

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

**«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ
ПСИХОЛОГИИ И СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ»**

КАФЕДРА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель образовательной программы

Кандидат педагогических наук, доцент,

доцент кафедры прикладной педагогики

и логопедии

_____ И.А. Сулима

«30» апреля 2021 г.

Рабочая программа дисциплины

**ГЕНЕТИЧЕСКИЕ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ВЫСШЕЙ
НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ДИЗОНТОГЕНЕЗА**

основной профессиональной образовательной программы

«Логопедическая работа с лицами с нарушениями речи»

по направлению подготовки 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование

Разработчик: доктор биол. наук, профессор Лебедев Андрей Андреевич

Согласовано: доктор психол. наук, зав. кафедрой Бандура Оксана Олеговна,

Санкт-Петербург

2021

РАЗДЕЛ 1. Учебно-методический раздел рабочей программы дисциплины

1.1. Аннотация рабочей программы дисциплины

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ДИЗОНТОГЕНЕЗА

Цель изучения дисциплины: сформировать представления о генетических и нейрофизиологических механизмах высшей нервной деятельности при различных видах дизонтогенеза, подходов генетического анализа для понимания дизонтогенеза человека, их детерминантах, механизмах и закономерностях развития при дизонтогенезе; умений и навыков прикладного психологического анализа при дизонтогенезе и оказания психологической помощи с их учетом.

Задачи дисциплины:

1. Формирование у студентов знаний о теоретических исследованиях и практических результатах, накопленных в понимании генетических механизмов ВНД при дизонтогенезе;
2. Формирование у студентов знаний о теоретических исследованиях и практических результатах, накопленных в понимании нейрофизиологических механизмов ВНД при дизонтогенезе;
3. Формирование у студентов психологической готовности к применению полученных знаний, умений, навыков в самостоятельной профессиональной деятельности при решении практических и прикладных исследовательских задач в деятельности психолога.

Содержание дисциплины:

Предмет «Генетические и нейрофизиологические основы изучения высшей нервной деятельности при различных видах дизонтогенеза».

Генетические и нейрофизиологические основы изучения высшей нервной деятельности при психическом недоразвитии.

Генетические и нейрофизиологические основы изучения высшей нервной деятельности при задержке психического развития.

Генетические и нейрофизиологические основы высшей нервной деятельности при дефицитарном дизонтогенезе.

Генетические и нейрофизиологические основы высшей нервной деятельности у детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы и поведения.

Исследования поведенческих признаков при дизонтогенезе.

Генетические болезни мозга и дизонтогенез.

1.2. Цель и задачи обучения по дисциплине

Цель¹:

– сформировать представления о генетических и нейрофизиологических механизмах высшей нервной деятельности при различных видах дизонтогенеза и подходов генетического анализа для понимания дизонтогенеза человека, их детерминантах, механизмах и закономерностях развития при дизонтогенезе; умений и навыков прикладного психологического анализа при дизонтогенезе и оказания психологической помощи с их учетом.

Задачи²:

¹ Цель – представление о результатах освоения дисциплины. Цель дисциплины должна быть соотнесена с результатом освоения ОП ВО (формируемыми компетенциями). Цель должна быть обозначена кратко, четко и иметь практическую направленность. Достижение цели должно быть проверяемым

1. Формирование у студентов знаний о теоретических исследованиях и практических результатах, накопленных в понимании генетических механизмов ВНД при дизонтогенезе;

2. Формирование у студентов знаний о теоретических исследованиях и практических результатах, накопленных в понимании нейрофизиологических механизмов ВНД при дизонтогенезе;

3. Формирование у студентов психологической готовности к применению полученных знаний, умений, навыков в самостоятельной профессиональной деятельности при решении практических и прикладных исследовательских задач в деятельности психолога.

1.3. Язык обучения

Язык обучения – русский.

1.4. Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем по видам учебных занятий, самостоятельную работу, форму промежуточной аттестации

Форма обучения	Общий объём дисциплины			Объем в академических часах								Контроль
	в зач.ед.	в астрон. часах	в ака дем. часах	Объем самостоятельной работы	Всего	Виды учебных занятий			Практическая подготовка	Контроль самостоятельной работы	Консультация к промежуточной аттестации (экзамен)	
						Всего учебных занятий	Занятия лекционного типа	Практические занятия				
Очная	3	81	108	27	54	48	18	30		4	2	27
Очно-заочная	3	81	108	41	40	34	14	20		4	2	27

*Часы на практическую подготовку выделяются в тех дисциплинах, где она предусмотрена (в лекциях, практических занятиях, коллоквиумах, кейсах и прочее)

**В случае реализации смешанного обучения рабочая программа дисциплины адаптируется преподавателем в части всех видов учебных занятий и промежуточной аттестации к использованию дистанционных образовательных технологий.

² Формулировка задач должна быть связана со знаниями, умениями и навыками (владениями), также должны быть учтены виды деятельности, указанные в ОП ВО.

1.5. Планируемые результаты обучения по дисциплине, обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения образовательной программы

Код компетенции наименование компетенции	Код, наименование и содержание индикатора достижения компетенции	Результаты обучения
ОПК-8 Способен осуществлять педагогическую деятельность на основе специальных научных знаний	<p>– ИОПК-8.1 Использует знания истории, теории, закономерностей и принципов построения и функционирования образовательного процесса, роль и место образования в жизни человека и в развитии обучающихся с нарушением речи; медико-биологических, клинических и филологических основ профессиональной деятельности.</p> <p>– ИОПК-8.2 Использует междисциплинарные знания для разработки планирования, анализа и оценки результатов образовательного и коррекционно-развивающего процессов с обучающимися с нарушением речи разных возрастных групп и разной степенью выраженностью нарушения.</p> <p>– ИОПК-8.3 Демонстрирует навыки применяет междисциплинарные знания в процессе формирования различных видов деятельности у обучающихся с нарушением речи разных возрастных групп.</p>	<p>На уровне знаний:</p> <ul style="list-style-type: none"> – основные категории и понятия генетики поведения при дизонтогенезе; – основные категории и понятий нейрофизиологии поведения при дизонтогенезе; – историю идей понимания механизмов ВНД при дизонтогенезе – специфику, предметное содержание, цели, задачи, проблемы и объекты генетических и нейрофизиологических механизмов высшей нервной деятельности при различных видах дизонтогенеза; – основные теории и концепции генетических и нейрофизиологических механизмов высшей нервной деятельности при различных видах дизонтогенеза; – психологическую структуру и механизмы формирования дизонтогенеза; <p>На уровне умений:</p> <ul style="list-style-type: none"> – применять понятийно-категориальный аппарат генетики при анализе психологических явлений; – учитывать особенности дизонтогенеза при оказании психологической помощи; – применять знания об дизонтогенезе и его механизмах формировании при оценивании потребностей и запросов целевой аудитории; – ориентироваться в научной литературе по проблематике дизонтогенеза; <p>На уровне навыков:</p> <ul style="list-style-type: none"> – методами нейрофизиологии использовать их для решения исследовательских задач; – навыками психогенетического анализа эмпирических данных о механизмах ВНД при дизонтогенезе; – навыками применения методов генетики и нейрофизиологии в реализации конкретных мероприятий профилактического, развивающего, коррекционного или реабилитационного характера; – навыками решения профессиональных задач на основе учета сведений о конкретной форме дизонтогенеза.

РАЗДЕЛ 2. Структура и содержание дисциплины

2.1. Учебно-тематический план дисциплины

Очная форма обучения

Номер темы	Название темы	Объем дисциплины (модуля), час.					Форма текущего контроля и промежуточной аттестации
		Всего	Контактная работа обучающихся с преподавателем по видам учебных занятий			СР	
			Л	ПЗ	ПрП		
Тема 1	Предмет «Генетические и нейрофизиологические основы изучения высшей нервной деятельности при»	10	2	4		4	

	различных видах дизонтогенеза»						
Тема 2	Генетические и нейрофизиологические основы изучения высшей нервной деятельности при психическом недоразвитии	10	2	4		4	
Тема 3	Генетические и нейрофизиологические основы изучения высшей нервной деятельности при задержке психического развития	10	2	4		4	
Тема 4	Генетические и нейрофизиологические основы высшей нервной деятельности при дефицитарном дизонтогенезе	12	4	4		4	
Тема 5	Генетические и нейрофизиологические основы высшей нервной деятельности у детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы и поведения	14	4	6		4	
Тема 6	Исследования поведенческих признаков при дизонтогенезе.	10	2	4		4	
Тема 7	Генетические болезни мозга и дизонтогенез.	9	2	4		3	
	Контроль самостоятельной работы	4					
	Консультация	2					Экзамен
	Контроль	27					
	ВСЕГО в академических часах	108	18	30		27	

Очно-заочная форма обучения

Номер темы	Название темы	Объем дисциплины (модуля), час.				СР	Форма текущего контроля и промежуточной аттестации
		Всего	Контактная работа обучающихся с преподавателем по видам учебных занятий				
			Л	ПЗ	ПрП		
Тема 1	Предмет «Генетические и нейрофизиологические основы изучения высшей нервной деятельности при различных видах дизонтогенеза»	12	2	4		6	
Тема 2	Генетические и нейрофизиологические основы изучения высшей нервной деятельности при психическом недоразвитии	12	2	4		6	
Тема 3	Генетические и нейрофизиологические основы изучения высшей нервной деятельности при задержке психического развития	12	2	4		6	
Тема 4	Генетические и нейрофизиологические основы высшей нервной деятельности при дефицитарном дизонтогенезе	10	2	2		6	
Тема 5	Генетические и нейрофизиологические основы высшей нервной деятельности у детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы и поведения	10	2	2		6	
Тема 6	Исследования поведенческих признаков при дизонтогенезе.	10	2	2		6	
Тема 7	Генетические болезни мозга и дизонтогенез.	9	2	2		5	
	Контроль самостоятельной работы	4					

	Консультация	2					Экзамен
	Контроль	27					
	ВСЕГО в академических часах	108	14	20		41	

Используемые термины:

Л – занятия лекционного типа (лекции и иные учебные занятия, предусматривающие преимущественную передачу учебной информации педагогическими работниками организации и (или) лицами, привлекаемыми организацией к реализации образовательных программ на иных условиях, обучающимся);

ПЗ – практические занятия (виды занятия семинарского типа за исключением лабораторных работ);

ПрП – практическая подготовка (работа обучающихся с педагогическими работниками организации и (или) лицами, привлекаемыми организацией к реализации практической подготовки для решения практико-ориентированных заданий; часы входят в общий объем практических занятий). При наличии ПрП прописываются формы текущего контроля ПрП, а в п.2.5 дополнительно прилагаются методические материалы и типовые задания.

СР – самостоятельная работа, осуществляемая без участия педагогических работников организации и (или) лиц, привлекаемых организацией к реализации образовательных программ на иных условиях.

Форма текущего контроля и промежуточной аттестации – формы текущего контроля указываются разработчиком для каждой темы, промежуточная аттестация – из учебного плана.

КСР – контроль самостоятельной работы – входит в общую контактную работу с преподавателем.

Консультация – проводится перед промежуточной аттестацией в форме экзамена.

Образовательные технологии

Учебный процесс при преподавании курса основывается на использовании традиционных, инновационных и информационных образовательных технологий. Традиционные образовательные технологии представлены лекциями и семинарскими (практическими) занятиями. Инновационные образовательные технологии используются в виде широкого применения активных и интерактивных форм проведения занятий. Информационные образовательные технологии реализуются путем активизации самостоятельной работы студентов в информационной образовательной среде.

2.2. Краткое содержание тем (разделов) дисциплины

Тема 1. Предмет «Генетические и нейрофизиологические основы изучения высшей нервной деятельности при различных видах дизонтогенеза»

Предмет «Генетические и нейрофизиологические основы изучения высшей нервной деятельности при различных видах дизонтогенеза». Цели и задачи генетических и нейрофизиологических основ изучения высшей нервной деятельности при различных видах дизонтогенеза. Теоретико-методологические ее основы. Актуальность предмета на современном этапе. Место в системе научных дисциплин.

Разделы предмета «Генетические и нейрофизиологические основы изучения высшей нервной деятельности при различных видах дизонтогенеза»: «психология детей с выраженными (стойкими) отклонениями в интеллектуальном развитии», психология глухих (сурдопсихология), психология слепых (тифлопсихология), психология детей с задержкой психического развития, психология детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы и поведения, психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, психология лиц с нарушениями речи, психология детей со сложными недостатками развития, механизмы ВНД .

Методы специальной психологии: изучение документации, беседа, наблюдение, изучение продуктов деятельности, обучающий эксперимент.

Тема 2. Генетические и нейрофизиологические основы изучения высшей нервной деятельности при психическом недоразвитии

Понятие нормы и отклонения в психическом развитии. Физическое, психическое, моторное, интеллектуальное развитие. Понятия: возраст, развитие. Темп развития. Уровень развития. Задержка психического развития. Общее и своеобразное в психическом развитии нормального и аномального развития.

М. А. Власова и М.С. Певзнер: дети с сенсорной неполноценностью. Болезнь Дауна, его генетические основы, механизмы ВНД. Дети с астеническим и реактивным состоянием, психопатоподобное состояние, умственно отсталые, дети с начальными проявлениями психических заболеваний, их нейрофизиологические основы ВНД. В.В. Лебединский. О.Н. Усанова. В.А. Лапшин, Б.П. Пузанов. Первичный дефект, вторичный дефект, сложный дефект. Эндогенные (генетические) и экзогенные (средовые факторы).

Тема 3. Генетические и нейрофизиологические основы изучения высшей нервной деятельности при задержке психического развития

Понятие о структуре задержки развития. Основные параметры задержки дизонтогенеза. Представления о первичных, вторичных и третичных нарушениях при задержке психического развития. Модально-специфические и модально-неспецифические нарушения при изучении ВНД. Общие и специфические нейрофизиологические нарушения в структуре задержки

развития. Нейрофизиологические механизмы формирования вторичных отклонений: депривационный, общекommunikативный, деятельностный, речевой, сензитивный.

Теоретические и эмпирические классификации отклонений в развитии. Международная классификация психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра. Современные отечественные классификации В. В. Ковалева, В. В. Лебединского, М. М. Семаго и др. Краткая характеристика отдельных форм ЗПР при дизонтогенезе.

Тема 4. Генетические и нейрофизиологические основы высшей нервной деятельности при дефицитарном дизонтогенезе

Нейрофизиологические и генетические механизмы изучения ВНД у детей с дефектами зрения, слуха и опорно-двигательного аппарата. Патологическое формирование личности у детей с тяжелыми дефектами зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, при которых недостаток сенсорных стимулов вызывает явления депривации и нарушения эмоциональной сферы. Термин В. В. Ковалева. Дети, утратившие слух, но сохранившие речь, сформировавшуюся на основе нормального слухового восприятия, механизмы ВНД. Сохранность речи. Зависимость от возраста ребенка коррекционная работа по предотвращению речевых нарушений при глухоте и потере зрения. Формирование зрительного восприятия устной речи. Использование остаточного слуха с применением сурдотехнических средств. Важное условие нормального речевого и личностного развития. Дети, которые в результате заболевания или травмы утратили зрение полностью или сохранили лишь остаточное зрение. Потеря зрения ребенком 3-летнего возраста. Слепые от рождения. Своевременно начатая коррекционно-педагогическая работа и механизмы ВНД.

