью в форме совместной деятельности, показа, сопровождаемых речью. Решающее значение имеют регулярность таких повторений и положительный эмоциональный фон, создаваемый путем одобрения, подчеркивания важности и успешности деятельности ребенка.

Социально-психологическая адаптация умственно отсталых детей осуществляется через овладение ими сюжетно-ролевой игры. Ею дошкольники самостоятельно не владеют. Формирование элементов сюжетно-ролевой игры осуществляется под руководством и с помощью взрослого. Взрослый организует:

- игру в магазин, где дети выполняют роль продавца, кассира, покупателей;
- ситуацию хождения в гости, где дети становятся хозяевами или гостями, сервируют стол, рассаживают гостей, угощают их чаем и печеньем и т.п.

Социально-психологическая адаптация умственно отсталых детей осуществляется через овладение изобразительной и конструктивной деятельности (сюжетное конструирование). Это способствует развитию не только моторики, но и высших, опосредованных формы психической деятельности: произвольной памяти, элементарному планированию, пространственному мышлению.

Социально-психологическая адаптация умственно отсталых детей включает формирование психологической готовности к школьному обучению, которая представляет собой систему мотивационно-волевых, познавательных и социальных предпосылок.

3. Психологическая диагностика и коррекция при дизонтогенезах по типу ретардации и дисфункции созревания

Залогом успешной социально-психологической адаптации, является как можно более раннее начало коррекционно-развивающей работы с детьми. Коррекционно-развивающая работа с детьми основывается на результатах диагностики. Диагностика является начальным этапом в деятельности психолога, завершается прогнозом и рекомендациями.

В основе построения любых диагностических методик, направленных на выявление задержки психофизического развития разной степени выраженности, лежит ориентировка на общие и специфические закономерности отклоняющегося развития, а также учет закономерностей психического развития в условиях нормального онтогенеза, выраженных в качественно-количественных показателях.

Основным методом является комплексное, системное изучение ребенка разными специалистами и качественно-количественный анализ результатов такого изучения.

В зависимости от характера диагностических задач используется тот или иной пакет методов, позволяющих выявить ту или иную степень своеобразия в развитии ребенка.

Наиболее надежным дифференциально-диагностическим показателем, позволяющим различать детей данных категорий между собой, является показатель обучаемости, а точнее, различия в скорости, качестве, осознанности усвоения новых знаний, навыков, умений. С этой целью можно использовать специально разработанные психологические методы диагностики обучаемости – «Обучающий эксперимент» А. Я. Ивановой, так и любую ситуацию педагогического взаимодействия с ребенком, которое должно быть построено согласно структуре обучающего эксперимента, т.е. иметь три его основных структурных элемента.

На первом этапе (ориентировочном) - этапе самостоятельных проб в овладении каким-либо знанием, умением и т.д. - проявляется отношение ребенка к предложенному заданию, степень его заинтересованности и уровень результативности самостоятельных попыток решения новой задачи, т.е. - уровень его актуального развития.

На втором этапе (восприимчивости к помощи) происходит собственно обучение, начиная от стимулирующих и организующих воздействий вплоть до полного обучения. На этом этапе фиксируется характер и количество оказываемой помощи. Любая помощь должна фиксироваться в речевой форме для создания оптимальных предпосылок для осознанного овладения любым новым знанием.

На третьем этапе (логического переноса) тестируется собственно результат обучения, способность к переносу. Для этого моделируется ситуация, в которой ребенок должен проявить знания, умения, которым его только что обучали.

Способность к переносу полученных знаний в новые условия является главным критерием результативности процесса обучения и уровня обучаемости ребенка.

Уровни логического переноса:

- 1) полный перенос (ребенок правильно выполняет требуемое новое действие (или применяет новое знание) и дает его речевое описание);
- 2) неполный перенос (ребенок правильно выполняет требуемое новое действие (или применяет новое знание), но дает лишь частичное речевое

описание совершаемых действий). Некоторые знания усвоены механически без осознания;

3) полный перенос в наглядно-действенной форме. Новые знания воспроизводятся, но не находят отражения в речи;

4) неполный перенос в наглядно-действенной форме. Усвоены и воспроизводятся в деятельности лишь некоторые из предлагавшихся для освоения знаний и навыков, отражения в речи они не находят;

5) отсутствие переноса. Предлагавшиеся для освоения знания, навыки не усваиваются как «инструмент» познания в другой, хотя бы и очень незначительно отличающейся, ситуации.

Дети с ЗПР, как правило, демонстрируют 2-й и 3-й уровень переноса, тогда как для умственно отсталых детей наиболее характерными являются 4-й и 5-й уровни. Другими словами, зона ближайшего развития последних, даже при использовании массивированной помощи, ограничена. Данная характерная особенность проявляется как в специально моделируемых диагностических ситуациях, так и в повседневном бытовом общении. Дети с трудом переключаются на новые способы деятельности, отношений, не дают большого продвижения при усвоении нового.

Вторым показателем в дифференциально-диагностическом аспекте является уровень и динамика развития разных форм мышления: наглядно-действенного, наглядно-образного и словесно-логического (С.Д.Забрамная, Т.В.Егорова, Т.В.Розанова, Л.И.Пе-реслени, Е.А.Стребелева, Т.А.Стрекалова и др.).

При умственной отсталости в той или иной степени нарушены все виды мыслительной деятельности, начиная от наглядно-действенного. При слабовыраженных отклонениях, таких, как ЗПР, преимущественно нарушается наглядно-образное и словесно-логическое мышление. Причем при более легких состояниях, таких, как неосложненные формы психофизического инфантилизма, отмечается только задержка своевременного развития словесно-логического мышления.

Особое значение необходимо уделять полноценному развитию ведущих деятельностей ребенка соответствующего возраста (непосредственно-эмоциональное общение в младенческом возрасте, предметная деятельность в раннем детстве, игровая деятельность в дошкольном возрасте, учебная - в младшем школьном, общественно полезная - в подростковом и юношеском возрасте).

Лекция 5 Социально–психологическая адаптация детей при дизонтогенезах дефицитарного типа

1. Социально–психологическая адаптация детей с нарушениями слуха.
2. Социально–психологическая адаптация детей с нарушениями зрения.
3. Социально–психологическая адаптация детей с двигательными нарушениями.

1. Социально–психологическая адаптация детей с нарушениями слуха.

Исследование состояния слуха и уровня развития речи у ребенка с нарушенным слухом поможет правильно организовать его обучение и воспитание, поможет определить направления компенсации нарушенного слуха (в том числе с использованием специальной звукоусиливающей аппаратуры), полноценного развития его познавательной сферы и личности.

Социально-психологическая адаптация детей с нарушенным слухом включает:

Во-первых, необходимость формирования у детей с нарушениями слуха представления о качествах личности, эмоциональных свойствах, о нормах поведения.

Во-вторых, необходимо научить детей видеть проявления этих качеств в поведении других людей - детей и взрослых, формировать умение понимать поступки окружающих людей, дать им для этого эталоны оценки.

В-третьих, необходимость формирования у детей с нарушениями слуха адекватную самооценку, являющуюся, с одной стороны, основой регуляции собственного поведения, с другой стороны, залогом успешного установления межличностных отношений.

Для этого в дошкольном возрасте необходимо использовать такие формы работы, в которых дети могут оценить результаты своей деятельности, сравнить их с образцом, с работами других детей. Нужно предоставлять детям самостоятельность в решении задач различной трудности как в процессе учебной деятельности, так и в разнообразных жизненных ситуациях.

В младшем школьном и подростковом возрасте нужно обогащать представления детей с нарушенным слухом о человеческих качествах, межличностных отношениях на основе анализа жизненных ситуаций, эмоциональных переживаний и отношений персонажей художественной литературы, фильмов, спектаклей.

Для всестороннего компенсаторного психического развития детей с нарушенным слухом на каждом возрастном этапе необходимо сочетать обучение и воспитание, а также специально направленные психокоррекционные воздействия, которые обеспечат гармоничное развитие

познавательной сферы и личности, а так же социально-психологическую адаптацию.

2. Социально–психологическая адаптация детей с нарушениями зрения.

Незрячие и слабовидящие дети лишены возможности самостоятельно и полноценно включаться в социальную жизнь. Врожденная или рано приобретенная слепота затрудняет образование социальных связей и отношений, а появление дефекта у человека со сложившимися навыками общественного поведения ведет к их разрыву, смещению. И в том и в другом случае инвалид по зрению выпадает из коллектива, что крайне неблагоприятно влияет на его положение в нем.

В связи с этим основной задачей реабилитационной работы в целях адаптации детей-инвалидов по зрению в обществе является установление социальных связей, то есть социально-психологическая адаптация. В процессе реабилитационной работы по социально-психологической адаптации слепых перед практическими работниками специальных учреждений (школ, восстановительных центров, реабилитационных кабинетов) возникают определенные трудности.

Возникает необходимость преодолеть депрессию, возникающую как реакция на слепоту, сформировать адекватные установки по отношению к окружающим, своему дефекту и деятельности, вооружить слепых новыми способами *коммуникации*. Первым этапом социально-психологической адаптации следует считать преодоление депрессии, связанной с осознанием дефекта, на который инвалиды по зрению реагируют крайне болезненно.

Глубина и длительность реакции зависят как от особенностей личности, так и от темпа развития заболевания, его тяжести и времени появления. Одновременно ведется работа по преодолению фрустрации, возникающей в результате появления в жизни слепого труднопреодолимых препятствий, постоянно высокого психического напряжения.

В основе этой работы лежит формирование способов поведения, основанных на двигательном контроле. Но в специальных школах цели и задачи обучения детей с нарушениями зрения зачастую сужаются до интенсификации интеллектуального развития и формирования тех знаний и представлений, которые позволяют успешно сдать экзамены и поступить в другие учебные заведения.

По свидетельству специалистов выпускники средних специальных учебных учреждений закрытого типа испытывают большое количество психологических трудностей и проблем, связанных с их интеграцией в общество здоровых людей. Закрытость и отгороженность специальных учебных заведений от внешнего мира ограничивает социальный опыт детей-инвалидов, затрудняет формирование коммуникативных навыков. Следствием этого являются не только затруднения при ориентировке в пространстве, адекватном осознании дефекта зрения, налаживании коммуникативных связей выпускников специальных школ-интернатов, но и

неосведомленность общества о реальных возможностях и психологических особенностях детей с нарушениями зрения.

Для большинства незрячих и слабовидящих детей первым опытом вхождения в социальную группу является поступление в школу. По мнению специалистов от того, насколько успешно будет проходить становлений личности незрячего ребенка в школьной группе, зависят его возможности интеграции в общество в будущем.

В связи с этим возрастает актуальность организации целенаправленного психологического сопровождения незрячих и слабовидящих детей с момента их поступления в школу, в рамках которого психологами и тифлопедагогами осуществлялась бы работа по снижению трудностей в социально-психологической адаптации на всех этапах развития личности ребенка А. В. Петровский, определяя развитие личности в изменяющейся социальной среде, пишет: "В том случае, если индивид входит в относительно стабильную социальную общность, он закономерно проходит три фазы своего становления в ней как личности". Первая фаза становления личности, в соответствии с концепцией А. В. Петровского, предполагает усвоение действующих в общности норм и овладение соответствующими формами и средствами деятельности, и обозначается как фаза адаптации.

Вторая фаза, обозначающаяся как фаза индивидуализации, обусловлена "обостряющимся противоречием между достигнутым результатом адаптации - тем, что он стал таким, как все в группе, - и неудовлетворенной на первом этапе потребностью индивида в максимальной персонализации". Третья фаза обозначается А. В. Петровским как фаза интеграции.

"В рамках этой фазы в групповой деятельности у индивида складываются новообразования личности, которых не было у него и, быть может, нет и у других членов группы, но которые отвечают необходимости и потребностям группового развития и собственной потребности индивида осуществлять значимые "вклады" в жизнь группы". В соответствии с этой теорией каждая из перечисленных фаз выступает как момент становления личности в ее важнейших проявлениях и качествах.

Таким образом, если человеку не удастся преодолеть трудности первого, адаптационного периода и вступить во вторую фазу развития, у него, скорее всего, будут формироваться качества конформности, зависимости, безынициативности, появится робость, неуверенность в себе и в своих возможностях. Это положение еще раз доказывает необходимость психологического сопровождения слепых и слабовидящих детей, так как успешное преодоление трудностей социально-психологической адаптации во многом определяет дальнейший ход интеграции детей с нарушениями развития в общество.

Выделяются три аспекта адаптации детей с нарушениями зрения: 1) адаптация личности к предметному миру; 2) адаптация личности к социальной среде; 3) адаптация личности к собственному «Я». В первом случае речь идет о достижении мобильности, самостоятельности,

уверенности, то есть выделяется операционально-деятельностная сторона, связанная с формированием умений и навыков, необходимых незрячему для самостоятельной жизни. Второй аспект связан со взаимодействием незрячего со своим социальным окружением, с активностью этого окружения по вовлечению его в коллективную и трудовую жизнь, то есть в первую очередь со взаимоотношением зрячих и незрячего, с общением и др.

Третий аспект адаптации связан с оценкой собственного положения в обществе, с отношением к своему дефекту, с переживанием своего «Я». В целом же реабилитация инвалида по зрению в личностном плане выступает как проблема становления внутренней саморегуляции личности.

Они плохо обучены ориентировке в пространстве, стесняются использовать трость. Причиной неподготовленности к самостоятельной жизни этих людей, по мнению Т. С. Шалагиной, является замкнутая, оторванная от реальных жизненных проблем, система обучения в школе-интернате для слепых детей.

Важной задачей социально-психологической адаптации детей с нарушениями зрения является осознание ребенком себя равноправным членом общества, преодоление его страхов, зависимости, робости. Большое внимание должно уделяться личностным изменениям, личностному формированию инвалидов по зрению.

Успешность адаптации во многом зависит от того, какие личностные качества будут сформированы у детей, имеющих глубокие нарушения зрения, к моменту их выхода в самостоятельную жизнь. В первую очередь сюда входят: 1) представления о себе самом, отношение к своему дефекту, отношение к другим людям; 2) отношение к жизненным целям, отношение к прошлому и будущему, отношение к жизненным ценностям; 3) отношение к непосредственному социальному окружению, отношения с другим полом.

Конечной целью социально-психологической адаптации слепых и слабовидящих детей является достижение такого психологического состояния, когда человек воспринимает свой зрительный дефект как одно из своих качеств, т. е. определенную индивидуальную характеристику, отличающую его от других, но не более того. Достижение такого состояния возможно только при определенной психологической работе с индивидом и, кроме того, при адекватном отношении к нему со стороны социального окружения, т. е. при определенной психологической поддержке широкого круга людей.

3. Социально–психологическая адаптация детей с двигательными нарушениями.

Как любой процесс воспитания детей с ограниченными физическими возможностями, духовно-нравственное воспитание основывается на принципе единства биологического и социального в развитии ребенка, для чего учитывать такие важные факторы, как первичные отклонения их физического развития, так и вторичные изменения психики, сформированные на фоне заболевания.

Часто встречающиеся дефекты физического развития детей с двигательными нарушениями (первичные отклонения), приводящие к социальной дезадаптации. Выделяют следующие двигательные расстройства:

- 1) вследствие полного или частичного отсутствия одной или более конечностей, включая ампутации;
- 2) вследствие отсутствия одной или более дистальных частей конечностей (палец, кисть, стопа);
- 3) в связи с отсутствием или нарушением произвольной подвижности четырех конечностей (квадриплегия, тетрапарез);
- 4) вследствие отсутствия или нарушения подвижности нижних конечностей (параплегия, парапарез);
- 5) в связи с нарушением произвольной подвижности верхней и нижней
- 6) конечности на одной стороне (гемиплегия, гемипарез);
- 7) вследствие нарушения мышечной силы нижних конечностей;
- 8) в связи с нарушением двигательных функций одной или обеих нижних конечностей.

Различные физические недостатки и степень их выраженности по-разному влияют на нарушения развития личности ребенка, вызванные данными недугами. Л.С. Выготский отмечал, что физический недостаток сам по себе не делает ребенка дефектным, но, изменяя социальную позицию личности, приводит к появлению особых черт в его поведении и характере.

Отпечаток на личность ребенка накладывает и социальная депривация, которая может быть вызвана различными причинами: частая госпитализация; ребенок воспитывается только в семье, не посещая детский сад, школу и учреждения дополнительного образования; ребенок воспитывается в учреждении интернатного типа и его контакт с семьей в значительной мере ограничен или полностью отсутствует.

