

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ М. П. ДРАГОМАНОВА**

**Факультет корекційної педагогіки та психології**

**“Затверджено”**

на засіданні Приймальної комісії  
НПУ імені М.П. Драгоманова  
протокол № 5 від «06» березня 2018 р.  
Голова Приймальної комісії  
Андрущенко В.П.

**Програма додаткового вступного випробування (співбесіди)**

**з дисципліни « Спеціальна психологія»**

**для громадян України, іноземних громадян та осіб без громадянства,**

**при вступі на навчання для здобуття ступеня магістра**

**на базі здобутого ступеня бакалавра/**

**освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліста**

**спеціальність 053 Психологія**

**(за освітньо-професійною програмою – 1 рік 4 місяці)**

Київ – 2018

# 1. ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА ДОДАТКОВОГО ВСТУПНОГО ВИПРОБУВАННЯ

Додаткове вступне випробування з дисципліни «Спеціальна психологія» на базі освітньо-кваліфікаційного ступеня «Бакалавр» проводиться у формі усного екзамену за програмними питаннями.

Абітурієнти на початку випробування обирають програмні питання, оформлені у вигляді білетів, і готуються до відповіді протягом 30 - 40 хвилин. Фахову співбесіду проводять індивідуально з кожним студентом екзаменатор та члени предметної комісії, склад якої затверджений наказом Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Термін проведення співбесіди – 15-20 хвилин з кожним із абітурієнтів.

Загальний термін проведення додаткового вступного випробування з дисципліни «Спеціальна психологія» на базі освітньо-кваліфікаційного рівня «Бакалавр» не повинен перевищувати 4 академічні години.

В ході фахового випробування абітурієнти мають відповісти на 3 запитання, які представляють теоретичну та практичну складові дисциплін, покладених в основу розробки програми випускного фахового випробування.

При висвітленні теоретичних питань студенту необхідно продемонструвати знання з теоретичних основ загальної та спеціальної психології, основ психосоматики та психологічної педіатрії, показати рівень сформованості уявлень про вікові особливості психофізичного розвитку дітей та розуміння взаємовпливу психосоматичного та соматопсихічного компоненту у дитячо-підлітковій клініці; продемонструвати знання з психології дітей різних нозологічних груп психічного дизонтогенезу. При підготовці практичних завдань студент повинен продемонструвати вміння визначати особливості психічного розвитку та психічних станів дітей за описом їх зовнішніх проявів.

## 2. КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ ЗНАТЬ АБІТУРІЄНТА НА ДОДАТКОВОМУ ВСТУПНОМУ ВИПРОБУВАННІ

<i>За шкалою університету</i>	<i>Визначення</i>	<i>Характеристика відповідей абітурієнта на питання теоретичного змісту</i>
<b>0-23 бали</b>	<b>Низький</b>	Абітурієнт не усвідомлює змісту питання білету, тому його відповідь не має безпосереднього відношення до поставленого питання. Наявна повна відсутність умінь міркувати.
<b>24-49 балів</b>	<b>Задовільний</b>	Відповіді на питання білету носять фрагментарний характер, характеризуються відтворенням знань на рівні запам'ятовування. Абітурієнт поверхово володіє умінням міркувати, його відповіді супроводжуються другорядними міркуваннями, які інколи не мають безпосереднього відношення до змісту запитання.
<b>50-74 балів</b>	<b>Достатній</b>	У відповідях на питання білету допускаються деякі неточності або помилки непринципового характеру. Абітурієнт демонструє розуміння навчального матеріалу на рівні аналізу властивостей. Помітне прагнення абітурієнта логічно розмірковувати при відповіді на питання білета.
<b>75-100 балів</b>	<b>Високий</b>	Абітурієнт дає повну і розгорнуту відповідь на питання білету. Його відповіді свідчать про розуміння навчального матеріалу на рівні аналізу закономірностей, характеризуються логічністю і послідовністю суджень, без включення випадкових і випадання істотних з них.

Якщо абітурієнт під час вступного випробування з конкурсного предмету набрав від 0 до 23 балів, то дана кількість балів вважається не достатньою для допуску в участі у конкурсному відборі до НПУ імені М. П. Драгоманова.

Оцінювання рівня знань абітурієнтів проводиться кожним із членів предметної комісії окремо, відповідно до критеріїв оцінювання. Загальний бал оцінювання рівня знань абітурієнта виводиться за результатами обговорення членами комісії особистих оцінок відповідей абітурієнтів. Бали (оцінки) вступного фахового випробування виголошуються головою предметної комісії усім абітурієнтам, хто приймав участь у випробуванні після закінчення іспиту.

## 3. ЗМІСТ ПРОГРАМИ ДОДАТКОВОГО ВИПРОБУВАННЯ

### 3.1. Теоретичні основи загальної, спеціальної психології та медичної психології.

Психологічна теорія діяльності. Теорія О.Р. Лурії про мозкову організацію вищих психічних функцій. Теорія соціалізації. Теорія П.Я. Гальперіна про етапність формування розумових дій. Теорія захисних механізмів.

Предмет, завдання та принципи спеціальної психології. Історія становлення спеціальної психології. Галузі спеціальної психології. Методи спеціальної психології, їх загальна характеристика. Первинна, вторинна та третинна профілактика у методології спеціальної психології. Завдання спеціальної психології в реалізації основних напрямків реформування спеціальної освіти. Соціально-психологічні проблеми спеціальної психології. Моделі ставлення суспільства до осіб з психофізичними порушеннями.

