

Ніжинський державний університет
імені Миколи Гоголя

**ДЕФЕКТОЛОГІЯ ТА СПЕЦІАЛЬНА
ПСИХОЛОГІЯ**

Навчально-методичний посібник

Укладач Т. О. Гетьман

Ніжин
2017

УДК 159.922.7(075.8)

ББК 74.3+88.4я73

Г44

Рекомендовано Вченою радою
Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя
(НДУ ім. М. Гоголя)
Протокол № 9 від 02.03.2017 р.

Рецензенти:

Пануча М. В. – професор кафедри загальної та практичної психології Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя, доктор психологічних наук;

Кричковська Т. Д. – старш. викладач кафедри загальної та практичної психології Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя.

Г 44 **Дефектологія та спеціальна психологія:** навчально-методичний посібник / укладач. Т. О. Гетьман. – Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2017. – с.

Навчально-методичний посібник містить програму навчальної дисципліни, плани семінарських та лабораторних занять, завдання для індивідуальної та самостійної роботи, питання до екзамену, тексти першоджерел для конспектування та анотації, діагностичні методики для вивчення дітей з вадами у розвитку, короткий понятійно-термінологічний словник та список рекомендованої літератури.

Пропонується студентам, які здобувають фах психолога, практичним психологам, дефектологам, а також усім, хто бажає набути компетентності у питаннях навчання та виховання дітей з особливостями розвитку.

УДК
ББК

© Т. О. Гетьман, укладач, 2017
© НДУ ім. М. Гоголя, 2017

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	4
ТЕМИ СЕМІНАРСЬКИХ ЗАНЯТЬ	5
ПЛАНІ ЛАБОРАТОРНИХ ЗАНЯТЬ.....	14
ДОДАТОК 1	20
ОПИС НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ	20
ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 1.....	22
ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 2.....	23
ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ	23
ПЕРЕЛІК ТЕМ, ЯКІ ВІНОСЯТЬСЯ НА САМОСТІЙНЕ ОПРАЦЮВАННЯ КОЖНИМ СТУДЕНТОМ	24
ІНДИВІДУАЛЬНІ ЗАВДАННЯ	24
ПИТАННЯ ДО ЕКЗАМЕНУ	25
ІНФОРМАЦІЙНІ РЕСУРСИ	27
ДОДАТОК 2.....	28
ТЕКСТИ ПЕРШОДЖЕРЕЛ ДЛЯ КОНСПЕКТУВАННЯ.....	28
ВЫГОТСКИЙ Л. С. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ДЕФЕКТОЛОГИИ	28
ЛУРИЯ А.Р. ДЕФЕКТОЛОГИЯ И ПСИХОЛОГИЯ.....	54
АСТАПОВ В.М. АНОМАЛЬНЫЕ ДЕТИ (ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА	60
БЛЕЙХЕР В.М., КРУК И.В., БОКОВ С.Н. ПОСЛЕДСТВИЯ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ.....	66
АСТАПОВ В.М. НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ, ВСТЕРЧАЮЩИЕСЯ У УЧАЩИХСЯ ШКОЛЫ	72
МАСТЮКОВА Е.М. ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ УЧАЩИХСЯ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	87
ПАВЛИЙ Т.Н. НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ И КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ	96
ДОДАТОК 3.....	105
ЗАГАЛЬНА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИТИНИ З ВІДХИЛЕННЯМИ В РОЗВИТКУ	105
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КЛАСУ, У ЯКОМУ НАВЧАЮТЬСЯ ДІТИ З ВІДХИЛЕННЯМИ В РОЗВИТКУ (складено на основі схеми І. М. Бгажнокової).....	108
АНКЕТИ ДЛЯ ДІТЕЙ ІЗ РОЗЛАДАМИ В ПОВОДЖЕННІ	109
ДОСЛІДЖЕННЯ ДОШКІЛЬНИКА.....	112
МЕТОДИКИ ДЛЯ РОБОТИ З АУТИЧНИМИ ДІТЬМИ	125
ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ЗА МКХ-10	128
ОПИТУВАЛЬНИК СНАТ (за с. Бароном-Коуеном)	130
СКЛАДАННЯ ПРОГРАМИ ІНДИВІДУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ.....	139
СПІВПРАЦЯ З РОДИНАМИ АУТИЧНИХ ДІТЕЙ	140
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА.....	142
КОРОТКИЙ ПОНЯТІЙНО-ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК	148

*Дитина, розвиток якої ускладнений дефектом,
не просто менш розвинена, ніж її нормальні
однолітки, але розвинена інакше.*

Л. С. Виготський

Передмова

Широкий і логічно визначений спектр психологічних знань у спеціаліста в галузі дефектології полягає у всебічному і глибокому вивченні дитини з відхиленнями в розвитку та відповідному, науково обґрунтованому виборі необхідних технологій і прийомів корекційно-педагогічної роботи в кожному конкретному випадку.

Мета курсу "Дефектологія та спеціальна психологія" - здобуття студентами знань про основні закономірності психічного розвитку дітей з відхиленнями в розвитку та психокорекційну роботу з ними, спираючись на знання суміжних наук (загальної, вікової та педагогічної психології, медицини, логопедії тощо). У процесі вивчення дисципліни студенти мають зрозуміти сутність процесів розвитку психіки дитини з вадами у розвитку, своєрідність діяльності, поведінки і психічного розвитку цих дітей у різному віці та в різних ситуаціях. Надзвичайно важливо, щоб майбутній психолог під час вивчення цієї дисципліни усвідомив діалектику становлення психічних якостей дитини та її особистості в цілому, навчився творчо і критично оцінювати отримані матеріали, бачити перспективи розвитку цієї науки, а також грамотно й творчо використовувати набуті знання у психокорекційній роботі.

На сьогодні важливою є проблема інтегрованого навчання дітей з особливими потребами. Вона стосується всіх освітніх ланок. Тому основним завданням вищої школи є підготовка фахівців, зокрема психологів та практичних психологів, які повинні володіти теоретичними знаннями з дефектології та спеціальної психології, що допоможуть їм в організації корекційно-виховної роботи з дітьми з відхиленнями в розвитку.

Навчально-методичний посібник містить програму навчальної дисципліни, плани семінарських та лабораторних занять, завдання для індивідуальної та самостійної роботи, питання до екзамену, тексти першоджерел для конспектування та анотації, діагностичні методики для вивчення дітей з вадами у розвитку. Навчальний посібник має короткий понятійно-термінологічний словник, який надасть можливість студентові легко знайти тлумачення потрібного йому терміна, та список рекомендованої основної та додаткової літератури.

Даний посібник "Дефектологія та спеціальна психологія" може бути корисним студентам, які отримують спеціальність психолога, практичного психолога, а також усім тим, хто не байдужий до проблем розвитку дітей і прагне їм допомогти.

ТЕМИ СЕМІНАРСЬКИХ ЗАНЯТЬ СЕМІНАРСЬКЕ ЗАНЯТТЯ № 1

Вступ. Дефектологія як наука про аномальних дітей.

1. Поняття "дефектологія" та "спеціальна психологія". Предмет, завдання, методи та основні проблеми дефектології та спеціальної психології.
2. Зв'язок дефектології та спеціальної психології з іншими науками. Значення цього зв'язку для розвитку дефектології.
3. Поняття "аномальна дитина", види дитячих аномалій та їхні причини.
4. Компенсація, корекція й реабілітація аномального розвитку - основна проблема дефектології.
5. Соціально-педагогічна занедбаність дітей: сутність, ознаки та прояви.
6. Внесок Виготського Л. С. в розвиток дефектології як науки.
7. Методи та принципи дослідження у спеціальній психології та дефектології.

Література:

1. Астапов, В. М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии [Текст] / В. М. Астапов. М., – 1994.
2. Гонеев А. Д. Основы коррекционной педагогики: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / А. Д. Гонеев, Н. И. Лифинцева, Н. В. Ялпаева; Под ред. В. А. Сластенина. - М. : Издательский центр "Академия", 1999. - 280 с.
3. Колишкін О. В. Вступ до спеціальності дефектологія: [навч. посіб.] / О. В. Колишкін; Сум. держ. пед. ун-т ім. А. С. Макаренка. -Суми: Сум. ДПУ ім. А. С. Макаренка, 2006. -287 с.
4. Лапшин В. А., Пузанов Б. П. Основы дефектологии: [учебн. пособие.] / В. А., Лапшин, Б. П. Пузанов. – М. - 1990. - 143 с.
5. Дефектология: Словарь-справочник / авт-сост. С. С. Степанов; ред. Б. П. Пузанов. - М., 2005. -208 с.
6. Синьов В. М., Коберник Г. М. Основы дефектології: [навч. посібник.] / В. М., Синьов, Г. М. Коберник. - К. : Вища шк., 1994. - 143 с.
7. Теорія і практика сучасної логопедії: Зб. Наук. праць. Вип. 2 / Інститут спец. педагогіки АПН України: [редкол. :В. І. Бондар та ін.]. -Київ; Актуальна освіта, 2005. -154 с.
8. Выготский Л. С. Проблемы дефектологии / Л. С. Выготский. - М. : Просвещение, 1995. - 458. с.
9. Выготский Л. С. Основы дефектологии / Л. С. Выготский. - СПб: Из-во "Лань", 2003. - 656 с.