Эти факторы обуславливают формирование на фоне первичных нарушений здоровья вторичных изменений психики, которые и определяют сущность социально-психологической адаптации данной категории. Далее рассмотрим их подробнее. У детей с двигательными нарушениями при сохранном интеллекте часто наблюдаются следующие изменения личности: неуверенность в себе и, как следствие, замкнутость, робость, застенчивость, отсутствие самостоятельности, преобладание иждивенческих установок в сочетании с повышенной чувствительностью, обидчивостью, впечатлительностью. Психологи отмечают у этих детей два преобладающих типа реакции на физический дефект: пассивно-оборонительную или агрессивно-защитную.

Особого внимания требует формирование у таких детей Я-концепции.

Я-концепция - это совокупность всех представлений индивида о себе, сопряженная с их оценкой. Составляющую, связанную с отношением к себе или отдельным своим качествам, называют самооценкой или принятием себя.

Я-концепция определяет не только то, что собой представляет индивид, но и то, что он о себе думает и как смотрит на свои возможности развития в будущем.

Часть детей с ограниченными физическими возможностями осознают свой физический недостаток и понимают, что их успешное развитие находится в прямой зависимости от их целеустремленности и настойчивости в преодолении недуга, овладении знаниями, творческой самореализации. Л.С. Выготский особо подчеркивал роль сознания своего дефекта инвалидом для успешного развития личности: «Чувство или сознание малоценности, возникающее у индивида вследствие дефекта, есть оценка своей социальной позиции, и она становится главной движущей силой психического развития».

У других детей-инвалидов происходит нарушение Я-концепции. Отмечается несколько наиболее типичных изменений: отрицание своего физического недостатка, что мешает правильно рассчитывать свои реальные возможности, адаптироваться к ограничению; осознание своего физического недостатка, но при этом крайний негативизм, пассивная жизненная позиция.

На формирование Я-концепции большое влияние оказывают внешние факторы, в первую очередь семья. Как правило, родители испытывают шок при рождении больного ребенка и с трудом адаптируются к этому событию, что отрицательно сказывается на детско-родительских отношениях.

Наиболее характерны следующие модели отношений родителей к ребенку с проблемами здоровья:

- 1) неприятие ребенка, что ведет к недостатку любви и ласки;
- 2) чрезмерная опека, из-за чего социальные навыки и опыт самостоятельности формируются не в полной мере, развивается пассивность;
- 3) завышенные требования, без учета реальных возможностей и интересов ребенка, что снижает самооценку ребенка, повышает тревожность.

Учитывая, что эмоциональный фактор является базовым в адаптации личности к условиям внешней среды, при организации воспитательного процесса с детьми с ограниченными возможностями здоровья необходимо ориентироваться на особенности формирования эмоционально-волевой сферы ребенка, где у этих детей в большинстве случаев наблюдаются нарушения. Так, в частности, у детей с диагнозом ДЦП независимо от степени двигательных дефектов нарушения эмоционально-волевой сферы проявляются в повышенной возбудимости, чрезмерной чувствительности ко всем внешним раздражителям, пугливости. У одних детей отмечается беспокойство, суетливость, расторможенность, у других - вялость, пассивность, двигательная заторможенность. В то же время этим детям свойственны эмоциональная неустойчивость, неуравновешенность, доминирование тревожно-депрессивного фона настроения.

У детей с двигательными нарушениями затруднена такая важная для развития личности функция, как общение. В норме в качестве средств общения выступают слова, мимика, жесты, действия. Обычно выделяют три функции общения: коммуникативную (обмен информацией), интерактивную (взаимовлияние общающихся людей), перцептивную (восприятие

общающимися друг друга). Но у детей с диагнозом ДЦП и другими дефектами опорно-двигательной системы, особенно если имеется нарушение речевых функций, при общении возникают значительные трудности из-за того, что взгляды, движения, слова несогласованы и могут быть неверно поняты, зачастую сложно установить контакт. Из-за невозможности делать выразительные, понятные жесты руками часто страдает невербальное общение. Л.И. Акатов в качестве наиболее распространенных затруднений при общении детей с ограниченными возможностями здоровья выделяет следующее: взаимное непонимание партнеров по общению или смысловой барьер, барьер стыда, барьер страха, барьер страдания, барьер вины, барьер превосходства. В результате у них страдает лексико-грамматическая сторона речи: словарный запас ограничен, лимитировано понимание многозначности слов, смысловых оттенков выражений в зависимости от контекста. Дети с двигательными нарушениями обычно не проявляют инициативу в общении.

Исходя из этой теории, у ребенка с ограниченными физическими возможностями, опираясь на сильные стороны личности, в процессе воспитания можно сформировать духовные потребности и нравственные ориентиры, которые, компенсируя вторичные изменения психики, будут способствовать выработке активной жизненной позиции и социально - адаптивного поведения.

Лабораторные занятия 1 Введение в курс «Социально-психологическая адаптация детей с особенностями психофизического развития»

1. Понятие «ребенок с особенностями психофизического развития» (ОПФР) в психологической науке.
2. Понятия «социально–психологическая адаптация».
3. Современные представления о нормальном и отклоняющемся развитии ребенка.
4. Виды отклоняющегося развития (дизонтогении) ребенка.

Лабораторное занятие 1

Задание 1. На основе лекционного материала представьте исторический экскурс в проблему семьи, воспитывающей ребенка с ОПФР, в виде схемы, таблицы, абстрактов и т. д.

Задание 2. Прочтите отрывок текста из книги Ж. Годфруа «Что такое психология?» и ответьте на вопросы ².

Текст

В 1799 году в лесах г. Аверона на юге Франции охотники нашли мальчика, который, по всей видимости, жил там один. Мальчик не был похож на человеческое существо ни в психическом отношении, ни даже физически. Он передвигался на всех четырех конечностях, ел как животное и кусал тех, кто к нему приближался. Обоняние и слух были у него чрезвычайно развиты, но очень своеобразны; при малейшем треске ветки или звуке разгрызаемого орешка он подскакивал, тогда как хлопанье дверью не вызывало у него ни малейшей реакции. Он был способен ходить голышом в мороз или вытаскивать пищу из очень горячей воды, не испытывая при этом, по-видимому, никакой боли. Он издавал лишь нечленораздельные звуки, не пытаясь вступать в общение со своим новым окружением, которое он рассматривал скорее как препятствие к удовлетворению своих потребностей.

В начале XIX века известный психиатр Ф. Пинель (Pinel) обследовал мальчика и заявил, что тот страдает неизлечимым слабоумием. Молодой врач Ж.-М. Г. Итар (Itard), специализировавшийся на лечении глухих детей, не согласился с

² Годфруа, Ж. Что такое психология: В 2-х т. Т.1. / Ж. Годфруа. – М. : Мир, 1996.– с. 19-20

таким диагнозом. По его мнению, поведение ребенка, которого назвали Виктором, – следствие очень ранней и длительной изоляции от людей. Ж.-М. Г. Итар был убежден, что путем надлежащего обучения он даст возможность мальчику вступить в лоно общества и жить нормальной жизнью. Он решил взять это на себя. Однако после пятилетних усилий Ж.-М. Г. Итар был вынужден признать, что ему никогда не удастся достичь поставленной цели. К юношескому возрасту, Виктор научился узнавать различные предметы, понимал несколько слов и умел их произносить, мог написать и прочесть некоторые из них, но очень представляя себе их значение; но вскоре мальчик перестал делать успехи. Попытки приучить Виктора к общению потерпели полную неудачу: он так никогда и не смог научиться играть или вступать в какие-либо другие отношения с людьми, а его поведение в сексуальном плане было еще менее адекватным. Вплоть до смерти в возрасте 40 лет никаких заметных улучшений в его поведении не произошло.

Вопросы к тексту:

1. Какое заключение можно сделать о Викторе на основании всего, что о нем известно? Был ли он нормальным или нет?
2. Почему известный французский психиатр Ж.-М. Г. Итар (1775 – 1838), предпринял попытку обучить и воспитать мальчика Виктора, найденного им в лесу под г. Авероном? Ответ аргументируйте.
3. Почему опыт Ж.-М. Г. Итара постепенно стал приобретать в Европе популярность? Ответ аргументируйте.
4. Подумайте и ответьте, почему Ж.-М. Г. Итар был вынужден признать, что ему никогда не удастся обучить и воспитать мальчика Виктора, найденного в лесу под г. Авероном? Ответ аргументируйте.
5. На основе анализа текста охарактеризуйте отношение к лицам с физическими и психическими недостатками в данный период. Ответ аргументируйте.

Задание 3. На основе анализа отрывка текста из книги Ж. Годфруа «Что такое психология?» разработайте группу

проблемных вопросов. Проведите дискуссию по данным вопросам в группе.

Задание 4. Какие литературные источники подтверждают, что юродивых на Руси чтили как посланников Бога; юродивых (лица с ОПФР) и калек относили к лику святых? Подтвердите тезисами из литературных источников.

Задание 5. Приведите примеры из литературных источников, в которых так или иначе отражено отношение к лицам с физическими и психическими недостатками. Информацию представьте в виде реферативного сообщения.

Лабораторное занятие 2 Психолого-педагогическая характеристика детей, имеющих различные психофизические нарушения в развитии

1. Психическое развитие при дизонтогенезах по типу ретардации.
2. Психическое развитие детей при дизонтогенезах дефицитарного типа.
3. Психическое развитие детей при асинхрониях с преобладанием расстройств эмоционально-волевой сферы и поведения.

Лабораторное занятие 2

Задание 1. Проанализируйте качество жизни матерей, воспитывающих детей с ДЦП, используя литературные источники.

Задание 2. Проведите сравнительный анализ количественных данных, полученных в результате исследования качества жизни у двух групп испытуемых: матерей, воспитывающих детей с ОПФР (ОГ), и матерей типично развивающихся детей (КГ) (в соответствии с таблицами 1, 2).

В исследовании принимали участие матери, воспитывающие детей дошкольного возраста ($n = 132$). Основную выборку составили 66 матерей, дети которых страдают двигательными нарушениями (основная группа, в дальнейшем ОГ). Для сравнительного анализа показателей качества жизни в исследование была включена группа матерей ($n = 66$) типично развивающихся детей (контрольная группа – КГ).

Для оценки качества жизни был использован общий опросник «SF-36 Health Status Survey». Опросник SF-36 обеспечивает количественное определение качества жизни по 8 шкалам. При этом показатели могут колебаться от 0 до 100 баллов, где 100 представляет полное здоровье. Чем выше значение показателя, тем лучше оценка по избранной шкале.

Опросник содержит вопросы, касающиеся взглядов человека на свое здоровье. 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал.

Шкала 1. Общее состояние здоровья (General Health – GH) – оценка человеком состояния здоровья в настоящий момент.

Шкала 2. Физическое функционирование (Physical Functioning – PF) – отражает степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей).

Шкала 3. Влияние физического состояния на ролевое функционирование (Role-Physical – RP) – отражает степень влияния физического состояния на выполнение будничной деятельности, работы.

Шкала 4. Влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование (Role-Emotional – RE) – предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т. п.).

Шкала 5. Социальное функционирование (Social Functioning – SF) – определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность.

Шкала 6. Интенсивность боли (Bodily Pain – BP) – отражает интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому.

Шкала 7. Жизнеспособность (Vitality – VT) – подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным.

Шкала 8. Самооценка психического здоровья (Mental Health – MH) – характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

Таблица 1 – Распределение испытуемых КГ в зависимости от полученных результатов исследования качества жизни

Шкалы	Незначительное снижение показателей до 75% (кол-во чел./%)	Умеренное снижение показателей до 50% (кол-во чел./%)	Значительное снижение показателей до 25% (кол-во чел./%)	Резко выраженное снижение показателей менее 25% (кол-во чел./%)
GH	34/51,5%	30/45,45%	2/3,03%	-
PF	65/98,48%	1/1,5%	-	-
RP	56/84,84%	7/10,6%	2/3,03%	1/1,5%
RE	40/60,6%	12/18,18%	7/10,6%	7/10,6%
SF	57/86,36%	9/13,63%	-	-

BP	54/81,81%	8/12,12%	4/6,06%	-
VT	44/66,6%	17/25,75%	4/6,06%	1/1,5%
MH	43/65,15	18/27,27%	5/7,54%	-
Phsum	-	60/90,9%	6/9,09%	-
Mhsum	-	42/63,63%	24/36,36%	-

Все шкалы объединены в два суммарных измерения.

1. «Физический компонент здоровья» (Physical health – PH) составляют шкалы: физического функционирования; ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием; интенсивность боли; общего состояния здоровья.

2. «Психологический компонент здоровья» (Mental Health – MH) составляют шкалы: психического здоровья; ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием; социального функционирования; жизненной активности.

При интерпретации полученных результатов необходимо опираться на тот факт, что у человека с сохранными функциями, удовлетворенного всеми сторонами своей жизни, интегральный показатель качества жизни равен 100% или приближается к этому уровню. Показатель до 75% указывает на незначительное снижение, до 50% – на умеренное снижение, до 25% – на значительное снижение, менее 25% – на резко выраженное снижение КЖ³.

Таблица 2 – Распределение испытуемых ОГ в зависимости от полученных результатов

Шкалы	Незначительное снижение показателей до 75% (кол-во чел./%)	Умеренное снижение показателей до 50% (кол-во чел./%)	Значительное снижение показателей до 25% (кол-во чел./%)	Резко выраженное снижение показателей менее 25% (кол-во чел./%)
GH	2/3,03%	15/22,75%	48/72,72%	1/1,5%
PF	7/10,6%	2/3,03%	29/43,93%	10/15,15%
RP	6/9,09	3/4,5%	23/34,84%	34/51,51%
RE	2/3,03%	5/7,54%	22/33,3%	37/56,06%
SF	3/4,5%	5/7,54%	31/46,96%	27/40,9%
BP	3/4,5%	8/12,12%	44/66,66%	11/16,6%

³ Ware, J.E. Measuring patients' views: the optimum outcome measure. SF 36: a valid, reliable assessment of health from the patient's point of view / J.E. Ware // BMJ. – 1993 – V. 306. – P. 1429–1430.

VT	1/1,5%	9/13,63%	49/74,24%	7/10,6%
MH	2/3,04%	6/9,09%	54/81,81%	4/6,06%
Phsum	-	3/4,1%	63/95,45%	-
Mhsum	-	1/1,5%	56/84,84%	9/13,63%

Задание 3. Проведите сравнительный анализ полученных результатов исследования (рисунок 1) респондентов основной и контрольной групп по шкалам опросника «SF-36 Health Status Survey».

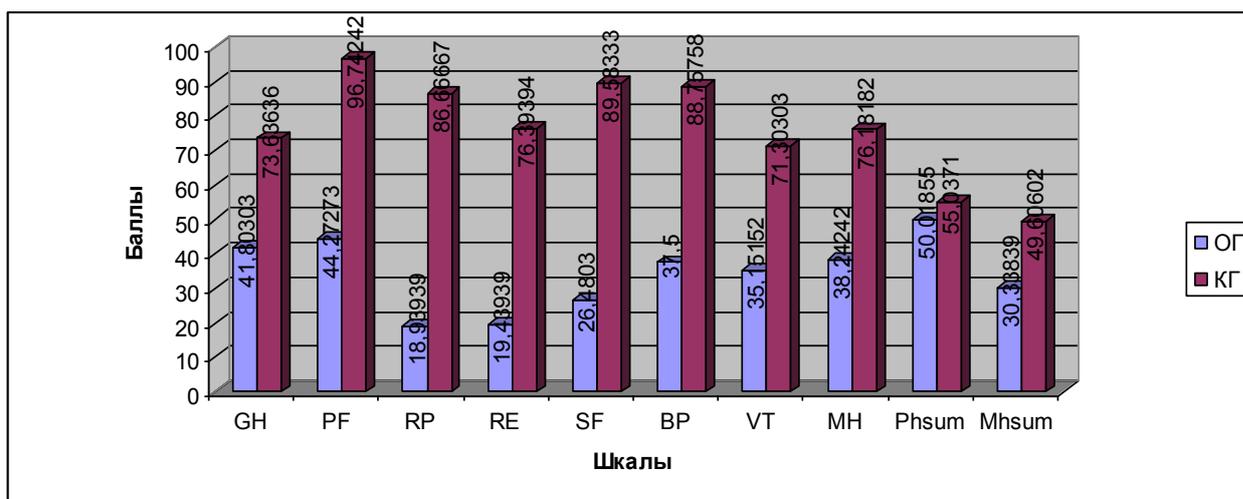


Рисунок 1 – Результаты тестирования испытуемых ОГ и КГ

Задание 4. Проведите сравнительный анализ полученных результатов исследования качества жизни матерей, воспитывающих детей с ОПФР, с литературными данными.

