

**ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ
СПЕЦИАЛЬНОЙ
ПСИХОЛОГИИ И
ПЕДАГОГИКИ**

Специальная психология – отрасль психологии, изучающая людей с различными отклонениями от нормального психического развития, связанными с врожденными или приобретенными дефектами.

Объект специальной психологии - дети, подростки, а также лица старшего возраста с различными отклонениями в психическом, соматическом, сенсорном, интеллектуальном, личностно-социальном развитии, имеющие вследствие данных отклонений особые образовательными потребности.

Возникновение специальной (от греч. specialis - особенный) психологии как самостоятельной отрасли можно отнести к 60-м гг XX века.

По данным ООН, в мире насчитывается примерно 450 млн людей с нарушенным психическим и физическим развитием, что составляет одну десятую часть жителей нашей планеты. По данным ВОЗ, число таких людей достигает 13 %. Среди них около 200 млн детей с ограниченными возможностями.

Задачи специальной психологии:

- изучение закономерностей психического развития различных категорий аномальных детей (на основе сравнения с нормально развивающимися);
- изучение специфики познавательной деятельности людей с различными типами нарушений;
- разработку методов и способов диагностики различных типов нарушений психического развития;
- изучение психологических проблем, возникающих в процессе социализации и интеграции в общество лиц с различными типами аномального развития;
- поиск путей и способов формирования адекватной личности в условиях применения специальных методов и приемов воспитания и обучения.

Разделы специальной психологии:

- *олигофренопсихология* – психология умственно отсталых;
- *тифлопсихология* – психология слепых и слабовидящих;
- *сурдопсихология* - психология глухих и слабослышащих.

Позже появились новые разделы:

- психология детей с временными задержками психического развития (ЗПР);
- психология детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы и поведения;
- психология детей с двигательными нарушениями;
- психология детей с недостатками речи.

В настоящее время продолжается дифференциация и возникновение новых областей. Так, например, - не так давно появилась отрасль *психология детей со сложными недостатками развития.*

Дефектология – изучает закономерности и особенности развития детей с физическими и психическими недостатками и вопросы их обучения и воспитания.

Дефектология: 1. Специальная психология.
2. Специальная педагогика.
3. Сурдотехника - разрабатывает технические средства обучения, коррекции и компенсации дефекта слуха.
4. Тифлотехника. - разрабатывает технические средства обучения, коррекции и компенсации дефекта зрения.

Специальная педагогика:

- *сурдопедагогика* – изучает процессы воспитания и обучения детей с недостатками слуха;
- *тифлопедагогика* - изучает процессы воспитания и обучения детей с недостатками зрения;
- *олигофренопедагогика* - изучает процессы воспитания и обучения умственно отсталых детей;
- *логопедия* – проблемы изучения и исправления недостатков речи.

Задачи специальной педагогики:

- изучение педагогических закономерностей развития, обучения и воспитания личности с аномалиями развития;
- разработка новых методов, средств, форм обучения и воспитания лиц с ограниченными возможностями;
- разработка для лиц с особыми образовательными потребностями стандартов, учебников, концепций и программ;
- внедрение результатов научных исследований в практику специального образования;
- совершенствование учебно-методической базы в подготовке высокопрофессиональных кадров для работы с лицами, имеющими особые образовательные потребности и др.

Специальная психология и смежные науки

Специальная психология тесно связана с патопсихологией, психопатологией, психотерапией, психиатрией и др.

Патопсихология - исследует структуру нарушений психической деятельности, закономерности ее распада в их сопоставлении с нормой.

Медицинская психология – отрасль психологии, изучающая психологические аспекты профилактики, диагностики и реабилитации больных.

Психиатрия (медицинская наука) – изучает причины психических заболеваний, их проявления, способы лечения и предупреждения.

Психопатология (раздел психиатрии) – причины закономерности и механизмы появления протекания и развития психозов и иных психических расстройств, также разрабатывает принципы их классификации, методы лечения.



УСЛОВИЯ НОРМАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

(сформулированы Г.М. Дульневым и А.Р. Лурия).

Первое – нормальная работа головного мозга и его коры.

Второе - нормальное физическое развитие ребенка и связанное с ним сохранение нормальной работоспособности, нормального тонуса нервных процессов.