Тема 5. Генетические и нейрофизиологические основы высшей нервной деятельности у детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы и поведения

Ранний детский аутизм (РДА), механизмы ВНД. Синдром Каннера. Наиболее существенные симптомы аутизма. Гипотеза о психогенном характере РДА. Нарушение оценки внешнего раздражителя и неправильные реакции на него, генетические и нейрофизиологические механизмы. Неудачные контакты с окружающими. Самоизоляция. Формированию контактов с внешним миром, смягчение эмоционального дискомфорта. Сложный дефект у детей. Деликвентное поведение детей и подростков. Асоциальное поведение детей и подростков, его нейрофизиологические и генетические механизмы ВНД. Синдром СДВГ (снижение внимания с гиперактивностью) и его нейрофизиологические механизмы ВНД

Тема 6. Исследования поведенческих признаков при дизонтогенезе

Патопсихологическая оценка механизмов ВНД и поведения при психических нарушениях в детском возрасте. Отклонения от стадии возрастного развития ВНД и поведения. Особенности дизонтогенеза, вызванного болезненным процессом либо его последствиями.

Негативная сторона характера отклонений развития ВНД. Прогноз и психолого-педагогические воздействия. Определение качества нарушения психического развития ребенка. Изучение нейрофизиологических и генетических механизмов аномалий развития психики. Дефектологии и детская психиатрия.

Тема 7. Генетические болезни мозга и дизонтогенез.

Нейрофизиологические и генетические механизмы ВНД при развитии аномального ребенка. Л.С.Выготский о первичном дефекте и ряде вторичных дефектов, отражающих нарушения психического развития и ВНД. Система обучения и воспитания аномальных детей. Основы детской психиатрии и механизмы ВНД. Сравнительная характеристика психических заболеваний детского и взрослого возраста. Значение возраста, симптоматиологии, обусловленной аномальным развитием в условиях болезни. Разнообразие и своеобразие симптоматики аномалий развития при различной патологии ВНД и поведения. Формировании аномалий развития в процессе текущего заболевания (шизофрения, эпилепсия) Динамика дизонтогенетических форм психической конституции (различные формы психопатий). Аномальное развитие личности в результате деформирующего влияния отрицательных условий воспитания. Варианты клинических классификаций отдельных видов аномалий психического развития у детей.

2.3. Описание занятий семинарского типа

Семинарское занятие № 1

Тема: Предмет «Генетические и нейрофизиологические основы изучения высшей нервной деятельности при различных видах дизонтогенеза»

Цель: формирование представлений об изучении генетических и нейрофизиологических основ высшей нервной деятельности при различных видах дизонтогенеза как самостоятельной области психологического знания.

Понятийный аппарат: предмет, объекты, методы, цель, задачи и история становления изучения генетических и нейрофизиологических основ высшей нервной деятельности при различных видах дизонтогенеза

Описание занятия: Обсуждение вопросов по теме.

Вопросы для подготовки

1. Сформулируйте предмет и назовите основные теоретические и прикладные задачи предмета изучения генетических и нейрофизиологических основ высшей нервной деятельности при различных видах дизонтогенеза..

2. В чем состоят трудности определения предмета?

3. Каково практическое значение предмета для реализации коррекционно-образовательных задач?

4. Охарактеризуйте связь предмета с науками смежного профиля.

5. С какими клинико-биологическими, психолого педагогическими дисциплинами связан предмет? В чем сущность этих связей?

Семинарское занятие № 2

Тема: Генетические и нейрофизиологические основы изучения высшей нервной деятельности при психическом недоразвитии

Цель и задачи:

Требования к изучению генетических и нейрофизиологических основ высшей нервной деятельности у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в онтогенезе при дизонтогенезе

Понятийный аппарат:

Современные представления о процессах дизонтогенеза.

Вопросы для дискуссии:

1. Как связаны между собой двигательное и психическое развитие ребенка?
 2. Опишите влияние различных форм ДЦП на дальнейшее социальное и психическое развитие ребенка.
 3. Опишите основные тенденции познавательного развития детей с ДЦП.
 4. Охарактеризуйте особенности организации и направленность коррекционно-психологического воздействия при работе с детьми с ДЦП.
 5. Опишите особенности развития мыслительной деятельности ребенка с ДЦП.
 6. Опишите особенности коммуникативной деятельности при ДЦП.
 7. Опишите особенности развития эмоционально-волевой сферы ребенка при ДЦП.
 8. Опишите особенности работы психолога с семьей, имеющей ребенка с ДЦП.
 9. Дайте общую характеристику деятельности психолога в системе специальных коррекционных учреждений для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
- Требования к подготовке к занятию: студенты готовят доклады на основе предварительной работы с литературой.

Семинарское занятие №3

Тема: Генетические и нейрофизиологические основы изучения высшей нервной

деятельности при задержке психического развития

Учебные вопросы:

1. Роль анализаторов в психическом развитии ребенка?
2. Основные категории детей с нарушениями зрения и слуха.
3. Опишите основные этапы и механизмы компенсации дефекта.

Темы докладов:

1. Каковы особенности психического развития детей с нарушениями зрения и слуха?
2. Опишите варианты психогенного формирования личности при слепоте и слабовидении.
3. Охарактеризуйте эмоциональные нарушения при слепоте и слабовидении.

Вопросы для дискуссии:

1. Каковы особенности ориентировки в пространстве слепых и слабовидящих?
2. Каковы особенности межличностных отношений слепых и слабовидящих детей?
3. Дайте общую характеристику психодиагностической и психокоррекционной деятельности тифлопсихолога.
4. Каковы особенности речевого развития этих детей?

Семинарское занятие № 4

Тема: Генетические и нейрофизиологические основы изучения высшей нервной деятельности при дефицитарном дизонтогенезе.

Цель и задачи:

Изучение современными представлениями о генетических и нейрофизиологических основах речи в онтогенезе.

Понятийный аппарат:

Особенности психического развития детей с системными нарушениями речи.

Особенности личности детей, страдающих нарушениями темпо-ритмической организации речи

Психологические особенности детей,

Генетический контроль формирования нервной системы организма в онтогенезе: чувствительные периоды развития.

Требования к подготовке к занятию: студенты готовят доклады на основе предварительной работы с литературой.

Вопросы для дискуссии:

1. Каковы психологические особенности заикающихся детей?
 2. Охарактеризуйте особенности общения заикающихся детей с разными людьми и в разных условиях. Дайте определение логофобии.
 3. Каковы особенности личности ребенка алалика?
 4. Каковы особенности психического развития детей с общим недоразвитием речи?
 5. Какие механизмы могут лежать в основе нарушений чтения и письма у детей?
 6. Опишите основные тенденции развития детской речи в норме и причины ее нарушений.
6. Особенности проведения психолого-педагогического обследования у детей с нарушениями речи?

Требования к подготовке к занятию: студенты готовят доклады на основе предварительной работы с литературой.

Семинарское занятие №5

Тема: Генетические и нейрофизиологические основы высшей нервной деятельности у детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы и поведения

Учебные вопросы:

1. Генетические механизмы возникновения олигофрении.
2. Механизмы ВНД и «умственная отсталость».
3. Степени олигофрении. Особенности психического развития ребенка при каждой из этих степеней.

Темы докладов:

1. Особенности ВНД у детей с умственной отсталостью.
2. Генетические основы ВНД у детей с нарушением интеллекта.
3. Особенности работы психолога в специальных учреждениях для детей с нарушениями интеллекта.

Вопросы для дискуссии:

1. Опишите причины возникновения олигофрении.
2. Раскройте понятие «умственная отсталость». Какие дети относятся к умственно отсталым?
3. Назовите степени олигофрении. Перечислите особенности психического развития ребенка при каждой из степеней.

4. Опишите основные, имеющие дифференциально-диагностическое значение характеристики психической деятельности умственно отсталых детей.

6. Проанализируйте значение конструирования для развития познавательной деятельности дошкольника с нарушением интеллекта.

7. Опишите особенности речевого общения у умственно отсталого школьника.

Требования к подготовке к занятию: студенты готовят доклады на основе предварительной работы с литературой.

Семинарское занятие №6

Тема: Исследования поведенческих признаков при дизонтогенезе.

Учебные вопросы:

1. Генетические и нейрофизиологические причины задержки психического развития детей.
2. Характеристика поведения и ВНД детей с задержкой психического развития (ЗПР).
3. Классификации ЗПР по М.С. Певзнер и по К.С. Лебединской

Темы докладов:

1. Возможные причины возникновения задержки психического развития.
2. Сравнение классификаций ЗПР М.С. Певзнер с классификацией по этиологическому признаку К.С. Лебединской.
3. Особенности психического развития детей с различными формами ЗПР?

Вопросы для дискуссии:

1. Опишите особенности консультирования семей, имеющих детей с ЗПР.
2. От каких отклонений в психическом развитии наиболее трудно отдифференцировать ЗПР?
3. Опишите особенности игровой деятельности при ЗПР, возможности использования игры в психодиагностических целях.
4. Перечислите наиболее типичные признаки невротического развития детей и подростков с ЗПР.
5. Опишите закономерности психического развития ребенка с синдромом дефицита внимания при гиперактивности и причины его возникновения.

б.Опишите пути формирования различных аспектов готовности к школьному обучению у детей с ЗПР.

Семинарское занятие № 7

Тема: Генетические болезни мозга и дизонтогенез.

Цель: формирование представлений о механизмах нарушения ВНД детей со сложными (комбинированными) нарушениями психического развития.

Понятийный аппарат: человек, ВНД, наследственность, нейроны, индивид, изменчивость, онтогенез

Вопросы для подготовки

1. Приведите классификацию сложных нарушений по этиологическому признаку.
2. Каковы характерные черты психического развития в детском и подростковом возрасте у людей, имеющих нарушения слуха и нарушения центральной нервной системы (при олигофрении, задержке психического развития, детском церебральном параличе, нарушении речевых зон коры головного мозга)?
3. Опишите своеобразие психического развития ребенка со сложным нарушением.
4. Опишите особенности организации комплексной психолого-педагогической помощи детям со сложными нарушениями.
5. На примере слепоглухоты охарактеризуйте возможности компенсации и психического развития человека со сложной структурой нарушения.
6. Опишите типичные особенности развития высших психических функций у слепоглухих людей

Требования к подготовке к занятию: студенты готовят доклады на основе предварительной работы с литературой.

Семинарское занятие № 8

Тема: Психологические особенности детей с поведенческими нарушениями.

Цель: Формирование представлений о механизмах дисгармонического развития, на личность в классическом и современном психоанализе.

Понятийный аппарат: среда, наследственность, сила нервной системы, подвижность нервных процессов, уравновешенность нервных процессов, функциональная асимметрия головного мозга, задатки, социум, среда.

Описание занятия: Студенты группами по 2-3 человека представляют доклады, сопровождаемые электронными презентациями, по одному из вопросов на выбор.

Вопросы для подготовки

1. Дайте определение понятию «нарушения поведения у детей», перечислите возможные причины

этого нарушения.

2. Дайте определение акцентуации характера и психопатии.

3. Опишите особенности коррекционно-психологического воздействия при различных акцентуациях характера.

4. Особенности организации психологической помощи гиперактивным детям

5. Опишите основные нарушения ВНД у детей с СДВГ.

6. Опишите использование методов при работе с детьми с нарушениями поведения.

Требования к подготовке к занятию: студенты готовят доклады на основе предварительной работы с литературой.

2.4. Описание занятий в интерактивных формах

Интерактивное занятие к теме 1 Предмет «Генетические и нейрофизиологические основы изучения высшей нервной деятельности при различных видах дизонтогенеза»

Занятие проводится в форме мини-конференции.

Студенты в мини-группах проводят контент-анализ заголовков журнальных публикаций за два последних года. Делают анализ наиболее часто встречающихся в исследованиях категорий и проблем дизонтогенеза. Презентуют для группы результаты анализа и одну из статей на выбор.

Интерактивное занятие к теме 2 «Генетические и нейрофизиологические основы высшей нервной деятельности при психическом недоразвитии»

Занятие проводится в форме дискуссии на тему определения степени психического недоразвития. К занятию студенты выписывают из как можно большего числа словарей определения понятий

После обсуждения группы конструируют «идеальное» определение генотипа и среды при вкладе в поведенческие признаки.

Интерактивное занятие к теме 3 «Генетические и нейрофизиологические основы высшей нервной деятельности при задержке психического развития»

На занятии студентам предлагаются задачи для решения проблем, касающихся механизмов ВНД при ЗПР. Задачи решаются и обосновываются в мини-группах. Решения обсуждаются на группе, сопоставляются варианты решения.

Интерактивное занятие к теме 4 «Генетические и нейрофизиологические основы высшей нервной деятельности при дефицитарном дизонтогенезе»

На занятии студентам предлагаются задачи для решения проблем, касающихся механизмов ВНД при дефицитарном дизонтогенезе. Задачи решаются и обосновываются в мини-группах. Решения обсуждаются на группе, сопоставляются варианты решения.

Интерактивное занятие к теме 5 «Генетические и нейрофизиологические основы высшей нервной деятельности у детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы и поведения»

На занятии студентам предлагаются задачи для решения проблем, касающихся механизмов ВНД у детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы и поведения. Задачи решаются и обосновываются в мини-группах. Решения обсуждаются на группе, сопоставляются варианты решения.

2.5. Организация планирования встреч с приглашенными представителями организаций

Встречи с приглашенными представителями организаций не предусмотрены.

2.6. Особенности освоения дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья

Обучение студентов с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой на основе адаптированной рабочей программы с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения учебной программы дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает:

- 1) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению:
 - размещение в доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме справочной информации о расписании учебных занятий;
 - присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;
 - выпуск альтернативных форматов методических материалов (крупный шрифт или аудиофайлы);
- 2) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по слуху:
 - надлежащими звуковыми средствами воспроизведение информации;
- 3) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата:
 - возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях.

Получение образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях.

Перечень учебно-методического обеспечения самостоятельной работы обучающихся по дисциплине.

Учебно-методические материалы для самостоятельной работы обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья предоставляются в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья и восприятия информации:

Категории студентов	Формы
С нарушением слуха	- в печатной форме; - в форме электронного документа
С нарушением зрения	- в печатной форме увеличенным шрифтом; - в форме электронного документа; - в форме аудиофайла
С нарушением опорно-двигательного аппарата	- в печатной форме; - в форме электронного документа; - в форме аудиофайла

Данный перечень может быть конкретизирован в зависимости от контингента обучающихся.

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине.

Перечень фондов оценочных средств, соотнесённых с планируемыми результатами освоения образовательной программы.