Задание 5. На основе литературных источников опишите:

- 1) реакцию родителей на рождение ребенка с нарушением слуха;
- 2) психологические проблемы и трудности родителей, воспитывающих аутичных и слепоглухих детей;
- 3) трудности родителей, воспитывающих детей с аутизмом;
- 4) проблема принятия себя родителями слепоглухих детей;
- 5) проблемы родителей, имеющих детей с синдромом Ушера;
- 6) проблемы родителей, имеющих детей с ДЦП.

Задание 6. Проведите сравнительный анализ трудностей и проблем родителей детей с аутизмом, слепоглухих, с синдромом

Ушера и т. д. Полученные результаты представьте в виде таблиц, схем.

Задание 7. На основе анализа литературных источников и анализа полученных результатов разработайте психокоррекционные занятия для родителей, воспитывающих детей с ОПФР.

Задание 8. Проведите несколько психокоррекционных упражнений с подгруппой студентов на занятии.

Лабораторное занятие 3 Социальная интеграция детей с особенностями психофизического развития

1. Социализация ребенка с ОПФР в условиях семьи, учреждений здравоохранения, образования. Социальная сеть контактов ребенка с ОПФР.
2. Цели и задачи социальной интеграции (инклюзии) детей с ОПФР.
3. Принципы и формы работы психолога по социальной интеграции (инклюзии) ребенка с ОПФР.
4. Принципы разработки программ социально–психологической адаптации детей с особенностями психофизического развития.

Лабораторное занятие 3

Задание 1. Проведите исследование родительско-детских отношений в семьях типично развивающихся детей и с ОПФР.

Задание 2. Составьте отчет по следующей схеме:

Ф.И.О. родителя

Имя ребенка

полных лет ребенку

Методика диагностики

Цель:

Полученные результаты

Интерпретация полученных результатов

Выводы и рекомендации:

Задание 3. Проведите сравнительный анализ полученных результатов исследования родительско-детских отношений в семье типично развивающего ребенка и в семье ребенка с ОПФР. Опишите полученные результаты исследования и представьте их в виде схем, графиков, таблиц.

Задание 4. Исследуйте реакцию каждого из родителей на болезнь ребенка, проявления отношения к болезни самого ребенка в его собственном поведении, их установки относительно врачей и лечения, а также разногласия, существующие в семье, при помощи анкеты, разработанной И. К. Шацем.

Задание 5. Обсудите ответы вместе с родителями детей с ОПФР. Результаты зафиксируйте.

Задание 6. Проинтерпретируйте и обсудите полученную информацию вместе с членами группы. На основе анализа полученной информации совместно с членами подгруппы разработайте ряд практических рекомендаций для родителей детей с ОПФР.

Задание 7. Разработайте примерную тематику лекционно-просветительских занятия для родителей детей с ОПФР.

Задание 8. Разработайте примерный перечень тем практических занятий для родителей, воспитывающих детей с ОПФР.

Задание 9. Сравните результаты исследования психического состояния матерей, воспитывающих детей с ДЦП, и типично развивающихся детей (в соответствии с таблицей 4). На основе анализа результатов исследования разработайте комплекс коррекционных занятий для родителей, воспитывающих детей с ДЦП.

Таблица 4 – Распределение испытуемых ОГ и КГ в зависимости от полученных результатов исследования психического состояния. Примечание: ОГ – основная группа; КГ – контрольная группа; ШТ – шкала тревоги; ШНД – шкала невротической депрессии; ШИТР – шкала истерического типа реагирования; ШНД – шкала невротической депрессии; ШОФН – шкала обсессивно-фобических нарушений; ШВН – шкала вегетативных нарушений

Шкалы	Диагностические коэффициенты (показатель больше +1,28) (кол-во чел./%)		Диагностические коэффициенты (показатель меньше - 1,28) (кол-во чел./%)	
	ОГ	КГ	ОГ	КГ
ШТ	2/3,03%	54/81,81%	64/96,96%	12/18,18%
ШНД	2/3,03%	56/84,84%	64/96,96%	10/15,15%
ША	5/7,57%	64/96,96%	61/92,4%	2/3,03%
ШИТР	4/6,06%	55/83,33%	62/93,9%	9/13,63%
ШОФН	5/7,57%	56/84,8%	61/92,4%	8/12,12%
ШВН	5/7,57%	58/87,87%	61/92,4%	6/9,09%

Лабораторное занятие 4 Социально-психологическая адаптация детей при дизонтогениях по типу ретардации

1. Социально–психологическая адаптация умственно отсталых детей, со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии (с задержкой психического развития).

2. Формирование коммуникативных и социальных навыков и умений у детей с интеллектуальной недостаточностью.

3. Психологическая коррекция эмоциональной сферы, волевой саморегуляции ребенка, со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии (с задержкой психического развития).

Задание 1. Заполните пробелы

1. Личностное состояние матери ребенка с ОПФР имеет определенную стадиальность, связанную с динамикой (... ..).

2. Первая стадия характеризуется (...), преимущественные состояния и реакции матери: шок, растерянность, страх.

3. Материнское чувство вины может также вызвать преувеличенную родительскую (...).

4. Вторая стадия (фаза) личностного состояния матери ребенка с ОПФР рассматривается исследователями как период (...) и (...).

5. Отрицание болезни ребенка родителями играет (...) функцию, и является реакцией на поставленный врачом диагноз.

6. Отрицание может быть своеобразным (...) защитного устранения эмоциональной подавленности, тревоги.

7. Третья фаза родительского стресса характеризуется (...).

8. Синдром, получивший название «...», является результатом постоянной зависимости родителей от (...) ребенка, их хронической фрустрации вследствие относительного отсутствия положительных (...) у ребенка, «несоциализируемости» его психического и физического дефекта.

9. Четвертая стадия адаптации родителей характеризуется эмоциональной (...), приспособлением, принятием ребенка с особенностями психофизического развития.

10. Структура синдрома недостаточной адаптации включает: (... ..) и (...) компоненты.

11. К симптомам, образующим «ядро» синдрома недостаточной адаптации матерей детей с ДЦП относятся: (...) в системе отношений к себе, (...) в познавательной сфере, нарушение в (... и ...) здоровье.

12. В настоящее время психологи выделяют (...) варианта матерей с разными стилями поведения (А. Я. Варга, 1989).

Задание 2. Определите, верно, или неверно высказывание?

1. Стадиальность, связанная с динамикой родительского кризиса, не позволяет раскрывать действие различных механизмов адаптации к ситуации «особого» материнства.

2. Чувство вины у родителей за рождение ребенка с ОПФР может вызвать преувеличенную родительскую заботу.

3. Вторая стадия или фаза родительского стресса рассматривается исследователями как период адаптации.

4. Отрицание болезни ребенка родителями играет защитную функцию и является реакцией на поставленный врачом диагноз.

5. Третьей фазой родительского стресса является горевание.

6. Четвертая стадия родительского стресса рассматривается исследователями как период негативизма и отрицания.

7. Члены семьи могут сомневаться в компетентности врача, поэтому они ищут возможность получить консультации других специалистов.

8. Симптомы синдрома недостаточной адаптации матери ребенка с ДЦП, входящие в «ядерный» блок, могут являться его исходными предпосылками.

9. Социальная адаптация детей с ОПФР особо не зависит от грамотного родительского (материнского) поведения.

10. К особенностям социальной адаптации женщины в ситуации «особенного» материнства относятся недостаточная социальная активность и эгоцентрические цели.

11. Для родительниц, дети которых страдают церебральным параличом, характерны: повышенная обидчивость, ранимость, агрессия на близких, нетерпеливость, нетерпимость и лабильность настроения.

12. Матери, независимо от характера заболевания ребенка, имеют те или иные психологические особенности.

Задание 3. Выберите правильный ответ:

– на первой стадии эмоциональной дезорганизации преимущественные состояния и реакции матери это:

- | | |
|-------------------|----------------------------|
| 1) страх; | 6) астения; |
| 2) беспомощность; | 7) шок; |
| 3) апатия; | 8) бесперспективность; |
| 4) растерянность; | 9) нет правильного ответа; |
| 5) уверенность; | 10) все ответы верны; |
- *чувство родительской вины за рождение ребенка с ОПФР может вызвать:*

- | | |
|---|--|
| 1) чувство собственной неполноценности; | 7) преувеличенную родительскую заботу; |
| 3) беспомощность; | 8) усиление самокритики; |
| 4) апатию; | 9) бесперспективность; |
| 5) растерянность; | 10) нет правильного ответа; |
| 6) уверенность; | 11) все ответы верны; |

– *вторая стадия или фаза родительского стресса на рождение ребенка с ОПФР рассматривается исследователями как:*

- | | |
|------------------------|----------------------------|
| 1) период негативизма; | 5) период огорчения; |
| 2) период печали; | 6) все ответы верны; |
| 3) период страдания; | 7) эти и многие другие; |
| 4) период отрицания; | 8) нет правильного ответа; |

– *функция отрицания направлена на то, чтобы:*

- | | |
|---|---|
| 1) переложить ответственность за состояние ребенка с особенностями психофизического развития на других; | 4) сохранить определенный уровень надежды или чувства стабильности семьи; |
| 2) снизить уровень социальной и психологической компетентности матери; | 5) способствовать адекватной адаптации родителей к факту рождения ребенка с ОПФР; |
| 3) развивать «копинг-поведение»; | 6) эти и другие ответы; |
| | 7) нет правильного ответа; |

– *третья стадия родительского стресса на рождение ребенка с ОПФР характеризуется:*

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1) состоянием печали; | 4) состоянием депрессии; |
| 2) состоянием горечи; | 5) эти и многие другие; |
| 3) состоянием усталости; | 6) нет правильного ответа; |

– *результатом постоянной зависимости родителей от потребностей ребенка, их хронической фрустрации вследствие*

относительного отсутствия положительных изменений у ребенка, «несоциализируемости» его психического и физического нарушения, является синдром, получивший название:

- | | |
|---|------------------------------------|
| 1) «состояния хронической печали»; | 4) «состояния глубокой депрессии»; |
| 2) «постоянной тоски»; | 5) эти и другие ответы; |
| 3) «хронической неуверенности и страдания»; | 6) нет правильного ответа; |

– четвертая стадия адаптации родителей ребенка с ОПФР характеризуется:

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| 1) эмоциональной реорганизацией; | 4) отчуждением больного ребенка; |
| 2) принятием ребенка; | 5) все ответы верны; |
| 3) приспособлением; | 6) нет правильного ответа; |

– о нарушении адаптации матери к сложившейся ситуации, т.е. ситуации, связанной с рождением и воспитанием ребенка с тяжелыми двигательными нарушениями, свидетельствуют такие симптомы как:

- | | |
|---|--|
| 1) ощущение беспокойства; | 4) ощущение одиночества; |
| 2) ощущение подавленности и угнетенности; | 5) проявление страха и навязчивых состояний; |
| 3) раздражительность и вспыльчивость; | 6) нет правильного ответа; |

– к симптомам, входящих в синдром недостаточной адаптации матери ребенка с ОПФР, относятся:

- | | |
|--|--|
| 1) преобразование в чувствах; | 5) преобразование в системе отношений к себе, другим людям и окружающему миру; |
| 3) преобразование в психическом и психологическом здоровье матери; | 6) распад семьи; |
| 4) проявление страха и навязчивых состояний; | 7) все ответы верны; |

– в настоящее время психологи выделяют четыре варианта матерей с разными стилями поведения, это:

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| 1) спокойная мама; | 5) тревожная мама; |
| 2) доминирующая мама; | 6) гиперактивная мама; |
| 3) тоскливая мама; | 7) уверенная, властная мама; |
| 4) властная и жесткая мать; | 8) отчаянная мать; |

– «Спящая красавица» – это мама, которая:

- 1) всю жизнь ждет своего принца, живет в плену своих грез и фантазий, не замечает ребенка, его потребностей и желаний;
- 2) ждет беспрекословного подчинения ребенка, за «неподчинение» его наказывает (нередки физические наказания), ребенок растет в атмосфере бездушия и жестокости;
- 3) боится не избаловать ребенка: вся жизнь ребенка с такой матерью – это одни «нельзя», «не надо»;
- 4) всех, даже ребенка, держит на расстоянии: она правит, она не знает, что такое близость и теплота; к своему ребенку она относится очень холодно;
- 5) постоянно недовольна ребенком;
- 6) любит и обожает своего ребенка, не предъявляя к нему никаких требований и запретов, ребенок для нее выступает в качестве игрушки;
- 7) нет правильного ответа.

Лабораторное занятие 5 Социально-психологическая адаптация детей при дизонтогенезах дефицитарного типа

1. Социально–психологическая адаптация детей с нарушениями слуха.
2. Социально–психологическая адаптация детей с нарушениями зрения.
3. Социально–психологическая адаптация детей с двигательными нарушениями.

Задание 1. Заполните пробелы

1. Исследователь Е. Н. Ермакова отмечает, психологическая помощь родителям необходима не только для восстановления их (... и ...), но и для формирования у семьи адекватного отношения к (... и ...) ребенка.

2. По мнению Е. Н. Ермаковой, сотрудничество с родителями является одним из наиболее важных условий для успешной психологической (...) больного ребенка.

3. Все семьи, имеющие ребенка с хроническим заболеванием и нуждающиеся в психологической помощи, Е. Н. Ермакова разделяет на (...) категории.

4. Иногда ребенок становится своеобразным средством, при помощи которого родители пытаются обратить (...) окружающих на собственные проблемы.

5. На первичном психолого-педагогическом обследовании с участием дефектолога, врача-психоневролога, психолога родители получают ответы на интересующие их вопросы, касающиеся (...) специалистами уровня (...) развития детей, возможности их (... и ...) по организации дальнейших условий воспитания.

6. В ходе первичного приема психологу следует обратить свое внимание на (...) матери по отношению к (...) с ОПФР.

7. При повторных посещениях консультации членами семьей различные специалисты прослеживают (...) психофизического развития ребенка, а также эффективность предложенных при первичном посещении (...).

8. Положительным результатом первичной психолого-медико-педагогической консультации считается такой, когда родители, прислушавшись к рекомендациям специалистов и почувствовав возможность получения реальной поддержки, (...) к ним еще и еще раз за помощью.

9. Главной целью психокоррекционной работы является создание благоприятного психоэмоционального (...) в семьях детей с особенностями психофизического развития.

10. Содержание психокоррекционной работы представлено двумя направлениями: (...) формами работы.

11. Наиболее эффективной формой являются частично «...» группы, состоящие из (...-...) человек или малокомплектные группы, состоящие из (...-...) человек.

12. На первом занятии родительницы, воспитывающие детей с нарушениями в развитии, знакомятся с (...) работы группы.

13. При проведении индивидуальных занятий психологу необходимо учитывать (...) родителей.

14. Успешный результат коррекционно-педагогического процесса будет зависеть от многих причин, и в том числе, насколько правильно будут построены отношения между (...) и (...).

15. Формы и содержание работы психолога с родителями определяются степенью их готовности к (...).

Задание 2. Определите, верно, или неверно высказывание?

1. По мнению Е. Н. Ермаковой, сотрудничество с родителями является одним из наиболее важных условий для успешной психологической реабилитации больного ребенка.

2. Третья категория семей, имеющие ребенка с хроническим заболеванием и нуждающиеся в психологической помощи, представляет собой достаточно большую группу семей, которые в целом неплохо справляются с ситуацией, и не нуждаются в профессиональной поддержке.

3. Каждое заболевание имеет свои специфические последствия для ребенка и его родителей.

4. Принцип комплексного подхода к организации коррекционно-педагогического процесса в работе с ребенком предполагает участие разных специалистов, таких как психоневролог, дефектолог, психолог, массажист и др.

5. Во время первичной консультации специалисту необходимо объяснить родителям, что следует сравнивать достижения своего ребенка с умениями других детей.

