

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Тульский государственный университет»

Медицинский институт  
Кафедра «Психиатрия и наркология»

Утверждено на заседании кафедры  
«Психиатрия и наркология»  
«25» января 2022 г., протокол № 6

Заведующий кафедрой  
 Д.М. Иващенко

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ  
к самостоятельной работе  
по дисциплине (модулю)  
«Основы дефектологии в социальной и профессиональной сферах»**

**основной профессиональной образовательной программы  
высшего образования – программы бакалавриата**

по направлению подготовки  
**54.03.01 Дизайн**

с направленностью (профилем)  
**Дизайн интерьера**

Форма обучения: очная

Идентификационный номер образовательной программы: 540301-02-22

Тула 2022 год

## **Разработчик методических указаний**

Иващенко Д.М., зав. кафедрой ПИН, к.м.н., доцент  
(ФИО, должность, ученая степень, ученое звание)



---

(подпись)

## **Психологические особенности лиц с ограниченными возможностями**

Важное воздействие на человека с ОВЗ оказывает успешность его отношений с окружающими его людьми. Человек должен чувствовать себя комфортно. Важно учитывать состояние студента в конкретный момент времени. Не следует акцентировать внимание на его физическом недостатке или на стереотипных (навязчивых) движениях, а при их наличии переключите внимание ученика на другую деятельность. Толерантность (терпимость) по отношению к студентам с «особыми нуждами» является неременным качеством в работе преподавателя. Использование технических средств, посредством которых реализуются компенсаторные функции обучения, позволяющие либо усиливать чувствительность анализаторов, либо замещать их другими, сохранными анализаторами, расширив тем самым способы доступа к учебной информации. В некоторых случаях, может быть полезным в получении высшего образования дистанционное обучение. Человеку с ограничением здоровья нельзя давать понять, что он зависит от вас. Общение с ним важно осуществлять на равных, но вместе с тем оказание ему необходимой практической помощи приведет к образованию системы связей речевой и практической деятельности. Проявления лишнего любопытства по поводу его особенностей, а также сентиментального сочувствия может снизить интерес общения с вами. Важно помнить, что первая наша задача - создать базис, на основе которого студент сможет изменяться, почувствует себя лучше и будет готов проявлять самостоятельную активность.

Психологические особенности людей с нарушениями слуха

Выделяются следующие виды нарушений слуха: 1. Неслышащие – люди с полным отсутствием слуха, который не может использоваться для накопления речевого запаса. Эта группа разделяется на подгруппы: неслышащие без речи (дети, родившиеся глухими или потерявшие слух в возрасте до 2–3 лет, до формирования речи) и неслышащие, потерявшие слух, когда речь практически была сформирована. 2. Слабослышащие – люди с частичной слуховой недостаточностью, затрудняющей речевое развитие. Различают кондуктивные и сенсоневральные нарушения слуха. Кондуктивные нарушения слуха могут возникнуть у любого человека при воспалении среднего уха (отит), образовании серных пробок и пр. Также эти нарушения возникают при деформации строения ушных раковин, заращении слуховых проходов и др. Чаще всего они носят временный характер и могут быть вылечены. Сенсоневральные нарушения слуха связаны с поражением слухового нерва и являются стойкими и необратимыми. Слабослышащие имеют разные степени нарушения слуха: 1-я степень - доступно восприятие речи разговорной громкости на расстоянии 6 м и более, и даже шепот. Однако в шумной обстановке он испытывает серьезные затруднения при восприятии и понимании речи. Люди общаются при помощи устной речи. 2-я степень – человек воспринимает разговорную речь на расстоянии менее 6 м, некоторые воспринимают - также шепотную – до 0,5 метра. Могут испытывать затруднения при восприятии и понимании речи в тихой обстановке. На занятиях необходимо обязательное использование слуховых аппаратов. Люди общаются при помощи устной речи, при этом она имеет специфические особенности. 3-я степень – воспринимают речь разговорной громкости неразборчиво на расстоянии менее 2 м, шепот - не слышат. Обычно понимают речь, когда видят лицо говорящего. Необходимо обязательное постоянное использование слуховых аппаратов для общения с окружающими и обучения. 4-я степень – восприятие речи разговорной громкости неразборчиво даже у самого уха, шепот не слышат. Понимают речь при наличии слуховых аппаратов, когда видят лицо говорящего и тема общения понятна. Студент должен носить слуховые аппараты постоянно, чтобы иметь возможность все время слышать звуки и речь. Это обязательное условие для успешного обучения и общения. Если аппараты подобраны и настроены правильно, то их постоянное использование не вызывает у него дискомфорт и ухудшение слуха.