СЕМІНАРСЬКЕ ЗАНЯТТЯ № 2

Діти з порушенням аналізаторів

1. Тифлопсихологія як розділ спеціальної психології. Предмет та завдання тифлопсихології.
2. Психологічна характеристика сліпих та слабозорих дітей. Причини виникнення дефектів зору.
3. Види порушень зорового аналізатора (прогресуючі, стаціонарні) та їх характеристика.
4. Особливості картини розвитку сліпих та слабозорих дітей, спільне та відмінне.
5. Шляхи соціальної адаптації дітей з порушенням зору.
6. Сурдопсихологія як наука про особливості розвитку глухих дітей. Предмет, завдання та методи сурдопсихології.
7. Психологічна характеристика глухих, пізнооглухлих та туговухих дітей. Причини виникнення аномалій слуху.
8. Порівняйте особливості розвитку глухої, пізнооглухлої та слабочуючої дитини. Загальні та відмінні риси розвитку цих категорій дітей.
9. Взаємозв'язок сурдопсихології та сурдопедагогіки.
10. Особливості соціалізації дітей з вадами слуху.

Теми для доповідей та обговорень:

1. Соціально-психологічні умови як фактор розвитку психіки глухої дитини.
2. Особливості психічного розвитку та життєдіяльності слабочуючих дітей.
3. Особливості пізнавальної діяльності у дітей з порушеннями зору.
4. Вплив глибоких порушень зору на особливості психічного розвитку дітей.
5. Роль слуху та зору у розвитку дитини.

Література:

1. Астапов В. М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. – М., 1989.
2. Белова Н. И. Специальная дошкольная сурдопедагогика. / Белова Н. И. - М. : Просвещение, 1985. - С. 88 - 97.
3. Бельтюков В. И. Взаимодействие анализаторов в процессе восприятия и усвоения устной речи (в норме и патологии) / В. И. Бельтюков. – М., 1997. - С. 175.
4. Богданова Т. Г. Сурдопсихология: [учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений] / Т. Г. Богданова. - М. : Академия, 2002. - С. 224.
5. Ермаков В. П. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения / В. П. Ермаков, Г. А. Якунин. – М., Просвещение, 1990. - 222 с.

6. Каплан А. И. Если ребенок плохо видит /А. И. Каплан, Н. Г. Морозова. - М. : Педагогика, 1969. - 77 с.
7. Колишкін О. В. Вступ до спеціальності дефектологія: [навч. посіб.] / О. В. Колишкін; Сум. держ. пед. ун-т ім. А. С. Макаренка. - Суми: Сум. ДПУ ім. А. С. Макаренка, 2006. - 287 с.
8. Лапшин В. А., Пузанов Б. П. Основы дефектологии: [учебн. пособие.] / В. А., Лапшин, Б. П. Пузанов. – М. - 1990. - 143 с.
9. Психология глухих детей / Под ред. И. М. Соловьева. – М. : Педагогика, 1971. – С. 448.
10. Психология глухих детей / под ред. И. М. Соловьева и др. - М. : Педагогика, 1971. - 448 с.
11. Синьов В. М., Коберник Г. М. Основы дефектології: [навч. посібник.] / В. М., Синьов, Г. М. Коберник. - К. : Вища шк., 1994. - 143 с.
12. Скороходова О. И. Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир / О. Скороходова. - М. : Педагогика, 1972. - 448 с.
13. Слепой ребенок // собр. соч: В 6 т. М. : Педагогика, 1983. - Т. 5. С. 86-100.

СЕМІНАРСЬКЕ ЗАНЯТТЯ № 3

Порушення мови

1. Логопедія як галузь дефектології. Предмет, завдання та зв'язок логопедії з іншими галузями дефектології та іншими науками.
2. Актуальні проблеми сучасної логопедії. Понятійно-категоріальний апарат логопедії.
3. Клініко-психологічна характеристика дітей з порушенням мовлення.
4. Етіологія порушень мови.
5. Класифікація та види мовних порушень.
6. Порушення усної мови. Характеристика розладів усної мови.
7. Порушення писемної мови. Характеристика розладів писемної мови.
8. Організація логопедичної роботи з дітьми з порушеннями мовлення.
9. Система закладів для дітей, що мають вади мови.

Теми для доповідей та обговорень:

1. Роль спадкових факторів у виникненні порушень мови.
2. Роль соціальних факторів при виникненні мовних порушень.
3. Охарактеризуйте окремі види мовних порушень та дайте їх порівняльний аналіз.
4. Характеристика змісту спеціальних принципів логопедичної роботи.
5. Комплексний підхід до подолання заїкання.

Література:

1. Теорія і практика сучасної логопедії: Зб. Наук. пр. Вип. 2 / Ін-т спец. Педагогіки АПН України:[редкол. : В. І. Бондар та ін.] - Київ; Актуальна освіта, 2005. -154 с.
2. Логопедия: Учебн. для студ. дефектом. фак. пед. высш. учеб. Заведений / [под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской, 3-е изд. переробл. и дополн.] - М. : Изд. центр ВЛАДОС, 2003. -680 с.
3. Логопсихологія: навч. посіб. / С. Ю. Конопляста, Т. В. Сак; за ред. М. К. Шеремет. – К. : Знання, 2010. – 293 с.
4. Основы логопедической работы с детьми: Учебное пособие для логопедов, воспитателей, учителей начальных классов, студентов педучилищ / [под ред. д. п. н., проф. Чиркиной Г. В. - 2-е изд., испр.] – М. : АРКТИ, 2003. –240 с.
5. Филичева Т. Б. и др. Основы логопедии: [учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. "Педагогика и психология (дошк.)"] / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. – М. : Просвещение, 1989. -223 с.
6. Хрестоматія з логопедії: Історичні аспекти. Дислалія. Дизартрія. Ринолалія: Навчальний посібник (2-е вид., змін і доп) / за заг. ред. Шеремет М. К., мартиненко І. В. – К. : КНТ, 2008. – 380 с.

СЕМІНАРСЬКЕ ЗАНЯТТЯ № 4

Розумова відсталість у дітей як проблема дефектології

1. Психолого-педагогічна характеристика розумової відсталості.
2. Етіологія та патогенез розумової відсталості. Дизонтогенії.
3. Ступені розумової відсталості
4. Порушення пізнавальних процесів при розумовій відсталості.
5. Діагностика розумової відсталості.
6. Профілактика розумової відсталості.
7. Виховання та навчання розумово відсталих дітей.
8. Корекційна робота з дітьми, які мають різні форми розумової відсталості.
9. Розумова відсталість при енцефаліті, менінгіті, сифілісі мозку, епілепсії.
10. Особливості роботи психолога та заклади для розумово відсталих.

Теми для доповідей та обговорень:

1. Особливості пізнавальної сфери при розумовій відсталості.
2. Розвиток дітей з розумовою відсталістю.
3. Відношення розумово відсталих школярів до навчальної діяльності.

Література:

1. Психолого-педагогическая диагностика: [учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений] / И. Ю. Левченко, С. Д. Забрамная, Т. А. Добровольская и др. [под ред. И. Ю. Левченко, С. Д. Забрамной] - М. : Издательский центр "Академия", 2003. - 320 с.

2. Синьов В. М., Коберник Г. М. Основы дефектології: [навч. посібник.] / В. М., Синьов, Г. М. Коберник. - К. : Вища шк., 1994. - 143 с.
3. Лапшин В. А., Пузанов Б. П. Основы дефектологии: [учебн. пособие.] / В. А., Лапшин, Б. П. Пузанов. – М. - 1990. - 143 с.
4. Лебединский В. В. Нарушения психического развития детей / В. В. Лебединский. - М. изд-во Москов. ун-та, 1985. - 154 с.
5. Лубовский В. И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей / В. И. Лубовский. – М., 1989.
6. Умственно отсталый ребенок / Под ред. Л. С. Выготского. - М. : Учпедгиз, 1935. - 176 с.
7. Катаева А. А., Стребелева Е. А. Дидактические игры и упражнения в обучении умственно отсталых дошкольников / А. А. Катаева: [кн. для учителя]. –М. : "БУК-МАСТЕР", 1993. – 191 с
8. Выготский Л. С. Диагностика развития и педагогическая клиника трудного детства / Л. С. Выготский // Собр. соч. : В 6 Т. – М., 1984. – Т. 5. - С. 257-321
9. Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): [советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии] / Е. М. Мастюкова. - М : ВЛАДОС, 1997. - 304с.