Для студентов с ограниченными возможностями здоровья предусмотрены следующие оценочные средства:

Категории студентов	Виды оценочных средств	Формы контроля и оценки результатов обучения
С нарушением слуха	Тест	преимущественно письменная проверка
С нарушением зрения	собеседование	преимущественно устная проверка (индивидуально)
С нарушением опорно-двигательного аппарата	Решение дистанционных тестов, контрольные вопросы	-

Студентам с ограниченными возможностями здоровья увеличивается время на подготовку ответов к зачёту, разрешается готовить ответы с использованием дистанционных образовательных технологий.

Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующие этапы формирования компетенций. При

проведении процедуры оценивания результатов обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья предусматривается использование технических средств, необходимых им в связи с их индивидуальными особенностями. Процедура оценивания результатов обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по дисциплине предусматривает предоставление информации в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья и восприятия информации:

Для лиц с нарушениями зрения:

- в печатной форме увеличенным шрифтом;
- в форме электронного документа;
- в форме аудиофайла.

Для лиц с нарушениями слуха:

- в печатной форме;
- в форме электронного документа.

Для лиц с нарушениями слуха:

- в печатной форме увеличенным шрифтом;
- в форме электронного документа;
- в форме аудиофайла.

Данный перечень может быть конкретизирован в зависимости от контингента обучающихся. При проведении процедуры оценивания результатов обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по дисциплине (модулю) обеспечивается выполнение следующих дополнительных требований в зависимости от индивидуальных особенностей обучающихся:

- инструкция по порядку проведения процедуры оценивания предоставляется в доступной форме (устно, в письменной форме);
- доступная форма предоставления заданий оценочных средств (в печатной форме, в печатной форме увеличенным шрифтом, в форме электронного документа, задания зачитываются ассистентом);
- доступная форма предоставления ответов на задания (письменно на бумаге, набор ответов на компьютере, с использованием услуг ассистента, устно).

При необходимости для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов процедура оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю) может проводиться в несколько этапов.

Проведение процедуры оценивания результатов обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья допускается с использованием дистанционных образовательных технологий.

Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины. Для освоения дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья предоставляются основная и дополнительная учебная литература в виде электронного документа в фонде библиотеки и / или в электронно-библиотечных системах.

Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья осуществляется с использованием средств обучения общего и специального назначения:

- лекционная аудитория – мультимедийное оборудование (для студентов с нарушениями слуха);
- учебная аудитория для практических занятий (семинаров) мультимедийное оборудование, (для студентов с нарушениями слуха).

2.7. Методические указания для студентов по освоению дисциплины

Основными принципами изучения данной дисциплины являются:

- принцип развивающего и воспитывающего обучения;
- принцип культуру-природосообразности;
- принцип научности и связи теории с практикой;
- принцип систематичности;
- принцип наглядности;
- принцип доступности;
- принцип положительной мотивации и благоприятного климата обучения.

Методическое обеспечение дисциплины осуществляется за счёт использования современных учебников (учебных комплексов, справочной литературы, словарей, интернет-сайтов специальных зданий и организаций) и учебных пособий, касающихся проблематики изучаемой дисциплины (психодиагностики).

2.8. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине

Учебная аудитория, оборудованная мультимедийным оборудованием и аудио системой, с возможностью демонстрации интерактивных пособий и учебных фильмов, с доступом к сети Интернет.

РАЗДЕЛ 3. Требования к самостоятельной работе студентов в рамках освоения дисциплины

Самостоятельная работа студентов в рамках дисциплины является одним из базовых компонентов обучения, приобретения общекультурных и профессиональных компетенций, предусмотренных компетентностно-ориентированным учебным планом и рабочей программой учебной дисциплины. В процессе самостоятельной работы студенты проявляют свои творческие качества, поднимаются на более высокий уровень профессионализации.

Формы выполнения студентами самостоятельной работы могут быть разнообразны: как выполнение ряда заданий по темам, предложенным преподавателем, так и выполнение индивидуальных творческих заданий (в согласовании с преподавателем): составление библиографии, картотеки статей по определенной теме; составление опорных схем для осмысления и структурирования учебного материала; создание электронных презентаций; выступления на научно-практических конференциях и мн. др.

Типовые задания СРС:

- работа с первоисточниками;
- подготовка докладов;
- изучение отдельной темы и разработка опорного конспекта;
- решение исследовательских задач;
- составление понятийного тезауруса;
- подготовка презентации;
- написание эссе;
- составление аннотированного списка литературы по одной из тем;
- исследовательские работы (возможна разработка проекта).

Самостоятельная работа студентов – способ активного, целенаправленного приобретения студентом новых для него знаний, умений и компетенций без непосредственного участия в этом процессе преподавателей. Самостоятельная работа по дисциплине является единым видом работы, которая может состоять из нескольких заданий.

Методические рекомендации по выполнению самостоятельной работы

Цель выполнения самостоятельной творческой работы — приобретение опыта активной самостоятельной учебно-познавательной деятельности.

Целью СРС является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю, опытом творческой, исследовательской деятельности. СРС способствует развитию самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

В процессе выполнения самостоятельной работы студенты должны быть ориентированы на:

- систематизацию и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студентов;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности студентов: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений для эффективной подготовки к зачетам и экзаменам.

Успех студента в изучении курса зависит от систематической индивидуальной деятельности по овладению учебным материалом. Студентам целесообразно наладить творческий контакт с преподавателем, придерживаться его рекомендаций и советов по успешному овладению материалом.

Требования к структуре и оформлению работы.

Данная работа в окончательном варианте, который предоставляется преподавателю, должна быть иметь следующую **структуру**:

Титульный лист (Образец титульного листа определяется Положением об аттестации учебной работы студентов института, и опубликован на сайте www.psysocwork.ru раздел «Учебный процесс» / «самостоятельная работа»).

Работа должна быть представлена на листах формата А4 в печатном варианте с выполнением основных требований оформления документов. Обязателен титульный лист и прилагаемый список литературы.

Устанавливаются следующие требования к **оформлению самостоятельной работы**:

- параметры страницы (210x297 мм) А4;
- интервал полуторный;
- шрифт 12, Times New Roman;
- поля страницы: левое – 2 см, правое – 1,5 см, верхнее – 2 см, нижнее – 2 см.
- все страницы должны иметь сквозную нумерацию арабскими цифрами в верхнем правом углу.

3.1. Задания для самостоятельной работы по каждой теме (разделу) учебно-тематического плана

Задание №1.

Введение в предмет

Создать словарь понятий и терминов по дисциплине.

Студентам предлагается рассмотрение следующих терминов, таких как: специальная психология, дефицитарное (аномальное) развитие, аномальный ребенок, инвалидность, ретардация, норма и отклонения в физическом и психическом развитии, структура дефекта, принципы и механизмы компенсации дефекта, декомпенсация, коррекция, социально-психологическая адаптация, ресоциализация, адаптивность, дезадаптация, реабилитация, абилитация, экстернальная и интернальная интеграция, психическая депривация, сенсорный приток, тифлопсихология, сурдопсихология, олигофренопсихология, логопедия, задержка психического развития, педагогическая запущенность, умственная отсталость, олигофрения, слабоумие, деменция, задержка психического развития, синдром раннего детского аутизма, девиантное и делинквентное поведение, детский церебральный паралич, дефектология, восстановительная терапия, дактилология, Брайля шрифт, зона ближайшего и актуального развития, вербальная и невербальная коммуникация, игровая терапия, холдинг-терапия, арт-терапия, песочная терапия, телесная терапия.

Задание №2

«Генетические и нейрофизиологические основы ВНД при различных видах дизонтогенеза» как учебная дисциплина и важная область социальной практики.

Подготовить реферат (презентацию) по следующим темам (одну на выбор студента):

1. Генетические и нейрофизиологические основы ВНД при различных видах дизонтогенеза как наука. Категориально-понятийный аппарат. Место в системе научного знания.

2. Генетические и нейрофизиологические основы ВНД при различных видах дизонтогенеза как наука. Объект, предмет, цель и задачи.

3. Основные научные теории дизонтогенеза. Психологическая теория деятельности. Теория поэтапного формирования умственных действий. Учение и зона ближайшего развития.

4. Основные понятия и термины: инвалид, лицо с ограниченными возможностями здоровья, аномальные (дети, лица и др.), дети (лица) с патологией развития, с дефектом развития, с отклонениями в развитии, реадаптация, абилитация, физический недостаток и т.д.

Задание №3

Норма и отклонение в физическом, психологическом, интеллектуальном и моторном развитии человека. Понятие аномального развития (дизонтогенез). Типы нарушений психического развития. Понятие первичного и вторичного дефекта

Подготовить доклады или презентации на следующие темы (одну на выбор студента):

1. Норма и отклонение в физическом, психологическом, интеллектуальном и моторном развитии человека.
2. Роль биологической и социальной детерминации в генезе нарушений развития.
3. Понятие аномального развития (дизонтогенез). Параметры дизонтогенеза. Характеристика отдельных форм дизонтогенеза.
4. Типы нарушения психического развития: недоразвитие, задержанное развитие.
5. Типы нарушения психического развития: поврежденное развитие, искаженное развитие, дисгармоническое развитие.
6. Классификация атипичий развития. Современные отечественные классификации В.В. Ковалева, В.В. Лебединского, М.М. Семаго и др.
7. Первичный и вторичный дефект.
8. Общие и специальные закономерности атипичного развития. Потребности в реальных видах поддержки и помощи для детей, имеющих нарушения развития.

Задание №4

Социально-психологические проблемы

Студентам предлагается изучение следующих тем (оформление конспектов по одной теме из указанного раздела)

1. Психологическая информация о проблемном ребенке. Психологическая реальность ребенка с проблемами в развитии.
2. Социализация детей с отклонениями развития.
3. Психологическое изучение как часть комплексного обследования ребенка. Структура психологического изучения ребенка.
4. Этапы экспериментальной деятельности психолога и параметры оценки результатов изучения ребенка. Направления анализа анамнестических сведений и результатов наблюдений.
5. Комплексный подход к организации помощи детям, имеющим нарушения развития. Российская система помощи детям с нарушениями развития. Концепция развития комплекса параллельных служб в системе образования.
6. Содержание специального образования. Образовательные потребности специальной педагогики. Обучение и воспитание лиц с особыми образовательными потребностями.
7. Технологии, методы, формы специального образования. Технологии специального образования. Методы обучения. Методы воспитания. Формы организации специального обучения.
8. Средства обеспечения коррекционно-образовательного процесса в системе специального образования.
9. Специфические приемы и средства обучения и воспитания в системе специального

образования. Требования к применению средств обучения в коррекционно-образовательном процессе.

Задание №5

Специальное образование и психологическое сопровождение детей с различными нарушениями развития.

Изучение одной из тем на выбор самостоятельно

1. Образование лиц с нарушениями умственного развития. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с ЗПР. Организация и содержание коррекционно-развивающего обучения детей с ЗПР. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с нарушением умственного развития. Организация и содержание коррекционно-развивающего обучения детей с нарушением умственного развития.

2. Педагогическая помощь детям с нарушением речи. Логопедия как отрасль научного знания. Причины речевых нарушений. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с речевыми нарушениями. Система специальных учреждений для детей с нарушениями речи.

3. Педагогические системы образования лиц с нарушениями слуха. Предмет и задачи сурдопедагогики. Причины нарушений слуха, их диагностика и медицинская реабилитация. Педагогическая классификация лиц с недостатками слуха. Педагогические системы специального образования лиц с нарушениями слуха. Специальные технические средства для не слышащих. Профессиональное образование и социальная адаптация лиц с нарушенным слухом.

4. Специальное образование лиц с нарушениями зрения. Предмет и задачи тифлопедагогики. Причины и последствия нарушения зрения и способы компенсации. Дошкольное образование детей с нарушенным зрением. Обучение детей с недостатками зрения в школе. Профориентация, профессиональное образование и трудовая деятельность слепых и слабовидящих.

5. Специальное образование при аутизме и аутистических чертах личности. Понятие о синдроме раннего детского аутизма. Причины аутизма. Клинико-психолого-педагогическая характеристика. Возможности развития, образования и социализации. Коррекционно-педагогическая помощь при аутизме.

6. Специальное образование лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Виды нарушений опорно-двигательного аппарата. Общая характеристика ДЦП. Структура двигательного дефекта при ДЦП. Нарушения психики при ДЦП. Речевые нарушения при ДЦП. Коррекционная работа при ДЦП. Система специализированной помощи детям, страдающим

церебральным параличом.

7. Развитие и образование детей со сложными нарушениями развития. Понятие о сложном нарушении развития. Основные группы детей с сочетанными нарушениями. Задачи психолого-педагогического сопровождения развития ребенка со сложным дефектом. Психолого-педагогические основы развития и образования лиц со сложным дефектом. Пути и способы организации специального образования для лиц со сложными нарушениями в развитии.

Задание 6.

Основы ВНД при дизонтогенезе

Подготовить реферат (презентацию) по следующим темам (одну на выбор студента):

1. Психическое недоразвитие (олигофрения).
2. Генетика олигофрении
3. Синдром Дауна
4. Электроэнцефалограмма (ЭЭГ) при олигофрении
5. Характер поражения мозга при умственной отсталости
6. Задержка психического развития
7. Задержка речевого развития при ЗПР
8. Коррекция работы мозга при ЗПР
9. Поврежденный онтогенез. Минимальная мозговая дисфункция.
10. Генетика и факторы риска ММД
11. Нейроморфологическая, биохимическая и генетическая концепции патогенеза ММД
12. Генетические и нейрофизиологические механизмы синдрома снижения внимания с гиперактивностью.
13. Характеристика дефицитарного дизонтогенеза
14. Нарушения слуха при дизонтогенезе
15. органов слуха зародыша как причины врожденной наследственной глухоты
16. Доминантная глухота. Рецессивная глухота.
17. Психофизиология слуха у детей (аудиограмма)
18. Особенности развития речи у детей с нарушенным зрением
19. Искажённый дизонтогенез. Ранний детский аутизм
20. Детские неврозы и дизонтогенез
21. Дисгармонический дизонтогенез
22. Психопатии и акцентуации при дизонтогенезе

3.2. Критерии оценки результатов выполнения самостоятельной работы

Оценка самостоятельной работы осуществляется в соответствии с Положением об аттестации учебной работы студентов института в рамках балльно-рейтинговой системы оценки учебной работы студентов.

Баллы БРС присваиваются следующим образом:

30 баллов – самостоятельная работа выполнена в срок, в полном объеме, все работы достойны **отличной оценки**;

25 баллов – самостоятельная работа выполнена с некоторыми нарушениями сроков подачи материала, в полном объеме, все работы в среднем достойны **хорошей оценки**;

20 баллов – самостоятельная работа выполнена с некоторыми нарушениями сроков подачи материала, в неполном объеме (менее 90% заданий), все работы в среднем достойны **хорошей оценки**;

10 баллов – самостоятельная работа выполнена с нарушением сроков, в неполном объеме (менее 75% заданий), все работы в среднем достойны **удовлетворительной оценки**.

0 баллов – самостоятельная работа не предоставлена или выполнена с грубейшими нарушениями, все работы в среднем достойны **неудовлетворительной оценки**.