Розуміння психологічної норми і патології. Причини порушень розвитку у дитячому віці. Патопсихологічний підхід до класифікації дизонтогенезу. Параметри психічного дизонтогенезу (за В.В. Лебединським). Класифікація дефектів за функціональною локалізацією порушень. Залежність психічного розвитку від часу виникнення та глибини порушення. Поняття первинного дефекту і вторинних відхилень у розвитку згідно теорії Л.С. Виготського. Порушення міжфункціональних взаємодій в процесі аномального системогенезу.

Поняття компенсації в спеціальній психології. Поняття реабілітації та абілітації у спеціальній психології. Внесок Л.С. Виготського у спеціальну психологію. Загальні закономірності при порушеннях психофізичного розвитку. Поняття корекції у спеціальній психології. Деадаптація як порушення пристосування особистості до оточення.

Взаємовплив психосоматичного та соматопсихічного компоненту у дитячо-підлітковій клініці. Поняття про психосоматичні розлади. Класифікація психосоматичних розладів за DSM-IV та МКХ-10. Поняття про соматогенні нервово-психічні розлади в дитячо-підлітковій клініці.

### **3.2. Психологія дітей з психофізичними порушеннями.**

Особливості сенсорно-перцептивних функцій при олігофренії. Особливості пам'яті розумово відсталих дітей. Особливості уваги при олігофренії. Особливості мотиваційно-потребнісної сфери при розумовій відсталості. Особливості мовлення дітей-олігофренів. Особливості емоційно-вольової сфери при розумовій відсталості. Особливості самооцінки та рівня домагань розумово відсталих дітей. Характеристика мисленнєвої діяльності при олігофренії. Психологічна характеристика діяльності розумово відсталих дітей.

Особливості емоційно-вольової сфери дітей з ДЦП. Варіанти дизонтогенезу психічного розвитку церебрально-органічного генезу при ДЦП. Психічні порушення при ДЦП. Особливості мисленнєвої діяльності при ДЦП. Особливості психомоторного розвитку при ДЦП.

Особливості сенсорно-перцептивних функцій при ЗПР. Особливості емоційно-вольової сфери та особистісного розвитку дітей з ЗПР. Особливості уваги при затримці психічного розвитку. Особливості мисленнєвої діяльності дітей з ЗПР. Особливості мовленнєвого розвитку дітей з ЗПР.

Своєрідність розвитку образної пам'яті у глухих дітей. Особливості мисленнєвої діяльності дітей з вадами слуху. Особливості розвитку емоційної сфери та особистості глухих дітей.

Особливості емоційно-вольового та особистісного розвитку при патології зору. Характеристика особливостей пізнавальної діяльності при вадах зору. Просторові уявлення та просторове орієнтування сліпих та слабозорих. Формування образів зовнішнього світу при вадах зору.

Клініко-психологічна характеристика порушень при порушеному психічному розвитку (за класифікацією В.В. Лебединського) на моделі органічної деменції. Клініко-психологічна характеристика порушень при спотвореному психічному розвитку (за класифікацією В.В. Лебединського) на моделі раннього дитячого аутизму. Клініко-психологічна характеристика порушень при дизгармонійному психічному розвитку (за класифікацією В.В. Лебединського) на моделях психопатії та патологічного розвитку особистості. Загальні клініко-психологічні особливості дітей з комбінованими порушеннями.

### **3.3. Практичні завдання.**

#### **1. Визначити тип та ступінь порушення, запропонувати орієнтовний план психокорекційної допомоги.**

При даному типі порушення, яке виникає внаслідок дифузногоорганічногоураження кори головного мозку на ранніхетапах онтогенезу, спостерігаються значні відставання у формуванні локомоторних функцій. При даному ступені зазначеного порушення навички самообслуговування або відсутні, або з'являються лише найелементарніші завдяки тривалому спеціальному вихованню. На основі збереженої здатності до утворення простих умовних рефлексів в деяких випадках можна розвинути примітивне наочно-дієве мислення, розуміння примітивних вербальних інструкцій, предметну ситуативну пам'ять на рівні впізнавання. Сприймання мовлення синкретичне, ситуативне, з опорою на його фонові характеристики. Такі особи можуть користуватися окремими нестійкими звуковими комплексами, які передають емоційний стан та інформують про окремі потреби. Увага мимовільна і дуже нестійка. Поведінка польова, повністю залежить від зовнішніх стимулів, не підлягає усвідомленню та не має конкретних цілей. Даний тип порушення часто супроводжується грубими розладами емоційно-вольової сфери, можуть спостерігатися такі патологічні прояви, як дисфорія, агресія, аутоагресія, апатія, ейфорія, абулія. Відзначається потреба у постійній допомозі та догляді.

#### **2. Визначити тип та вид порушення, запропонувати орієнтовний план психокорекційної допомоги.**

Вікова динаміка психічного розвитку при даному типі порушення, яке виникає внаслідок дифузногоорганічногоураження кори головного мозку на ранніхетапах онтогенезу, відрізняється надмірною загальмованістю у становленні вищих психічних функцій. На першому році життя характерні пасивність, недорозвиток моторних функцій. У віці 2-3 років в структурі психічного дефекту звертають на себе увагу виразні психомоторні розлади, також спостерігається явний недорозвиток мовлення та пізнавальних функцій. У 3-7 років помітний мовленнєвий недорозвиток, труднощі у формуванні навичок самообслуговування, а в шкільному віці в структурі психічного дефекту домінує недорозвиток абстрактного мислення. У старшому підлітковому віці на перший план виступає особистісна незрілість, нездатність самостійно вирішувати життєві ситуації, некритичність.