СЕМІНАРСЬКЕ ЗАНЯТТЯ № 5

Затримка психічного розвитку

1. Характеристика ЗПР. Причини виникнення.
2. Класифікація ЗПР та їх психолого-педагогічна характеристика.
3. ЗПР в дошкільному віці та її вплив на психічну діяльність та пізнавальні процеси.
4. Особливості прояву ЗПР в шкільному віці.
5. Діагностика ЗПР в дитячому віці.
6. Особливості корекційної роботи з дітьми, які мають ЗПР.
7. Порівняльна характеристика дітей з ЗПР та розумовою відсталістю.
8. Психологічна реабілітація дітей з ЗПР.

Теми для доповідей та обговорень:

1. Клінічна класифікація затримки психічного розвитку.
2. Затримка психічного розвитку в ранньому віці.
3. Особливості емоційно-вольової сфери молодших школярів при ЗПР.

Література:

1. Власова Т. А., Певзнер М. С. Учителю о детях с отклонениями в развитии / Т. А., Власова, М. С. Певзнер. – М., 1973. – 175 с.
2. Журба, Л. Т. Минимальная мозговая дисфункция у детей [Текст] / Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова / Научный обзор. М. : ВНИИМИ, 1980. – 50 с

3. Заширинская О. В. Психология детей с задержкой психического развития / О. В. Заширинская: [хрестоматія]. – М., Издательство: Речь, 2003. - 432 с.
4. Каган В. Е. Аутизм у детей / В. Е. Каган. – Л. : Медицина, 1981. – 223 с.
5. Лапшин В. А., Пузанов Б. П. Основы дефектологии: [учебн. пособие.] / В. А., Лапшин, Б. П. Пузанов. – М. - 1990. - 143 с.
6. Лебединская К. С., Никольская О. С. Вопросы дифференциальной диагностики раннего детского аутизма / К. С. Лебединская // Диагностика и коррекция аномалий психического развития у детей. – М., 1988.
7. Лебединский В. В. Нарушения психического развития детей / В. В. Лебединский. - М. изд-во Москов. ун-та, 1985. - 154 с.
8. Синьов В. М., Коберник Г. М. Основы дефектології: [навч. посібник.] / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. - К. : Вища шк., 1994. - 143 с.
9. Ульенкова У. В. Шестилетние дети с задержкой психического развития / У. В. Ульенкова: ДОС. М. : Педагогика, 1990. - 184 с.
10. Лопатина Л. В., Иванова О. В. Логопедическая работа по развитию восприятия устной речи дошкольниками с задержкой психического развития: [учебное пособие] / Л. В. Лопатина, О. В. Иванова. – Спб: КАРО, 2007. – 176 с.

СЕМІНАРСЬКЕ ЗАНЯТТЯ № 6

Діти з порушеннями опорно-рухового апарату

1. Характеристика ДЦП, етіологія, основні форми.
2. Психічний розвиток при ДЦП.
3. Олігофренія у дітей з ДЦП.
4. Особливості консультативної, корекційної та реабілітаційної роботи з дітьми, які мають ДЦП.
5. Система закладів та особливості життєдіяльності дітей з ДЦП.

Теми для доповідей та обговорень:

1. Форми прояву дитячого церебрального паралічу.
2. Мовні порушення у дітей при ДЦП.
3. Особливості емоційно-вольової сфери особистості при ДЦП.
4. Особливості порушень вищих психічних функцій при ДЦП.
5. Затримка психічного розвитку у дітей з ДЦП.

Література:

1. Архипова Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом (доречевой период) Монография / Е. Ф. Архипова. – М. : Просвещение, 1989. – 80 с.
2. Астапов В. М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии [Текст] / В. М. Астапов. М., – 1994. - 216 с.
3. Бадалян Л. О. Детские церебральные параличи / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина. - К. : Здоровья, 1988. - 328 с.

4. Ипполитова М. В. Бабенкова Р. Д., Мастюкова Е. М. Воспитание детей с церебральным параличом в семье / М. В. Ипполитова, Р. Д. Бабенкова, Е. М. Мастюкова. – М., 1993. – 198 с.
5. Колишкін О. В. Вступ до спеціальності дефектологія: [навч. посіб.] / О. В. Колишкін; Сум. держ. пед. ун-т ім. А. С. Макаренка. - Суми: Сум. ДПУ ім. А. С. Макаренка, 2006. -287 с.
6. Лапшин В. А., Пузанов Б. П. Основы дефектологии: [учебн. пособие.] / В. А., Лапшин, Б. П. Пузанов. – М. - 1990. - 143 с.
7. Левченко И. Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. - М. : Издательский центр "Академия", 2001. - 192 с.
8. Мастюкова Е. М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом: младенческий, ранний и дошкольный возраст / Е. М. Мастюкова. – М. : Просвещение, 1991. – 159 с.
9. Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика [ранний и дошкольный возраст: Советы педагогам] / Е. М. Мастюкова. М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997 - 304 с..
10. Мастюкова Е. М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом / Е. М. Мастюкова, М. В. Ипполитова., М. : Просвещение, 1985. - 192с
11. Синьов В. М., Коберник Г. М. Основы дефектології: [навч. посібник.] / В. М., Синьов, Г. М. Коберник. - К. : Вища шк., 1994. - 143 с.
12. Учебно-воспитательный процесс в реабилитации детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата / Под ред. М. В. Ипполитовой. – М. 1988. – 145 с.

СЕМІНАРСЬКЕ ЗАНЯТТЯ № 7

Діти з комплексними порушеннями

1. Загальна характеристика дітей з комплексними порушеннями.
2. Особливості життєдіяльності сліпоглухонімих дітей.
3. Характеристика пізнавальної та емоційно-вольової сфери сліпоглухонімих.
4. Діти з поєднанням сенсорного та інтелектуального дефектів.
5. Особливості роботи практичного психолога з даною категорією населення.
6. Система закладів для людей з комплексними порушеннями.

Теми для доповідей та обговорень:

1. Особливості навчання сліпоглухих людей.
2. Психологічна допомога сім'ям, які виховують сліпоглухоніму дитину.
3. Особливості життєдіяльності людей з багатьма комплексними порушеннями.
4. Причини виникнення комплексних дефектів у дитини.

Література:

1. Адлер А. Индивидуальная психология: теория и практика / А. Адлер. – СПб. : Изд-во ЛГУ, 1993. – 107с.
2. Александрова Н. А. О клиническом обследовании детей раннего возраста со сложной структурой дефекта // Дефектология. – 2003. – № 4. – С. 30–33
3. Басилова Т. А. Воспитание в семье ребенка раннего возраста со сложным сенсорным или множественным дефектом // Дефектология. – 1996. – № 3. – С. 47–55.
4. Бертынь Г. П., Розанова Т. В. Клинико-психологическое изучение глухих детей со сложным дефектом // Дефектология. – 1993. – №4. – С. 3–8.
5. Боскис Р. М., Левина Р. Е. Основы компенсации дефектов у аномальных детей / Р. М. Боскис, Р. Е. Левина // Психология аномального развития ребенка: [хрестоматия]. – Т. 1. – М. : ЧеРо: Высш. шк. ; Изд-во МГУ, 2002. – С. 465–487.
6. Выготский Л. С. Опытная проверка новых методов обучения глухонемых детей речи/ Л. С. Выготский // Собр. соч. : В 6 т. М. : Педагогика, 1983. Т. 5. С. 322-325; То же // Выготский Л. С. Проблемы дефектологии / Л. С. Выготский. М. : Просвещение, 1995. - С. 54 - 57.
7. Выготский Л. С. Основы дефектологии / Л. С. Выготский. - СПб: Из-во "Лань", 2003. - 656 с.
8. Выготский Л. С. Проблемы дефектологи / Л. С. Выготский. - М. : Просвещение, 1995. - С. 451 - 458.
9. Лапшин В. А., Пузанов Б. П. Основы дефектологии: [учебн. пособие.] / В. А., Лапшин, Б. П. Пузанов. – М. - 1990. - 143 с.
10. Лебединский В. В. Нарушения психического развития детей / В. В. Лебединский. - М. изд-во Москов. ун-та, 1985. - 154 с.
11. Синьов В. М., Коберник Г. М. Основи дефектології: [навч. посібник.] / В. М., Синьов, Г. М. Коберник. - К. : Вища шк., 1994. - 143 с.
12. Розанова Т. В. Методы психолого-педагогического изучения глухих детей со сложным дефектом // Дефектология. – 1992. – № 2–3. – С. 5–11.