РАЗДЕЛ 4. Фонд оценочных средств

4.1. Материалы, обеспечивающие методическое сопровождение оценки качества знаний по дисциплине на различных этапах ее освоения

К основным формам контроля, определяющим процедуры оценивания знаний, умений, навыков, характеризующих этапы формирования компетенций по дисциплине относится рубежный контроль (тест минимальной компетентности), промежуточная аттестация в форме экзамена по дисциплине.

Критериями и показателями оценивания компетенций на различных этапах формирования компетенций являются:

- знание терминов, понятий, категорий, концепций и теорий по дисциплине;
- понимание связей между теорией и практикой;
- сформированность аналитических способностей в процессе изучения дисциплины;
- знание специальной литературы по дисциплине.

Шкала оценивания компетенций на различных этапах их формирования включает следующие критерии:

- полное соответствие;
- частичное соответствие;
- несоответствие.

Уровень знаний, аттестуемых на экзамене, оценивается по пятибалльной системе с оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

ОТЛИЧНО (5 баллов)

Владеет методами нейрофизиологии для использования их для решения исследовательских задач; навыками психогенетического анализа эмпирических данных о механизмах ВНД при дизонтогенезе; навыками применения методов генетики и нейрофизиологии в реализации конкретных мероприятий профилактического, развивающего, коррекционного или реабилитационного характера; навыками решения профессиональных задач на основе учета сведений о конкретной форме дизонтогенеза. Обучающийся показывает высокий уровень теоретических знаний, владения понятийным аппаратом дисциплины, умения решать проблемные ситуации и устанавливать междисциплинарные связи; показывает отличные знания по основным категориям и понятиям генетики поведения при дизонтогенезе; по основным категориям и понятиям нейрофизиологии поведения при дизонтогенезе; по истории идей понимания механизмов ВНД при дизонтогенезе; по специфике, предметному содержанию, целям, задачам, проблемам и объектам генетических и нейрофизиологических механизмов высшей нервной деятельности при различных видах дизонтогенеза. Студент отлично разбирается в вопросах изучения основных механизмов генетических и нейрофизиологических основ высшей нервной деятельности при различных видах дизонтогенеза; а также в психологической структуре и механизмах формирования дизонтогенеза;

ХОРОШО (4 балла)

Студент удачно применяет понятийно-категориальный аппарат генетики при анализе психологических явлений; учитывает особенности дизонтогенеза при оказании психологической помощи; правильно применяет знания по дизонтогенезу и его механизмах формирования при оценивании потребностей и запросов целевой аудитории; удачно ориентируется в научной литературе по проблематике дизонтогенеза; показывает хорошие знания по основным категориям и понятиям генетики поведения при дизонтогенезе; по основным категориям и понятиям нейрофизиологии поведения при дизонтогенезе; по истории идей понимания механизмов ВНД при дизонтогенезе; по специфике, предметному содержанию, целям, задачам, проблемам и объектам генетических и нейрофизиологических механизмов высшей нервной деятельности при различных видах дизонтогенеза. Студент хорошо разбирается в вопросах изучения основных механизмов генетических и нейрофизиологических основ высшей нервной деятельности при различных видах дизонтогенеза; а также в психологической структуре и механизмах формирования дизонтогенеза;

УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО (3 балла)

Показывает посредственные знания по основным категориям и понятиям генетики поведения при дизонтогенезе; по основным категориям и понятиям нейрофизиологии поведения при дизонтогенезе; по истории идей понимания механизмов ВНД при дизонтогенезе; по специфике, предметному содержанию, целям, задачам, проблемам и объектам генетических и нейрофизиологических механизмов высшей нервной деятельности при различных видах дизонтогенеза. Студент не достаточно хорошо разбирается в вопросах изучения основных механизмов генетических и нейрофизиологических основ высшей нервной деятельности при различных видах дизонтогенеза; а также в психологической структуре и механизмах формирования дизонтогенеза;

НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО (2 балла)

Обучающийся показывает низкий уровень компетентности, недостаточное раскрытие профессиональных понятий, категорий, концепций, теорий. Ответ содержит ряд серьезных неточностей, выводы поверхностны или неверны. Студент не разбирается в вопросах изучения основных механизмов генетических и нейрофизиологических основ высшей нервной деятельности при различных видах дизонтогенеза; а также в психологической структуре и механизмах формирования дизонтогенеза; не может привести примеры из реальной практики генетики и нейрофизиологии. Не может изложить материал по генетическим и нейрофизиологическим основам высшей нервной деятельности при различных видах дизонтогенеза. Неправильно отвечает на дополнительные вопросы или затрудняется с ответом.

4.2. Формирование компетенций в процессе освоения дисциплины

Номер темы	Название темы	Код изучаемой компетенции
Тема 1.	Предмет «Генетические и нейрофизиологические основы изучения высшей нервной деятельности при различных видах дизонтогенеза».	ОПК-8
Тема 2.	Генетические и нейрофизиологические основы изучения высшей нервной деятельности при психическом недоразвитии.	ОПК-8
Тема 3.	Генетические и нейрофизиологические основы изучения высшей нервной деятельности при задержке психического развития.	ОПК-8
Тема 4.	Генетические и нейрофизиологические основы высшей нервной деятельности при дефицитарном дизонтогенезе.	ОПК-8
Тема 5.	Генетические и нейрофизиологические основы высшей нервной деятельности у детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы и поведения.	ОПК-8
Тема 6.	Исследования поведенческих признаков при дизонтогенезе.	ОПК-8
Тема 7.	Генетические болезни мозга и дизонтогенез.	ОПК-8

4.3. Описание форм аттестации текущего контроля успеваемости (рубежного контроля) и итогового контроля знаний по дисциплине (промежуточной аттестация по дисциплине)

Рубежный контроль (текущий контроль успеваемости) – задания или иные варианты контроля успеваемости студентов, проводимых преподавателем в процессе изучения дисциплины в форме проверочной (контрольной) работы или теста минимальной компетентности.

Рубежный контроль проводится в форме теста минимальной компетентности, студентам предлагается ответить на 10 закрытых вопросов с выбором одного ответа на каждый.

Тест проводится на занятии, вопросы проецируются на экране, время ответа 35 секунд.

Необходимо ответить на 7 вопросов из 10.

Промежуточная аттестация по дисциплине проводится в форме экзамена, предполагающего устный ответ на два теоретических вопроса.

4.4. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины

Примерные вопросы к экзамену

1. Предмет, задачи, основные разделы изучения основ ВНД при дизонтогенезе.
2. Место изучения основ ВНД при дизонтогенезе в дефектологии как комплексной науке о лицах с недостатками развития.
3. Основные закономерности аномального психического развития.
4. Клинико-психологические подходы к пониманию дизонтогенеза. Типы психического дизонтогенеза.
5. Клиника и патогенез ведущего нарушения олигофрении.
Дифференцированные формы олигофрении.
6. Особенности развития познавательной сферы умственно отсталых детей.
Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы умственно отсталых детей
7. Особенности деятельности умственно отсталых детей.
Понятие задержки психического развития. Причины и условия возникновения ЗПР.
Психологическая коррекция отклонений детского поведения и вне врачебная помощь трудным детям.
8. Генотип и фенотип при дизонтогенезе
9. Результат взаимодействия генотипа и среды при дизонтогенезе. Ген-средовое

взаимодействие в развитии ребенка

10. Значение биологической наследственности в жизни человека.
11. Неустойчивость в развитии и асинхрония
12. Понятие «аномальный ребенок».
13. Термин «дети с особыми образовательными потребностями»
14. Аномальное развитие и его характеристика
15. Понятие «норма» в развитии организма.
16. Условия, необходимые для нормального развития ребенка по А.Р. Лурия.
17. Структура дефекта у ребенка. Теория Л.С. Выготского
18. Термины «коррекция» и «компенсация»
19. Термины «сегрегация» и «интеграция» в развитии проблемного ребенка
20. Факторы нарушения развития: органические и функциональные
21. Связь основ ВНД при дизонтогенезе с другими науками
22. Понятие дизонтогенеза. Классификация видов онтогенеза по В.В. Лебединскому
23. Закономерности, общие для развития нормального и аномального ребенка
24. Выделение параметров дизонтогенеза и их характеристики
25. Психическое недоразвитие (олигофрения).
26. Классификация олигофрении Г.Е. Сухаревой
27. Генетика олигофрении
28. Синдром Дауна
29. Особенности ВНД при олигофрении
30. Электроэнцефалограмма (ЭЭГ) при олигофрении
31. Нарушения речи при умственной отсталости у детей.
32. Характер поражения мозга при умственной отсталости
33. Причины умственной отсталости
34. Формы умственной отсталости (олигофрения и деменция)
35. Степени умственной отсталости
36. Задержка психического развития
37. Классификации задержки психического развития (ЗПР)
38. Сравнение ВНД детей с ЗПР и умственной отсталостью
39. Генетика и биологические факторы ЗПР
40. Задержка речевого развития при ЗПР
41. Коррекция работы мозга при ЗПР
42. Поврежденный онтогенез. Минимальная мозговая дисфункция.
43. Генетика и факторы риска ММД

44. Нейроморфологическая, биохимическая и генетическая концепции патогенеза ММД

45. Отделы ЦНС, поражаемые при ММД

46. Генетические и нейрофизиологические механизмы синдрома снижения внимания с гиперактивностью.

47. Характеристика дефицитарного дизонтогенеза

48. Сенсорные и гностические расстройства

49. Нарушения слуха при дизонтогенезе

50. Поломки в генах, несущих информацию о развитии органов слуха зародыша как причины врожденной наследственной глухоты

51. Доминантная глухота. Рецессивная глухота.

52. Психофизиология слуха у детей (аудиограмма)

53. Особенности развития речи у детей с нарушенным слухом

54. Особенности развития речи у детей с нарушенным зрением

55. Искажённый дизонтогенез. ранний детский аутизм

56. Детский аутизм и его мозговые механизмы

57. Детские неврозы и дизонтогенез

58. Дисгармонический дизонтогенез

Пример типового задания в форме теста для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

Тест 1. Выберите один верный вариант.

Фамилия исследователя, который ввел термин “психогенетика”:

А) А. Анастази

Б) **Ф. Гальтон**

В) В. Штерн

Г) А. Бине

Тест 2. Выберите один верный вариант.

Дефицитарный онтогенез:

А) У детей с нарушениями поведения

Б) **У детей с нарушениями зрения и слуха и опорно-двигательного аппарата**

В) У детей с ЗПР

Пример типового практико-ориентированного задания

Типовое задание 1.

Основные генетический метод диагностике болезни Дауна.

- а) близнецовый;
- б) генеалогический;
- в) биохимический метод;
- г) **молекулярный метод.**

Весь набор генов одного организма называют:

- а) **генотип;**
- б) фенотип.

Типовое задание 2.

Типы ВНД, подверженные стрессу:

- а) сангвинк
- б) **меланхолик**
- г) флегматик
- д) **холерик**

РАЗДЕЛ 5. Глоссарий

АБАЗИЯ(от греч. а- — приставка со значением отрицания и basis— основа, опора) — двигательное расстройство, состоящее в утрате способности стоять и ходить при отсутствии органических повреждений.

АГНОЗИЯ(от греч. а- — приставка со значением отрицания и gnosis— познание) — нарушение восприятия, возникающее при поражении коры больших полушарий головного мозга. Различают зрительную (оптическую), слуховую (акустическую) и осязательную (тактильную) А. Больной, страдающий А., хотя и не утратил остроты зрения, слуха или осязательной чувствительности, становится не способен узнавать предметы и их изображения, а также звуки (в частности, звуки речи). Возникновение А. в детском возрасте вызывает серьезные отклонения в психическом развитии. При зрительной А. ребенок оказывается дезориентированным в окружающей среде, что может привести к отставанию в умственном развитии. При слуховой А. возникают отклонения в развитии речи и как следствие — затруднения в освоении чтения и письма. Корректирующее обучение осуществляется с опорой на сохраненные анализаторы.

АНОМАЛЬНЫЕ ДЕТИ(от греч. anomalos— неправильный) — дети, имеющие значительные отклонения от нормального физического и психического развития, вызванные серьезными врожденными или приобретенными дефектами, и вследствие этого нуждающиеся в специальных условиях обучения и воспитания.

Дети, чье физическое и психическое развитие не нарушено, несмотря на наличие некоторого дефекта (напр., потери зрения на один глаз), не относятся к категории аномальных.

Развитие А. д. в принципе подчиняется тем же закономерностям, что и развитие нормальных детей. В процессе аномального развития проявляются не только негативные аспекты, но и положительные возможности ребенка: своеобразие А. д. обусловлено процессами естественной компенсации за счет использования сохранных функций. Но для того, чтобы развитие А. д. было максимально приближено к нормальному, требуется система специальных педагогических воздействий, имеющих коррекционную направленность и учитывающих специфику дефекта. Необходимые для этого условия в наиболее адекватной форме создаются в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях, в которых большинство А. д. (за исключением детей, страдающих умственной отсталостью) получает образование, соответствующее объему неполной или полной средней общеобразовательной школы.

В зависимости от вида аномалии выделяются следующие категории А. д. (подразделяемые на группы по степени выраженности и времени наступления дефекта): дети с нарушениями зрения (слепые дети, слабовидящие дети, ослепшие дети), дети с нарушениями слуха (глухие дети, слабослышащие дети, оглохшие дети), дети с нарушениями интеллекта (см. Олигофрения, Задержка психического развития), дети с нарушениями речи, дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата, дети с эмоциональными нарушениями, а также дети со сложными видами нарушений (см. Сложный дефект).

АСТЕНИЯ(греч. *asthenia*— слабость) — болезненное состояние, характеризующееся повышенной утомляемостью, истощением, неспособностью к длительному умственному и физическому напряжению. Может быть обусловлена перенесенными заболеваниями (острые инфекции,

ревматизм и др.), физическими и психическими перегрузками, а также функциональной или органической неполноценностью головного мозга (церебрастения). Для последнего случая характерны признаки истощения нервной системы, проявляющиеся главным образом в эмоциональной и интеллектуальной сферах. Это повышенная чувствительность, раздражительность, обидчивость или, наоборот, вялость, пассивность. Часто наблюдается пониженное настроение с ощущением физического дискомфорта. Интеллектуальная истощенность проявляется в неспособности длительной концентрации внимания, ослаблении памяти, замедлении темпа умственной деятельности. Дети, страдающие церебрастенией, плохо переносят жару, яркий свет, шум, жалуются на головные боли; у них нарушаются аппетит и сон; работоспособность падает к концу учебного дня (недели, четверти). Длительная А. (церебрастения) может сопровождаться ЗПР. В этих случаях дети обучаются в спец. школах.

АУТИЗМ(от греч. *autos*— сам) — состояние психики, характеризующееся замкнутостью,

отсутствием потребности в общении, предпочтением своего внутреннего мира контактам с окружающими. Термин «А.» ввел в 1912 г. Э. Блейлер для обозначения особого вида мышления, которое регулируется эмоциональными потребностями человека и не зависит от реальной действительности.