Третье – сохранность органов чувств, которые обеспечивают нормальную связь ребенка с внешним миром.

Четвертое – систематичность и последовательность обучения ребенка в семье, в детском саду и в образовательной школе.

Факторы недостаточности психофизического развития человека

По времени воздействия выделяют патогенные факторы:

- пренатальные (до начала родовой деятельности);
- натальные (в период родовой деятельности)
- постнатальные (после родов, прежде всего имевшие место в период с раннего детства до трех лет).

Согласно клинико-психологическим материалам наиболее грубое недоразвитие психических функций возникает на ранних этапах эмбриогенеза, в начале беременности.

Факторы, нарушающие развитие ребенка, находящегося в утробе матери (включая состояние здоровья матери), называются *тератогенными*.



Генетические (наследственные) - хромосомно-генетические отклонения как наследственно обусловленные, так и возникшие в результате мутаций.

Мутации – наследственное изменение признака, связанное с нарушением последовательности генетического материала.

Виды мутаций

| Мутации | Особенности | Примеры |
|-------------|--|---|
| Геномные | <p>приводят к изменению числа хромосом: появление лишней или потеря хромосомы (хромосом).</p> | <p>синдром Дауна, синдром Шерешевского, синдром Тернера и др.</p> |
| Хромосомные | <p>Перестройка хромосомы: удвоение, исчезновение, транслокация (перемещение на другую хромосому) и др.</p> | |
| Генные | <p>связанные с изменением последовательности нуклеотидов в молекуле ДНК.</p> | Фенилкетонурия |

Пренатальная патология – патогенные факторы, действующие на развивающийся плод во внутриутробный период.

Патогенные факторы:

- инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности (краснуха, токсоплазмоз, грипп);
- венерические заболевания (гонорея, сифилис);
- эндокринные заболевания матери, в частности диабет;
- несовместимость по резус-фактору;
- биохимические вредности;
- серьезные отклонения в соматическом здоровье матери;
- токсикозы матери во время беременности, особенно во второй ее половине;
- физические и психические травмы и др.

Приобретенные

Натальные нарушения

Постнатальные нарушения

Виды приобретенных нарушений

| Вид | Причины | Нарушения |
|---|---|--|
| Натальные | - механические травмы - асфиксия | ДЦП, нарушение умственного развития, речевые расстройства |
| Постнатальные (послеродовые нарушения) | - инфекционные нарушения (нейроинфекция) - черепно-мозговые травмы - тяжелые соматические заболевания | Глухота, задержка психического развития, двигательные нарушения нарушения психомоторного развития, повышенная нервная возбудимость, нарушения сна, замедленное формирование положительных эмоциональных реакций |

Социальные причины

Неблагоприятная социальная среда

Депривация

Неблагоприятная социальная среда – влияет, прежде всего, на психологическое развитие ребенка, которое впоследствии приводит к возникновению аномалий (например, снижение интеллектуальных темпов развития, неврозы).

Неблагоприятная социальная среда

Объективные факторы

Субъективные факторы

Объективные факторы

| Виды факторов | Способы проявления |
|--|---|
| социально-экономическая ситуация в стране | - войны - экономические кризисы |
| стрессовые факторы, обусловленные профессиональной деятельностью | - профессии повышенного риска, профессии, связанные с высоким уровнем эмоционального напряжения (врачи, педагоги, психологи) - ненормированный рабочий день |
| специфика взаимоотношений в родительской семье | - неполные семьи - дисфункциональные семьи |

Субъективные факторы

| Факторы | |
|---------------------------|--|
| особенности темперамента | <ul style="list-style-type: none">- высокий или низкий уровень активности- отвлекаемость- низкий уровень адаптивности- преобладание сниженного фона настроения- страх новых ситуаций |
| личностные характеристики | <ul style="list-style-type: none">- высокий уровень поисковой активности- высокий уровень креативности |

Депривация (лишение) – длительное неудовлетворение основных психических потребностей человека.