#### **3. Визначити тип та ступінь порушення,запропонувати орієнтовний план психокорекційної допомоги.**

Даний тип порушення виникає внаслідок дифузногоорганічногоураження кори головного мозкувідрізняється відносно пізнішим патологічним впливом на мозок, коли більша частина мозкових систем значною мірою вже сформувалися, і ознаки ураження проявляються в їх недостатності. При цьому ступені порушення спостерігається нездатність до розумового напруження, підвищена втомлюваність. З боку пізнавальних процесів – зниження обсягу пам'яті у слуховій та зоровій модальностях, труднощі концентрації, стійкості та розподілу уваги, порушення динаміки мисленнєвих процесів. Адаптація таких дітей в цілому задовільна, вони можуть відвідувати школу, але при ускладнених життєвих ситуаціях можуть спостерігатися загострення у вигляді запаморочення, порушення сну, загального психічного тону.

#### **4. Визначити тип порушеннята ступінь порушення,запропонувати орієнтовний план психокорекційної допомоги.**

Даний тип порушення виникає внаслідок органічногоураження кори головного

мозку відрізняється відносно пізнішим патологічним впливом на мозок, коли більша частина мозкових систем значною мірою вже сформувалися, і ознаки ураження проявляються в їх недостатності. При цьому ступені порушення спостерігається в'ялість, загальна загальмованість, апатодинамічний синдром. Або навпаки, – підвищена збудливість, рухова розгальмованість. Такі діти відчують суттєві труднощі у навчанні, їм притаманні ейфорія, легковажність, такі афективні реакції як агресивність, вибуховість. На тлі загальної неуспішності у них спостерігається виразна психопатоподібна поведінка. В структурі особистості звертає на себе увагу неадекватність самооцінки та зниження критики свого стану.

**5. Визначити тип та ступінь порушення, запропонувати орієнтовний план психокорекційної допомоги.**

Даний тип порушення виникає внаслідок дифузного органічного ураження кори головного мозку на ранніх етапах онтогенезу. Ступінь цього порушення характеризує грубий недорозвиток рухової сфери, що ускладнює (іноді унеможлиблює) оволодіння навичками самообслуговування. Грубе порушення уваги виявляється в нестійкості, відсутності її активної форми. Часто трапляються аномалії розвитку органів відчуттів та функціональні розлади аналізаторів. Наслідком недиференційованості сприймання є відсутність аналізу, порівняння. Пам'ять відрізняється дуже малим обсягом і значними спотвореннями при відтворенні. Мислення є конкретним, хаотичним і безсистемним. Оперувати абстрактними поняттями, передати зміст навіть найпростішої сюжетної картини такі діти не можуть. Деякі з них опановують порядковий рахунок предметів. Під впливом навчання у них можуть з'явитися не пов'язані між собою уявлення, їхні міркування є збідненими та несамостійними. Експресивне мовлення або не формується взагалі, або існує на рівні беззмістовних ехолоалічних повторень, окремих слів з порушеною структурою і коротких аграматичних речень з грубими порушеннями звуковимови. Звернене мовлення розуміють, орієнтуючись в основному на інтонацію, у ситуаціях, пов'язаних із задоволенням основних потреб.

Типовими рисами особистості є відсутність спонукань або хаотичне прагнення до всіх оточуючих подразників, що привертають увагу, тенденція до наслідування та відтворення старих завчених штампів. Емоційні реакції є одноманітними, задубілими та недиференційованими.

**6. Визначити тип та ступінь порушення, запропонувати орієнтовний план психокорекційної допомоги.**

При даному типі порушення внаслідок дифузного органічного ураження кори головного мозку на ранніх етапах онтогенезу локомоторні функції розвиваються дуже повільно. Моторика характеризується незграбністю, недиференційованістю. Мовлення аграматичне, збіднене. Словниковий запас дуже обмежений, у ньому немає узагальнювальних та абстрактних термінів. Речення прості непоширені, неправильно побудовані. Звернені інструкції розуміються лише в конкретних ситуаціях. Зміст простої казки чи оповідання можуть усвідомлюватися лише з опорою на наочність. Складні граматичні конструкції не розуміються взагалі. Увага мимовільна, нестійка. Перцептивна діяльність характеризується хаотичністю. Обсяг пам'яті суттєво звужений. При відтворенні заученого часто наявне спотворення. До підліткового віку пам'ять, особливо довготривала, дещо удосконалюється. Можна розвинути примітивне наочно-дієве та образне мислення, яке проте характеризується конкретністю, браком послідовності, гнучкістю. Утворення абстрактних понять є дуже обмеженим найелементарнішими ситуативними узагальненнями. Емоції характеризуються полярністю, реактивністю та

лабільністю. Відносна збереженість афективного життя виявляється в чутливості до оцінки іншими людьми. Власна самооцінка неадекватно завищена. Схильність до «польової поведінки», проте досить часто виявляються й інші форми активності, наприклад, імпульсивні акти, які дають можливість виконувати прості завдання під безпосереднім контролем та реалізовувати автоматизовані навички. Збережена можливість виховати навички самообслуговування. Іноді завдяки тривалому спеціальному навчанню виявляється можливим опанувати елементи грамоти та рахунок у межах 10-20. З великими труднощами засвоєні знання використовуються механічно. Завдяки навчанню шляхом багаторазового показу способу виконання завдання з поступовим його ускладненням вдається підготувати таких осіб до праці.