### Психологические особенности при нарушении слуха

Своеобразие развития внимания, восприятия, людей имеющих нарушения слуха, заметно влияет на деятельность памяти. У них доминирует зрительное восприятие, поэтому весь процесс запоминания в основном строится на зрительных образах, в то время как у людей слышащих этот процесс слухо-зрительный и опирается на активную звуковую речь. В связи с нарушением слуха особую роль приобретает зрение, на базе которого развивается речь глухого ребенка. Очень важными в процессе познания окружающего мира становятся двигательные, осязательные, тактильно-вибрационные ощущения. Память неслышащих и слабослышащих отличается рядом особенностей. Значительно интенсивнее, чем у нормально слышащих, меняются представления 5 (происходит потеря отчетливости, яркости воспроизведения объекта, уменьшение размеров, перемещение в пространстве отдельных деталей объекта, уподобление предмета другому, хорошо известному). Запоминание находится в тесной зависимости от способа предъявления материала, поэтому затруднено запоминание, сохранение и воспроизведение речевого материала – слов, предложений и текстов. На почве нарушений устной речи возникает расстройство письменной речи, которое проявляется в форме различных дисграфий и аграмматизмов. При полной потере слуха речь формируется только в условиях специального обучения и с помощью вспомогательных форм – мимикожестовой речи, дактильной, чтения с губ. Слышащие значительную часть социального опыта усваивают спонтанно, люди с нарушениями слуха в этом плане ограничены в своих возможностях. Поэтому иногда наблюдаются трудности общения и своеобразие взаимоотношений, замкнутость. Слышащие люди часто считают, что индивидуальный слуховой аппарат - это «очки» для слуха, с ним человек сразу становится слышащим и говорящим. Это верно лишь при незначительном понижении слуха (слабослышащие I и II степени); при тяжелом снижении слуха (слабослышащие III и IV степени, глухие) аппарат лишь улучшает разборчивость восприятия речи, может компенсировать ее нарушение. Слуховой способ восприятия речи, при котором ребенок слушает, не глядя на собеседника, доступен только людям с незначительной степенью снижения слуха (слабослышащие I степени). Зрительный способ восприятия речи чаще используют глухие люди, которые по артикуляции собеседника частично воспринимают и понимают речь. Однако зрительное восприятие глухими студентами речи собеседника затруднено, т.к. не все звуки можно «прочитать» по губам. Например, звуки М, П, Б студент «видит» одинаково и различить их может только при «подключении слуха»; звуки К, Г, Х не «видны» совсем - слова КОТ, ГОД, ХОД он «видит» одинаково. Особенности на занятиях по физкультуре. Нарушения функций слухового и вестибулярного анализаторов приводят к снижению чувства пространственной ориентировки, что проявляется в ходьбе, беге, упражнениях с предметами. Рекомендации для преподавателей После объяснения какого-либо вопроса, старайтесь делать небольшие паузы. Используйте как можно шире иллюстративный материал. Всегда смотрите в лицо студенту с нарушенным слухом и при разговоре с ним. Будьте к собеседнику доброжелательным, не показывайте своего недовольства или раздражения, вызванного непониманием вашей речи. Овладевайте способами оперативной помощи ему во время беседы или урока: - повторить фразу в более медленном темпе с тем же порядком слов. Записывание лекций на видео, использование надписей на экране (титров), демонстрация диапозитивов и диафильмов с помощью компьютерных обучающих программ. Следует увеличить время, отведённое на выполнение заданий. Также для них может осуществляться сопровождение событий, происходящих на экране компьютера, текстовыми сообщениями и световыми сигналами. Кроме того, студенты с нарушениями слуха могут использовать наушники для усиления звука.