Виды депривации

| | |
|---------------|---|
| Сенсорная | отсутствие многообразия сенсорных стимулов различных модальностей (зрительных, слуховых, тактильных и др.) |
| Эмоциональная | лишение ребенка теплой эмоциональной связи с близким лицом (матерью или иным значимым лицом) |
| Социальная | лишение ребенка возможности приобщения к общественным нормам и ценностям, усвоение самостоятельных социальных ролей |
| Когнитивная | перегрузка ребенка недифференцированными внешними стимулами (гиперактивность, интерес к поиску новых стимулов) |

Эмоциональная депривация

| Виды нарушений | Способы проявления |
|---|--|
| Дисфункциональное отношение матери или отца к ребенку | <ul style="list-style-type: none">-дефицит общения (физическое или психологическое отсутствие матери (отца)- переизбыток общения (постоянное присутствие матери возле ребенка)-формальное общение (психологическая невключенность матери или отца в процесс воспитания). |
| Отсутствие одного из родителей | Воспринимается ребенком травматично из-за неправильного поведения оставшегося родителя или иных родственников проявляющегося в виде вербальной негативной реакции на отсутствующего родителя |
| Конфликтные отношения между родителями | <ul style="list-style-type: none">- открытые (ссоры, скандалы, драки)- скрытые (нарушение иерархии, сексуальная неудовлетворенность, «психологический развод») |

Понятие и структура дефекта

Понятие дефекта - центральное для специальной психологии и педагогики.

Л.С. Выготский: «Ребенок, развитие которого осложнено дефектом, не просто менее развит, чем его нормальные сверстники, но развит иначе».

Дефект – это физический и психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития ребенка, подтвержденный психолого-медико-педагогической комиссией в отношении ребенка и медико-социальной экспертной комиссией в отношении взрослого.

- первично нарушенные функции (первичный дефект);
- вторично задержанные (вторичный дефект);
- сложный дефект.

Первичный дефект (или ядерное нарушение) – повреждение биологических систем (отделов ЦНС, анализаторов), которое вызывается биологическими факторами.

Вторичный дефект (или системные нарушения) – недоразвитие высших психических функций (речи и мышления у глухих, восприятия и пространственной ориентации у слепых, опосредованной памяти и логического мышления у олигофренов и пр.).

Сложный дефект – сочетание двух и более первичных дефектов, в одинаковой степени определяющих структуру аномального развития и трудности в обучении и воспитании ребенка. Это не просто сумма дефектов – сложный дефект отличается качественным своеобразием

Типы нарушений развития

Л.С. Выготский: «Всякий дефект следует рассматривать с точки зрения его отношения к центральной нервной системе и психическому аппарату ребенка». В деятельности нервной системы различают три отдельных аппарата, выполняющих различные функции:

- *воспринимающий аппарат* (связанный с органами чувств);
- *рабочий аппарат* (связанный с рабочими органами тела, мышцами, железами);
- *центральная нервная система*.

Соответственно этому следует различать *три основных типа дефекта*:

- повреждение воспринимающих органов (слепота, глухота, слепоглухота);
- повреждение или частей ответного аппарата, рабочих органов (калеки);
- недостаток или повреждение центральной нервной системы (слабоумие).

Типы нарушений по В.В. Лебединскому

| | | |
|-------------------------|---|--------------------------------|
| Недоразвитие | Раннее поражение головного мозга (имеет место незрелость мозга) | Умственная отсталость |
| Задержанное развитие | Замедлен темп формирования познавательной и эмоциональных сфер | Задержка психического развития |
| Поврежденное развитие | Позднее (после 2-3-х лет) патологическое влияние на мозг | Органическая деменция |
| Дефицитарное развитие | повреждения или недоразвитие анализаторных систем, опорно-двигательного аппарата | Слепота, глухота, ДЦП |
| Искаженное развитие | Сложное сочетание общего недоразвития, задержанного, ускоренного развития отдельных психических функций | Ранний детский аутизм |
| Дисгармоничное развитие | диспропорциональность психики (эмоционально-волевая сфера) | Психопатии |

| | |
|--|--|
| 1. ЗПР конституционального происхождения | Характерен неосложненный психический и психофизический инфантилизм |
| 2. ЗПР соматогенного происхождения | Обусловлен врожденными и приобретенными пороками развития соматической сферы |
| 3. ЗПР психогенного происхождения | В. Обусловлен наличием легкой дисфункцией головного мозга Связан с неблагоприятными условиями воспитания |
| 4. ЗПР церебрально-органического происхождения | Обусловлен наличием легкой дисфункцией головного мозга |