Происхождение А. может быть различным. В легкой степени он может встречаться при конституционных особенностях психики (акцентуация характера, психопатия), а также в условиях хронической психической травмы (аутистическое развитие личности). А. может выступать как грубая аномалия психического развития (см. Ранний детский аутизм). В тяжелых случаях необходимы коррекция и лечение, включающие, в частности, налаживание контактов с внешним миром.

В современной психологии и психиатрии термин «А.» используется также применительно к нормальной психике; показано, что аутизация может выступать в качестве механизма психологической защиты от психотравмирующих влияний. В некоторых зарубежных психологических теориях А. рассматривается как нормальное состояние ребенка на начальных этапах его развития.

АФАЗИЯ (от греч. а- — приставка со значением отрицания и phasis — высказывание) — нарушение речи, проявляющееся в полной или частичной утрате способности пользоваться языковыми средствами при сохранении функций артикуляционного аппарата и слуха. Возникает при органических поражениях речевых отделов коры головного мозга в результате перенесенных заболеваний и травм, опухолей, воспалительных процессов. В отличие от алалии при А. нарушается функция уже сформировавшейся речевой системы. Существуют различные классификации А. в зависимости от симптоматики и локализации поражения (напр., в нейропсихологической классификации, разработанной А. Р. Лурией, выделяется 7 форм А.). Наиболее распространенная обобщенная классификация выделяет 2 основные формы (группы) А. — моторную и сенсорную. При моторной А. поражается двигательный речевой центр (центр Брока), что приводит к нарушению всех или некоторых компонентов экспрессивной речи при достаточной сохранности понимания. При сенсорной А. поражается чувствительный (сенсорный) центр речи (центр Вернике); эта форма характеризуется первичным нарушением понимания речи и вторичным — экспрессивной речи. Кроме моторной и сенсорной А. выделяют амнестическую А., которая не может быть строго отнесена к двум основным формам. Амнестическая А. встречается редко, механизм этого нарушения мало изучен. Выражается в забывании названий предметов.

У детей А. вызывает вторичную ЗПР, которую необходимо отличать от олигофрении. Восстановление речи при А. осуществляется специальными педагогическими (логопедическими) и нейропсихологическими методами на основе использования функции

сохранных анализаторов.

ВИЛЬЯМСА СИНДРОМ — редкая наследственная аномалия, для которой характерно специфическое сочетание умственной отсталости, врожденного порока сердца и своеобразного строения лица (последним определяется еще одно название синдрома — «лицо эльфа»). Интеллектуальные нарушения начинают заметно проявляться примерно на третьем году жизни и часто сочетаются с двигательной недостаточностью.

ГИДРОЦЕФАЛИЯ(от греч.hydor— вода и kephale — голова) — заболевание мозга, проявляющееся в накоплении ликвора в черепной полости вследствие нарушения баланса его секреции и всасывания. Существует гипотеза о наследственной обусловленности Г. Многочисленные факты свидетельствуют о том, что Г. возникает в результате патологии родов, а также при менингите и менингоэнцефалите. Внешне Г. проявляется в деформациях черепа (увеличение лба и темени и т. п.). Характерные особенности детей, страдающих Г., — сниженная умственная работоспособность, частые вспышки эйфории либо гнева, склонность к резонерству. Умственной отсталостью страдают примерно 2% больных Г. В ряде случаев после периода прогрессирующей Г. внутричерепное давление нормализуется и заболевание приобретает компенсированный характер.

ГИПЕРДИНАМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ(от греч. hyper— чрезмерно и dynamis — сила), синдром двигательной расторможенности — наиболее распространенное проявление раннего поражения ЦНС, выражающееся в чрезмерной активности, суетливости, раздражительности, неспособности к целенаправленному и организованному поведению. Заметно усиливается при утомлении и соматических заболеваниях. Наиболее выражен у детей, страдающих церебрастенией, у которых повышенная утомляемость препятствует произвольной регуляции поведения. Обычно проходит к 11—12 годам, но в подростковом возрасте возможны обострения. Дети с Г. с. требуют особого подхода — дозирования нагрузок, смены видов деятельности.

ГЛУХИЕ ДЕТИ— дети, страдающие полным отсутствием слуха и вследствие этого неспособные к самостоятельному овладению речью.

Полная (тотальная) глухота встречается довольно редко; обычно сохраняется так называемый остаточный слух, позволяющий воспринимать очень громкие, резкие и низкие звуки, чего, однако, недостаточно для восприятия речи. В результате специальных мероприятий по развитию и использованию остаточного слуха (см. Слуховая работа) значительно повышаются возможности детей в овладении устной речью. Потеря слуха, наступившая до овладения ребенком речью, при отсутствии специального обучения приводит к глухоноте. Обучение Г. д. в специальных образовательных учреждениях особого типа (школах-интернатах для глухих) способствует компенсации дефекта за счет овладения навыками дактилологии,

мимико-жестовой и письменной речи и, что особенно важно, словесной речи. Обучение осуществляется с использованием зрительного восприятия, кинестезической и вибрационной чувствительности. Овладевая чтением с лица, Г. д. начинают понимать обращенную речь, а научившись производить речевые движения, начинают произносить слова. Овладение словесной речью способствует преодолению и вторичных дефектов у Г. д.

ГЛУХОНЕМОТА— сочетание тяжелого слухового дефекта и связанного с ним отсутствия речи. В исключительно редких случаях Г. обусловлена сочетанием отсутствия (или тяжелого нарушения) слуха и поражения речедвигательного аппарата. В подавляющем же большинстве случаев Г. возникает в связи с врожденным или рано приобретенным слуховым дефектом, когда без специального обучения (даже при сохранности речедвигательного аппарата) ребенок оказывается неспособным к освоению устной речи (не слыша речи окружающих, он не может подражать ей).

Если с глухими или слабослышащими детьми не проводятся специальные педагогические мероприятия с использованием сурдотехнических средств, если их обучение и воспитание осуществляется только с привлечением дактильной и мимико-жестовой речи, то такие дети впоследствии оказываются глухонемыми. Рациональное использование остаточного слуха (а тотально глухих детей — меньшинство), специальные педагогические мероприятия с использованием сурдотехнических средств позволяют глухим и слабослышащим овладеть навыками устной речи. Это обеспечивает им возможность полноценно общаться со слышащими за счет продуцирования собственных высказываний в устной форме и восприятия чужой устной речи посредством чтения с лица. В связи с этим понятие «Г.» переносится в разряд устаревших; лиц, ранее называвшихся глухонемыми, в настоящее время определяют как глухих.

ДАКТИЛОГРАФИЯ— форма общения с грамотными глухими посредством начертания пальцем контура букв (в воздухе или на какой-либо поверхности). Д. имеет особое значение для общения со слепоглухими; в этом случае буквы воспроизводятся пальцем на ладони слепоглохого. Термин «Д.» употребляется также для обозначения особой техники машинописи.

ДАКТИЛОЛОГИЯ, дактильная речь — своеобразная форма речи, воспроизводящая слова посредством пальцев рук. Изобретена людьми, принимавшими на себя религиозный обет молчания, для осуществления элементарных форм общения. Впоследствии стала использоваться в качестве заменителя устной речи для общения слышащих с глухими и глухих между собой. Дактильные знаки (различные положения пальцев) воспроизводят буквенный алфавит определенного языка. Поэтому в Д. знаков столько, сколько букв в алфавите данного языка. По очертаниям многие дактильные знаки напоминают буквы. Д. обеспечивает овладение глухими языком слов. Используется в первоначальный период обучения глухих детей в детском саду и спец. школе как ведущее средство формирования речи и как средство

общения. Благодаря наглядному характеру Д. легко воспринимается и воспроизводится глухими. В старших классах спец. школы играет вспомогательную роль в сочетании со сформированной устной речью и чтением с лица. В последнем случае Д. помогает воспринимать неуловимую глазом разницу между звонкими и глухими, твердыми и мягкими звуками.

ДАУНА БОЛЕЗНЬ, синдром Дауна — хромосомная болезнь, одна из форм олигофрении, при которой умственная отсталость сочетается со своеобразным внешним обликом больного. Впервые описана в 1866 г. Л. Дауном под названием «монголизм». Встречается с частотой один случай на 500—800 новорожденных вне зависимости от пола (установлена зависимость частоты рождений больных с синдромом Дауна от возраста матери: у матерей моложе 30 лет этот показатель 1:600, после 34 лет вероятность ежегодно удваивается). В 95% случаев в клетках больных имеется 47 хромосом вместо 46 за счет лишней хромосомы в 21-й паре. Это нарушение (трисомия) наблюдается в том случае, когда у матери при созревании половой клетки произошло расхождение 21-й пары хромосом. Значительно реже Д. б. обусловлена иными аномалиями — транслокацией или мозаичностью хромосом.

Больные обладают характерной внешностью (что облегчает постановку диагноза уже при рождении): небольшая (вследствие недоразвития черепа) голова с плоским затылком, косой разрез глаз с эпикантусом (кожная складка в углу глаз), запавшая переносица, толстый язык, деформированные уши и др. Наблюдаются деформации скелета, аномалии в строении грудной клетки, конечностей, особенно пальцев рук.

Умственная отсталость при Д. б. в 75% случаев — в степени имбецильности, в 20% — идиотии; лишь около 5% больных — дебилы. Мышление больных отличается конкретностью и тугоподвижностью. Вместе с тем у них отмечается наблюдательность, способность к подражанию, эмоциональность с преобладанием положительных реакций, большинство послушны и исполнительны, способны овладевать элементарными навыками. Лечение малоэффективно.

ДЕБИЛЬНОСТЬ — наиболее легкая (по сравнению с идиотией и имбецильностью) степень умственной отсталости. Сниженный интеллект и особенности эмоционально-волевой сферы детей-дебилов не позволяют им овладеть программой общеобразовательной массовой школы. Усвоение учебного материала по любому предмету школьной программы для дебилов чрезвычайно сложно. Напр., овладевая письменной и устной речью, понятием числа и навыками счета, они испытывают большие затруднения в понимании связей между звуком и буквой, множеством и его числовым выражением и т. п. Все это физиологически обусловлено недоразвитием аналитико-синтетической функции высшей нервной деятельности, нарушениями фонематического слуха и фонетико-фонематического анализа. Отсутствие

умения устанавливать адекватные причинно-следственные зависимости приводит к серьезным затруднениям даже в понимании и решении относительно простых математических задач.

Дети-дебилы нуждаются в спец. обучении. За 9 лет они осваивают учебный материал, приблизительно соответствующий программе начальной общеобразовательной школы. Соматические нарушения, общая физическая ослабленность (особенно на ранних годах обучения), нарушения моторики, свойственные большинству детей-дебиллов, а также особенности эмоционально-волевой сферы, системы побудительных мотивов, характера и поведения в значительной степени ограничивают круг их последующей профессионально-трудовой деятельности.

В последние годы предпринимаются попытки провести более дифференцированную оценку степени умственной отсталости. Выделяются легкая Д., средняя Д., выраженная Д. Такого рода оценка может иметь большое практическое значение, позволяя более точно и эффективно организовать учебно-воспитательный процесс. Однако критерии такого подразделения до настоящего времени четко не сформулированы.

ДЕКОМПЕНСАЦИЯ(от лат.de— приставка со значением отсутствия incompensatio— уравнивание) — процесс, обратный компенсации, — расстройство деятельности какой-либо системы организма вследствие нарушения компенсации. Возникает, как правило, при ухудшении состояния организма либо при столкновении с неожиданными новыми условиями, требующими формирования новых приспособительных реакций.

ДЕМЕНЦИЯ(от лат.dementia— безумие) — стойкое и, как правило, необратимое ослабление интеллектуальной деятельности в сочетании с расстройствами памяти и эмоционально-волевой сферы. В детском возрасте после некоторого периода нормального развития ребенка Д. возникает при органич. поражениях мозга вследствие воспалений, ушибов и т. п., а также при шизофрении и эпилепсии. Разграничение Д. и олигофрении в раннем возрасте затруднено тем, что любое поражение мозга приводит не только к распаду сформированных функций, но и к отставанию психического развития в целом. При возникновении Д. у детей старше трех лет установить диагноз значительно проще.

Специфика интеллектуального дефекта при Д. заключается в неравномерной недостаточности познавательной функции. Дети, страдающие Д., могут обладать значительным запасом знаний, накопленных в период нормального развития, однако они почти не способны ими воспользоваться вследствие нарушений памяти, внимания, умственной работоспособности. Для них характерны общая двигательная расторможенность, возбудимость, крайне недостаточная произвольность поведения.

Лечение основного заболевания позволяет добиться частичной компенсации интеллектуального дефекта. Так же как олигофрены, дети,

страдающие Д., обучаются в спец. образовательных учреждениях в зависимости от степени интеллектуальных нарушений.

ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ— дети с сохранным слухом и интеллектом, страдающие резко выраженными отклонениями в развитии речи и вследствие этого ограниченные в речевом общении. Нарушения речи весьма разнообразны. Наиболее часто встречаются алалия, афазия, ринолалия, дизартрия. К тяжелым нарушениям речи относят также выраженные формы заикания (в тех случаях, когда этот дефект значительно затрудняет общение и обучение детей в массовой школе). В качестве вторичных нарушений у Д. с н. р. выступают ограниченность мышления, затруднения в чтении и письме, отклонения в эмоционально-волевой сфере. Обучение таких детей осуществляется в спец. образовательных учреждениях особого типа. Неярко выраженные дефекты речи, не определяющие аномального развития, устраняются в результате спец. логопедических занятий.

ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ (ДЦП)- заболевание головного мозга, при котором вследствие поражения двигательных систем мозга наблюдаются различные психомоторные нарушения. Понятие ДЦП объединяет группу двигательных расстройств, вызванных нарушениями контроля со стороны ЦНС за функциями мышц. В основе ДЦП лежит раннее (как правило, внутриутробное) повреждение или недоразвитие мозга вследствие хронических заболеваний будущей матери, перенесенных ею инфекционных заболеваний, интоксикаций, несовместимости крови матери и плода по резус-фактору или групповой принадлежности и др., иногда — возникающее в результате родовой травмы или асфиксии новорожденных, реже — как следствие энцефалита. ДЦП, как правило, не является наследственным заболеванием.

Существует несколько форм ДЦП в зависимости от повреждения определенных систем мозга. У одних детей двигательные нарушения выражаются в повышении мышечного тонуса (спастичности) в сочетании со слабостью мышц (паретичностью), что приводит к затруднению или даже невозможности произвольных движений. Тяжесть двигательных нарушений может быть различной. При двойной гемиплегии наблюдается тяжелое поражение всех четырех конечностей, причем руки поражаются в той же степени, что и ноги, а иногда и сильнее. При спастической диплегии поражаются преимущественно ноги. Спастическая диплегия иногда описывается как болезнь Литтля.

У некоторых детей наблюдаются односторонние двигательные нарушения — гемипарезы; обычно сильнее поражается рука.

Наряду с нарушениями по типу спастичности у детей встречаются затруднения движений за счет насильственных движений (гиперкинезов).

Кроме того, существует атонически-астатическая форма ДЦП, которую отличают плохая

координация движений, несформированность реакций равновесия, низкий мышечный тонус.

Чаще всего имеет место смешанный характер заболевания.