ПЛАНІ ЛАБОРАТОРНИХ ЗАНЯТЬ ЛАБОРАТОРНЕ ЗАНЯТТЯ № 1

ТЕМА: *Індивідуальні варіанти розвитку дошкільника (соматичні хвороби, порушення поведінки: агресивність, пасивність, гіперактивність, аутичність, обдарованість, ЗПР, розумова відсталість, порушення зору, слуху, ДЦП, порушення мовлення).*

МЕТА: навчитись здійснювати оцінку індивідуального розвитку; оволодіти методиками вивчення можливих варіантів індивідуального розвитку дошкільника.

ЗАВДАННЯ

1. Ознайомитись з особливостями індивідуального розвитку в дошкільному віці.
2. Розробити діагностичну програму для виявлення рівня обдарованості, тривожності, агресивності, пасивності, гіперактивності, аутичності, розумової відсталості, ЗПР, порушення слуху, зору, мовлення, ДЦП.
3. Підібрати методики для психологічної діагностики обдарованості, агресивності, пасивності, гіперактивності, аутичності, розумової відсталості, ЗПР, особливостей слуху, зору, мовлення, ДЦП
4. Познайомитись з корекційними програмами, які спрямовані на корекцію тривожності, агресивності, пасивності, гіперактивності, розумової відсталості, ЗПР, вад зору, слуху, мовлення, ДЦП.

ЛІТЕРАТУРА

1. Костина Л. М. Методы диагностики тревожности / Л. М. Костина. – СПб., 2002.
2. Манько Н. В. Діагностика та корекція мовленнєвого розвитку дітей раннього віку: [науково-методичний посібник] / Н. В. Манько. – К. : КНТ, 2008. – 256 с.
3. Марченко І. С. Формування творчого звязного мовлення у дошкільників із затримкою психічного розвитку: Навчально-методичний посібник. – К., КНТ: 2006. – 92 с.
3. Практикум по возрастной психологии / Под ред. Л. А. Головей, Е. Ф. Рыбалко. – С-Пб. : Речь, 2002. – 694 с.
5. Психология детства. Практикум: тесты, методики для психологов, педагогов, родителей / Под ред. А. А. Реана. – М., 2003.
6. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике в 2-х ч. – М., 2004
7. Яковлева Л. Психологічний супровід дітей-аутистів / Леся Яковлева. – К. : редакція загальнопед. газет, 2013. – 120 с.
8. Хрестоматія з логопедії: Історичні аспекти. Дислалія. Дизартрія. Ринопалія: Навчальний посібник (2-е вид., змін і доп) / за заг. ред. Шеремет М. К., Мартиненко І. В. – К. : КНТ, 2008. – 380 с.

ЛАБОРАТОРНЕ ЗАНЯТТЯ № 2

ТЕМА: *Індивідуальні варіанти розвитку молодших школярів (розвиток пізнавальних процесів, емоційні розлади, проблема адаптації, соматичні хвороби, обдарованість, синдром дефіциту уваги, вади слуху, зору, ДЦП, ЗПР, розумова відсталість, мовні порушення).*

МЕТА: навчитись здійснювати оцінку індивідуального розвитку; оволодіти методиками вивчення можливих варіантів індивідуального розвитку молодшого школяра.

ЗАВДАННЯ

1. Ознайомитись з особливостями індивідуального розвитку молодшого школяра.

2. Розробити діагностичну програму для виявлення індивідуальних варіантів розвитку молодших школярів (розвиток пізнавальних процесів, емоційні розлади, проблема адаптації, соматичні хвороби, обдарованість, синдром дефіциту уваги, вади слуху, зору, ДЦП, ЗПР, розумова відсталість, мовні порушення).

3. Підібрати методики для психологічної діагностики обдарованості, пізнавальних процесів, емоційного розвитку, проблеми адаптованості, синдрому дефіциту уваги, особливостей слуху, зору, ЗПР, ДЦП, розумової відсталості, мовних порушень.

4. Познайомитись з корекційними програмами, які спрямовані на корекцію емоційних відхилень, проблем адаптації, пізнавальних процесів, синдрому дефіциту уваги, ДЦП, ЗПР, вад слуху і зору, розумової відсталості, мовних порушень.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Коробко С. Л., Коробко О. І. Робота психолога з молодшими школярами: Методичний посібник. – 2-ге видання. К. : Літера ЛТД, 2008. – 416 с.

2. Мазур А. В. Страх як психологічна проблема особистості // Практична психологія соціальна робота, 2002. – №3.

3. Практикум по возрастной психологии / Под ред. Л. А. Головей, Е. Ф. Рыбалко. – СПб. : Речь, 2002. – 694 с.

4. Психология детства. Практикум: тесты, методики для психологов, педагогов, родителей / Под ред. А. А. Реана. – М., 2003.

5. Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога в образовании. – М., 1996.

7. Соеднев В. В. Диагностика невротических расстройств у детей младшего и среднего школьного возраста // Практична психологія соціальна робота. – 1998. – №2.

8. Сорокина В. В. Негативные переживания у детей в начальной школе // Вопросы психологии, 2003. – №3.

9. Тест шкільної тривожності (7 – 11р) // Практична психологія та соціальна робота, 1997, - №7.

10. Туріщева Л. В. Діти з особливостями розвитку в звичайній школі / Людмила Василівна Туріщева. – Х. : "Основа", 2011. – 111 с. – (Серія "Психологічна служба школи")

11. Федорчено Т., Потапова О. Рання профілактика девіантної поведінки молодших школярів. Навч. -метод. Посібник. / Т. Є. Федорченко, О. В. Потапова. – Запоріжжя: ПП "АА Тандем". – 236 с.

ЛАБОРАТОРНЕ ЗАНЯТТЯ № 3

ТЕМА: *Індивідуальні варіанти розвитку підлітка (соматичні хвороби, розвиток самооцінки, почуття власної гідності, формування інтересу до себе, особливості емоційної сфери, проблеми психо-сексуального розвитку, психологія "важкого підлітка", конфліктна, психопатична форми поведінки, особливості морального розвитку, сліпоглухонімих, ДЦП, заїкання).*

МЕТА: навчитись здійснювати оцінку індивідуального розвитку; оволодіти методиками вивчення можливих варіантів індивідуального розвитку підлітка.

ЗАВДАННЯ

1. Ознайомитись з особливостями індивідуального розвитку підлітків.

2. Розробити діагностичну програму для виявлення індивідуальних варіантів розвитку підлітків (розвиток самооцінки, почуття власної гідності, формування інтересу до себе, особливості емоційної сфери, проблеми психо-сексуального розвитку, психологія "важкого підлітка", конфліктна, психопатична форми поведінки, особливості морального розвитку, сліпоглухонімих, ДЦП, заїкання).

3. Підібрати методики для психологічної діагностики саморозвитку, самооцінки, емоційної сфери, морального розвитку, конфліктної, психопатичної форм поведінки, особливостей сексуального розвитку, слуху і зору, ДЦП, заїкання).

4. Познайте з корекційними програмами, які спрямовані на корекцію емоційної, конфліктної, психопатичної форм поведінки, моральної, психо-сексуальної сфери, самооцінки, інтересів, вад слуху, зору, розумової відсталості, ДЦП, заїкання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дерманов И. Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития. – СПб., 2002.

2. Дерманов И. Б., Сидоренко Е. В. Психологический практикум межличностных отношений. – С-Пб., 2005.

3. Практикум по возрастной психологии / Под ред. Л. А. Головей, Е. Ф. Рыбалко. – С-Пб. : Речь, 2002. – 694 с.

4. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии / Под ред. А. А. Крылова, С. А. Маничева. – С-Пб., 2003.

5. Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога в образовании. – М., 1996.

6. Туріщева Л. В. Діти з особливостями розвитку в звичайній школі / Людмила Василівна Туріщева. – Х. : "Основа", 2011. – 111 с. – (Серія "Психологічна служба школи")

7. Федорченко Т. Є. Дитяча агресивність: роблеми, профілактика. Навчально-методичний посібник. – Черкаси: видавець Чабаненко Ю. А. 2010. – 238 с.

ЛАБОРАТОРНЕ ЗАНЯТТЯ № 4

ТЕМА: *Індивідуальні варіанти розвитку в юнацькому віці (потребово-мотиваційна, вольова, емоційна сфери, соматичні хвороби, життєві цілі, психологічне здоров'я, професійне самовизначення, адиктивна, асоціальна поведінка, дефекти зору, слуху, ЗПР, розумова відсталість, ДЦП, мовні порушення).*

МЕТА: навчитись здійснювати оцінку індивідуального розвитку; оволодіти методиками вивчення можливих варіантів індивідуального розвитку юнаків.