Причины ЗПР. Нарушение темпа развития чаще всего обусловлено:

1) расстройством питания при рано перенесенной дизентерии, при длительной диспепсии и дистрофиях (тяжелых желудочно-кишечных заболеваниях на ранних этапах жизни);

2) внутриутробной патологией;

3) близнецовостью (многоплодием);

4) природовой патологией (асфиксиями, легкими родовыми травмами);

5) недоношенностью;

6) эндокринными, хромосомными нарушениями

| | |
|-------------------------------------|---------|
| 1. Легкой умственной отсталости | 50-70 |
| 2. Умеренной умственной отсталости | 35- 50 |
| 3. Выраженная умственной отсталости | 20 - 35 |
| 4. Глубокая умственная отсталость | 0 - 20 |



| | |
|-------------------------------------|--|
| 1. Легкой умственной отсталости | А. Обучаются в вспомогательной школе, достигают полной независимости в уходе за собой, овладевают несложной профессией |
| 2. Умеренной умственной отсталости | При правильном воспитании можно привить элементарные навыки несложного труда, нуждаются в опеке, могут овладевать элементами письма, чтения, счета |
| 3. Выраженная умственной отсталости | Практически не обучаемы в вспомогательной школе, речь носит подражательный характер, ее содержание не осмысливается. |
| 4. Глубокая умственная отсталость | Речь и мышление полностью не развиты, не владеют элементарными навыками самообслуживания, нуждаются в постоянной помощи и надзоре |

| Степени олигофрении | Характеристика интеллектуальных нарушений (Q) |
|---------------------|---|
| Дебильность | 70 - 50 |
| Имбецильность | 50 - 20 |
| Идиотия | менее 20 |

Задача 1.

Определите диагноз заболевания: Больная Н. 17 лет. Движения слабо развиты, неловок. Часто совершает навязчивые движения (качания, движения пальцев, любит танцевать. Различает цвета, но не знает их названия, безразличен к запахам.

Почти полностью отсутствует внимание. Речь почти не развита, знает несколько десятков слов.

Задача 2.

Определите диагноз заболевания: Больная С., возраст 5 лет, воспитанница дошкольного детского дома. Психический статус: двигательльно расторможена. Внимание привлекается с трудом. Речь не развита, произносит только отдельные слоги, обращенную речь понимает, выполняет простые инструкции. Ест сама, пользуется ложкой, одевается, но требует помощи. Игрушками не интересуется, быстро ими пресыщается, бросает. Чувство радости выражает громким смехом, хлопаньем в ладоши. Стойких интересов ни к чему не проявляет.

Задача 3.

Определите диагноз заболевания: Больная Н., 10 лет, воспитывается в детском доме. Психический статус: легко вступает в контакт, приветлива, спокойна. Речь развита, с достаточным запасом слов. Запас общих сведений об окружающем беден. Механический счет до тысячи. Обобщениями владеет. Сходство и различие между предметами, исключение лишнего находит с посторонней помощью. С аналогиями не справляется. Скрытый смысл рассказа улавливает при наводящих вопросах, читает удовлетворительно. С серией сюжетных картинок справилась.



Тифлопсихология

Изучает закономерности и особенности развития лиц с нарушением зрения, формирование компенсаторных процессов, обеспечивающих возмещение недостатка информации, дефицит, который связан с нарушением деятельности зрительного анализатора, а также влияние этого дефекта на психическое развитие детей с нарушением зрения.

ЗАДАЧИ ТИФЛОПСИХОЛОГИИ

1) изучение общих, свойственных также и нормально развивающемуся ребенку специфических закономерностей психического развития детей с глубокими нарушениями зрения, механизмов, обеспечивающих компенсацию слепоты и слабовидения;

2) изучение зависимости психического развития от степени, характера и времени возникновения дефекта зрительной функции;

3) выявление потенциальных возможностей лиц с нарушением зрения, их способностей к преодолению отклонений в формировании психических процессов и личностных отклонений;

4) разработка психических основ эффективной коррекционно-педагогической помощи детям с недостатками зрительной функции;

5) разработка социально - психологических основ эффективной интеграции лиц с нарушениями зрения в общество.