### Психологические особенности людей с нарушениями зрения

Зрение — самый мощный источник информации о внешнем мире. 85-90% информации поступает в мозг через зрительный анализатор, и частичное или глубокое

нарушение его функций вызывает ряд отклонений в физическом и психическом развитии человека. Зрительный анализатор обеспечивает выполнение сложнейших зрительных функций. Принято различать пять основных зрительных функций: 1) центрального зрения; 2) периферического зрения; 3) бинокулярного зрения; 4) светоощущения; 5) цветоощущения. Выделяются следующие нарушения зрения — незрячие и слабовидящие. Незрячих делят на тотально слепых ( $Vis = 0$ ) и с остаточным зрением ( $Vis$  от 0 до 0,04 с оптической коррекцией стеклами на лучшем глазу). Слабовидящими считают людей, имеющих остроту зрения от 0,2 до 0,6 (с оптической коррекцией стеклами на лучшем глазу). К данной категории относятся люди со следующими заболеваниями: близорукость, дальнозоркость, косоглазие, астигматизм, альбинизм, амблиопия, нистагм, микрофтальм, люди с монокулярным зрением, а также с нарушениями центрального и периферического зрения и др. Особенности внимания. Из-за недостатка зрения нарушено произвольное внимание. Снижение произвольного внимания обусловлено нарушением эмоционально-волевой сферы и ведет к расторможенности — низкому объему внимания, хаотичности, т.е. нецеленаправленности, переходу от одного вида деятельности к другому, или, наоборот, к заторможенности детей, инертности, низкому уровню переключаемости внимания. Особенности памяти. 7 Дефекты зрительного анализатора, нарушая соотношение основных процессов возбуждения и торможения, отрицательно влияют на скорость запоминания. Быстрое забывание усвоенного материала объясняется не только недостаточным количеством или отсутствием повторений, но и недостаточной значимостью объектов и обозначающих их понятий, о которых люди с нарушением зрения могут получить только вербальное знание. Ограниченный объем, сниженная скорость и другие недостатки запоминания студентов с нарушением зрения имеют вторичный характер, т.е. обусловлены не самим дефектом зрения, а вызываемыми им отклонениями в психическом развитии. У людей с нарушением зрения увеличивается роль словесно-логической памяти. Выявлена слабая сохранность зрительных образов и снижение объема долговременной памяти. Объем кратковременной слуховой памяти у всех категорий людей с нарушением зрения высокий. Особенности восприятия. В зависимости от степени поражения зрительных функций нарушена целостность восприятия. У слабовидящих доминирует зрительно-двигательно-слуховое восприятие. Они способны одновременно воспринимать одно-два движения или отдельные элементы движений. Процесс узнавания у слабовидящих цветных, контурных и силуэтных изображений не однозначен. Из всех видов изображений лучше всего узнают цветные картинки, так как цвет дает им дополнительную к форме изображений информацию. Чем сложнее форма предмета и менее приближена к геометрическим формам, тем труднее они опознают объект. При восприятии контурных изображений успешность опознавания зависит от четкости, контрастности и толщины линии. Так, линии толщиной в 1,5 мм и выполненные черным цветом на белом фоне дети воспринимают быстрее всего. Рекомендации для преподавателей. Рабочее место студента с нарушением зрения необходимо располагать на первой второй парте. Лучше, если оно будет оснащено дополнительным освещением. Преподавателю, работающему с таким студентом, рекомендуется не стоять в помещении против света, на фоне окна. В связи с тем, что темп работы людей со зрительными нарушениями замедлен, следует давать больше времени для выполнения заданий (особенно письменных). Иллюстративный материал должен быть крупный, хорошо видимый по цвету, контуру, силуэту, должен соответствовать естественным размерам, т.е. машина должна быть меньше дома, помидор — меньше кочана капусты и т.п. Размещать объекты на доске (в презентации) нужно так, чтобы они не сливались в единую линию, пятно, а хорошо выделялись по отдельности. Следует увеличить время, отведенное на выполнение заданий.