ЗАВДАННЯ

1. Ознайомитись з особливостями індивідуального розвитку в юнацькому віці.

2. Розробити діагностичну програму для виявлення індивідуальних варіантів розвитку юнаків (потребово-мотиваційна, вольова, емоційна сфери, соматичні хвороби, життєві цілі, психологічне здоров'я, професійне самовизначення, адиктивна, асоціальна поведінка, дефекти зору, слуху, ЗПР, розумова відсталість, ДЦП, мовні порушення).

3. Підібрати методики для психологічної діагностики (потребово-мотиваційної, вольової, емоційної сфери, професійного самовизначення, адиктивної, асоціальної поведінки, дефектів зору, слуху, ЗПР, розумової відсталості, ДЦП, мовних порушень).

4. Познайти з корекційними програмами, які спрямовані на корекцію потребо-мотиваційної, вольової, емоційної сфери, професійного самовизначення, адиктивної, асоціальної поведінки, психологічного здоров'я, дефектів зору, слуху, ЗПР, розумової відсталості, ДЦП, мовних порушень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дерманов И. Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития. – СПб., 2002.

2. Дерманов И. Б., Сидоренко Е. В. Психологический практикум межличностных отношений. – С-Пб., 2005.

3. Практикум по возрастной психологии / Под ред. Л. А. Головей, Е. Ф. Рыбалко. – С-Пб. : Речь, 2002. – 694 с.

4. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии / Под ред. А. А. Крылова, С. А. Маничева. – С-Пб., 2003.

5. Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога в образовании. – М., 1996.

6. Туріщева Л. В. Діти з особливостями розвитку в звичайній школі / Людмила Василівна Туріщева. – Х. : "Основа", 2011. – 111 с. – (Серія "Психологічна служба школи")

7. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике в 2-х ч. – М., 2004.

8. Федорченко Т. Є. Дитяча агресивність: роблеми, профілактика. Навчально-методичний посібник. – Черкаси: видавець Чабаненко Ю. А. 2010. – 238 с.

ЛАБОРАТОРНЕ ЗАНЯТТЯ № 5

ТЕМА: *Індивідуальні варіанти розвитку у дорослому віці (соматичні хвороби, сенс життя, стиль життя, професійне вигорання, особливості сліпоглухонімих, сексуальність, кар'єра, міжособистісне спілкування, дефекти інтелекту, опорно-рухового апарату).*

МЕТА: навчитись здійснювати оцінку індивідуального розвитку; оволодіти методиками вивчення можливих варіантів індивідуального розвитку людей дорослого віку.

ЗАВДАННЯ

1. Ознайомитись з особливостями індивідуального розвитку у дорослому віці.

2. Розробити діагностичну програму для виявлення індивідуальних варіантів розвитку людей дорослого віку (соматичні хвороби, сенс життя, стиль життя, професійне вигорання, особливості сліпоглухонімих, сексуальність, кар'єра, міжособистісне спілкування, дефекти інтелекту, опорно-рухового апарату).

3. Підібрати методики для психологічної діагностики (потребово-мотиваційної, вольової, емоційної сфери, сенсу, стилю, цінностей життя, професійного вигорання, міжособистісного спілкування, дефектів інтелекту).

4. Познайомитись з корекційними програмами, які спрямовані на корекцію потребово-мотиваційної, вольової, емоційної сфери, сенсу, стилю, цінностей життя, професійного вигорання, міжособистісного спілкування, дефектів зору, слуху, інтелекту, опорно-рухового апарату.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Борисова Е. М. О роли профессиональной деятельности в развитии / Под ред. Л. И. Анциферовой. – М., 1981.

2. Дерманов И. Б., Сидоренко Е. В. Психологический практикум межличностных отношений. – С-Пб., 2005.

3. Практикум по возрастной психологии / Под ред. Л. А. Головей, Е. Ф. Рыбалко. – С-Пб. : Речь, 2002. – 694 с.

4. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии / Под ред. А. А. Крылова, С. А. Маничева. – С-Пб., 2003.

5. Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога в образовании. – М., 1996.

6. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике в 2-х ч. – М., 2004.

8. Янышин П. В. Практикум по клинической психологии. – М., 2004.

ЛАБОРАТОРНЕ ЗАНЯТТЯ № 6

ТЕМА: *Індивідуальні варіанти розвитку людей похилого віку (соматичні хвороби, процес старіння, психічне здоров'я, спілкування, соціальна активність, вихід на пенсію, переживання цінності життя і неминучості смерті, вади слуху, зору, інтелекту, опорно-рухового апарату).*

МЕТА: навчитись здійснювати оцінку індивідуального розвитку; оволодіти методиками вивчення можливих варіантів індивідуального розвитку людей похилого віку.

ЗАВДАННЯ

1. Ознайомитись з особливостями індивідуального розвитку в похилому віці.

2. Розробити діагностичну програму для виявлення індивідуальних варіантів розвитку людей похилого віку (процес старіння, психічне здоров'я, спілкування, соціальна активність, вихід на пенсію, переживання цінності життя і неминучості смерті, вади зору, слуху, інтелекту, опорно-рухового апарату).

3. Підібрати методики для психологічної діагностики (потребово-мотиваційної, вольової, емоційної сфери, сенсу, стилю, цінностей життя, міжособистісного спілкування, вад слуху, зору, інтелекту).

4. Познайти з корекційними програмами, які спрямовані на корекцію потребово-мотиваційної, вольової, емоційної сфери, сенсу, стилю, цінностей життя, міжособистісного спілкування, вад зору, слуху, інтелекту, опорно-рухового апарату.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Авербух Е. С. Расстройства психической деятельности в позднем возрасте. – Л., 1969.

2. Дерманов И. Б., Сидоренко Е. В. Психологический практикум межличностных отношений. – С-Пб., 2005.

3. Донченко Е. А., Титаренко Т. М. Личность: конфликт и гармония. – М., 1997

4. Крайг Г. Психология развития. – С-Пб., 2002.

5. Практикум по возрастной психологии / Под ред. Л. А. Головей, Е. Ф. Рыбалко. – С-Пб. : Речь, 2002. – 694 с.

6. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии / Под ред. А. А. Крылова, С. А. Маничева. – С-Пб., 2003.

7. Романова Е. С. Психодиагностика. – М., 2005.

8. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике в 2-х ч. – М., 2004.

9. Янышин П. В. Практикум по клинической психологии. – М., 2004.

Додаток 1

Опис навчальної дисципліни

Напрямок, спеціальність, освітньо-кваліфікаційний рівень	Загальна характеристика навчальної дисципліни	Структура навчальної дисципліни
<p>Шифр та найменування галузі: 0301 Соціально-політичні науки</p> <p>Напрямок підготовки: 030102 – Психологія</p> <p>Освітньо-кваліфікаційний рівень: бакалавр</p>	<p>Вибіркова – за вибором</p> <p>Семестр: 6</p> <p>Кількість кредитів, відповідних ECTS: 2</p> <p>Змістових модулів: 2</p> <p>Загальна кількість годин: 72 год</p>	<p>Лекцій: 14 год.</p> <p>Семінари: 16 год.</p> <p>Лабораторні: 14 год.</p> <p>Самостійна робота: 21 год.</p> <p>Індивідуальна робота: 7 год.</p> <p>Вид контролю: екзамен.</p>

Курс "Дефектологія та спеціальна психологія" має чітку професійну спрямованість при підготовці майбутніх спеціалістів, які орієнтовані на роботу з дітьми з відхиленнями у розвитку.

Розвиток будь-якої особистості залежить від того, наскільки умови навчання та виховання відповідають її можливостям. Не випадково у нашій країні створено різні типи навчальних закладів; загальноосвітні школи, гімназії, ліцеї, спеціальні школи для обдарованих дітей. Разом з тим існує мережа спеціальних шкіл та дошкільних закладів для дітей, що мають відхилення в психічному розвитку. Це школи та дошкільні заклади для дітей, що мають сенсорні порушення, мовні недоліки, дитячий церебральний параліч, нервові захворювання, затримку психічного розвитку, розумову відсталість. У всіх дітей, що навчаються у названих спеціальних школах, відхилення у розвитку пов'язані з органічним ураженням центральної нервової системи або з недоліками функціонування органів відчуття - зору, слуху.