История тифлопсихологии

Д.Дидро «Письма о слепых в назидание зрячим» (1749) - первая попытка анализа психологии слепых.

Париж (В. Гаюи) в 1784г. - первая школа для слепых.

Первые исследования – 19 в. 70-е г. - проводили сами слепые, путем интроспекции.

К. Бюрклен «Психология слепых» (взгляды на мышление слепых).

Формирование научной школы незрячих – труды Т. Геллера, М. Кунца, К. Бюрклена, П. Виллея, Ю. Кулагина, А. Литвак и др.

Ряд авторов, особенно слепых, не считают правомерным существование тифлопсихологии как науки.

Л. С. Выготский, А.Р.Лурия и др. – основоположники отечественной тифлопсихологии.

80-е и 90-е гг. 20 века - исследования особенностей психического развития слепых детей, направленные на разработку теории и практики компенсации и коррекции зрительного дефекта в процессе коррекционного обучения и воспитания.

Классификация нарушений зрительных функций

Определение зрительных нарушений

За нормальную остроту зрения равную единице **-1,0** принимается способность человека различать буквы или знаки десятой строки специальной таблицы на расстоянии **5 м**.

Разница в способности различать знаки между последующей и предыдущей строками означает разницу в остроте зрения на **0, 1**.

Определение остроты зрения ниже 0,1

используется пересчет пальцев. Способность к пересчету раздвинутых пальцев руки на расстоянии:

5 м. – 0,09;

2 м. – 0,04;

0,5 м. – 0,01;

30 см. – 0,005

Способность к различению света от тьмы соответствует остроте зрения на уровне *светощущения*. Неспособность к различению означает, что острота зрения равна **0**.

Классификация нарушений зрительных функций

Слепые

Слабовидящие

полным отсутствием
зрительных ощущений,
либо остаточное зрение,
способность к
светоощущению .

зрительный анализатор-
основной источник восприятия
информации, ведущий анализатор
в учебной деятельности

СЛЕПЫЕ

| <i>абсолютно, или тотально, слепые</i> | <i>частично, или парциально, слепые</i> |
|--|---|
| полное отсутствие зрительных ощущений | имеются светоощущения, способны выделять фигуру из фона |

Классификация нарушений зрительных функций в зависимости от времени наступления дефекта

| <i>Слепорожденные</i> | <i>Ослепшие</i> |
|--|---|
| дети с врожденной тотальной слепотой или ослепшие в возрасте до трех лет | дети, утратившие зрение в дошкольном возрасте и позже |

Причины зрительных нарушений

врожденный характер нарушений

зрения:

92% случаев – слабовидение;

88 % случаев – слепота.

Частота врожденных аномалий, %

в 1964 г. - 60,9 ;

в 1979 г. - 75 ;

в 1991 г. - 91;

Характеристика слепых детей

Слух

Слуху отводится значительное место в структуре образа объекта внешнего мира слепого и слабовидящего.

Пространственная ориентация и различного рода деятельность слепых требует способности дифференцировать звуки, шумы, локализовать источники звуков, определять направление звуковой волны, поэтому у них чаще используется слух при выполнении различных видов деятельности.

Осязание

Большое познавательное значение имеет *осязание*.
В процессе активного осязания большое значение приобретает *кинестетическая чувствительность*.
Осязательный образ формируется на основе синтеза массы тактильных и кинестетических сигналов.
Особое место занимает осязание при чтении *брайлевского шрифта*, дающего возможность слепому приобщиться к мировой литературе.

Большое значение имеет сохранность зрительных представлений: чем позже произошла потеря зрения, тем больше объем зрительных представлений.

Чем позже произошла потеря зрения, тем больше объем зрительных представлений, который можно воссоздать за счет словесных описаний

Познавательная сфера слепых детей

Взгляды на *мышление слепых*, обстоятельно изложены в монографии К.Бюрклена «Психология слепых», отражают *две* диаметрально противоположные точки зрения на развитие этой стороны психической деятельности при сужении сферы чувственного познания.