**7. Визначити тип порушення та запропонувати орієнтовний план психокорекційної допомоги.**

При легкому ступені даного порушення, яке виникає внаслідок дифузної органічної ураження кори головного мозку на ранніх етапах онтогенезу, спостерігається певне відставання у розвитку локомоторних функцій, яке у шкільному віці може бути виявленим лише за допомогою спеціального обстеження. У таких дітей порівняно добре розвинене побутове мовлення, їх можна навчити правильно вимовляти слова, будувати речення, вживати узагальнювальні та абстрактні терміни. Завдяки спеціальному навчанню вони опановують писемне мовлення: навчаються читати й писати, хоч і допускають велику кількість граматичних, стилістичних та логічних помилок. Труднощі розуміння зверненого мовлення помічаються при вживанні у розмові з ними складні логіко-граматичні конструкції, слова та вирази з переносним значенням. Обсяг запам'ятовування є звуженим. Обмежує можливості пам'яті також невміння користуватися прийомами мнемотехніки, підпорядковувати пам'ять мисленню. Можливим є розвиток довільної уваги, наочно-образного та елементів словесно-логічного мислення. Збережена здатність до цілеспрямованих видів діяльності, до передбачення наслідків власної активності, якщо зробити їх предметом усвідомлення. Проте досить часто виявляється схильність до імпульсивних необдуманих вчинків. Емоційно-вольова сфера первинно збережена. Проте характерними є незрілість, інфантильність емоцій, слабкість волі, знижена спроможність докладати вольові зусилля.

**8. Визначити тип та форму порушення, запропонувати орієнтовний план психокорекційної допомоги.**

Даний тип та форма порушення спостерігається у дітей з психофізіологічним інфантилізмом. Таким дітям притаманні яскраві та живі емоції, спостерігається переважання емоційних реакцій у поведінці, ігрових інтересів, підвищена навіюваність та недостатня самостійність. Особливі труднощі помітні на початку навчання у школі, виникають через складність тривало зосереджуватися на завданні, всидіти на уроці, підкорятися правилам дисципліни. Через особливості емоційно-вольової сфери спостерігається недостатня цілеспрямованість, переважання конкретно-образного мислення над абстрактно-логічним при достатній сформованості мисленневих операцій, але нерівномірній пізнавальній активності, що знижує продуктивність інтелектуальної діяльності. При інтелектуальних навантаженнях спостерігається виснаженість уваги, яка покращується в процесі ігрової діяльності.

**9. Визначити тип та форму порушення, запропонувати орієнтовний план психокорекційної допомоги.**

В структурі особливостей психічного розвитку при даному типі та формі порушення спостерігається емоційна незрілість, яка обумовлена тривалими хронічними

захворюваннями, які значною мірою гальмують розвиток активних форм діяльності та сприяють формуванню таких рис особистості, як боязкість, невпевненість у власних силах тощо. Постійна астения через тривалі соматичні недуги значно і негативно впливає на розумову працездатність. При цьому характерним є нестійка увага, зниження обсягу пам'яті, порушення динаміки мисленнєвої діяльності.

**10. Визначити тип та форму порушення, запропонувати орієнтовний план психокорекційної допомоги.**

Дана форма цього порушення пов'язана з несприятливими умовами виховання дитини. Рання психічна та сенсорна деривація при цьому сприяє зниженню вольових компонентів особистості та розвитку імпульсивності. У багатьох випадках спостерігається виразне зниження пізнавальної активності, що негативно відображається на інтелектуальній продуктивності. Психотравмуючі умови виховання сприяють формуванню таких характерологічних особливостей як зніяковілість, боязкість, невпевненість. Це проявляється у відсутності у дитини ініціативи, самостійності та вкрай негативно впливає на її пізнавальну активність.

**11. Визначити тип та форму порушення, запропонувати орієнтовний план психокорекційної допомоги.**

Дана форма цього порушення найбільш часто зустрічається у дитячому віці та відрізняється більшою виразністю розладів вищих кіркових функцій у порівнянні з іншими формами. Інтелектуальна недостатність при цьому пов'язана з порушеннями інтелектуальної діяльності та основ інтелекту, що обумовлено остаточною явищами органічного ураження ЦНС внаслідок мозкових інфекцій та травм. Характерним є розлади емоційно-вольової сфери та порушення розвитку пізнавальних процесів (особливо страждають пам'ять, увага, просторовий гнозис та праксис, мовлення).

**12. Визначити тип та ступінь порушення, запропонувати орієнтовний план психокорекційної допомоги.**

Даний ступінь цього типу дизонтогенезу, який виникає внаслідок грубого органічного ураження кори головного мозку, характеризується порушення критики та цілеспрямованості мислення з вираженим розладом уваги, імпульсивністю. Такі діти відрізняються яскравою польовою поведінкою, хаотичною руховою розгальмованістю, безупинністю, діями за першим спонуканням, схильністю до бланювання та короткочасними агресивними спалахами. Грубі розлади пізнавальної діяльності виявляються в нецілеспрямованості уваги, в непродуктивності запам'ятовування та фрагментарному відтворенні. Також спостерігається недорозвиток просторового аналізу та синтезу, фрагментарність сприймання, порушення критики своєї поведінки, в гірших варіантах можливе виникнення амнестичної афазії.