Закономірності розвитку всіх вищеназваних дітей загальні, у всіх у них він детермінований як внутрішніми передумовами, так і зовнішніми, здійснюється він поетапно, етапи змінюють один одного у певній послідовності, проте перебіг цього процесу у кожній категорії дітей має свої особливості. Врахування цих особливостей у навчально-виховному процесі забезпечує ефективність реалізації можливостей розвиватися кожній категорії дітей.

Мета та завдання навчальної дисципліни

Метою курсу "Дефектологія та спеціальна психологія" є ознайомити студентів з дефектологією як наукою, що вивчає особливості розвитку навчання і ви-

ховання дітей, з основними категоріями аномальних дітей, з установами для дітей з дефектами психофізичного розвитку та основами корекційної роботи з дітьми, які мають відхилення у розвитку.

Завдання курсу "Дефектологія та спеціальна психологія" є:

- *методичні*: сформувати у студентів уміння застосовувати теоретичні знання з дефектології, володіти необхідною термінологією.

- *пізнавальні*: ознайомити студентів з категоріями дітей аномального розвитку, з методами та прийомами корекційної роботи;

- *практичні*: сформувати у студентів уміння і навички організовувати обстеження дітей з відхиленнями у розвитку, надавати консультативну допомогу батькам, розвивати професійну рефлексію та інші фахово важливі якості психолога-практика.

У результаті вивчення навчальної дисципліни студент повинен **знати**:

• Структуру, завдання основні поняття та проблеми дефектології, її місце в системі психологічних знань та зв'язок з іншими науками;

• Специфіку методів та організації психологічного дослідження;

• Форми індивідуального розвитку особистості дитини на кожному віковому етапі;

• Закономірності, динаміку, принципи, механізми аномального психічного розвитку особистості дитини;

• Характеристику особливостей психічного розвитку аномальної дитини на кожному віковому етапі;

• Особливості та можливості дітей з різними вадами розвитку;

• Правила проведення експрес-діагностичного дослідження дитини та принципи побудови психокорекційних програм.

вміти:

• Обґрунтовувати значення знань із дефектології для майбутньої професійної діяльності;

• Оперувати основними категоріями дефектології;

• Розуміти природу внутрішнього світу особистості та компетентно впливати на психічний розвиток і формування особистості;

• Здійснювати порівняльний аналіз різних видів аномального розвитку дитини;

• Співвідносити теоретично описані феномени аномального розвитку з емпіричними фактами розвитку дитини;

• Самостійно вивчати потенційні можливості кожної особистості;

• Порівнювати й аналізувати індивідуальні варіанти розвитку кожної дитини;

- Визначати можливості застосування знань із дефектології в майбутній практичній діяльності;
- Максимально використовувати навички та вміння самостійної роботи з психологічною літературою, навички дослідницької роботи.

Студент повинен *навчитись*:

- Виявляти особливості аномального розвитку особистості дитини на кожному віковому етапі;
- Складати психологічну характеристику аномальної дитини ;
- Застосовувати на практиці методи і техніки психологічної діагностики;
- Визначати необхідність надання психологічної допомоги;
- Творчо та ефективно виявляти та вирішувати проблеми і труднощі, пов'язані з індивідуальними варіантами розвитку особистості;
- Застосовувати теоретичні знання із дефектології для конструктивної практики в різних сферах практичної психології;
- Вести просвітницьку діяльність по попередженню порушень у розвитку дитини.

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 1

ТЕМА 1. Вступ. Дефектологія як наука про аномальних дітей.

Поняття "дефектологія". Предмет і завдання дефектології. Основні проблеми дефектології. Методи дослідження. Зв'язок дефектології з іншими науковими дисциплінами /психологією, педагогікою, медициною/. Значення цього зв'язку для розвитку дефектології.

Поняття "аномальна дитина", "норма" і "відхилення". Види дитячих аномалій та їхні причини. Розвиток в нормі і дизонтогенезі. Компенсація, корекція реабілітація та соціалізація аномального розвитку - основна проблема дефектології.

ТЕМА 2. Діти з порушенням аналізаторів: порушення слуху і зору.

Основні форми патології слуху в дітей. Причини, що викликають у дітей порушення слуху. Ступінь порушення слуху. Глухі. Пізнооглухлі. Слабочуючі. Значення ступеня, характеру та часу враження слуху для розвитку мовної функції та загального розвитку дитини Індивідуальний підхід і спеціальна допомога дітям з незначним зниженням слуху в умовах масової школи.

Основні особливості зорового сприймання в дитячому віці. Ступінь порушення зорової функції. Сліпота. Слабозорість. Причини порушення зору в дітей. Вплив порушень зору на особливості психічного розвитку дитини. Індивідуальний підхід і спеціальна допомога дітям з незначними вадами зору в умовах масової школи.

ТЕМА 3. Діти з порушенням мови та комплексним порушенням розвитку.

Характер мовної функції. Основні закономірності розвитку мови. Основні форми порушення мови. Вплив порушення мови на загальний розвиток дитини і на

оволодіння грамотою. Клініко-педагогічна характеристика дітей з порушеннями мови. Організація спеціальної логопедичної допомоги дітям з розладами мови.

Сліпоглухонімі діти. Основні принципи системи навчання сліпоглухонімих. Діти з поєднанням сенсорного та інтелектуального дефекту Особливості розвитку й вивчення дітей в комплексними дефектами.

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 2

ТЕМА 4-5. Діти з порушенням інтелекту: розумово відсталі діти, діти із затримкою психічного розвитку.

Поняття про розумову відсталість. Етіологія та патогенез розумової відсталості. Ступені розумової відсталості (ідіотія, виражена імбецильність, легка імбецильність, дебільність). Клініко-педагогічна характеристика дітей-олігофренів. Виникнення розумової відсталості у дітей на більш пізньому етапі розвитку. Характеристика таких дітей. Діагностика, навчання та підготовка розумово відсталих дітей до самостійного життя й праці.

Визначення затримки психічного розвитку у дітей. Причини виникнення. Основні форми затримки психічного розвитку у дітей /психофізичний інфантилізм, астеничний стан різного походження/. Клініко-педагогічна характеристика дітей з затримкою психічного розвитку.

ТЕМА 6. Діти з порушеннями опорно-рухового апарату

Діти з порушенням опорно-рухового апарату. Причини порушення опорно-рухового апарату.

Характеристика ДЦП, етіологія, основні форми. Психічний розвиток при ДЦП. Олігофренія у дітей з ДЦП. Особливості консультативної, корекційної та реабілітаційної роботи з дітьми, які мають ДЦП. Система закладів та особливості життєдіяльності дітей з ДЦП.

Індивідуальний підхід і спеціальна допомога дітям з порушенням опорно-рухового апарату в умовах масової школи.

ТЕМА 7. Роль психолога в розвитку аномальної дитини. Установи для дітей з вадами розвитку.

Установи для аномальних дітей. Добір дітей у спеціальні навчально-виховні заклади Принципи організації системи спеціальних установ для аномальних дітей. Типи установ для аномальних дітей. Принципи і організація комплектування спеціальних установ для аномальних дітей. Організація та зміст роботи психолого-медико-педагогічних комісій. Психолого-медико-педагогічний консиліум.

Завдання для самостійної роботи

Загальна настанова: актуалізація теоретичних знань з тем, основних підходів щодо індивідуальних варіантів розвитку особистості, особливостей роботи

практичного психолога з врахуванням можливих індивідуальних варіантів розвитку, оформлення результатів наукового дослідження, підготовка до усних чи письмових відповідей.

Перелік тем, які виносяться на самостійне опрацювання кожним студентом

ТЕМА	Питання, що виносяться на самостійне вивчення	Форма контролю
Змістовий модуль 1. Індивідуальні варіанти розвитку особистості та врахування їх в роботі практичного психолога.		
1. Психологічні кризи особистості та їх врахування в роботі з людьми різних вікових груп	1. Характеристика основних криз дитинства та їх специфіка. 2. Кризи дорослого віку, їх особливості.	Доповідь на семінарах
2. Сензитивні періоди у психічному розвитку особистості та необхідність реалізації їх можливостей	1. Чинники розвитку психіки та їх співвідношення. 2. Закономірності та механізми психічного розвитку особистості.	Доповідь на семінарах
3. Особистість як індивідуальний варіант розвитку у роботі практичного психолога	1. Психологічна робота із обдарованими, творчими особистостями 2. Особливості роботи практичного психолога з соціально-педагогічно занедбанними дітьми.	Доповідь на семінарах
Змістовий модуль II. Практична психологія вікових періодів		
49. Практична психологія дошкільника	1. Роль дошкільного дитинства у житті людини. 2. Переваги і недоліки навчання дітей раннього віку.	Доповідь на семінарах

ІНДИВІДУАЛЬНІ ЗАВДАННЯ

Підготувати доповідь на наукову тему

1. Соціально-психологічні умови як фактор розвитку психіки глухої дитини.
2. Особливості психічного розвитку та життєдіяльності слабочуючих дітей.
3. Особливості пізнавальної діяльності у дітей з порушеннями зору.
4. Вплив глибоких порушень зору на особливості психічного розвитку дітей.
5. Роль слуху та зору у розвитку дитини.
6. Роль спадкових факторів у виникненні порушень мови.
7. Роль соціальних факторів при виникненні мовних порушень.
8. Охарактеризуйте окремі види мовних порушень та дайте їх порівняльний аналіз.
9. Характеристика змісту спеціальних принципів логопедичної роботи.