1 точка зрения на развитие мышления

Потеря зрения способствует более раннему, быстрому, преимущественному развитию логического мышления. Тифлопсихологи этого направления разрывали единство чувственного и логического, противопоставляли образное и понятийное. Они утверждали, что чувственные данные препятствуют развитию мышления.

К таким выводам привели интроспективные методы исследования и неверное понимание взаимоотношений чувственного и логического, согласно которому чувственное отвлекает от сознание, препятствует его сосредоточению на решении мыслительных задач.

Отсюда – чем *меньше ощущений, тем интенсивнее работает мысль*, тем глубже сосредоточение слепых на своем внутреннем мире.

2 точка зрения на развитие мышления

Слепота тормозит и ограничивает развитие мышления. Представители этого направления пытались свести процесс мышления к ассоциативным процессам, а содержание мышления - к ощущениям и восприятиям. Любое сужение сенсорной сферы неизбежно отрицательно отражается на мышлении.

«поскольку слепой ребенок беден представлениями, постольку и его мышление должно ограничиваться минимумом..»

Общее у обеих точек зрения

*Неспособность увидеть действительное
соотношение и взаимосвязь чувственного
и логического*

Современный подход к исследованию мыслительной деятельности слепых

Признание независимости уровня развития мыслительной деятельности от дефекта зрения.

Уровень развития мышления зависит от качества программирования и управления процессом формирования.

Зависит от факторов: возраст, индивидуальные особенности психического развития личности и особенности дефекта зрения.

Речь и общение. Становление речи происходит также как у зрячих, но имеет свои особенности формирования - изменяется темп развития, нарушается словарно-семантическая сторона речи, проявляется формализм, накопление слов, не связанных с конкретным содержанием.

Опора на активное речевое общение обеспечивает преодоление трудностей в формировании предметных действий и обуславливает продвижение в психическом развитии слепого ребенка.

Речь слепого также выполняет компенсаторную функцию, включаясь в чувственное и опосредованное познание окружающего мира, в процессы становления личности. Специфика развития речи выражается также в слабом использовании мимики, пантомимики. В таких случаях требуется специальная работа по коррекции речи, позволяющая овладеть ее экспрессивной стороной.

Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы

Становление эстетических чувств у слепых в большой мере затруднено, так как при этом выключается из сферы восприятия целая гамма чувств, возникающих при зрительном восприятии красоты.

Однако, сохранные анализаторы позволяют слепому испытывать эстетические чувства, наслаждаться природой, поэзией, музыкой. Формирование эстетических чувств связано с воспитанием.

Способности эстетически наслаждаться развиваются прежде всего не в сфере сознания, а в сфере деятельности.

Особое место в возникновении тяжелых эмоциональных состояний занимает понимание своего отличия от нормально видящих сверстников (4-5 лет), понимание и переживание своего дефекта в подростковом возрасте, осознание ограничений в выборе профессии, партнера для семейной жизни в юношеском возрасте.

Глубокое стрессовое состояние возникает при приобретенной слепоте у взрослых. Для лиц, недавно утративших зрение, характерны *сниженная самооценка, низкий уровень притязаний, депрессивное поведение*. Отмечается большее неблагополучие слепых в эмоциональном отражении своих отношений с миром. Они *более ранимы и менее эмоциональны*. Слепые из школ-интернатов *более неуверенны в себе, чем слепые из семей*. Для них свойственен *страх* перед неизвестным пространством и живыми объектами.

Слепые обнаруживают большую точность в распознавании эмоц. состояний говорящего, выделяют и адекватно оценивают качества личности (тревожность, активность, доминантность).

Психология слабовидящих

Зрение — основное средство восприятия информации (другие анализаторы не замещают, как у слепых).

Зрение - ведущий анализатор в игре и в учебном процессе.

Характерны: быстрая утомляемость, снижена физическая и умственная работоспособность.

Развитие интеллекта, речи, внимания, восприятия, памяти

Речь, внимание, память, логическое мышление развиваются в пределах нормы. Отставание в развитии образного мышления.