Психологические особенности людей с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата (ОДА)

При всем разнообразии врожденных и приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата у большинства людей наблюдаются сходные проблемы. Ведущим в клинической картине является двигательный дефект, а именно задержка формирования, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций, которые имеют различную степень выраженности: - при тяжелой степени люди не овладевают навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью. Навыки самообслуживания у них не сформированы; - при средней степени двигательных нарушений люди овладевают ходьбой, но передвигаются неуверенно, часто с помощью специальных ортопедических приспособлений (костылей, канадских палочек и т.д.). Навыки самообслуживания у них развиты не полностью из-за нарушений манипулятивной функции (наиболее многочисленная группа); - при легкой степени двигательных нарушений люди ходят самостоятельно, уверенно себя чувствуют и в помещении, и на улице; навыки самообслуживания сформированы, у них достаточно развита манипулятивная деятельность, но вместе с тем могут наблюдаться патологические позы, нарушения походки, насильственные движения и др. В связи с тем, что среди нарушений опорно-двигательного аппарата основное место занимает детский церебральный паралич (ДЦП), 89% детей с нарушениями опорнодвигательного аппарата - это дети с ДЦП. За последние годы данное заболевание стало одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей (частота его проявлений в РФ достигает в среднем 6 на 1000 новорожденных. Современная статистика только по Москве насчитывает около 9000 инвалидов детства с ДЦП). Поэтому целесообразно остановиться на психолого-педагогической характеристике людей, страдающих церебральным параличом. Общие нарушения, которые составляют структуру двигательного дефекта при ДЦП: - нарушение мышечного тонуса по типу повышения (спастичность, мышечная гипертония) или понижения (гипотония), а также меняющийся тонус или смешанная форма с различными сочетаниями нарушений (дистония). 9 - наличие параличей и парезов (полное отсутствие или ограничение объема произвольных движений). В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений. А это в своё время затрудняет формирование ходьбы, навыков самообслуживания, учебной и других видов деятельности. В зависимости от локализации нарушения выделяют 4 вида церебрального паралича: тетраплегия (поражение всех четырех конечностей); диплегия (поражение либо верхних, либо нижних конечностей); гемиплегия (поражение либо правой, либо левой половины тела); моноплегия (поражение одной конечности). Нарушения равновесия и координации движений (атаксия). Наблюдается неустойчивость при сидении, стоянии и ходьбе. В тяжелых случаях человек не может сидеть или стоять без поддержки. Нарушения равновесия тела и координации движений проявляются в патологической походке, которая наблюдается при различных формах ДЦП. Нарушена координация тонких, дифференцированных движений. В результате человек испытывает трудности в манипулятивной деятельности и при письме. Такие люди затрудняются бросить мяч в цель, поймать его. Наблюдается несоразмерность движений (прежде всего рук). Человек не может точно захватить предмет и поместить его в заданное место. Нарушение ощущения движений (кинестезии). При всех формах ДЦП нарушается кинестетическая чувствительность, и человеку сложно определить положение собственного тела в пространстве, нарушается координация движений и пр. У многих людей искажено восприятие направления движения. Например, движение ноги вперед ощущается как движение в сторону. Для людей с церебральным параличом характерны специфические отклонения в психическом развитии. Механизм этих нарушений сложен и определяется как временем, так и степенью поражения ЦНС. Дефицитарность моторной сферы приводит к двигательной, сенсорной, когнитивной, социальной депривации и нарушениям эмоционально-волевой сферы. Считается, что примерно 20-25 % детей с ДЦП имеют потенциально сохранный интеллект, однако развитие их идет в дефицитарных условиях, что сказывается на психическом развитии. Важно отметить, что