6. В ходе первичного приема психологу не следует обращать свое внимание на психическое состояние родителей, так как от этого не будет зависеть построение беседы.

7. Положительным результатом первичной психолого-медико-педагогической консультации считается такой, когда родители, прислушавшись к рекомендациям специалистов и почувствовав возможность получения реальной поддержки, больше не возвращаются к ним еще и еще раз за помощью.

8. При повторных посещениях консультации семьей различным специалистам нет необходимости проследивать динамику психофизического развития ребенка, а также эффективность предложенных при первичном посещении рекомендаций.

9. Индивидуальная форма работы осуществляется в виде беседы (нескольких бесед) или частично структурированного интервью, а также последующих индивидуальных занятий психолога с матерью ребенка с ОПФР.

10. Наиболее удобной формой работы с родителями являются комбинированные занятия – лекция на определенную тему, затем практическое занятие, проводящиеся один раз в месяц, длительностью до полутора часов.

11. На групповом этапе работы психокоррекционное воздействие осуществляется только со стороны психолога на каждую женщину, посещающую занятия, но не как внутри группы при взаимодействии участниц.

12. Такой вид работы, как групповые собрания с просмотром фрагментов занятий с детьми, не способствует формированию у родителей адекватной оценки психического развития их детей.

13. Наибольшие трудности в плане организации сотрудничества вызывают родители с высоким уровнем мотивации.

Задание 3. Выберите правильный ответ:

– по мнению Е. Н. Ермаковой, сотрудничество с родителями больных детей является одним из наиболее важных условий для успешной психологической:

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1) реабилитации родственников и близких; | 4) реабилитации больного ребенка; |
| 2) помощи родственникам; | 5) реабилитации родителей; |
| 3) помощи самим родителям; | 6) нет правильного ответа; |

– психологическое состояние ребенка зависит от:

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1) способности семьи | 4) способности семьи |
|----------------------|----------------------|

- адаптироваться к сложившейся семейной ситуации;
- 2) помощи близких;
 - 3) состояния родителей;
- работа психолога с семьей, воспитывающей ребенка с нарушениями психофизического развития, имеет целью:
- 1) отправить не медленно к врачу на консультацию;
 - 2) создать условия для активного участия родителей в воспитании ребенка;
 - 3) дать родителям совет;
 - 4) оказать квалифицированную поддержку родителям;
 - 5) формировать адекватные взаимоотношения между взрослыми и их детьми;
 - 6) нет правильного ответа;
- в основе работы психолога с членами семей детей с ОПФР лежат такие принципы как:
- 1) комплексного подхода к организации коррекционно-педагогического процесса;
 - 2) ведущей деятельности;
 - 3) конфиденциальности;
 - 4) активности;
 - 5) сознания и деятельности;
 - 6) системности;
- принцип учета интересов в работе психолога с семьями детей с ОПФР применим:
- 1) с ребенком;
 - 2) с родителями;
 - 3) с ребенком и родителями;
 - 4) с сиблингами;
 - 5) все ответы верны;
 - 6) нет правильного ответа;
- в работе психолога принцип сотрудничества применим:
- 1) со специалистами, родителями и детьми;
 - 2) с родителями и родственниками ребенка с ОПФР;
 - 3) с родителями и детьми;
 - 4) с родителями ребенка с ОПФР и специалистами;
 - 5) с родителями и родителями детей с ОПФР;
 - 6) нет правильного ответа;
- наиболее подходящими формами организации коррекционно-педагогического процесса с ребенком раннего возраста с нарушениями в развитии и его родителями являются:
- 1) консультативная работа;
 - 2) организация «круглых столов», родительских конференций, детских
 - 4) подгрупповые занятия;
 - 5) индивидуальные занятия с родителями и их ребенком;
 - 6) индивидуальные занятия
- справляться с ситуацией;
- 5) от эффективного лечения;
 - 6) эти и другие ответы;
 - 7) нет правильного ответа;

утренников
и праздников;

3) лекционно-просветительская работа;

– в ходе первичного приема психологу следует обратить свое внимание на:

1) позицию матери по отношению к ребенку и особенностям его развития;

2) состояние родителей (растерянность, жалобы);

3) совместно проживающих родственников;

– задачами психокоррекционного процесса являются:

1) развитие коммуникативных форм поведения, способствующих самоактуализации и самоутверждению;

2) реконструкция родительско-детских взаимоотношений;

– индивидуальная форма работы психолога с родителями детей с ОПФР осуществляется в виде:

1) беседы (нескольких бесед);

2) тренинга;

3) частично структурированного интервью;

4) лекции;

– групповые коррекционные занятия психолога с родителями детей с ОПФР проводятся по таким трем направлениям как:

1) оптимизация социальных контактов семьи, воспитывающей ребенка с ОПФР;

2) гармонизация внутрисемейных отношений;

с родителями и их ребенком;

7) нет правильного ответа;

4) реакцию родителей на детские действия;

5) состав семьи;

6) материальное положение семьи ребенка с ОПФР;

7) жилищные условия;

8) нет правильного ответа;

3) коррекция неадекватных поведенческих и эмоциональных реакций родителей детей с особенностями

в развитии;

4) эти и другие ответы;

5) нет правильного ответа;

5) индивидуальных занятий психолога с матерями детей с ОПФР;

6) эти и другие ответы;

7) нет правильного ответа;

3) гармонизация взаимоотношений между матерью и ребенком с ОПФР;

4) все ответы верны;

5) нет правильного ответа.

Лабораторное занятие 6-7 Социально-психологическая адаптация детей при асинхрониях с преобладанием расстройств эмоционально-волевой сферы и поведения

1. Социально–психологическая адаптация детей со смешанными специфическими расстройствами развития, аутизмом, другими коммуникативными нарушениями.

2. Особенности работы психолога с детьми, имеющими аутизм, аутистические проявления.

3. Особенности работы психолога в работе с детьми, имеющими синдром дефицита внимания и гиперактивности.

Задание 1. Проведите исследование, используя опросник «Анализ семейного воспитания» (АСВ), с целью изучения нарушений в системе взаимного влияния членов семьи, в структурно – ролевом аспекте жизнедеятельности семьи, нарушений в механизме интеграции семьи ребенка с ОПФР.

Задание 2. На основе полученных результатов разработайте для родителей, воспитывающих детей с ОПФР, комплекс рекомендаций и психокоррекционных упражнений.

Задание 3. Разработайте тематику семинаров-практикумов для родителей, воспитывающих детей с ОПФР.

Задание 4. Разработайте тематику консультаций для групповой работы с родителями, воспитывающими детей с ОПФР.

Задание 5. Составьте примерный перечень групповых тематических консультаций для родителей, воспитывающих детей с ОПФР.

Практические занятия

Занятие 1 Введение в курс «Социально-психологическая адаптация детей с особенностями психофизического развития»

5. Понятие «ребенок с особенностями психофизического развития» (ОПФР) в психологической науке.
6. Понятия «социально–психологическая адаптация».
7. Современные представления о нормальном и отклоняющемся развитии ребенка.
8. Виды отклоняющегося развития (дизонтогении) ребенка.

Задание 1. Заполните пробелы

1. Лицо с особенностями психофизического развития – это лицо, имеющее (...) и (или) (...) нарушения, препятствующие получению (...) без создания для этого специальных условий.

1. Ребенок с ОПФР – это лицо с особенностями психофизического развития в возрасте до (...) лет.

2. Физическое и (или) психическое нарушение – это отклонения от нормы, ограничивающее социальную (...) и подтвержденные в порядке, установленном законодательством.

3. Множественные физические и психические нарушения – это (...) и более физических и психических нарушений, подтвержденные в порядке, установленном законодательством.

4. История отношений к детям с психофизическими нарушениями в Древних Греции и Риме свидетельствует о (...) способе обращения с ними (...).

5. Имеются свидетельства о том, что существовал закон царя Спарты Ликурга (IX–VIII в. до н. э.), предписывающий (...) физически неполноценных младенцев.

6. Православие отличалось более (...) к лицам с физическими и психическими недостатками.

7. Римское право относило умалишенных и глухонемых людей к категории (...) лиц (включая в нее как бедных, так и богатых) и лишало их (...).

8. В период Средневековья серьезное влияние на многие проблемы социальной жизни оказывала (...).

9. В период (...) возникают, а затем все более развиваются (...) тенденции в отношении к лицам с ОПФР.

10. Одним из первых высказал мысль о необходимости проявления заботы о воспитании и обучении слабоумных,

обосновав свою позицию философски, знаменитый славянский педагог (...).

11. Знаменитый славянский педагог (...) (1592–1670) считал, что всех детей с нарушениями в развитии можно (...).

12. Впервые возможность воспитывать и обучать слабоумных лиц была доказана на рубеже (... – ...) вв. известным французским психиатром (...), который предпринял попытку обучить и воспитать мальчика (...), найденного им в лесу под г. Авероном.

13. В России первый отечественный опыт положительного влияния семьи на состояние больного возник в начале (...).

14. В конце (... гг. ...) в. по инициативе одного из основателей общественной психиатрии (...) впервые в мировой практике была проведена общегосударственная перепись душевнобольных.

15. В докладе известного русского психиатра (...) были определены категории больных людей, которых он считал возможным лечить дома.

16. К началу (...) в. в крупных городах России появились и были апробированы разнообразные формы лечения душевнобольных в семьях.

17. П. П. Кащенко (1905) обосновал идею (...) необходимостью создания препятствия для его аутизации путем взаимодействия с близкими людьми.

18. (...) был «одним из лучших специалистов в Европе» того времени по проблеме аномального детства.

19. Его монография «...», вышедшая в России в 1909 г., охватывала широкий спектр вопросов, касающихся детей с ОПФР, включая проблему контактов с родителями и их просвещения.

20. В монографии немецкого ученого и педагога Б. Меннеля «...», переведенной на русский язык в 1911 г. врачом М. Владимирским, дается систематическое изложение вопроса о (...) и отдельная глава («Родители и жизненные условия ученика») посвящается проблемам родителей подопечных.

21. В 1882 г. в г. Петербурге было создано лечебно-воспитательное учреждение, которое возглавил известный и выдающийся педагог (...).

22. С 1912 г. в Петербурге при Психоневрологическом институте была открыта (...), в которой функционировали также и курсы для родителей.

23. С 1907 г. по 1912 г. в г. Москве работал «кружок ...».

24. Содержание работы с родителями имело (...) характер вплоть до середины XX в.

25. Современный этап развития коррекционной педагогики и психологии характеризуется (...) детей с физическими и психическими недостатками.

Задание 2. Определите, верно, или неверно высказывание?

1. Генезис проблемы семьи детерминирован историей отношения цивилизации к лицам с психофизическими недостатками.

2. История отношений к детям с психофизическими нарушениями в Древних Греции и Риме свидетельствует о гуманном способе обращения с ними (Плутарх).

3. В период Средневековья серьезное влияние на многие проблемы социальной жизни оказывала литература.

4. Знаменитый славянский педагог Я. А. Коменский считал, что учить можно всех детей с нарушениями в развитии.

5. Опыт Ж. Итара не приобрел в Европе популярность.

6. В России расширялась практика лечения душевнобольных в семьях, которые могли содержать таких больных.

7. К началу XX в. в крупных городах России были апробированы разнообразные формы лечения душевнобольных в семьях.

8. Истоки формирования семейной психотерапии в России связаны с образованием дошкольных учреждений и организацией семейных патронажей для психических больных.

9. Уделяя особое внимание семейному воспитанию, И. В. Маляревский отмечал, что педагогическая неумелость родителей приводит в домашних условиях к развитию у детей эгоизма; у них отсутствует сознание долга перед окружающими, они самолюбивы, что нередко принимается за душевное страдание.

10. Социализация ребенка с ОПФР может быть достигнута без приобщения к этому процессу его родителей.

Задание 3. Выберите правильный ответ:

– согласно церковным канонам в период Средневековья, физическое или психическое увечье человека считалось наказанием за прегрешения:

1) самого человека;

4) божьим наказанием;

2) его предков;

5) все ответы верны;

- 3) самого человека и его предков;
- *православие отличалось более:*
- | | |
|---|---|
| 1) мягким отношением к лицам с физическими и психическими недостатками; | 4) авторитарным отношением к лицам с физическими и психическими недостатками; |
| 2) демократичным отношением к лицам с ОПФР; | 5) либеральным отношением к лицам с ОПФР; |
| 3) жестким отношением к лицам с ОПФР; | 6) нет правильного ответа; |
- *в эпоху Возрождения возникают и развиваются:*
- | | |
|--|--|
| 1) демократические тенденции в отношении к лицам с ОПФР; | 4) гуманистические тенденции в отношении к лицам с ОПФР; |
| 2) авторитарные тенденции в отношении к лицам с ОПФР; | 5) жесткие тенденции в отношении к лицам с ОПФР; |
| 3) либеральные тенденции в отношении к лицам с ОПФР; | 6) все ответы верны; |
| | 7) нет правильного ответа; |
- *одним из первых высказал мысль о необходимости проявления заботы о воспитании и обучении слабоумных, обосновав свою позицию философски, знаменитый славянский педагог:*
- | | |
|---------------------|----------------------------|
| 1) Плутарх; | 5) Аристотель; |
| 2) Платон; | 6) З. Фрейд; |
| 3) Я. А. Коменский; | 7) все ответы верны; |
| 4) В. Гюго; | 8) нет правильного ответа; |
- *впервые возможность воспитывать и обучать слабоумных лиц была доказана:*
- | | |
|-----------------------------|----------------------------|
| 1) Ж. Филиппом; | 5) Ф. Пинелем; |
| 2) Ж.-Э. Д. Эскиролем; | 6) Ж. Итаром; |
| 3) Д. Бурневилем; | 7) все ответы верны; |
| 4) Ж. Демором, Г. Даниэлем; | 8) нет правильного ответа; |
- *в России первый отечественный опыт положительного влияния семьи на состояние душевнобольного возник в начале:*
- | | |
|------------------|----------------------------|
| 1) IX в; | 4) XIX в; |
| 2) XX в; | 5) XI в; |
| 3) I в до н. э.; | 6) нет правильного ответа; |
- *в 1882 г. врачебно-воспитательное учреждение для детей с ОПФР было создано в городе:*

- 1) Мюнхене;
- 2) Ростове-на-Дону;
- 3) Москве;

– эти аспекты представляют эволюцию взглядов социума на проблему взаимоотношений с лицами, имеющими психофизические недостатки:

- 1) избавление от неполноценных лиц как форма самозащиты человека и государства в древности;
- 2) первые опыты оказания помощи детям с психофизическими нарушениями и их семьям;
- 3) изучение последствий эмоционального стресса у родителей детей с ОПФР;

- 4) Киеве;
- 5) Петербурге;
- 6) нет правильного ответа;

- 4) организацию консультативной помощи родителям детей с ОПФР в начале XX в.;
- 5) возникновение и развитие гуманистического отношения к лицам с ОПФР;
- 6) все ответы верны;
- 7) эти и многие другие ответы;
- 8) нет правильного ответа.

Занятие 2 Психолого-педагогическая характеристика детей, имеющих различные психофизические нарушения в развитии

4. Психическое развитие при дизонтогенезах по типу ретардации.
5. Психическое развитие детей при дизонтогенезах дефицитарного типа.
6. Психическое развитие детей при асинхрониях с преобладанием расстройств эмоционально-волевой сферы и поведения.

Задание 1. Заполните пробелы

1. Первый уровень представленности установок характеризуется особенностями (...) установок.
2. В основе возникновения репродуктивной установки индивида лежит потребность в (...).
3. Второй уровень презентации родительских установок и ожиданий – «...» – реализуется в стиле воспитания.
4. Третий уровень представленности родительских установок и ожиданий – «...» – касается непосредственно сформированного образа самого ребенка, тесно связанного с удовлетворенностью родительской ролью.
5. Нарушения психологической адаптации семьи больного ребенка можно рассматривать в аспекте (... ..) реакций.
6. Жизненный цикл семьи включает (...), или (...) развития, в каждой из которых жизненный стиль семьи относительно устойчив и каждый член семьи выполняет определенные задачи индивидуального развития сообразно со своим периодом жизни.
7. Первый период жизненного цикла семьи ребенка с ОПФР связан с осознанием того, что (...), с (...), эмоциональным привыканием, информированием других членов семьи о случившемся;
8. Второй период жизненного цикла семьи ребенка с ОПФР определяется (...) в первые годы жизни.
9. Третий период жизненного цикла семьи ребенка с ОПФР – (...), уточнение формы обучения (в обычной или специальной школе), переживание реакций сверстников, хлопоты по устройству внешкольной деятельности сына или дочери.
10. Четвертый период жизненного цикла семьи ребенка с ОПФР начинается с вступления ребенка в (...) возраст.
11. Пятый период семейных сложностей – это (...), дальнейшее привыкание к семейной ответственности, принятие решения о

подходящем месте проживания повзрослевшего ребенка, переживание дефицита возможностей для его социализации.