**13. Визначити тип та варіант порушення, запропонувати орієнтовний план психокорекційної допомоги.**

Даний варіант цього порушення найбільш часто виникає у віці до 3-4 років через виховання в умовах емоційної депривації. Вона характеризується порушенням контакту з оточуючими, емоційною індиферентністю, відмежованістю, пасивністю, відсутністю диференційованих емоцій, затримкою розвитку мовлення та психомоторики. На відміну від інших варіантів цього порушення дана форма при нормалізації умов виховання може зникнути. Але за умови перебування дитини в несприятливих умовах перші три роки життя подібні поведінкові прояви та розлади мовленнєвого розвитку стають стійкими.

**14. Визначити тип та варіант порушення, запропонувати орієнтовний план психокорекційної допомоги.**



Даний варіант цього порушення відрізняється більш виразним відмежуванням від зовнішнього світу та слабкістю контактів з оточуючими. Спостерігається виразна дисоціація психічних процесів, зникнення меж між суб'єктивним та об'єктивним, занурення у світ внутрішніх хворобливих переживань та патологічних фантазій, наявність рудиментарних маревних утворень та галюцинаторних феноменів. В зв'язку з цим поведінка відрізняється чудернацтвом, примхливістю, амбівалентністю. Одноманітна, пасивна поведінка може перериватися невмотивованими агресивними вчинками, руйнівними діями. Також ймовірна продуктивна психопатологічна симптоматика (постійні страхи, деперсоналізація, псевдогалюцинаторні переживання).

**15. Визначити тип та форму порушення, запропонувати орієнтовний план психокорекційної допомоги.**

Важливим аспектом в патогенезі психічних порушень даного типу дизонтогенезу є недорозвиток або аномальний розвиток філо- та онтогенетично найбільш молодих мозкових структур, які розвиваються вже у постнатальний період. Насамперед при цьому включена з діяльності важлива функціональна система – рухова, що у поєднанні з сенсорною недостатністю може бути однією з причин недорозвитку пізнавальної сфери та інтелекту. Зазначена форма цього порушення найчастіше розвивається внаслідок білірубінової енцефалопатії як результату гемолітичної хвороби новонароджених. В неврологічному статусі таких осіб спостерігаються гіперкінези, м'язова ригідність шиї, тулуба, ніг. Незважаючи на тяжкий моторний дефект та обмежену можливість самообслуговування, рівень інтелектуального розвитку набагато вищий за інші форми даного порушення. В 10% випадків спостерігається туговухість.

**16. Визначити тип та форму порушення, запропонувати орієнтовний план психокорекційної допомоги.**

Даний тип порушення сьогодні розглядається як захворювання, отримане в результаті ураження мозку, перенесене в пренатальний період або в період новонародженості; як одна з форм резидуальної нервово-психічної патології ЦНС складного генезису. Мозковий органічний дефект, який складає основу цього типу порушення, виникає рано в період незавершеного процесу формування основних структур та механізмів мозку, що обумовлює складну поєднану структуру неврологічних та психічних розладів.

Дана форма цього порушення розвивається у 80% випадків в ранній постнатальний період, коли внаслідок травм, інфекцій тощо уражаються пірамідні шляхи, які тільки формуються. При цьому уражений один бік тіла: ліва при правобічному ураженні мозка та права при ураженні переважно лівої півкулі. Важе ураженою є верхня кінцівка. У 25-30% дітей спостерігається легкий ступінь розумової відсталості, у 40-50% – вторинна затримка розумового розвитку.

**17. Визначити тип та ступінь порушення, запропонувати орієнтовний план психокорекційної допомоги.**

Даний тип порушення виникає не раніше 2,5-3 років, структура дефекта при цьому відрізняється парціальністю розладів. Динаміка дефекту характеризується ізоляцією окремих систем, розпадом складних ієрархічних функціональних зв'язків, що часто призводить до грубого регресу інтелекту та поведінки. При даному ступені цього порушення спостерігається різке зниження інтелектуальної діяльності та активності. В структурі особистості – виразне зниження критики своєї поведінки, прогресування бездіяльності. Малорухливість мисленневих операцій проявляється не тільки у зниженні інтелектуальної діяльності, але і в зниженні інтелектуальної активності, в деяких

випадках присутні прояви амнестичної афазії.

**18. Визначити нозологію та тип порушення, запропонувати орієнтовний план психокорекційної допомоги.**

Даний тип порушення проявляється у поєднанні підвищеної чутливості з відсутністю безпосередності, життєрадісності, зовнішньою сухістю по відношенню до своїх рідних та близьких. Головною особистісною властивістю при цьому є аутизм. Також властива своєрідна асинхронія психічного розвитку вже з раннього дитинства. Розвиток мовлення передує розвитку моторики, через це ускладнені навички самообслуговування. У більшості випадків характерним є переважання інтелектуальних інтересів (захоплення точними науками). В іграх такі діти надають перевагу усамітненню або спілкуванню з дорослими та старшими дітьми, тобто їм властиве замісне спілкування.