все психические процессы при данном заболевании имеют ряд общих особенностей - таких, как: - нарушение активного произвольного внимания, которое отрицательно сказывается на функционировании всей познавательной системы человека с ДЦП; 10 - выраженность астенических проявлений - повышенная утомляемость, истощаемость всех психических процессов; - повышенная инертность и замедленность всех психических процессов. Выделим специфические особенности развития познавательной сферы людей с церебральным параличом: нарушение формирования избирательности, устойчивости, концентрации, переключения, распределения внимания. Человек застревает на отдельных элементах. Отмечаются трудности формирования произвольного внимания. Нарушения пространственного восприятия, у людей с ДЦП есть трудности в пространственно-временной ориентировке. Нарушения в формировании образной памяти (включающей в себя зрительную, слуховую, осязательную память) большей частью являются следствием нарушений восприятия. Словесно-логическая память предполагает достаточный уровень развития речи и мышления, а поскольку эти функции у детей с ДЦП, как правило, формируются с опозданием, то и данный вид памяти задерживается в своем становлении. Более полно люди с церебральным параличом запоминают яркие предметы и те, по которым можно создать больше ассоциативных связей. У студентов с ДЦП имеется ряд особенностей формирования мышления. Наглядно-действенное мышление формируется с большим опозданием; так как человек с ДЦП лишен возможности двигаться либо такая возможность ограничена, он познает мир, основываясь лишь на наблюдениях и рассказах окружающих. Поэтому очень часто у детей с ДЦП имеет место вербализация. По эмоционально-волевым проявлениям людей с ДЦП условно можно разделить на 2 группы. В одном случае с пониженной возбудимостью, чрезмерной чувствительностью ко всем внешним раздражителям. Обычно они беспокойны, суетливы, расторможены, склонны к вспышкам раздражительности, упрямству. Они эмоционально лабильны: то они чрезмерно веселы, шумны, то вдруг становятся вялыми, раздражительными, плаксивыми. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Так, начав плакать или смеяться, человек не может остановиться. Нарушения поведения могут проявляться в виде двигательной расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению к окружающим, усиливаясь в новой для человека обстановке и при утомлении. Следует подчеркнуть, что нарушения поведения отмечаются не у всех людей с церебральным параличом. У более многочисленной группы людей процесс торможения превалирует над процессом возбуждения. Такие люди отличаются вялостью, пассивностью, безынициативностью, нерешительностью, заторможенностью. Они с трудом привыкают к новой обстановке, не могут адаптироваться в изменяющихся условиях, с большим трудом налаживают контакты с новыми людьми. У данной категории отмечаются такие 11 нарушения личностного развития, как пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением, падением, сном и общением. В момент страха у них наблюдаются физиологические изменения (учащение пульса и дыхания, повышается мышечный тонус, появляется пот, усиливаются слюноотечение и гиперкинезы). Они стремятся к ограничению социальных контактов. Причиной этих нарушений чаще всего является гиперопекающее воспитание и реакция на физический дефект. Рекомендации для преподавателей Начать необходимо с оптимального индивидуального плана обучения студента; следует обсудить все варианты с родителями и вместе с ними решить, какая именно форма образования наилучшим образом соответствует потребностям студента. У людей с ДЦП отмечается сенсорная сверхчувствительность. Малейшее сенсорное возбуждение, если оно внезапно, может вызвать резкое усиление спазма, поэтому: следует избегать резких внешних воздействий; преподаватель должен приближаться к студенту со стороны лица, а если это невозможно, нужно словесно обозначить свои действия; нельзя сажать людей с ДЦП спиной к двери и лицом к окну. Дверь и окно должны быть сбоку. Следует увеличить время, отведённое на выполнение заданий, и категорически исключить

задания на время. При нарушении моторики рук, необходим индивидуальный подбор заданий в тестовой форме, позволяющий студенту не давать развернутый речевой ответ.