12. Шестой период развития семейных отношений – (...) члена семьи с ОПФР – перестройка взаимоотношений между супругами (например, если ребенок теперь живет вне семьи) и взаимодействие со специалистами по месту его проживания.

13. Личностное состояние матери ребенка с ОПФР имеет определенную (...), связанную с (...) родительского кризиса.

14. Первая стадия характеризуется (...), преимущественные состояния и реакции матери: шок, растерянность, страх.

15. Вторая стадия личностного состояния матери ребенка с ОПФР рассматривается исследователями как период (... и ...).

16. Третья фаза родительского стресса характеризуется (...).

17. Четвертая стадия адаптации родителей, воспитывающих детей с ОПФР, характеризуется эмоциональной (...).

18. Хроническое заболевание ребенка влечет за собой неизбежные последствия для (... ..) семьи.

19. Родители как самые значимые люди демонстрируют ребенку с хроническим заболеванием своего рода модель, согласно которой он развивает собственные (...).

20. По мнению Е. Н. Ермаковой, внутренняя нестабильность родителей порождает (...) способы (...) со стрессом и у ребенка (характерны негативизм, беспокойство, страхи, агрессивность, «поведение ухода»).

Задание 2. Определите, верно, или неверно высказывание?

1. В период становления родительство является устойчивой структурой, что проявляется в некоторой рассогласованности различных компонентов взаимодействия между родителями, в периодическом возникновении конфликтных ситуаций.

2. Развитая форма родительства характеризуется относительной устойчивостью и стабильностью и реализуется в согласованности представлений супругов о родительстве, комплементарности динамических проявлений родительства.

3. Ученый А. И. Антонов считает, что у человека есть инстинкт размножения, побуждающий к рождению детей. Это доказывается фактом сознательного вмешательства человека в репродуктивный цикл, исключая автоматизм появления детей.

4. Репродуктивная установка как таковая представляет собой нормативные ожидания относительно количества детей в семье.

5. Связанные с болезнью ребенка дистресс, тревога и страх могут быть такими сильными, что родители чувствуют себя совершенно беспомощными.

6. Структура и функции каждой семьи ребенка с ОПФР не видоизменяются с течением времени.

7. Дети с ограниченными возможностями быстрее достигают определенных этапов жизненного цикла, по сравнению со здоровыми сверстниками.

8. Такие состояния, как глухота, нарушения речи, трудности обучения, могут не диагностироваться до тех пор, пока ребенок не станет старше.

9. Чтобы смягчить воздействие критических моментов на жизнь семьи, необходимо знать особенности возрастного развития ребенка и развития семейных отношений в данные периоды.

10. Физическое, социальное и эмоциональное «существование» членов семьи взаимозависимо, и если возникают нарушения во взаимоотношениях или ухудшается здоровье одних родственников, это моментально вызывает изменения в жизни других.

Задание 3. Выберите правильный ответ:

– родительство – это:

- | | |
|---|---|
| <p>1) исторически меняющаяся социальная форма отношений между мужчиной и женщиной, посредством которой общество упорядочивает и санкционирует их половую жизнь и устанавливает их супружеские и родительские права и обязанности;</p> <p>2) семья, где за супругами в соответствии с их полом закреплены определенные роли;</p> <p>3) малая социальная группа, имеющая свою историю</p> | <p>4) социально-психологический феномен, представляющий собой эмоционально и оценочно окрашенную совокупность знаний, представлений и убеждений относительно себя как родителя, реализуемую во всех проявлениях поведенческой составляющей родительства;</p> <p>5) важнейший из феноменов, сопровождающий человека в течение всей его жизни;</p> <p>6) эти и другие ответы;</p> <p>7) нет правильного ответа;</p> |
|---|---|

возникновения,

функционирования и распада;

– *исследователь Р. В. Овчарова считает, что в развитой форме родительство включает в себя:*

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| 1) ценностные ориентации супругов; | 5) родительские позиции; |
| 2) родительские установки и ожидания; | 6) родительские чувства; |
| 3) стиль семейного воспитания; | 7) родительскую ответственность; |
| 4) родительское отношение; | 8) все ответы верны; |
| | 9) эти и другие ответы; |
| | 10) нет правильного ответа; |

– *родительские установки и ожидания по отношению к ребенку включают три уровня презентации:*

- | | |
|---|--|
| 1) установки в детско-родительских отношениях; | 4) внутренний контроль – внешний контроль; |
| 2) репродуктивные установки супругов; | 5) установки ожидания в отношении ребенка / детей; |
| 3) чувство собственного достоинства – неверие в себя; | 6) установки родителей на материальные блага; |

– *потребность в детях это:*

- | | |
|--|---|
| 1) потребность во взаимопонимании и уважении; | 4) устойчивое социально-психологическое образование личности; |
| 2) семья, берущая ребенка на воспитание; | 5) все ответы верны; |
| 3) жизнь в моноварианте, установка на одиночество; | 6) эти и другие ответы; |
| | 7) нет правильного ответа; |

– *на формирование репродуктивной установки личности оказывает влияние ряд факторов:*

- | | |
|--|--|
| 1) установки каждого из супругов на количество и пол детей, на детей как помощников старости, на продолжение своего рода, семьи, фамилии, на самореализацию в детях; | 5) установки супругов, обусловленные их воспитательными предпочтениями, взглядами на родительскую роль, предпочтениями той или иной системы наказаний и поощрений, гибкостью в общении, взглядами на инициативность ребенка; |
| 2) поздний возраст вступления в брак; | |
| 3) распространенные в | |

обществе и, особенно, среди ближайшего окружения типичные нормативные представления о количестве детей в семье; 3) высокий уровень образования супругов; 4) образ жизни семьи;

– *дети с ОПФР достигают определенных этапов жизненного цикла:*

1) медленнее, чем обычные сверстники;
2) быстрее, чем обычно развивающиеся сверстники;

– *тип и степень тяжести заболевания ребенка могут сыграть определяющую роль в формировании:*

1) семейной перцепции и родительского поведения;
2) родительского стиля воспитания;
3) взаимоотношений между родителями;

– *встречи с другими родителями в специальных реабилитационных центрах могут способствовать у родителей ребенка с ОПФР усугублению кризиса по следующим причинам:*

1) родители осознают, что услуги различных специалистов (дефектолога, психолога и т. д.), необходимые ребенку, могут потребовать значительных финансовых и временных затрат;
2) в результате ознакомления с опытом других семей с аналогичными проблемами ребенка к родителей возникает ощущение, что им

6) установки и ожидания супругов по отношению друг к другу как к родителю;

7) старшие или единственные дети в семье;

8) эти и другие ответы;

9) нет правильного ответа;

3) одновременно, по сравнению с типично развивающимися сверстниками;

4) нет правильного ответа;

4) детско-родительских отношений;

5) эти и другие ответы;

6) все ответы верны;

6) нет правильного ответа;

3) в результате осознания последствий эмоционального стресса у родителей детей с ОПФР;

4) родители видят старших детей с диагнозом, подобным диагнозу их собственного ребенка, и задают себе вопрос, станет ли их ребенок таким, когда подрастет;

5) члены семьи узнают, что именно они чаще всего рассматриваются обществом

предстоит приложить немало усилий, чтобы добиться для своего ребенка необходимых услуг, что потребует дополнительных семейных ресурсов;

как источник долговременной заботы о ребенке и его образовании;
б) все ответы верны;

– на первой стадии эмоциональной дезорганизации преимущественные состояния и реакция матери это:

- | | |
|-------------------|-----------------------------|
| 1) страх; | 6) астения; |
| 2) беспомощность; | 7) шок; |
| 3) апатия; | 8) бесперспективность; |
| 4) растерянность; | 9) эти и другие ответы; |
| 5) уверенность; | 10) нет правильного ответа; |

– вторая стадия или фаза родительского стресса на рождение ребенка с ОПФР рассматривается исследователями как:

- | | |
|------------------------|----------------------------|
| 1) период негативизма; | 5) период отрицания; |
| 2) период печали; | 6) все ответы верны; |
| 3) период страдания; | 7) эти и многие другие; |
| 4) период огорчения; | 8) нет правильного ответа; |

– третья стадия родительского стресса на рождение ребенка с ОПФР характеризуется:

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1) состоянием печали; | 4) состоянием депрессии; |
| 2) состоянием горечи; | 5) эти и многие другие; |
| 3) состоянием усталости; | 6) нет правильного ответа; |

– четвертая стадия адаптации родителей ребенка с ОПФР характеризуется:

- | | |
|----------------------------------|----------------------------|
| 1) эмоциональной реорганизацией; | 3) приспособлением; |
| 2) принятием ребенка; | 4) эти и другие ответы; |
| | 5) нет правильного ответа; |

– у родительниц больных детей чаще встречаются:

- | | |
|-----------------------------|----------------------------|
| 1) депрессия; | 5) тревога; |
| 2) социальная изоляция; | 6) все ответы верны; |
| 3) эмоциональное истощение; | 7) эти и другие ответы; |
| 4) соматические симптомы; | 8) нет правильного ответа; |

– семейный стресс, вызванный тяжелой болезнью ребенка, по мнению Е. Н. Ермаковой, усиливается такими факторами как:

- | | |
|---|--|
| 1) неподготовленность родителей к социально-психологической поддержке | 4) неблагоприятные изменения в социальном статусе родителей; |
|---|--|

- больного ребенка;
- 2) дестабилизация внутрисемейных отношений;
 - 3) ухудшение материального положения;

- 5) болезненное переживание родителями дефицита сочувствия окружающих;
- 6) эти и другие ответы;
- 7) нет правильного ответа.

Задание 4. Соотнесите:

- 1) I уровень представленности родительских установок заключается в ...
- 2) II уровень реализуется в ...
- 3) III уровень отражен в ...

- а) сформированности образа самого ребенка, и связан с родительской ролью;
- б) стиле воспитания;
- в) потребности в детях.

Занятие 3 Социальная интеграция детей с особенностями психофизического развития

5. Социализация ребенка с ОПФР в условиях семьи, учреждений здравоохранения, образования. Социальная сеть контактов ребенка с ОПФР.

6. Цели и задачи социальной интеграции (инклюзии) детей с ОПФР.

7. Принципы и формы работы психолога по социальной интеграции (инклюзии) ребенка с ОПФР.

8. Принципы разработки программ социально–психологической адаптации детей с особенностями психофизического развития.

Задание 1. Заполните пробелы

1. Семья является единицей (...) и институтом (...).

2. Первенство в исследовании детско-родительских отношений принадлежит теоретикам (... ..), в рамках которого отношения между родителем и ребенком рассматривались в качестве главного фактора детского развития.

3. Е. Шеффер считал, что за определенным родительским отношением стоят определенные (... ..) родителя.

4. А. Я. Варга указывает, что специфика родительского отношения заключается в (... ..) с возрастом ребенка и неизбежном (...) ребенка от родителей.

5. По мнению В. И. Гарбузова существует (...) типа «неправильного воспитания».

6. Н. Штриман выделяет (...) типа родительского отношения к детям у больных психосоматическими расстройствами.

7. Гипопротекция характеризуется недостатком (... и ...).

8. В (...) первый отечественный опыт положительного влияния семьи на состояние душевнобольного возник в начале (...) в.

9. Доминирующая гиперпротекция проявляется в повышенном, обостренном (... и ...) к ребенку, (...) и мелочном (...) поведения, слежке, (...) и ограничениях.

10. При потворствующей гиперпротекции родители стремятся освободить ребенка от (... ..), потакают его (...), чрезмерно обожают и покровительствуют, восхищаются его минимальными успехами и требуют такого же восхищения от других.

11. При эмоциональном отвержении ребенком тягостятся, а его потребности (...).

12. Чувство вины родителей перед ребенком ведет к (...), которая проявляется в снижении требований к ребенку,

отгораживании его от трудностей, стремлении родителей выполнить за малыша даже те действия, которые ему доступны.

13. В семье нередко возникают конфликты, когда отец и мать занимают (...) позиции по отношению к ребенку, что также отрицательно сказывается на (...).

14. Занимаемая родителями, в первую очередь матерью, позиция по отношению к ребенку с ОПФР во многом определяет ход его (...), формирования (...) и черт (...).

15. Благополучие ребенка с ОПФР – физическое и психологическое – зависит от способности семьи адекватно (...) к сложившейся ситуации, являющейся для подавляющего большинства родителей социально трудной и психотравмирующей.

16. Роль семьи чрезвычайно важна для поддержки ребенка с ограниченными возможностями в плане его (... , ... и ...).

17. Дети являются частью семейной (...): они, с одной стороны, влияют на (...) семейной системы, с другой – на них влияют другие члены семьи в плане обеспечения помощи и поддержки.

18. Родители тяжелобольного ребенка нередко оказываются в ситуации борьбы мотивов и ценностей, т.е. (...) конфликта.

19. С одной стороны, родителям хотелось бы, чтобы ребенок «соответствовал» социальным (... , ...) самим родителям и других взрослых членов семьи (что нередко реализуется в так называемом «программировании личности ребенка»).

20. С другой стороны, необходимо принимать, жалеть и любить ребенка с ОПФР, хотя он может сильно не соответствовать родительским (...).

Задание 2. Определите, верно, или неверно высказывание?

1. В семье ребенок впервые обнаруживает, любят ли его, принимают ли таким, какой он есть и т. д.

2. Когда родители ухаживают за ребенком, удовлетворяют или не удовлетворяют его потребности в пище, комфорте и безопасности, они оказывают на него деструктивное воздействие.

3. Встречают семьи полные, но деструктивные, где нет согласия, где постоянные ссоры.

4. Знание того, каково поведение родителей по отношению к ребенку, важно, поскольку оно определенным образом сказывается на родителях, формировании их личностных качеств.

5. Е. Шеффер считал, что за родительским отношением стоит определенное психическое состояние родителя.

6. С развитием ребенка не должно изменяться и отношение родителей к нему.

7. Принятие той или иной роли родителями по отношению к детям, определяет стиль воспитания.

8. Невключенность ребенка в жизнь семьи приводит к асоциальному поведению из-за неудовлетворенности потребности в любви и привязанности.

9. Если в семье воспитывается ребенок, имеющий какое-либо нарушение развития, то обычно не возникают и нарушения внутрисемейного общения.

10. Господствующее положение членов семьи проявляется по отношению к ребенку как дружелюбная снисходительность.