**19. Визначити нозологію та тип порушення, запропонувати орієнтовний план психокорекційної допомоги.**

Дану нозологію дизонтогенезу визначають як відносно стійкі поєднання аномальних рис особистості, які виникають в результаті порушення її формування, під впливом різних ендогенних та екзогенних чинників. Даний тип порушення виявляється в стійких характерологічних особливостях у вигляді емоційної в'язкості, напруженості емоцій та потягів, в схильності до немотивованих коливань настрою, в полярності емоцій.

**20. Визначити нозологію та тип порушення, запропонувати орієнтовний план психокорекційної допомоги.**

Дану нозологію дизонтогенезу визначають як відносно стійкі поєднання аномальних рис особистості, які виникають в результаті порушення її формування, під впливом різних ендогенних та екзогенних чинників. Даний тип порушення відрізняється явною схильністю до немотивованих коливань настрою від зниженого субдепресивного до підвищеного маніакального. В дитячому віці це виявляється у переважанні підвищеного фону настрою, в схильності до бешкетування, в надмірній комунікативності, які змінюються пригніченістю, апатією тощо.

**21. Визначити особливості стану дитини та механізми, щойого спровокували.**

Вітя, 11,5 років. Розвиток без особливостей. Хворів на черв'янку та двічі на пневмонію. Вчиться задовільно. З 7 років страждає захворюванням нирок. На поточний момент діагностується хронічний гломерулонефрит, нефротична форма, період загострення. Психічний стан характеризується непосидючістю: не може спокійно залишатися на місці навіть на короткий час, крутить головою, клацає пальцями, втручається у справи оточуючих. Ейфоричний, сам відмічає у себе підвищений настрій: «хочеться бігати, плигати». Не дивлячись на розуміння шкідливості навантажень, не може утриматися від зайвої активності. Про хворобу каже: «Я не пам'ятаю про неї». Увага нестійка, розумова працездатність коливається, хворий легко виснажується, втомлюється. Рівень реактивної та особистісної тривожності низький.

**22. Визначити нозологію та тип порушення, запропонувати орієнтовний план психокорекційної допомоги.**

Дану нозологію дизонтогенезу визначають як відносно стійкі поєднання аномальних рис особистості, які виникають в результаті порушення її формування, під впливом різних ендогенних та екзогенних чинників. Порушення за даним типом найчастіше, ніж інші форми, зустрічається в дитячому віці. Воно характеризується підвищеним егоцентризмом, навіюваністю та демонстративною поведінкою. В основі

даного варіанта розвитку лежить психічна незрілість. Це виявляється у нездатності до вольового зусилля за потреби визнання, що складає сутність психічної дисгармонії. (психопатія за істеричним типом)

**23. Визначити особливості стану дитини та механізми, що його спровокували.**

Олена Н., 3,5 роки. Зростає у родині, де мати недостатньо емоційна, холодна по відношенню до неї, мало займається дівчинкою, прагне влаштувати своє сімейне життя, оскільки батько дитини пішов з сім'ї. На тлі загальної метушливості та збудливості дівчинка почала постійно і з помітним задоволенням смоктати великий палець, а потім у неї з'явилася звичка, особливо при негативних емоціях, висмикувати волосся у себе на голові.

**24. Визначити тип та форму порушення, запропонувати орієнтовний план психокорекційної допомоги.**

Мозковий органічний дефект, який складає основу цього типу порушення, виникає рано в період незавершеного процесу формування основних структур та механізмів мозку, що обумовлює складну поєднану структуру неврологічних та психічних розладів. При цьому спостерігається не тільки затриманий темп психічного розвитку, а й нерівномірний диспропорційний характер формування окремих психічних функцій. Дана форма цього порушення зустрічається найчастіше, вона відома також під назвою хвороби, або синдрому Літгля. При цьому значною мірою уражені нижні кінцівки, але дитина здатна навчитися частково себе обслуговувати. При цій формі порушення часто спостерігається затримка психічного розвитку, 30-35% дітей мають розумову відсталість у ступені нерізка вираженої дебільності. У 70% спостерігаються мовленнєві розлади у формі дизартрії.

**25. Визначити тип та форму порушення, запропонувати орієнтовний план психокорекційної допомоги.**

Мозковий органічний дефект, який складає основу цього типу порушення, виникає рано в період незавершеного процесу формування основних структур та механізмів мозку, що обумовлює складну поєднану структуру неврологічних та психічних розладів. При цьому спостерігається не тільки затриманий темп психічного розвитку, а й нерівномірний диспропорційний характер формування окремих психічних функцій. Дана форма цього порушення вважається найважчою. Окрім важких рухових розладів (уражені і нижні, і верхні кінцівки), як правило, спостерігаються важкі мовленнєві порушення, виразне зниження інтелекту.

**26. Визначити тип та форму порушення, запропонувати орієнтовний план психокорекційної допомоги.**

Даний тип порушення сьогодні розглядається як захворювання, отримане в результаті ураження мозку, перенесене в пренатальний період або в період новонародженості; як одна з форм резидуальної нервово-психічної патології ЦНС складного генезису. Мозковий органічний дефект, який складає основу цього типу порушення, виникає рано в період незавершеного процесу формування основних структур та механізмів мозку, що обумовлює складну поєднану структуру неврологічних та психічних розладів.