10. Комплексний підхід до подолання заїкання.
11. Особливості пізнавальної сфери при розумовій відсталості.
12. Розвиток дітей з розумовою відсталістю.
13. Відношення розумово відсталих школярів до навчальної діяльності.
14. Клінічна класифікація затримки психічного розвитку.
15. Затримка психічного розвитку в ранньому віці.
16. Особливості емоційно-вольової сфери молодших школярів при ЗПР.
17. Форми прояву дитячого церебрального паралічу.
18. Мовні порушення у дітей при ДЦП.
19. Особливості емоційно-вольової сфери особистості при ДЦП.
20. Особливості порушень вищих психічних функцій при ДЦП.
21. Затримка психічного розвитку у дітей з ДЦП.
22. Особливості навчання сліпоглухих людей.
23. Психологічна допомога сім'ям, які виховують сліпоглухоніму дитину.
24. Особливості життєдіяльності людей з багатьма комплексними порушеннями.
25. Причини виникнення комплексних дефектів у дитини.

Питання до екзамену

1. Аномальні діти. Загальна характеристика. Назвіть причини виникнення аномалій у розвитку дітей.
2. В чому проявляється державний підхід до суспільного виховання аномальних дітей.
3. Взаємозв'язок відхилень у функціонуванні психічних процесів та особистісному розвитку дитини.
4. Взаємозв'язок дефектології з суміжними дисциплінами.
5. Внесок Виготського Л.С. в розвиток дефектології як науки.
6. Головні напрямки корекційно – виховної роботи при різних видах психопатії.
7. Дайте визначення психопатії, назвіть її основні ознаки. Діти з психопатичними формами поведінки.
8. Дефектологія як наука. Предмет і завдання дефектології.
9. Діагностика ЗПР в дітей та особливості корекційно-виховної роботи з ними.
10. Діти з затримкою психічного розвитку (ЗПР). Клініко-психологічна характеристика. Основні причини виникнення ЗПР.
11. Діти з комплексними порушеннями розвитку.
12. Діти з поєднанням сенсорного та інтелектуального дефектів.
13. Діти з порушенням зору. Вплив порушень зору на особливості розвитку дитини.

14. Діти з порушенням зору. Основні види порушень.
15. Діти з порушеннями опорно – рухового апарату. Основні причини порушень опорно-рухового апарату у дітей.
16. Діти з порушеннями слуху. Основні форми патології.
17. Загальні закономірності психічного дизонтогенезу.
18. Загальні закономірності психічного розвитку дитини.
19. Індивідуальний підхід, психологічна і соціальна допомога дітям з незначними вадами слуху.
20. Інші категорії розумово відсталих дітей.
21. Історія виникнення дефектології.
22. Класифікація олігофренії за глибиною дефекту (ідіотія, імбецильність, дебільність).
23. Клініко-психологічна характеристика дітей з порушенням мовлення.
24. Клініко-психологічна характеристика розумово відсталих дітей.
25. Організація логопедичної роботи з дітьми з порушеннями мовлення.
26. Основні типи ЗПР та їх психолого-педагогічна характеристика.
27. Особливості корекційної роботи з розумово відсталими дітьми.
28. Особливості корекційної роботи із слабозорими та сліпими дітьми.
29. Особливості корекційної роботи із слабочуючими та глухими дітьми.
30. Особливості логопедичної роботи при порушенні слуху і зору.
31. Особливості навчання дітей із затримкою психічного розвитку.
32. Особливості психічного розвитку дітей-олігофренів.
33. Особливості розвитку дітей з реактивними станами і конфліктними переживаннями.
34. Охарактеризуйте основні форми олігофренії.
35. Охарактеризуйте принципи та методи обстеження дитини. В чому сутність системного, комплексного підходу до обстеження дитини з відхиленнями в розвитку.
36. Підготовка розумово відсталих дітей до самостійного життя. Особливості розвитку мовленнєвої функції дітей-олігофренів.
37. Порушення писемної мови. Характеристика розладів писемної мови.
38. Порушення усної мови. Характеристика розладів усної мови.
39. Поясніть погляд Л. С. Виготського на те, що дефект одного аналізатора призводить до цілого ряду відхилень в розвитку особистості.
40. Принципи і організація комплектування спеціальних установ для аномальних дітей.
41. Розкрийте предмет, мету та завдання логопедії, як одного з розділів дефектології.
42. Розкрийте суть понять "компенсація", "корекція".
43. Розкрийте суть понять "соціалізація", "реабілітація".
44. Роль зору, слуху та мовлення в процесі розвитку дитини.

45. Сліпоглухонімі діти. Основні принципи організації системи навчання.

46. Специфіка роботи психологів-дефектологів в системі закладів для аномальних дітей.. Наведіть приклади взаємозв'язку логопедії, тифлопедагогіки, сурдопедагогіки та олігофренопедагогіки. В чому зв'язок логопедії з психологією та педагогікою.

47. Структура дефекту. Взаємовідношення між первинним і вторинним дефектом.

48. Суть роботи медико-психолого-педагогічних консультацій при наданні допомоги аномальним дітям.

49. Які сторони мовного розвитку можуть бути порушені у дітей? Розкажіть про причини таких порушень.

50. Особливості психічного розвитку дітей –аутистів.

Розподіл балів, які отримують студенти

Поточне тестування та самостійна робота									Сума
Змістовий модуль №1				Змістовий модуль № 2					
T1	T2	T3			T4	T5	T6	T7	100
10	15	15			15	15	15	15	

Інформаційні ресурси

Інтернет ресурси:

1. <http://www.nbuv.gov.ua/> - Національна бібліотека України ім. В. І. Вернадського.

2. <http://hplib.npu.edu.ua/> - Наукова бібліотека національного педагогічного університету ім. М.П. Драгоманова.

3. <http://www.koob.ru/> - електронна бібліотека "Куб".

4. <http://upsihologa.com.ua/> - портал професійних психологів України "У психолога".

5. <http://www.twirpx.com/library/> - електронна російськомовна бібліотека

6. <http://pl.bookos.org/> - електронна англomовна бібліотека

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ДЕФЕКТОЛОГИИ

Еще недавно вся та область теоретического знания и научно- практической работы, которую мы условно называем общим именем "дефектология", считалась чем-то вроде малой педагогики, наподобие того, как медицина выделяет малую хирургию. Все проблемы в этой области ставились и решались как проблемы количественные. Со всей справедливостью М. Крюнегель констатирует, что наиболее распространенные психологические методы исследования ненормального ребенка (метрическая шкала А. Бине или профиль Г. И. Россолимо) основываются на чисто количественной концепции детского развития, осложненного дефектом (Krünegel M., 1926). При помощи этих методов определяется степень понижения интеллекта, но не характеризуется самый дефект и внутренняя структура личности, создаваемая им. Вслед за О. Липманном эти методы можно назвать измерениями, но не исследованиями одаренности (*Intelligentmessungen*, но не *Inlelligntprüfungen* (Lipmann O., Bogen H., 1923), так как они устанавливают степень, но не род и тип одаренности (Lipmann O., 1924).

То же справедливо и относительно других педологических методов изучения дефективного ребенка, методов не только психологических, но и охватывающих другие стороны детского развития (анатомическую и физиологическую). И здесь масштаб, размер, шкала являются основными категориями исследования, как будто все проблемы дефектологии суть проблемы пропорции, а все многообразие явлений, изучаемых дефектологией, охватывается единой схемой: "больше – меньше". Считать и мерить в дефектологии начали раньше, чем экспериментировать, наблюдать, анализировать, расчленять и обобщать, описывать и качественно определять.

Практическая дефектология избрала тоже этот наиболее легкий путь числа и меры и пыталась осознать себя как малую педагогику. Если в теории проблема сводилась к количественно ограниченному, уменьшенному в пропорциях развитию, то на практике, естественно, была выдвинута идея сокращенного и замедленного обучения. В Германии тот же Крюнегель, а у нас А. С. Грибоедов справедливо защищают мысль: "Необходим пересмотр и учебных планов, и методов работы в наших вспомогательных школах" (Грибоедов А. С., 1926), так как "уменьшение учебного материала и удлинение времени его проработки", т. е. чисто количественные признаки, составляют до сих пор характерное отличие специальной школы.