Задание 3. Выберите правильный ответ:

– как считают многие психологи, именно в ... жизни у человека в основном формируется структура личности, закладываются основы «Я-концепции»:

- | | |
|---------------------|----------------------------|
| 1) в первые 10 лет; | 4) в первые 11 лет; |
| 2) в первые 5 лет; | 5) все ответы верны; |
| 3) в первые 7 лет; | 6) нет правильного ответа; |

– авторы одного из самых известных опросников родительского отношения (PARI) Е. Шеффер и Р. Белл выделили два фактора, определяющие структуру родительского отношения:

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1) когнитивный; | 4) эмоциональный; |
| 2) психофизиологический; | 5) все ответы верны; |
| 3) поведенческий; | 6) нет правильного ответа; |

– А. Роу и М. Сегельман выделили шесть типов родительского отношения, в основе которых лежат два фактора структуры:

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| 1) «принятие – отвержение»; | 4) «любовь – ненависть»; |
| 2) «концентрация чувств на ребенке»; | 5) эти и другие ответы; |
| 3) «автономия – контроль»; | 6) все ответы верны; |
| | 7) нет правильного ответа; |

– в отечественной психологии одно из первых исследований родительского отношения к ребенку отражено в работе:

- | | |
|-----------------|--------------|
| 1) С. Броди; | 5) А. Роу; |
| 2) А. Я. Варги; | 6) З. Фрейд; |

3) Д. Боулби; 7) В. И. Гарбузова;
4) А. Е. Личко; 8) нет правильного ответа;
– 3 типа родительского отношения к детям у больных психосоматическими расстройствами «связывание», «отвержение» и «делегирование» выделяет:

1) В. И. Гарбузова; 5) Н. Штриман;
2) А. Е. Личко; 6) А. Я. Варга;
3) З. Фрейд; 7) все ответы верны;
4) Э. Г. Эйдемиллер; 8) нет правильного ответа;
– кнарушенным стилям воспитания в семье Э. Г. Эйдемиллер и

А. Е. Личко отнесли:

1) гипопротекцию; 5) доминирование;
2) демократический; 6) либеральный;
3) потворствующую гиперпротекцию; 7) доминирующую гиперпротекцию;
4) эмоциональное отвержение; 8) нет правильного ответа;

– при повышенной моральной ответственности родители:

1) стремятся освободить ребенка от малейших трудностей, потакают его желаниям, чрезмерно обожают и покровительствуют, восхищаются его минимальными успехами и требуют такого же восхищения от других людей;
2) не включаются в жизнь ребенка, контроль и забота носят формальный характер;
3) от ребенка требуют честности, порядочности, чувства долга, не соответствующих его возрасту;
4) проявляют обостренное внимание и заботу к ребенку, чрезмерную опеку и мелочный контроль поведения, запреты и ограничения;
5) ребенком тяготятся;
6) нет правильного ответа;

– общее эмоциональное отчуждение членов семьи и родителей от ребенка с нарушениями развития проявляется:

1) когда родители стараются скрыть дефект от окружающих, воспринимая нарушение у ребенка только как болезнь, не верят в возможность малыша стать развитой личностью;
4) когда непосильные требования приносят ребенку только вред, так как уровень притязаний родителей не соответствует уровню возможностей малыша, что позднее может привести

2) когда родителями принимается и болезнь, и ребенок;

3) когда родители выполняют за малыша даже те действия, которые ему доступны;

– сбалансированность внутрисемейных взаимоотношений с доверительным дружеским стилем общения основывается на определенных принципах, которые условно можно обозначить:

1) принцип создания эмоционально благоприятной атмосферы, что предполагает доброжелательность, покой, терпимость, душевную теплоту, связывающие всех членов семьи и обеспечивающие ребенку положительные эмоции;

2) принцип требовательности позволяет регулировать и контролировать поведение ребенка, но эту требовательность необходимо соразмерять с возможностями малыша;

– А.С. Спиваковская выделяет следующие основные свойства родительской позиции благоприятной для развития ребенка:

1) неадекватность;

2) динамичность;

3) прогностичность;

4) субъективизм;

– по данным исследователя Н. А. Писаренко, психологическая реабилитация ребенка достигается быстрее и является более стабильной, если:

1) она подкрепляется эмоциональной стабильностью обоих родителей;

к нервным срывам;

5) когда родители смирились с дефектом, но не принимают самого ребенка;

6) нет правильного ответа;

3) принцип последовательности и систематичности включает в себя обучение ребенка от простого к сложному, постепенное введение новых знаний, а также умение родителей похвалить ребенка;

4) принцип уважительного отношения к личности, в том числе к личности ребенка с ОПФР, что является предпосылкой для развития адекватного уровня самооценки;

5) нет правильного ответа;

5) адекватность;

6) реалистичность;

7) многие другие ответы;

8) нет правильного ответа;

6) родители обладают уникальной информацией о культуре и экологии своей семьи, о семейных ценностях

2) родители обладают знанием относительно сильных сторон своего ребенка;

3) родители не любят своего ребенка и не принимают его заболевание;

4) родители и члены семьи обладают хорошими адаптационными возможностями;

5) родители готовы участвовать в лечении ребенка;

и целях, повседневных обычаях, ресурсах, социальных поддержках и т. п.;

7) члены семьи являются для ребенка с ОПФР основным источником поддержки;

8) родители любят своего ребенка, но его заболевание не принимают;

9) нет правильного ответа.

Занятие 4 Социально-психологическая адаптация детей при дизонтогенезах по типу ретардации

4. Социально–психологическая адаптация умственно отсталых детей, со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии (с задержкой психического развития).

5. Формирование коммуникативных и социальных навыков и умений у детей с интеллектуальной недостаточностью.

6. Психологическая коррекция эмоциональной сферы, волевой саморегуляции ребенка, со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии (с задержкой психического развития).

Задание 1. Заполните пробелы

13. Личностное состояние матери ребенка с ОПФР имеет определенную стадиальность, связанную с динамикой (... ..).

14. Первая стадия характеризуется (...), преимущественные состояния и реакции матери: шок, растерянность, страх.

15. Материнское чувство вины может также вызвать преувеличенную родительскую (...).

16. Вторая стадия (фаза) личностного состояния матери ребенка с ОПФР рассматривается исследователями как период (...) и (...).

17. Отрицание болезни ребенка родителями играет (...) функцию, и является реакцией на поставленный врачом диагноз.

18. Отрицание может быть своеобразным (...) защитного устранения эмоциональной подавленности, тревоги.

19. Третья фаза родительского стресса характеризуется (...).

20. Синдром, получивший название «...», является результатом постоянной зависимости родителей от (...) ребенка, их хронической фрустрации вследствие относительного отсутствия положительных (...) у ребенка, «несоциализируемости» его психического и физического дефекта.

21. Четвертая стадия адаптации родителей характеризуется эмоциональной (...), приспособлением, принятием ребенка с особенностями психофизического развития.

22. Структура синдрома недостаточной адаптации включает: (... ..) и (...) компоненты.

23. К симптомам, образующим «ядро» синдрома недостаточной адаптации матерей детей с ДЦП относятся: (...) в системе отношений к себе, (...) в познавательной сфере, нарушение в (... и ...) здоровье.

24. В настоящее время психологи выделяют (...) варианта матерей с разными стилями поведения (А. Я. Варга, 1989).

Задание 2. Определите, верно, или неверно высказывание?

13. Стадиальность, связанная с динамикой родительского кризиса, не позволяет раскрывать действие различных механизмов адаптации к ситуации «особого» материнства.

14. Чувство вины у родителей за рождение ребенка с ОПФР может вызвать преувеличенную родительскую заботу.

15. Вторая стадия или фаза родительского стресса рассматривается исследователями как период адаптации.

16. Отрицание болезни ребенка родителями играет защитную функцию и является реакцией на поставленный врачом диагноз.

17. Третьей фазой родительского стресса является горевание.

18. Четвертая стадия родительского стресса рассматривается исследователями как период негативизма и отрицания.

19. Члены семьи могут сомневаться в компетентности врача, поэтому они ищут возможность получить консультации других специалистов.

20. Симптомы синдрома недостаточной адаптации матери ребенка с ДЦП, входящие в «ядерный» блок, могут являться его исходными предпосылками.

21. Социальная адаптация детей с ОПФР особо не зависит от грамотного родительского (материнского) поведения.

22. К особенностям социальной адаптации женщины в ситуации «особенного» материнства относятся недостаточная социальная активность и эгоцентрические цели.

23. Для родительниц, дети которых страдают церебральным параличом, характерны: повышенная обидчивость, ранимость, агрессия на близких, нетерпеливость, нетерпимость и лабильность настроения.

24. Матери, независимо от характера заболевания ребенка, имеют те или иные психологические особенности.

Задание 3. Выберите правильный ответ:

– на первой стадии эмоциональной дезорганизации преимущественные состояния и реакции матери это:

- | | |
|-------------------|----------------------------|
| 1) страх; | 6) астения; |
| 2) беспомощность; | 7) шок; |
| 3) апатия; | 8) бесперспективность; |
| 4) растерянность; | 9) нет правильного ответа; |
| 5) уверенность; | 10) все ответы верны; |
- *чувство родительской вины за рождение ребенка с ОПФР может вызвать:*

- | | |
|---|--|
| 1) чувство собственной неполноценности; | 7) преувеличенную родительскую заботу; |
| 3) беспомощность; | 8) усиление самокритики; |
| 4) апатию; | 9) бесперспективность; |
| 5) растерянность; | 10) нет правильного ответа; |
| 6) уверенность; | 11) все ответы верны; |

– *вторая стадия или фаза родительского стресса на рождение ребенка с ОПФР рассматривается исследователями как:*

- | | |
|------------------------|----------------------------|
| 1) период негативизма; | 5) период огорчения; |
| 2) период печали; | 6) все ответы верны; |
| 3) период страдания; | 7) эти и многие другие; |
| 4) период отрицания; | 8) нет правильного ответа; |

– *функция отрицания направлена на то, чтобы:*

- | | |
|---|---|
| 1) переложить ответственность за состояние ребенка с особенностями психофизического развития на других; | 4) сохранить определенный уровень надежды или чувства стабильности семьи; |
| 2) снизить уровень социальной и психологической компетентности матери; | 5) способствовать адекватной адаптации родителей к факту рождения ребенка с ОПФР; |
| 3) развивать «копинг-поведение»; | 6) эти и другие ответы; |
| | 7) нет правильного ответа; |

– *третья стадия родительского стресса на рождение ребенка с ОПФР характеризуется:*

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1) состоянием печали; | 4) состоянием депрессии; |
| 2) состоянием горечи; | 5) эти и многие другие; |
| 3) состоянием усталости; | 6) нет правильного ответа; |

– *результатом постоянной зависимости родителей от потребностей ребенка, их хронической фрустрации вследствие*

относительного отсутствия положительных изменений у ребенка, «несоциализируемости» его психического и физического нарушения, является синдром, получивший название:

- | | |
|---|------------------------------------|
| 1) «состояния хронической печали»; | 4) «состояния глубокой депрессии»; |
| 2) «постоянной тоски»; | 5) эти и другие ответы; |
| 3) «хронической неуверенности и страдания»; | 6) нет правильного ответа; |

– четвертая стадия адаптации родителей ребенка с ОПФР характеризуется:

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| 1) эмоциональной реорганизацией; | 4) отчуждением больного ребенка; |
| 2) принятием ребенка; | 5) все ответы верны; |
| 3) приспособлением; | 6) нет правильного ответа; |

– о нарушении адаптации матери к сложившейся ситуации, т.е. ситуации, связанной с рождением и воспитанием ребенка с тяжелыми двигательными нарушениями, свидетельствуют такие симптомы как:

- | | |
|---|--|
| 1) ощущение беспокойства; | 4) ощущение одиночества; |
| 2) ощущение подавленности и угнетенности; | 5) проявление страха и навязчивых состояний; |
| 3) раздражительность и вспыльчивость; | 6) нет правильного ответа; |

– к симптомам, входящих в синдром недостаточной адаптации матери ребенка с ОПФР, относятся:

- | | |
|--|--|
| 1) преобразование в чувствах; | 5) преобразование в системе отношений к себе, другим людям и окружающему миру; |
| 3) преобразование в психическом и психологическом здоровье матери; | 6) распад семьи; |
| 4) проявление страха и навязчивых состояний; | 7) все ответы верны; |

– в настоящее время психологи выделяют четыре варианта матерей с разными стилями поведения, это:

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| 1) спокойная мама; | 5) тревожная мама; |
| 2) доминирующая мама; | 6) гиперактивная мама; |
| 3) тоскливая мама; | 7) уверенная, властная мама; |
| 4) властная и жесткая мать; | 8) отчаянная мать; |

– «Спящая красавица» – это мама, которая:

- 1) всю жизнь ждет своего принца, живет в плену своих грез и фантазий, не замечает ребенка, его потребностей и желаний;
- 2) ждет беспрекословного подчинения ребенка, за «неподчинение» его наказывает (нередки физические наказания), ребенок растет в атмосфере бездушия и жестокости;
- 3) боится не избаловать ребенка: вся жизнь ребенка с такой матерью – это одни «нельзя», «не надо»;
- 4) всех, даже ребенка, держит на расстоянии: она правит, она не знает, что такое близость и теплота; к своему ребенку она относится очень холодно;
- 5) постоянно недовольна ребенком;
- 6) любит и обожает своего ребенка, не предъявляя к нему никаких требований и запретов, ребенок для нее выступает в качестве игрушки;
- 7) нет правильного ответа.

Занятие 5 Социально-психологическая адаптация детей при дизонтогенезах дефицитарного типа

4. Социально–психологическая адаптация детей с нарушениями слуха.
5. Социально–психологическая адаптация детей с нарушениями зрения.
6. Социально–психологическая адаптация детей с двигательными нарушениями.

Задание 1. Заполните пробелы

16. Исследователь Е. Н. Ермакова отмечает, психологическая помощь родителям необходима не только для восстановления их (... и ...), но и для формирования у семьи адекватного отношения к (... и ...) ребенка.

17. По мнению Е. Н. Ермаковой, сотрудничество с родителями является одним из наиболее важных условий для успешной психологической (...) больного ребенка.

18. Все семьи, имеющие ребенка с хроническим заболеванием и нуждающиеся в психологической помощи, Е. Н. Ермакова разделяет на (...) категории.

19. Иногда ребенок становится своеобразным средством, при помощи которого родители пытаются обратить (...) окружающих на собственные проблемы.

20. На первичном психолого-педагогическом обследовании с участием дефектолога, врача-психоневролога, психолога родители получают ответы на интересующие их вопросы, касающиеся (...) специалистами уровня (...) развития детей, возможности их (... и ...) по организации дальнейших условий воспитания.

21. В ходе первичного приема психологу следует обратить свое внимание на (...) матери по отношению к (...) с ОПФР.

22. При повторных посещениях консультации членами семьей различные специалисты прослеживают (...) психофизического развития ребенка, а также эффективность предложенных при первичном посещении (...).

23. Положительным результатом первичной психолого-медико-педагогической консультации считается такой, когда родители, прислушавшись к рекомендациям специалистов и почувствовав возможность получения реальной поддержки, (...) к ним еще и еще раз за помощью.

24. Главной целью психокоррекционной работы является создание благоприятного психоэмоционального (...) в семьях детей с особенностями психофизического развития.

25. Содержание психокоррекционной работы представлено двумя направлениями: (...) формами работы.

26. Наиболее эффективной формой являются частично «...» группы, состоящие из (...-...) человек или малокомплектные группы, состоящие из (...-...) человек.

27. На первом занятии родительницы, воспитывающие детей с нарушениями в развитии, знакомятся с (...) работы группы.

28. При проведении индивидуальных занятий психологу необходимо учитывать (...) родителей.

29. Успешный результат коррекционно-педагогического процесса будет зависеть от многих причин, и в том числе, насколько правильно будут построены отношения между (...) и (...).

30. Формы и содержание работы психолога с родителями определяются степенью их готовности к (...).

Задание 2. Определите, верно, или неверно высказывание?

14. По мнению Е. Н. Ермаковой, сотрудничество с родителями является одним из наиболее важных условий для успешной психологической реабилитации больного ребенка.

15. Третья категория семей, имеющие ребенка с хроническим заболеванием и нуждающиеся в психологической помощи, представляет собой достаточно большую группу семей, которые в целом неплохо справляются с ситуацией, и не нуждаются в профессиональной поддержке.

16. Каждое заболевание имеет свои специфические последствия для ребенка и его родителей.

17. Принцип комплексного подхода к организации коррекционно-педагогического процесса в работе с ребенком предполагает участие разных специалистов, таких как психоневролог, дефектолог, психолог, массажист и др.

18. Во время первичной консультации специалисту необходимо объяснить родителям, что следует сравнивать достижения своего ребенка с умениями других детей.

19. В ходе первичного приема психологу не следует обращать свое внимание на психическое состояние родителей, так как от этого не будет зависеть построение беседы.

20. Положительным результатом первичной психолого-медико-педагогической консультации считается такой, когда родители, прислушавшись к рекомендациям специалистов и почувствовав возможность получения реальной поддержки, больше не возвращаются к ним еще и еще раз за помощью.

21. При повторных посещениях консультации семьей различным специалистам нет необходимости проследить динамику психофизического развития ребенка, а также эффективность предложенных при первичном посещении рекомендаций.

22. Индивидуальная форма работы осуществляется в виде беседы (нескольких бесед) или частично структурированного интервью, а также последующих индивидуальных занятий психолога с матерью ребенка с ОПФР.

23. Наиболее удобной формой работы с родителями являются комбинированные занятия – лекция на определенную тему, затем практическое занятие, проводящиеся один раз в месяц, длительностью до полутора часов.

24. На групповом этапе работы психокоррекционное воздействие осуществляется только со стороны психолога на каждую женщину, посещающую занятия, но не как внутри группы при взаимодействии участниц.