Нередко ДЦП отягощается нарушениями поведения, интеллекта, речи, зрения и слуха, что связано с ограниченным поражением ЦНС. Моторные нарушения ограничивают способность самостоятельного передвижения и самообслуживания, препятствуют освоению предметно-практической деятельности, что отрицательно сказывается на формировании высших психических функций, общем ходе психического развития. Дети с ДЦП обучаются в спец. образовательных учреждениях для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

ДЕФЕКТ(от лат.defectus— недостаток) — физический или психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития ребенка. Понятие Д. — центральное для дефектологии — детально разработано в трудах Л. С. Выготского. Им установлено, что структура Д. не сводится к симптомам повреждения биологических систем (различных отделов ЦНС, анализаторов и др.), которые представляют собой первичные симптомы нарушения — первичный Д. Недоразвитие высших психических функций (напр., речи и мышления у глухих, опосредованной памяти у дебилов, восприятия и пространственной ориентировки у слепых и т. д.) и социальной стороны поведения Выготский считал вторичными отклонениями, не связанными непосредственно с основным, первичным Д., но обусловленными им. Он показал, как это соотношение первичных, вторичных и последующих наслаивающихся на них отклонений усложняет структуру Д. Он проанализировал также условия для предупреждения и преодоления этих отклонений развития. Адекватное обучение и воспитание способствуют преодолению причин, которые порождают вторичные (третичные и т. д.) отклонения. При этом центральная область компенсации Д., согласно Выготскому, — повышение культурного развития, формирование высших психических функций.

Чем дальше отстоит нарушение от пораженного органа и связанного с ним первичного отклонения, тем легче это нарушение поддается коррекции.

ДЕФИЦИТАРНОЕ РАЗВИТИЕ— патологическое формирование личности у детей с тяжелыми дефектами зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, при которых недостаток сенсорных стимулов вызывает явления депривации и нарушения эмоциональной сферы. Термин предложен в 1976 г. В. В. Ковалевым.

ДИЗОНТОГЕНИИ(от греч.dis— приставка, означающая расстройство, и ontogenesis— индивидуальное развитие) — термин, впервые употребленный в 1927 г., для обозначения отклонения внутриутробного формирования структур организма от нормального развития. В дальнейшем этим понятием стали обозначать различные отклонения от нормального физического и психического развития в дет. возрасте. Термин используется преимущественно в детской психиатрии, в дефектологии ему соответствует понятие «аномалии развития».

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ОБУЧЕНИЕ аномальных детей — организация обучения и воспитания детей с дефектами развития в различных типах спец. (коррекционных) образовательных учреждений в зависимости от характера и степени выраженности дефекта. Направление ребенка в учреждение того или иного типа осуществляется на основании комплексного обследования. Для каждого типа спец. школ и специализированных отделений при некоторых школах определены сроки обучения, содержание образования и трудовой подготовки, методы отбора детей, создана система учебников, методических пособий, дидактических материалов.

ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (ЗПР)- особый тип аномалии, проявляющийся в нарушении нормального темпа психического развития ребенка. Может быть вызвана различными причинами: дефектами конституции ребенка (гармонический инфантилизм), соматическими заболеваниями, органическими поражениями ЦНС (минимальная мозговая дисфункция.). У детей с ЗПР отмечается сниженная работоспособность вследствие возникающих у них явлений церебрастении, психомоторной расторможенности, возбудимости. Познавательная деятельность у таких детей характеризуется низким уровнем активности и замедлением переработки информации. Вместе с тем у них не нарушены абсолютные пороги чувствительности, различительные возможности слуха и зрения. Дефекты восприятия обнаруживаются при усложнении воспринимаемых объектов или в условиях, затрудняющих восприятие (необычное положение объектов и т. п.). Внимание характеризуется неустойчивостью, память ограничена в объеме и непрочна. Наглядно-действенное мышление развито в большей степени, чем наглядно-образное и особенно словесно-логическое. Имеются также легкие нарушения речевых функций. ЗПР особенно ярко проявляется в начале школьного обучения, когда обнаруживаются недостаточность знаний и представлений об окружающем мире, незрелость эмоциональной сферы и мотивации (отсутствие познавательных и преобладание игровых мотивов), несформированность произвольного поведения, отставание в развитии речи. Детей с ЗПР нередко ошибочно относят к олигофренам. В отличие от олигофрении, при которой наблюдается устойчивое общее недоразвитие психики, у детей с ЗПР недоразвитие высших психических функций носит временный характер. Правильный диагноз можно поставить с учетом того, что дети с ЗПР всегда способны использовать помощь, оказанную в процессе работы, усваивают принципы решения задачи. Это показывает, что они обладают полноценными возможностями для дальнейшего развития. Дети с ЗПР могут обучаться в спец. школе особого типа и классах при массовой школе.

ЗАЙКАНИЕ— сложное нарушение речи, характеризующееся расстройством ее ритма и плавности. Как правило, 3. возникает у детей 2—5 лет, т. е. в период формирования развернутой фразовой речи, чаще — у легко возбудимых детей. Обостряется в связи с

поступлением в школу, а также в подростковом и юношеском возрасте. Вызывается периодически возникающими судорогами мышц речевого аппарата: несколько кратковременных сокращений мышц приводят к непроизвольному повторению отдельных звуков или слогов — клоническое З., сильное длительное сокращение мышц вызывает задержку речи — тоническое З.; часто отмечается смешанная форма З. К судорогам мышц речевого аппарата иногда присоединяются судороги лица и конечностей. Неспособность к полноценно оформленному речевому высказыванию создает серьезные затруднения в общении.

Подразделение З. на клоническое и тоническое (в зависимости от характера судорог речевой мускулатуры) в настоящее время представляется

недостаточным. З. — симптом разных (в клиническом отношении) заблеваний, оно редко выступает в самостоятельном виде и почти всегда сосуществует с другими нервно-психическими расстройствами. Исходя из этого, М. И. Буянов и Б. З. Драпкин выделили невротическое, неврозоподобное и смешанное З. Невротическое З. — психогенное расстройство, которое обнаруживается в психотравмирующей ситуации, усиливается при фиксации внимания на речевом дефекте и, наоборот, значительно уменьшается при отвлечении внимания. Неврозоподобное З. внешне напоминает невротическое, но не имеет психогенного происхождения, а возникает в рамках шизофрении, эпилепсии, олигофрении, при органич. поражении ЦНС. Кроме того, неврозоподобное З. может быть наследственным. В отличие от невротического З. неврозоподобное З. не зависит от ситуации, оно уменьшается, если человек следит за своей речью. Неврозоподобное З. отличается нарушением темпа речи (тахилалия и брадилалия). Разграничить З. на невротическое и неврозоподобное не всегда легко, т. к. у некоторых людей с неврозоподобным З. возникают невротические наслоения.

В логопедической практике существуют разнообразные методы коррекции З., которые в необходимых случаях используются в сочетании с медикаментозным, физиотерапевтическим и психотерапевтическим лечением. Дети, страдающие тяжелыми формами З., направляются в спец. образовательные учреждения.

ИДИОТИЯ — самая глубокая степень умственной отсталости. Детям-идиотам недоступно осмысление окружающего, их речевая функция развивается крайне медленно и ограниченно, в ряде случаев речевые звуки не развиваются вообще. Дети-идиоты имеют нарушения (иногда очень тяжелые, вынуждающие их к лежачему образу жизни) моторики, координации движений и праксиса, ориентировки в пространстве. У них крайне трудно и медленно формируются элементарные навыки самообслуживания, в том числе гигиенические. Часто эти навыки не формируются вообще. Дети-идиоты не обучаются и находятся (с согласия родителей) в спец. учреждениях (дет. домах для глубоко умственно отсталых) системы Министерства социальной защиты, где осуществляется необходимая мед. помощь, наблюдение

и уход. По достижении 18-летнего возраста они переводятся в спец. интернаты для хроников. Государственная система помощи этим детям не исключает их воспитание в семье при установлении опеки.

ИМБЕЦИЛЬНОСТЬ— более легкая по сравнению с идиотией степень умственной отсталости. Дети-имбецилы обладают определенными возможностями к овладению речью, усвоению отдельных несложных трудовых навыков. Однако наличие грубых дефектов восприятия, памяти, мышления, коммуникативной функции речи, моторики и эмоционально-волевой сферы делает этих детей практически необучаемыми даже во вспомогательной школе. В правовом отношении они, как и идиоты, являются недееспособными и над ними устанавливается опека. До достижения совершеннолетия эти дети находятся в спец. дет. домах для глубоко умственно отсталых. В последние годы установлено, что часть детей имбецилов способны овладеть определенными знаниями, умениями и навыками в объеме специально разработанной для них программы.

ИНТЕГРИРОВАННОЕ ОБУЧЕНИЕ аномальных детей — обучение и воспитание детей с различными дефектами психофизического развития в учреждениях общей системы образования вместе с нормально развивающимися детьми. С позиций спец. обучения аномальных детей в нашей стране интеграция как включение человека в общество в качестве полноценного его члена зависит от успешности его общеобразовательной и профессиональной подготовки. Такая подготовка аномальных детей в наиболее адекватной форме осуществляется в условиях специальных (коррекционных) образовательных учреждений. Это не исключает возможности обучения отдельных, наиболее одаренных детей с нарушениями слуха, зрения или двигательной системы в массовых общеобразовательных школах, если они при наличии индивидуальных средств коррекции дефекта могут успевать за темпом обучения остальных детей. За рубежом в последние годы И. о. аномальных детей в обычных школах стало чаще рассматриваться как основной путь их обучения. Этот подход остается дискуссионным, поскольку, несмотря на усилия педагогов, часто ставит аномальных детей в неравное положение с их нормально развивающимися сверстниками, что снижает эффективность обучения и воспитания аномальных детей.

ИНФАНТИЛИЗМ(от лат.infantilis— детский) — сохранение в организме и психике человека особенностей, присущих раннему возрасту. Физический И. бывает вызван инфекционными заболеваниями, интоксикациями, неполноценным питанием и т. п. И. проявляется в задержке роста, которая впоследствии, как правило, компенсируется. Психический И. представляет собой отставание в личностном развитии (общее — гармонический И.; характеризующееся специфическими отклонениями — дисгармонический И.: истерический, психопатический и др.); преимущественно обусловлен недостатками

воспитания, поэтому решающую роль в его преодолении играет адекватное педагогическое воздействие.

ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ДЕТИ - термин, которым в зарубежной (в основном англоязычной) научной литературе обозначается широкая категория детей, развитие которых по тем или иным показателям отклоняется от среднестатистических норм. Наряду с теми детьми, которые в отечественной дефектологии обозначаются как аномальные, к этой категории относят также одаренных детей.

КОМПЕНСАЦИЯ ФУНКЦИЙ— возмещение недоразвитых, нарушенных или утраченных функций за счет качественной перестройки или усиленного использования сохранных функций.

Процесс К. элементарных физиологических функций не требует обучения и происходит за счет автоматической перестройки, в которой важную роль играет оценка успешности приспособительных реакций, осуществляемая в ЦНС. К. высших психических функций возможна лишь в результате специально организованного обучения. При аномалиях развития, связанных с врожденными или рано приобретенными дефектами анализаторов, активное обучение приобретает решающую роль. Так, в результате спец. пед. воздействия по развитию осязательного восприятия достигается значительная К. утраченной зрительной функции у слепого ребенка. Применяемые в современной дефектологии методы К. нарушенных функций основаны на использовании почти неограниченной возможности образования ассоциативных нервных связей в коре головного мозга.

ЛОГОНЕВРОЗ(от греч.logos— слово, речь и neuron— нерв) — невротическое заболевание с преимущественным поражением речевой функции. Проявляется в виде мутизма или заикания. Возникает в результате психической травмы, содержание которой отражается в картине заболевания. С течением времени смягчается. Характеризуется общевротич. проявлениями (снижение самооценки, рост тревожности, подавленное настроение, вегетативные расстройства), а также невротическим поражением речи, в частности в виде логофобии (страха речи). При этом мучительное предчувствие неполноценности своего высказывания блокирует механизм звукопроизнесения. Лечение проводится преимущественно методами психотерапии.

ЛОГОТЕРАПИЯ(от греч.logos— слово, значение, смысл и therapeia— забота, уход, лечение) — 1) термин, предложенный В. В. Ковалевым для обозначения широкого спектра лечебных воздействий посредством слова. Т. е. в данном смысле использовано одно, достаточно узкое значение греч. Понятия logos— «слово»; Л., таким образом, означает «лечение словом», в противовес медикаментозному и хирургическому лечению. Фактически в такой трактовке Л. выступает синонимом психотерапии. В совр. литературе предпочтение

отдается именно термину «психотерапия»; понятие «Л.» в указанном смысле широкого применения не имеет; 2) общепсихологическое учение и основанный на нем метод психотерапии, разработан В. Франклом. Logos в данном случае трактуется как «смысл». Согласно Франклу, стержневым образованием личности является смысл жизни, т. е. индивидуальная совокупность обобщенных ценностных ориентации. Несформированность или утрата этого смысла, по Франклу, влечет за собой разнообразные нервные и психические расстройства. Психотерапия, таким образом, призвана гармонизировать ценностно-смысловую сферу личности. Данная концепция получила известность в России в середине 80-х гг. Практическое же ее применение до настоящего времени довольно ограничено; 3) совокупность психотерапевтических методов и приемов, направленных на преодоление речевых нарушений. Отечественными логопедами и психиатрами установлено, что в ряде случаев нарушение речи, в частности заикание, обусловлено психическими травмами, т. е. имеет невротическую природу. Поэтому специфических логопедических упражнений оказывается недостаточно для полного устранения подобных нарушений; часто необходимы меры психотерапевтического воздействия. В отечественной литературе для характеристики этой сферы (пограничной для логопедии и психотерапии) иногда употребляется понятие «Л.».

В силу того, что данный термин неоднозначен, для соблюдения научной корректности при его употреблении в каждом конкретном случае желательно прокомментировать, какой именно смысл в него вкладывается.

МАКРОЦЕФАЛИЯ(от греч.makros— большой и kephale— голова) — непропорциональное увеличение головы вследствие избыточных (в 1,5—2 раза выше нормы) размеров головного мозга или гидроцефалии.

Причины возникновения М. недостаточно изучены. Дети с М. нередко страдают нарушениями интеллекта, зрения и слуха.

МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ- орган, осуществляющий комплектование специальных (коррекционных) образовательных учреждений, т. е. отбор аномальных детей в зависимости от специфики и степени выраженности дефекта. В состав комиссии входят представители отделов народного образования и здравоохранения (областного, городского или районного), врачи (психоневролог или дет. психиатр), педагог-дефектолог, логопед, психолог. В необходимых случаях привлекаются отоларинголог, офтальмолог, ортопед (либо рассматриваются их письменные заключения). С помощью различных психолого-педагогических методов проводится комплексное обследование ребенка. Его результаты в совокупности с данными анализа соответствующей документации служат основанием для направления ребенка в образовательное учреждение того или иного типа.