Дана форма цього порушення зустрічається набагато рідше за інші форми, характеризується зниженням м'язового тону, порушенням координації рухів, рівноваги. Спостерігається недорозвиток мовлення та інтелекту.

**27. Визначити тип дизонтогенезу та відповідне психоневрологічне захворювання, запропонувати орієнтовний план психокорекційної допомоги.**

Зустрічається виключно у дівчаток з 12-18 міс., коли дитина, яка нормально розвивалася, починає втрачати щойно сформовані мовленнєві, моторні та предметно-маніпулятивні навички. Характерною ознакою даного стану є поява стереотипних рухів рук (потирання, «миття» тощо) на тлі втрати цілеспрямованих ручних навичок. Поступово змінюється й зовнішній вигляд: з'являється своєрідний «неживий» вираз обличчя, погляд часто нерухомий, спрямований стало перед собою. На тлі загальної загальмованості спостерігаються напади насильницького сміху (іноді вночі), які поєднуються з нападами імпульсивної поведінки. Можливі судомні напади. Більшість дівчат з труднощами вступають у вербальне спілкування, їх відповіді одноманітні та ехолоалійні. Часом трапляються періоди часткового або загального мутизму. Притаманним є низький психічний тонус, імпульсивні та неадекватні відповіді.

**28. Визначити тип та форму порушення, запропонувати орієнтовний план психокорекційної допомоги.**

Виникнення даної форми цього порушення пов'язане з несприятливими умовами виховання, які перешкоджають правильному формуванню особистості дитини. Несприятливі середовищні умови у дитинстві можуть призвести до стійких розладів нерво-психічної сфери, порушення спочатку вегетативних функцій, а потім і психічного, в першу чергу емоційного, розвитку. Для таких дітей характерним є загальне зниження пізнавальної активності, недостатній рівень знань та уявлень, підвищена стомлюваність та виснаженість, особливо при тривалих фізичних та інтелектуальних навантаженнях; їм необхідно більше часу на виконання навчальних завдань. Пізнавальна (і навчальна) діяльність страждає вторинно внаслідок зниження загального тону організму. Також притаманна незрілість емоційно-вольової сфери, нелюбов до праці на противагу ігровій діяльності, недостатня самостійність, нерішучість, відсутність ініціативи.

**29. Визначити тип та форму порушення, запропонувати орієнтовний план психокорекційної допомоги.**

Дана форма цього порушення характеризується насамперед низьким м'язовим тонусом (атонія), труднощами у формуванні вертикалізації (астазія). Має місце не сформованість реакцій рівноваги, недорозвиток випрямляючих рефлексів та порушення координації рухів (вони стають незграбними та неспіввіднесеними). Найбільше страждають цілеспрямовані рухи (особливо ходьба, письмо), спостерігається порушення ритму рухів, розугодженість рухів верхніх і нижніх кінцівок. Мовлення втрачає плинність, стає переривчастим, монотонний та повільним, наголос в ньому розподіляється не за змістом. У 50% випадків спостерігається олігофренія легкого та помірного ступеня.

**30. Визначити тип та вид порушення, запропонувати орієнтовний план психокорекційної допомоги.**

Даний тип порушення виникає внаслідок органічного ураження кори головного мозку. Даний вид цього порушення відрізняється відносно пізнішим патологічним впливом на мозок (виникає не раніше 2,5-3 років), коли більша частина мозкових систем значною мірою вже сформувалися, і ознаки ураження проявляються в їх недостатності; структура дефекта при цьому відрізняється парціальністю розладів. Динаміка дефекту характеризується ізоляцією окремих систем, розпадом складних ієрархічних функціональних зв'язків, що часто призводить до грубого регресу інтелекту та поведінки.

4. Для пільгових категорій осіб, яким надано право складати вступні випробування (особи, що потребують особливих умов складання випробувань) в НПУ імені М. П. Драгоманова за рішенням Приймальної комісії створюються особливі умови для проходження вступних випробувань.

## 5. СТРУКТУРА БІЛЕТУ ДОДАТКОВОГО ВСТУПНОГО ВИПРОБУВАННЯ

### Факультет корекційної педагогіки та психології

Освітньо-кваліфікаційний ступінь: «Магістр»

Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки Вступне фахове випробування

Напрямок підготовка/спеціальність: 053 Психологія

На базі освітньо-кваліфікаційного ступеня: «Бакалавр»

### ЕКЗАМЕНАЦІЙНИЙ БІЛЕТ №5

1. Поняття первинного дефекту і вторинних відхилень в розвитку згідно теорії Л.С. Виготського.
2. Особливості пам'яті розумово відсталих дітей.
3. **Практичне завдання.** Визначити тип та форму порушення, запропонувати орієнтовний план психокорекційної допомоги.

Дана форма цього порушення характеризується насамперед низьким м'язовим тонусом (атонія), труднощами у формуванні вертикалізації (астазія). Має місце не сформованість реакцій рівноваги, недорозвиток випрямляючих рефлексів та порушення координації рухів (вони стають незграбними та неспіввіднесеними). Найбільше страждають цілеспрямовані рухи (особливо ходьба, письмо), спостерігається порушення ритму рухів, розугодженість рухів верхніх і нижніх кінцівок. Мовлення втрачає плинність, стає переривчастим, монотонний та повільним, наголос в ньому розподіляється не за змістом. У 50% випадків спостерігається олігофренія легкого та помірного ступеня.