25. Такой вид работы, как групповые собрания с просмотром фрагментов занятий с детьми, не способствует формированию у родителей адекватной оценки психического развития их детей.

26. Наибольшие трудности в плане организации сотрудничества вызывают родители с высоким уровнем мотивации.

Задание 3. Выберите правильный ответ:

– по мнению Е. Н. Ермаковой, сотрудничество с родителями больных детей является одним из наиболее важных условий для успешной психологической:

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1) реабилитации родственников и близких; | 4) реабилитации больного ребенка; |
| 2) помощи родственникам; | 5) реабилитации родителей; |
| 3) помощи самим родителям; | 6) нет правильного ответа; |

– психологическое состояние ребенка зависит от:

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1) способности семьи | 4) способности семьи |
|----------------------|----------------------|

- адаптироваться к сложившейся семейной ситуации;
- 2) помощи близких;
 - 3) состояния родителей;
- работа психолога с семьей, воспитывающей ребенка с нарушениями психофизического развития, имеет целью:
- 1) отправить не медленно к врачу на консультацию;
 - 2) создать условия для активного участия родителей в воспитании ребенка;
 - 3) дать родителям совет;
 - 4) оказать квалифицированную поддержку родителям;
 - 5) формировать адекватные взаимоотношения между взрослыми и их детьми;
 - 6) нет правильного ответа;
- в основе работы психолога с членами семей детей с ОПФР лежат такие принципы как:
- 1) комплексного подхода к организации коррекционно-педагогического процесса;
 - 2) ведущей деятельности;
 - 3) конфиденциальности;
 - 4) активности;
 - 5) сознания и деятельности;
 - 6) системности;
- принцип учета интересов в работе психолога с семьями детей с ОПФР применим:
- 1) с ребенком;
 - 2) с родителями;
 - 3) с ребенком и родителями;
 - 4) с сиблингами;
 - 5) все ответы верны;
 - 6) нет правильного ответа;
- в работе психолога принцип сотрудничества применим:
- 1) со специалистами, родителями и детьми;
 - 2) с родителями и родственниками ребенка с ОПФР;
 - 3) с родителями и детьми;
 - 4) с родителями ребенка с ОПФР и специалистами;
 - 5) с родителями и родителями детей с ОПФР;
 - 6) нет правильного ответа;
- наиболее подходящими формами организации коррекционно-педагогического процесса с ребенком раннего возраста с нарушениями в развитии и его родителями являются:
- 1) консультативная работа;
 - 2) организация «круглых столов», родительских конференций, детских
 - 4) подгрупповые занятия;
 - 5) индивидуальные занятия с родителями и их ребенком;
 - 6) индивидуальные занятия

утренников
и праздников;

3) лекционно-просветительская работа;

– в ходе первичного приема психологу следует обратить свое внимание на:

1) позицию матери по отношению к ребенку и особенностям его развития;

2) состояние родителей (растерянность, жалобы);

3) совместно проживающих родственников;

– задачами психокоррекционного процесса являются:

1) развитие коммуникативных форм поведения, способствующих самоактуализации и самоутверждению;

2) реконструкция родительско-детских взаимоотношений;

– индивидуальная форма работы психолога с родителями детей с ОПФР осуществляется в виде:

1) беседы (нескольких бесед);

2) тренинга;

3) частично структурированного интервью;

4) лекции;

– групповые коррекционные занятия психолога с родителями детей с ОПФР проводятся по таким трем направлениям как:

1) оптимизация социальных контактов семьи, воспитывающей ребенка с ОПФР;

2) гармонизация внутрисемейных отношений;

с родителями и их ребенком;

7) нет правильного ответа;

4) реакцию родителей на детские действия;

5) состав семьи;

6) материальное положение семьи ребенка с ОПФР;

7) жилищные условия;

8) нет правильного ответа;

3) коррекция неадекватных поведенческих и эмоциональных реакций родителей детей с особенностями

в развитии;

4) эти и другие ответы;

5) нет правильного ответа;

5) индивидуальных занятий психолога с матерями детей с ОПФР;

6) эти и другие ответы;

7) нет правильного ответа;

3) гармонизация взаимоотношений между матерью

и ребенком с ОПФР;

4) все ответы верны;

5) нет правильного ответа.

Занятие 6 Социально-психологическая адаптация детей при асинхрониях с преобладанием расстройств эмоционально-волевой сферы и поведения

4. Социально–психологическая адаптация детей со смешанными специфическими расстройствами развития, аутизмом, другими коммуникативными нарушениями.

5. Особенности работы психолога с детьми, имеющими аутизм, аутистические проявления.

6. Особенности работы психолога в работе с детьми, имеющими синдром дефицита внимания и гиперактивности.

Задание 1. Проведите исследование, используя опросник «Анализ семейного воспитания» (АСВ), с целью изучения нарушений в системе взаимного влияния членов семьи, в структурно – ролевом аспекте жизнедеятельности семьи, нарушений в механизме интеграции семьи ребенка с ОПФР.

Задание 2. На основе полученных результатов разработайте для родителей, воспитывающих детей с ОПФР, комплекс рекомендаций и психокоррекционных упражнений.

Задание 3. Разработайте тематику семинаров-практикумов для родителей, воспитывающих детей с ОПФР.

Задание 4. Разработайте тематику консультаций для групповой работы с родителями, воспитывающими детей с ОПФР.

Задание 5. Составьте примерный перечень групповых тематических консультаций для родителей, воспитывающих детей с ОПФР.

Раздел контроля знаний

Примерный перечень вопросов итогового контроля знаний

1. Понятие «ребенок с особенностями психофизического развития» (ОПФР) в психологической науке.
2. Современные представления о нормальном и отклоняющемся развитии ребенка.
3. Виды отклоняющегося развития (дизонтогении) ребенка.
4. Психическое развитие при дизонтогениях по типу ретардации.
5. Психическое развитие детей при дизонтогениях дефицитарного типа.
6. Психическое развитие детей при асинхрониях с преобладанием расстройств эмоционально–волевой сферы и поведения.
7. Социализация ребенка с ОПФР в условиях семьи, учреждений здравоохранения, образования.
8. Цели и задачи социальной интеграции (инклюзии) детей с ОПФР.
9. Принципы и формы работы психолога по социальной интеграции (инклюзии) ребенка с ОПФР.
10. Основные принципы целеполагания, планирования и разработки психокоррекционных программ, программ социально–психологической адаптации детей с ОПФР.
11. Основные направления работы психолога в рамках программы социально–психологической адаптации детей с ОПФР.
12. Социально–психологическая адаптация умственно отсталых детей, со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии (с задержкой психического развития).
13. Формирование коммуникативных и социальных навыков и умений у детей с интеллектуальной недостаточностью.
14. Психологическая коррекция эмоциональной сферы, волевой саморегуляции ребенка, со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии (с задержкой психического развития).
15. Социально–психологическая адаптация детей с нарушениями слуха.
16. Социально–психологическая адаптация детей с нарушениями зрения.
17. Социально–психологическая адаптация детей с двигательными нарушениями.
18. Социально–психологическая адаптация детей со смешанными специфическими расстройствами развития, аутизмом, другими коммуникативными нарушениями.
19. Особенности работы психолога с детьми, имеющими аутизм, аутистические проявления.
20. Особенности работы психолога с детьми, имеющими синдром дефицита внимания и гиперактивности.

Вспомогательный раздел

Учебно-методическая карта учебной дисциплины

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ КАРТА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

номер раздела, темы	Название раздела, темы	Количество аудиторных часов			Количество часов УСР	Формы контроля знаний
		Лекции	Семинарские занятия	Лабораторные занятия		
1	2	3	4	5	6	7
1	<p>Введение в курс (дисциплину) «Социально–психологическая адаптация детей с особенностями психофизического развития».</p> <p>5. Понятие «ребенок с особенностями психофизического развития» (ОПФР) в психологической науке.</p> <p>6. Понятия «социально–психологическая адаптация» и ее особенности.</p> <p>7. Цель, задачи, организация и содержание работы по социально-психологической адаптации детей с ОПФР.</p> <p>8. Основные направления работы по социально-психологической адаптации детей с ОПФР.</p>	2	2	4	–	Тестовые задания.
2	<p>Психолого–педагогическая характеристика детей, имеющих различные психофизические нарушения в развитии.</p> <p>4. Психическое развитие при дизонтогениях по типу ретардации.</p> <p>5. Психическое развитие детей при дизонтогениях дефицитарного типа.</p> <p>6. Психическое развитие детей при асинхрониях с преобладанием расстройств эмоционально–волевой сферы и поведения.</p>	2	2	2	–	Реферативные работы.

1	2	3	4	5	6	7
3	<p>Социальная интеграция детей с особенностями психофизического развития.</p> <p>9. Социализация ребенка с ОПФР в условиях семьи, учреждений здравоохранения, образования. Социальная сеть контактов ребенка с ОПФР.</p> <p>10. Цели и задачи социальной интеграции (инклюзии) детей с ОПФР.</p> <p>11. Принципы и формы работы психолога по социальной интеграции (инклюзии) ребенка с ОПФР.</p> <p>12. Принципы разработки программ социально–психологической адаптации детей с особенностями психофизического развития.</p>	–	2	2	2	Контрольная Работа.
4	<p>Социально–психологическая адаптация детей при дизонтогенезах по типу ретардации.</p> <p>4. Социально–психологическая адаптация умственно отсталых детей, со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии (с задержкой психического развития).</p> <p>5. Формирование коммуникативных и социальных навыков и умений у детей с интеллектуальной недостаточностью.</p> <p>6. Психологическая коррекция эмоциональной сферы, волевой саморегуляции ребенка, со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии (с задержкой психического развития).</p>	2	2	2	–	Тестовые задания.
5	<p>Социально–психологическая адаптация детей при дизонтогенезах дефицитарного типа.</p> <p>4. Социально–психологическая адаптация детей с нарушениями слуха.</p> <p>5. Социально–психологическая адаптация детей с нарушениями зрения.</p> <p>6. Социально–психологическая адаптация детей с двигательными нарушениями.</p>	2	2	2	–	Реферативные работы.

1	2	3	4	5	6	7
6	<p>Социально–психологическая адаптация детей при асинхрониях с преобладанием расстройств эмоционально–волевой сферы и поведения.</p> <p>1. Социально–психологическая адаптация детей со смешанными специфическими расстройствами развития, аутизмом, другими коммуникативными нарушениями.</p> <p>2. Особенности работы психолога с детьми, имеющими аутизм, аутистические проявления.</p> <p>3. Особенности работы психолога в работе с детьми, имеющими синдром дефицита внимания и гиперактивности.</p>	2	2	2	–	Контроль ная работа
	Всего часов за 8 семестр:	10	12	14	2	Зачет в 8 семестре

Ассистент _____ А.Н. Певнева

ПРИМЕРНЫЙ ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН

№ п/п	Название темы	Лекции	Семинарские	Лабораторные занятия	СУРС	Всего
1.	Введение в курс «Социально–психологическая адаптация детей с особенностями психофизического развития»	2	2	2	-	6
2.	Психолого–педагогическая характеристика детей, имеющих различные психофизические нарушения в развитии	2	2	4	-	8
3.	Социальная интеграция детей с особенностями психофизического развития	-	2	2	2	6
4.	Социально–психологическая адаптация детей при дизонтогенезах по типу ретардации	2	2	2	-	6
5.	Социально–психологическая адаптация детей при дизонтогенезах дефицитарного типа	2	2	2	-	6
6.	Социально–психологическая адаптация детей при асинхрониях с преобладанием расстройств эмоционально-волевой сферы и поведения	2	2	2	-	6
Всего		10	12	14	2	38

СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА

Тема 1. Введение в курс «Социально-психологическая адаптация детей с особенностями психофизического развития»

Понятие «ребенок с особенностями психофизического развития» (ОПФР) в психологической науке. Понятие «физическое и (или) психическое нарушение». Международная классификация болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра (МКБ-10). Понятие «тяжелые физические и (или) психические нарушения». Понятия «социально-психологическая адаптация». Современные представления о нормальном и отклоняющемся развитии ребенка. Виды отклоняющегося развития (дизонтогении) ребенка.

Факторы, воздействующие на возникновение различных отклонений в психофизическом и личностно-социальном развитии человека. Биологические, генетические, соматические, социальные. Время возникновения нарушений у ребенка и его влияние на психическое развитие. Условия, необходимые для нормального развития ребенка (по Г.М. Дульневу, А.Р. Лурия).

Понятие о первичном и вторичном дефектах развития ребенка. Признаки нарушений развития в младенчестве и раннем детстве. Признаки нарушений развития в дошкольном и младшем школьном возрасте. Квалификация нарушений у детей с особенностями психофизического развития (ОПФР).

Тема 2. Психолого-педагогическая характеристика детей, имеющих различные психофизические нарушения в развитии

Психическое развитие при дизонтогениях по типу ретардации. Интеллектуальные нарушения (интеллектуальная недостаточность легкой, умеренной, тяжелой, глубокой степени). Умственная отсталость. Слабовыраженные отклонения в психическом развитии ребенка (задержка психического развития).

Нарушения познавательной деятельности (задержка психического развития, специфические расстройства развития учебных навыков, синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Особенности личности и эмоционально-волевой сферы. Особенности деятельности.

Психическое развитие детей при дизонтогениях дефицитарного типа. Сенсорные нарушения (нарушение слуха, зрения), нарушениями речи, опорно-двигательного аппарата. Заболевания, связанные с нарушениями слуха. Заболевания, связанные с нарушениями зрения. Особенности развития познавательной сферы. Особенности личности и эмоционально-волевой сферы. Особенности деятельности.

Смешанные специфические расстройства развития. Церебральный паралич и другие паралитические синдромы. Специфические расстройства развития учебных навыков. Специфические расстройства речи и языка. Двигательные нарушения (детский церебральный паралич, последствия

полиомиелита, миопатия и др.). Заболевание костно-мышечной системы, приведшие к двигательным нарушениям. Заболевание нервной системы, приведшие к двигательным нарушениям. Особенности развития познавательной сферы. Особенности личности и эмоционально-волевой сферы. Особенности деятельности.

Психическое развитие детей при асинхрониях с преобладанием расстройств эмоционально-волевой сферы и поведения. Нарушения коммуникативного поведения (смешанные специфические расстройства развития, детский аутизм (синдром Каннера, синдром Аспергера, синдром Ретта и др.), атипичный аутизм, аутистические проявления). Дети, страдающие синдромом дефицита внимания и гиперактивности. Особенности развития познавательной сферы. Особенности личности и эмоционально-волевой сферы. Особенности деятельности.

Тема 3. Социальная интеграция детей с особенностями психофизического развития

Социализация ребенка с ОПФР в условиях семьи, учреждений здравоохранения, образования. Включение (инклюзия) детей с ОПФР в жизнь типично развивающихся сверстников.

Социальная сеть контактов ребенка с ОПФР. Особенности социального взаимодействия ребенка с ОПФР. Факторы, облегчающие и затрудняющие межличностное взаимодействие ребенка с ОПФР. Роль психолога в работе с коллективами типично развивающихся детей, их родителями, педагогами по включению детей с ОПФР в социальную жизнь.

Цели и задачи социальной интеграции (инклюзии) детей с ОПФР. Принципы и формы работы психолога по социальной интеграции (инклюзии) ребенка с ОПФР. Особенности информационно-просветительской деятельности психолога по работе с общественностью в рамках социальной интеграции (социализации) детей с ОПФР.

Принципы разработки программ социально-психологической адаптации детей с особенностями психофизического развития. Основные принципы целеполагания, планирования и разработки психокоррекционных программ, программ социально-психологической адаптации детей с ОПФР. Особенности социально-психологической адаптации детей с ОПФР. Вовлечение коллектива сверстников в программы социально-психологической адаптации ребенка с ОПФР. Цели и задачи социально-психологической адаптации детей с ОПФР.

Основные направления работы психолога в рамках программы социально-психологической адаптации детей с ОПФР. Подбор психодиагностического инструментария при работе с детьми с ОПФР и их сверстников по принятию детей с ОПФР в группу сверстников. Использование адекватных проблеме ребенка с ОПФР, детскому коллективу, в котором он находится, техник и методик коррекционно-развивающей работы.

Тема 4. Социально-психологическая адаптация детей при дизонтогенезах по типу ретардации

Социально-психологическая адаптация умственно отсталых детей, со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии (с задержкой психического развития).