МИКРОЦЕФАЛИЯ(от греч.mikros— маленький и kephale— голова) — значительное

уменьшение размеров черепа (соответственно — головного мозга) при сохранении нормальных размеров других частей тела. Возникает в результате врожденного недоразвития или внутриутробного заболевания мозга, в частности вследствие перенесенных матерью в первые месяцы беременности вирусных заболеваний. При М. рост головы замедлен, черепные швы сужены, лицевая часть черепа преобладает над мозговой. Сопровождается интеллектуальной недостаточностью, как правило, глубокой (имбецильность и идиотия).

МИМИКО-ЖЕСТОВАЯ РЕЧЬ— термин, традиционно принятый в отечественной сурдопедагогике для обозначения формы общения глухих посредством жестов. Данный термин введен в обиход в первой половине XIX в., когда понятие «мимика» имело более широкое значение и под мимической речью понималось общение при помощи движений рук и мышц лица. В современной литературе предпочтение отдается термину «жестовая речь».

МИНИМАЛЬНАЯ МОЗГОВАЯ ДИСФУНКЦИЯ- нарушение функции ЦНС вследствие микроповреждений коры и подкорковых структур головного мозга. Возникает главным образом в результате кислородного голодания плода во внутриутробном периоде и в процессе родов (см. Асфиксия новорожденных). Поскольку в данном случае отсутствуют грубые органич. повреждения, диагноз, как правило, ставится не сразу после рождения. Наиболее частое проявление М. м. д. — гипердинамический синдром.

НЕВРАСТЕНИЯ— одна из форм невроза, характеризующаяся нарушениями мотивационно-волевой сферы: робостью, пассивностью, неуверенностью в себе. Отрицательные переживания при Н. приводят к вегетососудистой дистонии, нарушениям функций внутренних органов. Лечение, направленное на купирование соматических симптомов, как правило, малоэффективно; действенный эффект достигается снятием внутреннего конфликта психогенного характера.

НЕВРОЗЫ(от греч. *neuron*— нерв) — психогенные (вызванные внешним психотравмирующим воздействием) заболевания личности, в основе которых лежит нерационально и непродуктивно разрешаемое противоречие между личностью и значимыми для нее явлениями действительности, приводящее к болезненным переживаниям неудовлетворенности. Н. составляют до 45% от общего числа нервно-психических отклонений в дет. возрасте; преобладают у мальчиков; чаще возникают в рамках критических возрастов (см. Кризисы возрастные). По данным отечественных исследователей, основным фактором, обуславливающим возникновение Н. у детей, является дисгармония семейных отношений, нарушения в системе воспитания. Проявления Н. разнообразны: невротическую природу могут иметь заикание, энурез, фобии и др. Лечение проводится в основном методами психотерапии, направленной на смягчение и устранение последствий психической травмы.

НЕВРОПАТИЯ, врожденная детская нервность — болезненное состояние, вызванное

нарушением функций вегетативной нервной системы. Причины возникновения Н. разнообразны, однако предполагается, что Н. главным образом возникает вследствие нарушений развития ЦНС во внутриутробном периоде. По некоторым наблюдениям, встречается почти вдвое чаще у мальчиков, чем у девочек. Диагностируется уже на ранних этапах развития на основании следующих показателей: нарушение сна и вскармливания, недостаточная регуляция физиологических отправления, контрастность поведения и эмоциональная нестабильность, повышенная двигательная активность, предрасположенность к аллергии, чрезмерная чувствительность, а также нарушения терморегуляции. Дети, страдающие Н., обычно предрасположены к неврозам и за-

креплению вредных привычек. При правильном воспитании Н. обычно проходит к началу школьного возраста.

НЕМОТА— собирательный термин, используемый для обозначения вызванного различными причинами отсутствия устной речи. В некоторых случаях Н. бывает вызвана нарушениями речевого аппарата (в частности, параличом речедвигательных мышц). При нарушениях слуха Н. возникает вследствие неспособности ребенка овладеть устной речью (см. Глухонемота). При нормальном слухе к Н. могут быть отнесены расстройства, определяемые как мутизм. В случаях глубокой интеллектуальной недостаточности неспособность к овладению речью также приводит к Н.

ОГЛОХШИЕ ДЕТИ— дети, утратившие слух, но сохранившие речь, сформировавшуюся на основе нормального слухового восприятия. Сохранность речи зависит от возраста ребенка в момент наступления глухоты и соответственно от уровня сформированности речевых навыков. Чем младше потерявший слух ребенок, тем скорее и сильнее нарушается его речь (вплоть до полного распада). Предотвратить речевые нарушения помогает коррекционная работа с О. д., направленная на формирование зрительного восприятия устной речи (см. Чтение с лица), а позднее — на использование остаточного слуха с применением сурдотехнических средств. Важное условие нормального речевого и личностного развития

О. д. — пребывание в говорящей среде. Необходимы также спец. занятия по коррекции произношения.

ОЛИГОФРЕНИЯ— недоразвитие сложных форм психической деятельности, обусловленное патологической наследственностью, органическим поражением ЦНС во внутриутробном периоде или на самых ранних этапах постнатального развития (возникновение интеллектуальной недостаточности на более поздних этапах жизни, когда психика ребенка уже достигла определенного уровня развития, дает отличную от О. структуру дефекта). При О. органическая недостаточность мозга носит непрогрессирующий характер. Поэтому дети-олигофрены способны к развитию, которое подчинено общим закономерностям психического

развития ребенка, но имеет специфические особенности, обусловленные типом нарушения ЦНС. При тяжелых формах О. отмечается ряд анатомических изменений мозга: малое количество нервных клеток, недостаточное развитие извилин, утолщение оболочек мозга и т. д. Часто наблюдается остаточная гидроцефалия, приводящая к патологическому развитию нервных клеток. При О. нарушается высшая нервная деятельность, особенно подвижность нервных процессов: временные связи становятся инертными и их переделка, а также выработка новых затрудняются. Нарушения познавательной деятельности проявляются в узости и недифференцированности восприятия окружающих предметов и пространственных отношений, в трудности логического запоминания и воспроизведения воспринятого и заученного. Недоразвито наглядно-образное и словесно-логическое мышление, затруднены сложные формы анализа и синтеза.

По степени недостаточности интеллекта различают три группы О. Наиболее тяжелая — идиотия. Дети-идиоты нуждаются в постоянном наблюдении и уходе и направляются в учреждения Министерства социальной защиты. Менее тяжелая степень О. — имбецильность. Детям-имбецилам при правильном воспитании удастся привить элементарные навыки труда и самообслуживания. Однако способность самостоятельно ориентироваться в жизни у них ограничена, они нуждаются в постоянной опеке. Наиболее легкая форма О. — дебильность. Дети-дебилы составляют основную массу учащихся вспомогательных школ. В процессе обучения и воспитания они достигают достаточного уровня развития, чтобы приспособиться к общественно полезной трудовой деятельности, овладеть несложной профессией и вести впоследствии самостоятельную жизнь. Среди детей-олигофренов встречаются и такие, у которых общее недоразвитие

сочетается с тяжелыми нарушениями слухоречевой системы или с двигательными расстройствами. В этих случаях наряду с общими задачами обучения и воспитания выступает спец. задача компенсации дополнительного дефекта.

ОЛИГОФРЕНОПСИХОЛОГИЯ (от греч. oligos — немногий, незначительный, phgen — ум) — раздел специальной психологии, изучающий психическое развитие (см. Развитие психики) и возможности его коррекции у людей с тяжелыми формами недоразвитости мозга. О. выявляет причины их умственной отсталости (врожденные дефекты нервной системы, результат болезни или травмы), изучает их психологические особенности, формы и степень выраженности дефекта (дебилы — легкая степень отсталости, имбецилы — средняя, идиоты — глубокая), способствует созданию программ и методик их обучения во вспомогательных школах.

ОСЛЕПШИЕ ДЕТИ — дети, которые в результате заболевания или травмы утратили зрение полностью или сохранили лишь остаточное зрение с остротой до 0,4. Если потеря зрения произошла по достижении ребенком 3—4-летнего возраста, то он может долго (иногда на

протяжении всей жизни) сохранять зрительные образы окружающего мира. О. д. в связи с этим имеют преимущество перед слепыми от рождения, поскольку с помощью зрительной памяти способны актуализировать образы предметов, в частности по словесному описанию. Однако, как и для слепых детей, основными средствами познания О. д. становятся слух и осязание, причем этим детям приходится заново осваивать ранее неизвестные им способы овладения знаниями. Своевременно начатая коррекционно-педагогическая работа с О. д. способствует предупреждению возможных отклонений в развитии.

ПОГРАНИЧНАЯ УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ— термин, принятый в международной классификации психических заболеваний для обозначения состояния между нормальным психическим развитием и легкой дебильностью. Диагностика П. у. о. основывается на количественном измерении интеллекта: к категории страдающих ею лиц относят тех, чей коэффициент интеллекта 75—80%. В отечественной дефектологии данное понятие практически не употребляется.

ПСИХОКОРРЕКЦИЯ— направление реабилитационной и коррекционно-воспитательной работы с аномальными детьми, целью которой является предупреждение и преодоление нарушений психического развития, в первую очередь отклонений в развитии личности. П. представляет собой не столько целостное научное направление, сколько генеральную тенденцию всех практических мероприятий по формированию личности аномальных детей. Задачам П. соответствуют психолого-педагогические воздействия, осуществляемые в практике спец. обучения и воспитания и в решающей степени - в русле психотерапевтической работы с аномальными детьми.

ПСИХОЛОГИЯ СПЕЦИАЛЬНАЯ— отрасль психологии, изучающая особенности психики людей, для которых характерно отклонение от нормального развития, вызванное врожденными или приобретенными дефектами. В зависимости от специфики дефекта выделяют психологию слепых (тифлопсихология), глухих (сурдопсихология), умственно отсталых (олигофренопсихология), а также детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, речи и др. П. с. является составной частью дефектологии. Научные основы отечественной П. с. заложены в 20-х гг. XX в. Л. С. Выготским, показавшим, что первичный дефект (напр., нарушение функционирования анализатора) приводит к вторичным изменениям психического развития, перестройке взаимоотношений с окружающими, а также обуславливает своеобразное развитие и формирование высших психических функций. В Москве в 1930 г. в Экспериментально-дефектологическом институте (ныне Институт коррекционной педагогики РАО) впервые в мире была создана лаборатория П. с. (под руководством Л. В. Занкова). На основе исследования по П. с. разрабатываются психолого-педагогические рекомендации, способствующие совершенствованию содержания и методов учебно-воспитательной работы в

спец. школах и дошкольных учреждениях для аномальных детей.

РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ (РДА), синдром Каннера - аномалия психического развития, состоящая главным образом в субъективной изолированности ребенка от внешнего мира. Под названием «синдром РДА» впервые описан Л. Каннером в 1943 г. Независимо от Каннера синдром был описан в 1944 г. Г. Аспергером и в 1947 г. С. С. Мнухиным.

Наиболее существенные симптомы РДА: аутизм — одиночество ребенка, отсутствие стремления к общению; консервативность — сопротивление любым переменам обстановки, склонность к стереотипным занятиям, однообразию интересов и пристрастий; речевые нарушения; ранняя (проявляющаяся до двух с половиной лет) патология психич. развития (в большей мере связанная с нарушением развития, нежели с регрессом).

РДА встречается у 3—6 из 10 000 детей; у мальчиков в 3—4 раза чаще, чем у девочек. Высказанная Каннером гипотеза о психогенном характере РДА (т. е. о возникновении РДА вследствие психической травматизации) в дальнейшем полного подтверждения не получила. Современные исследователи насчитывают свыше 30 патогенных факторов, обуславливающих недостаточность ЦНС и имеющих следствием РДА. Также подвергается сомнению то, что у страдающих РДА детей существует хотя бы короткий период нормального развития. Уже в младенчестве таких детей отличают некоторые характерные особенности, среди которых наиболее существенная - нарушение оценки внешнего раздражителя и неправильные реакции на него. Дети отличаются либо пассивностью, либо повышенной возбудимостью (причем один и тот же ребенок может попеременно демонстрировать оба эти типа поведения). Комплекс оживления либо отсутствует, либо выражен парадоксально: реакции оживления могут вы-

звать не лица взрослых (при этом близкие и посторонние взрослые не дифференцируются), а неодушевленные предметы. В возрасте около шести месяцев проявляются особенности моторного развития, главным образом моторная вялость. В возрасте примерно двух с половиной лет рельефно проявляются трудности формирования целенаправленного поведения, а также речевые нарушения. Неудачные контакты с окружающими порождают у детей повышенную тревожность и страхи. Самоизоляция приводит к искажению приспособления к внешнему миру, представлений о нем.

Коррекция осуществляется посредством комплекса психотерапевтических, педагогических и медицинских воздействий. Решающая роль принадлежит мероприятиям по формированию контактов с внешним миром, смягчению эмоционального дискомфорта.

РЕАБИЛИТАЦИЯ (от лат.rehabilitas— восстановление пригодности, способности) — система медико-педагогических мер, направленных на включение аномального ребенка в социальную среду, приобщение к общественной жизни и труду на уровне его психофизических возможностей. Р. осуществляется с помощью мед. средств, направленных на устранение или

смягчение дефектов развития, а также спец. обучения, воспитания и профессиональной подготовки. Задачи Р. решаются в системе спец. учебно-воспитательных учреждениях для разных категорий аномальных детей, где особенности организации учебного процесса определяются спецификой аномального развития.

РЕТАРДАЦИЯ— незавершенность отдельных этапов развития, при которой не происходит смены более ранних форм развития более прогрессивными. Характерна для олигофрении и ЗПР. Напр., Р. Е. Левиной в 1936 г. описаны примеры общего речевого недоразвития, когда происходит не своевременный переход от автономной речи к обычной, а расширение самой автономной речи.

СЛАБОВИДЯЩИЕ ДЕТИ— дети, страдающие значительным снижением остроты зрения (от 0,05 до 0,5 на лучше видящем глазу с оптической коррекцией) либо нарушениями периферического зрения, приводящими к значительному снижению разрешающих способностей глаза. У С. д. наблюдаются нарушения глазодвигательной координации, цветоразличения, зрительной работоспособности. Вследствие неточности, фрагментарности и замедленности зрительного восприятия чувственный опыт С. д. обеднен. Познание окружающего мира, формирование и развитие всех видов деятельности строятся на суженной наглядной и действенной основе; при этом развитие речи остается близким к норме.

Обучение С. д. осуществляется в спец. дошкольных учреждениях и школах с учетом их возможностей и специфики дефекта. Необходимо соблюдение спец. педагогических и гигиенических требований (рациональное распределение занятий, обеспечение оптимального уровня освещенности, применение корригирующих и тифлотехнических средств и др.).

СЛАБОСЛЫШАЩИЕ ДЕТИ— дети, страдающие понижением слуха (тугоухостью), в результате чего у них возникает нарушение речи. В отличие от глухих детей С. д. имеют возможность с помощью слуха накопить некоторый запас слов. Степень потери слуха может быть различной — от затрудненного восприятия речи до резкого ограничения возможности восприятия речи разговорной громкости. Нарушения слуха обычно возникают в результате стойких изменений в среднем ухе.