*Затверджено на засіданні Приймальної комісії НПУ ім. М. П. Драгоманова*

Протокол № \_\_\_\_\_ від « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2018 р.

*Голова фахової комісії* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Підпис

Прізвище, ім'я, по-батькові

## 6. СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Богданова Т.Г. Сурдопсихологія: [учеб. пособие] / Т. Г. Богданова. – М.: Академия, 2002. – 106 с.

2. Выготский Л. С. Собр. соч.: В 6 т. Основы дефектологии: [под ред. Т.А. Власовой] / Л. С. Выготский. — М.: Педагогика, 1983. — Т. 5. — 368 с.
3. Исаев Д. Н. Детская медицинская психология : психологическая педиатрия / Д.Н. Исаев. — Санкт-Петербург : Речь, 2004. — 384 с. : ил. — (Современный учебник).
4. Исаев Д. Н. Психопатология детского возраста: [учебник для вузов] / Д. Н. Исаев. — СПб.: СпецЛит, 2001. — 463 с.
5. Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков / Д. Н. Исаев. — СПб.: Речь, 2003. — 391 с.
6. Козьявкин В. И. Детские церебральные параличи. Медико-психологические проблемы: [монография] / В. И. Козьявкин, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Покрытов. — Львів: Українські технології, 1999. — 143 с.
7. Кулаков С. А. Основы психосоматики: [учебное пособие]. — СПб.: Речь, 2003. — 288 с.
8. Логопсихология : [навч. посіб.] / С. Ю. Конопляста, Т. В. Сак ; за ред. М.К. Шеремет. — К. : Знання, 2010. — 293 с.
9. Лубовский В. И. Психологические проблемы аномального развития детей / В. И. Лубовский. — М.: Педагогика, 1989. — 104 с.
10. Мамайчук И. И. Помощь психолога ребенку с задержкой психического развития : [науч.-практ. рук-во] / И. И. Мамайчук, М. Н. Ильина. — СПб. : Речь, 2006. — 352 с.
11. Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии : [учеб. пособ.] / И. И. Мамайчук. — СПб. : Речь, 2006. — 400 с.
12. Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И. И. Мамайчук. — СПб.: Речь, 2008. — 224 с.
13. Никольская О.С. Аутичный ребенок. Пути помощи / Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. — М.: Теревинф, 1997. — 341 с.
14. Основы специальной психологии / Под ред. Л. В. Кузнецовой. — М.: Издат. центр: «Академия», 2002. — 480 с.
15. Семаго Н. Я. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. — М.: АРКТИ, 2000. — 208 с.
16. Синьов В. М. Основы дефектології / В. М. Синьов, Г. М. Кобернік. — К.: Вицашк., 1994. — 143 с.
17. Синьов В. М. Психологія розумово відсталої дитини: [підручник] / В. М. Синьов, М. П. Матвєєва, О. П. Хохліна. — К.: Знання, 2008. — 359 с.
18. Синьова Є. П. Тифлопсихологія: [підручник] / Є. П. Синьова. — К.: Знання, 2008. — 365 с. — (Вища освіта ХХІ століття).
19. Сорокин В. М. Специальная психология / В. М. Сорокин. — СПб.: Речь, 2004. — 216 с.
20. Специальная психология / Под ред. В. И. Лубовского, Т. В. Розановой, Л. И. Солнцевой. — М.: Академия, 2005. — 464 с.
21. Спеціальна психологія. Тексти: Ч. 1 / За ред. М.П. Матвєєвої, С. П. Миронової. — Кам'янець-Поділ.: Інформ.-вид. відділ Кам'янець-Подільськ. держ. ун-ту, 1999. — 158 с.
22. Спеціальна психологія. Тексти: Ч. 2 / За ред. М.П. Матвєєвої, С. П. Миронової. — Кам'янець-Поділ.: Інформ.-вид. відділ Кам'янець-Подільськ. держ. ун-ту, 2001. — 142 с.
23. Усанова О.Н. Специальная психология : [учебное пособие] / О.Н. Усанова. — Санкт-Петербург : Питер, 2006. — 400 с. : ил. — (Учебное пособие).
24. Шипицына Л. М. Детский церебральный паралич / Л. М. Шипицына, И. И. Мамайчук. — СПб.: Изд-во «Дидактика Плюс», 2001. — 272 с.
25. Шульженко Д. Аутизм — не вирок: [наук.-метод. видання] / Діна Шульженко. — Львів: Кальварія, 2010. — 224 с.

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ М. П. ДРАГОМАНОВА**

**Факультет корекційної педагогіки та психології**

**“Затверджено”**

На засіданні Приймальної комісії  
НПУ імені М. П. Драгоманова  
Протокол № від « » березня 2018р.  
Голова Приймальної комісії

Андрущенко В. П.

**“Рекомендовано”**

Вченою радою факультету  
корекційної педагогіки та психології  
Протокол № від « » лютого 2018р.  
Голова Вченої ради

Синьов В.М

**Програма додаткового вступного випробування (співбесіди)**

**з дисципліни « Спеціальна психологія»**

**для громадян України, іноземних громадян та осіб без громадянства,**

**при вступі на навчання для здобуття ступеня магістра**

**на базі здобутого ступеня бакалавра/**

**освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліста**

спеціальність 053 Психологія

(за освітньо-професійною програмою – 1 рік 10 місяців)