Формирование коммуникативных и социальных навыков и умений у детей с интеллектуальной недостаточностью. Развитие познавательных процессов (внимание, память, мышление, ощущение, восприятие, представление). Психокоррекция эмоционально-волевой сферы умственно отсталого ребенка, со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии (с задержкой психического развития). Психокоррекция мотивационно-потребностной сферы ребенка, со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии (с задержкой психического развития).

Психологическая коррекция эмоциональной сферы, волевой саморегуляции ребенка, со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии (с задержкой психического развития).

Тема 5. Социально-психологическая адаптация детей при дизонтогенезах дефицитарного типа

Социально-психологическая адаптация детей с сенсорными нарушениями (слуха, зрения), нарушениями речи, опорно-двигательного аппарата. Социально-психологическая адаптация детей с нарушениями слуха. Социально-педагогические условия как существенный фактор развития психики глухого ребенка. Методы сурдопсихологии. Жестовая речь глухих. Техники и методики работы психолога со слабослышащими детьми.

Социально-психологическая адаптация детей с нарушениями зрения. Методы и методики тифлопсихологии. Деятельность и внимание при дефектах зрения. Развитие зрительного восприятия слепых с остаточным зрением. Пространственные представления и пространственная ориентировка слепых и слабовидящих. Развитие познавательных процессов у детей с нарушениями зрения. Техники, направленные на формирование образов внешнего мира при нарушениях зрения. Работа психолога с эмоциональной сферой личности у детей с нарушениями зрения.

Социально-психологическая адаптация детей с двигательными нарушениями. Особенности организации работы психолога с детьми с двигательными нарушениями. Работа с эмоциональной сферой личности у детей с двигательными нарушениями. Работа психолога по повышению самооценки и уровня самопринятия у детей с двигательными нарушениями. Развитие познавательных процессов у детей с двигательными нарушениями.

Тема 6. Социально-психологическая адаптация детей при асинхрониях с преобладанием расстройств эмоционально-волевой сферы и поведения

Социально-психологическая адаптация детей со смешанными специфическими расстройствами развития, аутизмом, другими

коммуникативными нарушениями. Принципы подбора техник и методик работы с детьми со смешанными специфическими расстройствами развития. Работа с эмоциональной сферой личности у детей со смешанными специфическими расстройствами развития. Работа с направленностью личности у детей со смешанными специфическими расстройствами развития. Развитие познавательных процессов у детей со смешанными специфическими расстройствами развития.

Особенности работы психолога в работе с детьми, имеющими аутизм, аутистические проявления. Структуризация пространства, времени, деятельности. Взаимодействие с членами семь ребенка, страдающего аутизмом, аутистическими проявлениями. Учет принципов комплексности и непрерывности. Информирование детского и педагогического коллектива о коммуникативных (других) особенностях детей с аутизмом.

Особенности работы психолога с детьми, имеющими синдром дефицита внимания и гиперактивности. Учет нейропсихологических аспектов в работе с данной категории детей и их семей. Опора на принцип межведомственного и междисциплинарного взаимодействия. Комплексность воздействия медицинских специалистов (невролога, психоневролога, психиатра), педагогических специалистов (психолога, учителя-дефектолога, учителя, воспитателя) и родителей.

Тематика практических занятий

1. Введение в курс (дисциплину) «Социально–психологическая адаптация детей с особенностями психофизического развития».
2. Психолого–педагогическая характеристика детей, имеющих различные психофизические нарушения в развитии.
3. Социальная интеграция детей с особенностями психофизического развития.
4. Социально–психологическая адаптация детей при дизонтогенезах по типу ретардации.
5. Социально–психологическая адаптация детей при дизонтогенезах дефицитарного типа.
6. Социально–психологическая адаптация детей при асинхрониях с преобладанием расстройств эмоционально–волевой сферы и поведения.

Формы контроля знаний

1. Тестовые задания
2. Реферативные работы
3. Контрольные работы

Перечень тестовых заданий

1. Введение в курс (дисциплину) «Социально–психологическая адаптация детей с особенностями психофизического развития»

Тематика реферативных работ

1. Психолого–педагогическая характеристика детей, имеющих различные психофизические нарушения в развитии

Тематика контрольных работ

1. Социальная интеграция детей с особенностями психофизического развития
2. Социально–психологическая адаптация детей при асинхрониях с преобладанием расстройств эмоционально–волевой сферы и поведения

Список рекомендуемой литературы

Основная

1. Акатов, Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья : психологические основы : учеб. пособие для студ. вузов, обуч. по спец. 350500 – "Социальная работа" / Л.И. Акатов. – М. : Владос, 2003. – 368 с.
2. Аксенова, Л.И. Социальная педагогика в специальном образовании : учебное пособие для студ. вузов по спец. "Специальная педагогика в спец. (коррекц.) образоват. учрежд." / Л.И. Аксенова. – М. : Академия, 2001. – 191 с.
3. Андреева, Л.В. Сурдопедагогика : учебник для пед. вузов / Л.В. Андреева. – М. : Academia , 2005. – 572с.
4. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании : учеб. пособие для студ. образов. учреждений ср. проф. образов., обуч. по спец. 0319 – Спец. пед-ка в спец. (коррекционных) образов. Учреждениях. – М. : Академия, 2001. – 248 с.
5. Брамбринг, М. Воспитание слепого ребенка раннего возраста в семье : пер. с нем. / М. Брамбринг. – М. : Academia, 2003. – 142 с.
6. Гонеев, А.Д. Основы коррекционной педагогики : учеб. пособие для студ. пед. вузов / А.Д. Гонеев, Н.И. Лифинцева, Н.В. Ялпаева; ред. В.А. Сластенин ; Междунар. акад. пед. образов. – 3-е изд. – М. : Академия, 2004. – 272 с.
7. Гордеева, А.В. Реабилитационная педагогика : учеб. пособие для студ. пед. вузов / А.В. Гордеева. – М. : Академический Проект ; Королев : Парадигма, 2005. – 320 с.
8. Дети с ограниченными возможностями : проблемы нарушенного развития и инновационные тенденции в обучении и воспитании : хрестоматия по курсу "Коррекционная педагогика и специальная психология" / сост. Н.Д. Соколова, сост. Л.В. Калининкова. – М. : ГНОМ и Д, 2001. – 449 с.
9. Дети с проблемами в развитии : комплексная диагностика и коррекция / ред. Л.П. Григорьева. – М. : ИКЦ "Академкнига", 2002. – 415 с.
10. Дмитриев, А.А. Коррекционно–педагогическая работа по развитию двигательной сферы учащихся с нарушением интеллектуального развития : учеб.–метод. пособие / А.А. Дмитриев ; РАО, МПСИ. – 2–е изд., перераб. и доп. – М. : МПСИ ; Воронеж : НПО "МОДЭК", 2004. – 224 с.
11. Зикеев, А.Г. Развитие речи учащихся специальных (коррекционных) образовательных учреждений : Учеб. пособие для студ. педвузов / А.Г. Зикеев. – М. : Академия, 2000. – 200 с.

12. Игры и занятия с детьми раннего возраста с психофизическими нарушениями : для родителей и педагогов дошкольных учреждений / Ин–т коррекционной педагогики РАО ; ред.: Е.А. Стребелева, Г.А. Мишина. – Изд. 2-е. – М. : Экзамен, 2006. – 159 с.

13. Интегрированное обучение: проблемы и перспективы : Материалы Международного семинара / РГПУ, Междунар.Центр образов.инноваций. – СПб. : Образование, 1996. – 142 с

14. Катаева, А.А. Дидактические игры в обучении дошкольников с отклонениями в развитии : Пособие для учителя / А.А. Катаева, Е.А. Стребелева. – М. : ВЛАДОС, 2001. – 224 с.

15. Коробейников, И.А. Нарушения развития и социальная адаптация / И.А.Коробейников. – М. : ПЕР СЭ, 2002. – 192 с

16. Коррекционная педагогика в начальном образовании : учебное пособие для студ. сред. пед. учеб. завед. по спец. 0312 "Начальное образование" / ред. Г.Ф. Кумарина . – М. : Академия, 2001. – 320 с.

17. Коррекционная педагогика и специальная психология : Хрестоматия: учеб. пособие для студ. / ПГУ; ПГУ. – Архангельск : ПГУ, 1999. – 140 с

18. Лалаева, Р.И. Коррекция общего недоразвития речи у дошкольников (формирование лексики и грамматического строя) / Р.И. Лалаева, Н.В. Серебрякова. – СПб. : Союз, 1999. – 160 с.

19. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте : учеб. пособие для студ. вузов, обуч. по напр. и спец. психологии / В.В. Лебединский. – М. : Академия, 2003. – 144 с.

20. Левченко, И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно–двигательного аппарата : учебное пособие для студ. по спец. "Специальная педагогика в спец. (коррекц.) образоват. учрежд." / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько. – М. : Академия, 2001. – 184 с.

21. Маллер, А.Р. Воспитание и обучение детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью : учеб. пособие для студ. дефектолог. фак. высш. пед. учеб. завед. и слушателей курсов переподготовки, обуч. по спец. 031700 – Олигофренопедагогика / А.Р. Маллер, Г.В. Цикото. – М. : Академия, 2003. – 208 с.

22. Мастюкова, Е.М. Основы генетики : клинико–генетические основы коррекционной педагогики и специальной психологии : учеб. пособие для студ. пед. вузов / Е.М. Мастюкова, А.Г. Московкина ; ред. В.И. Селиверстов, Б.П. Пузанов. – М. : ВЛАДОС, 2001, 2003. – 368 с.

23. Мастюкова, Е. М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии : учеб. пособие для студ. вузов, обуч. по спец. : 032000 – Спец. дошк. пед–ка и психология, 031500 – Тифлопед–ка, 031600 – Сурдопед–ка, 031700 – Олигофренопед–ка, 031800 – Логопедия, 031900 – Спец. психология

/ Е.М. Мастюкова, А.Г. Московкина; ред. В.И. Селиверстов. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 408 с.

24. Музыкальное воспитание детей с проблемами в развитии и коррекционная ритмика : учеб. пособие для студ. образов. учреждений сред. проф. образов., обуч. по спец. 0318 – Спец. дошк. образов. / ред. Е.А. Медведева. – М. : Академия, 2002. – 224 с.

25. Нейман, Л.В. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи : Учебник для студ. высш. пед. учеб. завед., изуч. анатомию, физиологию и патологию органов слуха и речи / Л.В. Нейман, М.Р. Богомильский; Ред. В.И. Селиверстов. – М. : ВЛАДОС, 2001. – 224 с. : ил.

26. Нищева, Н.В. Система коррекционной работы в средней группе для детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи / Н.В. Нищева. – СПб. : Детство–Пресс, 2000. – 112 с

27. Ньюмен С. Игры и занятия с особым ребенком : руководство для родителей / С. Ньюмен. – М. : Теревинф, 2004. – 240 с

28. Основы коррекционной педагогики и специальной психологии : метод. рекомендации для студ.–заочников пед. спец. / Е.С. Зайцева, Е.В. Пекишева, Л.А. Старикова, А.Л. Юркин ; ПГУ. – Архангельск : ПГУ, 2001. – 23 с

29. Основы специальной педагогики и психологии : учеб. пособие для студ. вузов, обуч. по пед. спец. (ОПД.Ф.03 – основы спец. пед. и психологии) / Трофимова Н.М. [и др.]. – М. ; СПб. ; Нижний Новгород : Питер, 2006. – 304 с.

30. Пелымская, Т.В. Формирование устной речи дошкольников с нарушенным слухом : пособие для учителя–дефектолога / Т.В. Пелымская, Н.Д. Шматко. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 224 с.

31. Петрова, В. Г. Психология умственно отсталых школьников : Учеб. пособие для студ. вузов, обуч. по спец. 031700 – Олигофренопедагогика / В.Г. Петрова, И.В. Белякова. – М. : Академия, 2002. – 160 с.

32. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития : методический материал / сост. и общ. ред. Астапова В.М., Микадзе Ю.В. – СПб. : Питер, 2001. – 256 с.

33. Психокоррекционная и развивающая работа с детьми : учебное пособие для студ. сред. спец. учеб. завед. / ред. И.В. Дубровина. – 2–е изд., стереотип. – М. : Академия, 1999. – 159 с. – (Педагогическое образование)

34. Психология детей с нарушениями и отклонениями психического развития : учебное пособие / сост. Астапов В.М., Микадзе Ю.В. – СПб. : Питер, 2001. – 377 с.

35. Психолого–педагогическая диагностика : учеб. пособие для студ. дефектолог. фак. высш. пед. учеб.завед. / ред. И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамная. – М. : Академия, 2003. – 320 с.

36. Семенович, А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте : учеб. пособие для вузов по психолог. напр. и спец. / А.В.Семенович. – М. : Академия, 2002. – 232 с.

37. Шевченко, С.Г. Коррекционно-развивающее обучение : Организационно–педагогические аспекты : Метод. пособие для учителей кл. коррекционно–развивающ. обучения / С.Г. Шевченко. – М. : Владос, 1999, 2001. – 136 с.

38. Шипицына, Л.М. Психология детей с нарушениями функций опорно–двигательного аппарата : учеб. пособ. для студ. вузов, обуч. по спец. 031900 – "Специальная психология" / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. – М. : ВЛАДОС, 2004. – 367 с.

39. Шоо, М. Спортивные и подвижные игры для детей и подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата : Пер. с нем.: Учеб. пособие для студ. дефектолог. фак. высш. пед. учеб. завед. / М. Шоо. – М. : Академия, 2003. – 112 с

Дополнительная

40. Аксенова, А.К. Методика обучения русскому языку в специальной (коррекционной) школе : Учебник для студ. дефектолог. фак. пед. вузов / А.К. Аксенова. – М. : ВЛАДОС, 2000. – 314 с.

41. Бибина, О.А. Изучение геометрического материала : в 5–6 классах спец. (коррекционной) общеобразоват. школы VIII вида : пособие для учителя–дефектолога / О.А. Бибина. – М. : ВЛАДОС, 2005. – 136 с. : рис.

42. Воспитание трудного ребенка : Дети с девиантным поведением: ечебно–методическое пособие / Ред. М.И. Рожков. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 240 с

43. Гилленбранд, К. Коррекционная педагогика : обучение трудных школьников : учеб. пособие для студ. вузов, обуч. по спец. 031000 – Педагогика и психология; 033400 – Педагогика / К. Гилленбранд. – М. : Академия, 2005. – 237 с.

44. Грошенков И.А. Занятия изобразительным искусством в специальной (коррекционной) школе VIII вида : учеб. пособие для учителей спец. коррекц. школ и студ. дефектолог. фак. пед. вузов / И.А. Грошенков. – 2–е изд., перераб. – М. : Ин–т общегуманитарных исследований ; М. : В. Секачев, 2001. – 224 с.

45. Дмитриев, А.А. Физическая культура в специальном образовании : учеб. пособие для студ. дефектолог. фак. высш. пед. учеб. завед. / А.А.Дмитриев. – М. : Академия, 2002. – 176 с.

46. Зикеев, А.Г. Работа над лексикой в начальных классах специальных (коррекционных) школ : учеб. пособие для студ. вузов, обуч. по спец. 031700 – Олигофренопедагогика / А.Г. Зикеев. – М. : Академия, 2002. – 176 с.

47. Медникова, Л.С. Психологическая готовность к школьному обучению дошкольников с интеллектуальной недостаточностью : Программа спецкурса / Л.С. Медникова ; ПГУ. – Архангельск : ПГУ, 2002. – 18 с

48. Полякова, О. В. Организация занятий в зале двигательной коррекции и сенсорной комнате для детей дошкольного возраста с задержкой в психомоторном развитии : метод. рекомендации / О.В. Полякова, Е.М. Панкратова ; ПГУ. – Архангельск : ПГУ, 2001. – 21 с

49. Речицкая, Е.Г. Готовность слабослышащих дошкольников к обучению в школе : Учеб. пособие для студ. вузов / Е.Г. Речицкая, Е.В. Пархалина. – М. : ВЛАДОС, 2000. – 192 с.

50. Специальная педагогика : учеб. пособие / Л.И. Аксенова, Б.А. Архипов, Л.И. Беякова и др.; Ред. Н.М. Назарова. – 3–е изд., испр. – М. : Academia, 2004. – 396 с.