Уровень развития речи у С. д. определяется главным образом степенью нарушения слуха; кроме того, он зависит от времени возникновения слухового дефекта и условий воспитания. Своевременно принятые меры по коррекции и дифференцированию навыков чтения с лица дают положительный результат в развитии речи ребенка. Однако сложность диагностирования тугоухости заключается в том, что даже при значительно выраженном и рано возникшем нарушении слуха дефект не распознается или на него не обращается должного внимания. В этом случае речь ребенка может оказаться недостаточно развитой даже при сравнительно небольшой степени тугоухости.

С. Д., обладающие развитой речью, обучаются в массовой школе. Однако даже незначительная потеря слуха (ребенок слышит шепотную речь на расстоянии 2—4 м от ушной раковины) может вызвать определенные трудности в освоении учебной программы. Успешному обучению С. д. в массовой школе помогают дополнительные занятия, на которых учитель уточняет произношение слов, помогает ребенку овладеть их звуковым составом.

При значительном недоразвитии речи дети могут обучаться в спец. школе для слабослышащих и позднооглохших детей.

СЛЕПОГЛУХОНЕМОТА— наиболее тяжелая форма сложного дефекта, для которой характерно поражение зрительного и слухового анализатора. У слепоглухонемых детей без спец. обучения не происходит формирования речи. В современной дефектологической литературе понятие «С.» иногда заменяется понятием «слепоглухота», поскольку обучение детей с этим сложным дефектом продемонстрировало возможность формирования у них не только тактильной и письменной речи, но также и устной.

Тотальная С. (сочетание полной слепоты и глухоты) встречается редко; в большинстве случаев дети с этим дефектом обладают либо остаточным зрением, либо остаточным слухом, либо их сочетанием.

Уже во второй половине XIX в. была продемонстрирована принципиальная возможность обучения слепоглухонемых детей (Мари Эртен — во Франции, Лоры Бриджмен — в США). Наиболее успешным был опыт американского педагога А. Сулливан, чья воспитанница Елена Келлер достигла весьма высокого уровня личностного и интеллектуального развития. В России первым в деле обучения и воспитания слепоглухонемых был И. А. Соколянский; его воспитанница О. И. Скороходова — кандидат педагогических наук. В 1963 г. в г. Загорске (ныне — Сергиев Посад) основана уникальная школа-интернат, где осуществляется обучение и воспитание слепоглухонемых детей.

СЛЕПЫЕ ДЕТИ — дети, страдающие полным отсутствием зрения либо имеющие остаточное зрение (от светоощущения до остроты зрения — 0,04 на лучше видящем глазу при обычной коррекции очками). Для них основным средством познания окружающего мира становятся осязание и слух. В связи с этим чувственные образы имеют иное, чем у зрячих, качество, иную структуру. Те дети, у которых сохранилось остаточное зрение, имеют возможность воспринимать окружающий мир в виде зрительных образов, хотя весьма обедненных и неточных.

Потеря зрения обуславливает некоторые специфические особенности развития С. д. Многие признаки предметов и явлений, воспринимаемые обычно зрительно, слепыми не воспринимаются. Большие затруднения возникают у С. д. в оценке пространственных

признаков: местоположения, направления, расстояния и т. д., что отрицательно сказывается на ориентировании в пространстве. Процесс формирования движений у С. д. задержан. Иногда отмечаются изменения в эмоционально-волевой сфере.

Коррекционно-педагогическое воздействие направлено на преодоление трудностей развития С. д., на формирование у них чувственного опыта. Развитие процессов компенсации слепоты за счет усиления функций сохранных анализаторов необходимо начинать с раннего возраста. Важную компенсаторную роль в развитии ребенка играет речь. Общение с родителями и окружающими способствует развитию речи у С. д. В речевом общении с окружающими в сознании слепого ребенка создаются и укрепляются связи между словом и конкретным предметом, словом и действием. Словесное описание предмета, сделанное взрослым, ребенок подтверждает собственным осязательным обследованием. С помощью слуховых и осязательных ощущений дети учатся самостоятельно передвигаться. Высокого развития у С. д. достигает память, т. к. им для ориентирования в пространстве, общения с людьми, усвоения знаний необходимо запомнить больше сведений, чем зрячим.

В развитии основных процессов познания и мышления компенсаторную роль играют практические занятия. В процессе практической деятельности С. д. сравнивают реально воспринимаемые предметы с существующими у них представлениями. Обучение С. д. действиям, способам их выполнения достигается только в условиях общения, при котором движения слепого ребенка корректируются словом.

Учебная деятельность С. д. имеет свою специфику. Осязательное восприятие материала, закрепление образов в памяти и оперирование ими требует не только увеличения времени для практических решений, но и более ранней спец. подготовки — обучения детей навыкам учебной работы.

Обучение С. д. проводится в спец. школах, где они получают образование в объеме массовой средней школы с применением спец. методов. Их обучают письму и чтению рельефного шрифта, рельефному рисованию и черчению. Многие сложные явления, познаваемые с помощью зрения, при изучении физики, химии и др. учебных предметов усваиваются слепыми учащимися с помощью лабораторных работ со спец. приборами, доступными осязательному восприятию или имеющими звуковую сигнализацию. Для развития зрительного восприятия у С. д. с наличием остаточного зрения используются красочные картины и иллюстрации, диапозитивы, кинофильмы, замкнутые телевизионные системы.

СЛОЖНЫЙ ДЕФЕКТ— сочетание двух и более дефектов развития, которое представляет собой не просто сумму дефектов, а является качественно своеобразным и имеет особую структуру, отличную от его составляющих. Дети с С. д. — особая категория аномальных детей, в которой выделяются следующие группы: умственно отсталые слепые и

слабовидящие; умственно отсталые глухие и слабослышащие; глухие слабовидящие; слепоглухие; глухие и слабослышащие с нарушением опорно-двигательного аппарата и др. Сочетание дефектов искажает развитие этих детей в значительно большей степени, чем аномальных детей других категорий. Их обучение и воспитание осуществляются в спец. учебно-воспитательных учреждениях, куда они направляются на основании заключения о степени выраженности того или другого дефекта.

Употреблявшийся ранее в качестве синонима термин «комбинированный дефект» в настоящее время признан недостаточно отражающим и исключен из употребления.

СУРДОПСИХОЛОГИЯ(от лат.surdus— глухой, глухозвучащий) — раздел специальной психологии, изучающий психическое развитие глухих и слабослышащих людей, возможности коррекции слуха в условиях обучения и воспитания. С. исследует пути предотвращения немоты у людей с дефектами слуха, исключая нормальное речевое общение, выявляет особенности их познавательной деятельности, выясняет компенсаторные возможности замены слухового восприятия зрительным восприятием, вибрационными ощущениями и т. п., изучает особенности мышления, памяти и других психических процессов, формирующихся в условиях отсутствия или недоразвитости слуховых ощущений. Учет данных С. — необходимое условие организации обучения и воспитания глухих и слабослышащих детей, их производственной подготовки и трудоустройства.

ТИФЛОГРАФИКА(от греч.typhlos— слепой и graphikos— нарисованный) — отрасль графики, занимающаяся построением и изготовлением учебно-наглядных пособий для обучения слепых детей рельефному рисованию, черчению и др. учебным предметам. Такие пособия (рисунки, чертежи, схемы, диаграммы и т. п.) выполняются рельефным способом и доступны для осязательного восприятия учащихся. Обучение графике помогает детям с дефектами зрения овладеть основами наук, участвовать в различных видах творчества, расширять профессионально-трудовые возможности, а также содействует эстетическому восприятию действительности.

ТИФЛОПСИХОЛОГИЯ(от греч.typhlos— слепой) — раздел специальной психологии, изучающий психическое развитие слепых и слабовидящих людей, пути и способы его коррекции при обучении и воспитании. Т. изучает возможности компенсации нарушений зрительного восприятия с помощью других анализаторов (слуха и осязания), исследует психические особенности восприятия, памяти и мышления в условиях дефицита информации, связанного с отсутствием зрения или его слабостью. Особую часть Т. составляет изучение психологии слепоглухих людей с полной ранней потерей зрения и слуха, в обучении и развитии которых отечественная Т. и сурдопсихология добились заметных успехов (И. А. Соколянский, О. И. Скороходова, А. И. Мещеряков). Использование результатов Т. позволяет на научной

основе строить процесс обучения, воспитания и трудовой деятельности.

ТУГОУХОСТЬ— термин, принятый в сурдопедагогике для обозначения частичного нарушения слуховой функции в отличие от глухоты — полной утраты слуха; тугоухими иногда называют слабослышащих детей.

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ— стойкое нарушение познавательной деятельности, возникающее вследствие органического поражения головного мозга. Поражение может быть результатом воспалительного заболевания (энцефалитов и менингоэнцефалитов), интоксикации (эндокринной, обменной и др.), ушибов головного мозга (родовых и бытовых травм), а также унаследованных генетических аномалий. «У. о.» и «У. о.», это далеко не одно и то же. Первое может быть характерно для детей с поражением или недоразвитием периферического отдела какого-либо анализатора. Но поскольку органического поражения головного мозга у таких детей нет, можно с полной уверенностью отрицать у них У.о.

Понятие «У.о.» также не тождественно понятию «олигофрения». Ребенок может страдать тяжелым заболеванием нервной системы, но не быть умственно отсталым. Однако в других случаях то же заболевание может привести к У.о. Так что кроме олигофренов к умственно отсталым могут быть отнесены некоторые дети, страдающие шизофренией, эпилепсией, а также перенесшие энцефалит, травмы и др.

У многих умственно отсталых детей наблюдается патология эмоционально-волевой сферы, а также аномалии физического развития. Однако эти особенности не являются всеобщей характеристикой умственно отсталых и не могут быть достаточным основанием для заключения об У.о. Решающим фактором при этом должно служить наличие нарушений высших психических функций.

ХОЛДИНГ-ТЕРАПИЯ (от англ. to hold— держать) — оригинальный метод коррекции эмоциональных нарушений в дет. возрасте, разработанный американским психотерапевтом М. Велш. Процедура Х.-т. весьма проста: мать крепко обнимает ребенка и удерживает его, несмотря на сопротивление. При этом лица ребенка и матери обращены друг к другу. После нескольких сеансов Х.-т. (продолжительностью около часа) сопротивление ребенка уменьшается и наступает расслабление.

РАЗДЕЛ 6. Информационное обеспечение дисциплины**6.1. Перечень рекомендуемой литературы, необходимой для освоения дисциплины**

№	Наименование издания	Тема 1	Тема 2	Тема 3	Тема 4	Тема 5	Тема 6	Тема 7
Основная литература								
1	Глухов, В. П. Специальная педагогика и специальная психология : учебник для вузов / В. П. Глухов. — 3-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2021. — 323 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-13096-6. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/469476	+	+	+	+	+	+	+
2	Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям и подросткам с расстройствами поведения. — 2-е изд., испр. и доп. / И.И. Мамайчук, М.И. Смирнова. - Санкт-Петербург : Эко-Вектор, 2014. - 311 с. - ISBN 978-5-9903627-8-9. - URL: https://ibooks.ru/bookshelf/340771/reading	+	+	+	+	+	+	+
3	Мандель Б.Р. Специальная (коррекционная) психология - 2-е изд., стер. Учебное пособие / Б.Р. Мандель. - Москва : Флинта, 2020. - 342 с. - ISBN 978-5-9765-2315-9. - URL: https://ibooks.ru/bookshelf/351922/reading	+	+	+	+	+	+	+
4	Специальная психология в 2 т. Том 1 : учебник для вузов / В. И. Лубовский [и др.] ; ответственный редактор В. И. Лубовский. — 7-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2021. — 428 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-01961-2. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/470748	+	+	+	+	+	+	+
5	Специальная психология в 2 т. Том 2 : учебник для вузов / В. И. Лубовский [и др.] ; ответственный редактор В. И. Лубовский. — 7-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2021. — 274 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-01963-6. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/470749	+	+	+	+	+	+	+
Дополнительная литература								
1	Атраментова Л.А. Введение в психогенетику:. Учебное пособие / Л.А. Атраментова. - Москва : Флинта, 2019. - 472 с. - ISBN 978-5-89349-656-7. - URL: https://ibooks.ru/bookshelf/341716/reading	+	+	+	+	+	+	+
2	Калягин В. А. Психология лиц с нарушениями речи / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. - Санкт-Петербург : КАРО, 2007. - 544 с. - ISBN 978-5-89815-925-2. - URL: https://ibooks.ru/bookshelf/345152/reading	+	+	+	+	+	+	+
3	Поливарова З.В. Введение в специальную психологию . — 3-е изд., стер.. Учебное пособие / З.В. Поливарова. - Москва : Флинта, 2016. - 271 с. - ISBN 978-5-9765-1666-3. - URL: https://ibooks.ru/bookshelf/338014/reading	+	+	+	+	+	+	+

6.2. Перечень ресурсов информационно-коммуникационной сети «Интернет», используемых при освоении дисциплины

1. Психология человека [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://4brain.ru/psy/> – Загл. с экрана.

6.3. Перечень программного обеспечения, профессиональных баз данных и информационных справочных систем, необходимых для изучения дисциплины

В рамках дисциплины используется лицензионное программное обеспечение (MS OFFICE – Word, Excel, PowerPoint) и обучающие платформы (1-С: Электронное обучение. Корпоративный университет, MS Teams).

В учебном процессе используются следующие информационные базы данных и справочные системы:

Гарант-Образование: информационно-правовое обеспечение: [сайт]. – Москва. – Обновляется в течение суток. – URL: <http://study.garant.ru/> (дата обращения: 28.04.2021). – Режим доступа: для авториз. пользователей.

Консультант студента: электронно-библиотечная система: [сайт]. – Москва, 2013 –. – URL: <http://www.studentlibrary.ru/> (дата обращения: 28.04.2021). – Режим доступа: для авториз. пользователей.

Электронная библиотека СПбГИПСР // Библиотека СПбГИПСР: [сайт]. – Санкт-Петербург, [2014] –. – URL: http://lib.gipsr.ru:8087/jirbis2/index.php?option=com_irbis&view=irbis&Itemid=456 (дата обращения: 28.04.2021). – Режим доступа: для авториз. пользователей.

Электронный каталог // Библиотека СПбГИПСР: [сайт]. – Санкт-Петербург, [2014] –. – URL: http://lib.gipsr.ru:8087/jirbis2/index.php?option=com_irbis&view=irbis&Itemid=435 (дата обращения: 28.04.2021).

ЮРАЙТ: образовательная платформа: [сайт]. – Москва, 2013 –. – URL: <https://urait.ru/> (дата обращения: 28.04.2021). – Режим доступа: для авториз. пользователей.

East View: information services: [сайт]. – [Москва], [1989] –. – URL: <https://dlib.eastview.com/browse/udb/12> (дата обращения: 28.04.2021). – Режим доступа: для авториз. пользователей.

ibooks.ru: электронно-библиотечная система: [сайт]. – Санкт-Петербург, 2010 –. – URL: <https://ibooks.ru> (дата обращения: 28.04.2021). – Режим доступа: для авториз. пользователей.

Заведующая библиотекой

Г.Л. Горохова
(подпись, расшифровка)