С большим трудом формируется правильное соотношение между отвлеченными знаниями и конкретными представлениями. Легче усваивают отвлеченные, чем конкретные понятия.

Особенности мыслительной деятельности

Мыслительная деятельность опирается на слуховой, двигательный и кожный и др. анализаторы.

На их основе развиваются произвольное внимание, мышление, речь, воссоздающее воображение, логическая память, которые являются ведущими в процессе компенсации.

Имеет значение сохранность зрительных представлений.

Игровая деятельность, обучение в школе

Испытывают трудности. При адекватном коррекционно-компенсаторном обучении за одиннадцать лет могут освоить полное среднее образование и получить специальность, например, массажиста или радио- и электротехника

Психологическая диагностика детей с нарушениями зрительной функции и коррекция этих нарушений

Необходимым условием выявления любой патологии развития является тщательное наблюдение за ребенком с самого его рождения. О возможности зрительной патологии может свидетельствовать отсутствие у ребенка к 2-3 мес. фиксации взора на человеческом лице или игрушке.

Формы компенсации слепоты

Органическая, или внутрисистемная - перестройка функций осуществляется за счет использования механизмов данной функциональной системы.

Межсистемная, основанная на мобилизации резервных возможностей, находящихся за пределами нарушенной функциональной системы, на установлении и формировании новых анализаторных нервных связей.

- на первой стадии развития это комплексные двигательнo-кинестетические восприятия, осязание, слух.
- на второй - речь: ее включение в общение и предметную деятельность позволяет коррегировать отставание;
- третья - связана с развитием и появлением образов представлений, укреплением их связей с предметным миром, возможностью представлять предметы в их отсутствии, оперировать образами в воображаемой ситуации;
- четвертая - характеризуется активным включением речи, памяти, мышления как в наглядно - практической, так и в наглядно - образной и понятийной форме в сенсорное отражение слепым внешнего мира.

Компенсация частичного дефекта протекает по тем же законам, что и компенсация тотального дефекта отличие состоит в том, что в процесс включается информация от нарушенного анализатора. При компенсации частичного дефекта начинает играть роль коррекция первичного дефекта, развитие слуха, осязания, зрения. Непременным условием всех работ по развитию зрительного восприятия является создание комфортных условий восприятия, гигиенических и эргономических условий для работы слепого с остаточным зрением, в первую очередь это относится к гигиене зрения.

Речь и общение. Становление речи происходит также как у зрячих, но имеет свои особенности формирования - изменяется темп развития, нарушается словарно-семантическая сторона речи, проявляется формализм, накопление слов, не связанных с конкретным содержанием.

Опора на активное речевое общение обеспечивает преодоление трудностей в формировании предметных действий и обуславливает продвижение в психическом развитии слепого ребенка.

Исследование связной речи дошкольников с нарушением зрения, показало, что уровень их спонтанной речи был значительно ниже по всем показателям: отражение лишь части предъявляемого материала; фрагментарность, отражение в основном предметного содержания, отсутствие отражения динамики, неумение вычленить и проанализировать, главные события, трудности в соблюдении логичности связной речи.

Для слепых являются типичными системные недоразвития речи: непонимание смысла слова, которое не соотносится с чувственным образом, отсутствие развернутых высказываний из-за недостатка зрительных впечатлений. Значительную роль в проявлении недоразвития речи играет нарушение общения ребенка с микросоциальной средой и неудовлетворительные условия речевого общения.

1. Миопия — близорукость.
2. Анофтальм — отсутствие глаза, редкая аномалия зрения.
3. Микрофтальм — врожденная аномалия развития глаза, характеризующаяся уменьшением всех размеров глаза.
4. Катаракта — заболевание глаз, характеризующееся помутнением хрусталика.
5. Астигматизм — особый вид оптического строения глаза (нарушения формы роговицы, хрусталика).
6. Косоглазие — положение глаза, при котором зрительная линия одного глаза — на объект, др. — в сторону.

Сурдопсихология

Изучает закономерности и особенности развития лиц с нарушением слуха, формирование компенсаторных процессов, обеспечивающих возмещение недостатка информации, дефицит, который связан с нарушением деятельности слухового анализатора, а также влияние этого дефекта на психическое развитие детей с нарушением слуха.