Чисто арифметическая концепция дефективности – характерная черта отживающей, старой дефектологии. Реакция против этого количественного подхода ко всем проблемам теории и практики составляет самую существенную черту дефектологии современной. Борьба двух дефектологических мировоззрений, двух популярных идей, двух принципов составляет живое содержание того благотворного кризиса, который переживает сейчас эта область научного знания.

Представление о дефективности как о чисто количественной ограниченности развития, несомненно, находится в идейном родстве со своеобразной теорией педологического преформизма, согласно которой внеутробное развитие ребенка сводится исключительно к количественному нарастанию и увеличению органических и психологических функций. Дефектология проделывает сейчас идейную работу, похожую на ту, которую в свое время проделали педагогика и детская психология, когда они защищали положение: ребенок не есть маленький взрослый. Дефектология борется сейчас за основной тезис, в защите которого видит единственный залог своего существования как науки, именно тезис, гласящий: ребенок, развитие которого осложнено дефектом, не есть просто менее развитой, чем его нормальные сверстники, ребенок, но *иначе* развитой.

Мы никогда не получим по методу вычитания психологии слепого ребенка, если из психологии зрячего вычтем зрительное восприятие и все, что с ним связано. Точно так же и глухой ребенок не есть нормальный ребенок минус слух и речь. Педология уже давно овладела той мыслью, что процесс детского развития, если рассматривать его с качественной стороны, есть, говоря словами В. Штерна, цепь метаморфоз (1922). Дефектология сейчас овладевает сходной идеей. Как ребенок на каждой ступени развития, в каждой его фазе представляет качественное своеобразие, специфическую структуру организма и личности, так точно дефективный ребенок представляет качественно отличный, своеобразный тип развития. Как из кислорода и водорода возникает не смесь газов, а вода, так же, говорит Р. Гюртлер, личность слабоумного ребенка есть нечто качественно иное, чем просто сумма недоразвитых функций и свойств.

Специфичность органической и психологической структуры, тип развития и личности, а не количественные пропорции отличают слабоумного ребенка от нормального. Давно ли педология поняла всю глубину и истинность уподобления многих процессов развития ребенка превращению гусеницы в куколку и куколки в бабочку? Сейчас дефектология устами Гюртлера объявляет детское слабоумие особой разновидностью, особым типом развития, а не количественным вариантом нормального типа. Это, говорит он, различные органические формы, наподобие головастика и лягушки (Gürtler R., 1927).

Есть, действительно, полное соответствие между своеобразием каждой возрастной ступени в развитии ребенка и своеобразием различных типов развития. Как переход от ползания к вертикальной походке и от лепета к речи есть метаморфоза, качественное превращение одной формы в другую, так речь глухонемого

ребенка и мышление имбецила суть качественно иные функции по сравнению с мышлением и речью нормальных детей.

Только с идеей качественного своеобразия (не исчерпываемого количественными вариациями отдельных элементов) тех явлений и процессов, которые изучает дефектология, она впервые приобретает твердую методологическую основу, ибо никакая теория невозможна, если исходить исключительно из отрицательных предпосылок, как невозможна никакая воспитательская практика, построенная на чисто отрицательных определениях и основах. В этой идее – методологический центр современной дефектологии; отношение к ней определяет геометрическое место всякой частной, конкретной проблемы. С этой идеей перед дефектологией открывается система положительных задач, теоретических и практических; дефектология становится возможна как наука, ибо приобретает особый, методологически отграниченный объект изучения и познания. На основе чисто количественной концепции детской дефективности возможна только "педагогическая анархия", по выражению Б. Шмидта о лечебной педагогике, только эклектическая, разрозненная сводка эмпирических данных и приемов, но не система научного знания.

Было бы, однако, величайшей ошибкой думать, что с нахождением этой идеи методологическое оформление новой дефектологии закончено. Напротив, оно лишь начинается. Как только определяется возможность особого вида научного знания, так сейчас же возникает тенденция к его философскому обоснованию. Поиски философской основы – чрезвычайно характерная черта современной дефектологии и показатель ее научной зрелости. Как только утверждено своеобразие изучаемого дефектологией мира явлений, так сейчас же возникает вопрос о принципах и способах познания и изучения этого своеобразия, т. е. проблема философская. Р. Гюртлеру принадлежит попытка найти основу дефектологии в идеалистической философии (Gürtler R., 1927); Х. Неллю – частной проблемы трудовой подготовки воспитанников вспомогательной школы (Nöll H., 1927), опираясь на современную "философию ценности", развитую В. Штерном, А. Мессером, Н. Мейнингом, Г. Риккертом и другими авторами. Если такие попытки еще относительно редки, то тенденции к тому или иному философскому оформлению легко обнаружить почти во всякой сколько-нибудь значительной новой научной работе по дефектологии.

Помимо тенденции к философскому оформлению, перед современной дефектологией встают совершенно конкретные отдельные проблемы. Их разрешение составляет предмет большинства дефектологических исследований.

Дефектология имеет свой, особый, объект изучения; она должна овладеть им. Процессы детского развития, изучаемые ею, представляют огромное многообразие форм, почти безграничное количество различных типов. Наука должна овладеть этим своеобразием и объяснить его, установить циклы и метаморфозы развития, его диспропорции и перемещающиеся центры, открыть законы многообразия. Далее встают проблемы практические: как овладеть законами этого развития?

В настоящей статье и сделана попытка критически наметить основные проблемы современной дефектологии в их внутренней связанности и единстве под углом зрения тех философских идей и социальных предпосылок, которые положены в основу нашей теории и практики воспитания.

2

Основной факт, с которым мы встречаемся в развитии, осложненном дефектом, есть двойственная роль органического недостатка в процессе этого развития и формирования личности ребенка. С одной стороны, дефект есть минус, ограничение, слабость, умаление развития; с другой – именно потому, что он создает трудности, он стимулирует повышенное, усиленное движение вперед. Центральное положение современной дефектологии следующее: всякий дефект создает стимулы для выработки компенсации. Поэтому динамическое изучение дефективного ребенка не может ограничиваться установлением степени и тяжести недостатка, но непременно включает учет компенсаторных – замещающих, надстраиваемых, выравнивающих процессов в развитии и поведении ребенка. Как для современной медицины важна не болезнь, но больной, так для дефектологии объектом является не недостаток сам по себе, но ребенок, отягощенный недостатком. Туберкулез, например, характеризуется не только стадией процесса и тяжестью заболевания, но и реакцией организма на болезнь, степенью компенсации или декомпенсации процесса. Так, реакция организма и личности ребенка на дефект есть центральный основной факт, единственная реальность, с которой имеет дело дефектология.

В. Штерн давно указал на двойственную роль дефекта. Как у слепого компенсаторно повышается способность различения при осязании не из действительного повышения нервной возбудимости, но через упражнение в наблюдении, оценке и обдумывании различий, так и в области психологических функций малочность одной способности полностью или отчасти возмещается более сильным развитием другой. Слабая память, например, выравнивается через выработку понимания, которое становится на службу наблюдательности и воспоминаниям, слабость воли и недостаточность инициативы компенсируются внушаемостью и тенденцией к подражанию и т. д. Функции личности не монополизированы таким образом, что при ненормально слабом развитии одного какого-либо свойства непременно и при всех обстоятельствах страдает выполняемая им задача; благодаря органическому единству личности другая способность принимает на себя ее выполнение (Stern W., 1921).

Таким образом, закон компенсации одинаково приложим к нормальному и осложненному развитию. Т. Липпс видел в этом основной закон психической жизни: если психическое событие прерывается или тормозится, то там, где наступает перерыв, задержка или препятствие, происходит "затопление", т. е. повышение психической энергии; препятствие играет роль запруды. Этот закон Липпс называл законом психической запруды (*Stauung*). Энергия концентрируется в пункте,

где процесс встретил задержку, и может преодолеть задержку или пойти окольными путями. Так на месте задержанного в развитии процесса образуются новые процессы, возникшие благодаря запруде (Липпс Г., 1907).

А. Адлер и его школа в основу своей психологической системы кладут учение о малоценных органах и функциях, недостаточность которых постоянно стимулирует повышенное развитие. Ощущение дефективности органов, по словам Адлера, является для индивида постоянным стимулом к развитию психики. Если какой-либо орган благодаря морфологической или функциональной неполноценности не справляется вполне со своими задачами, тогда центральная нервная система и психический аппарат человека принимают на себя задачу компенсировать затрудненное функционирование органа. Они создают над малоценным органом или функцией психологическую надстройку, стремящуюся обеспечить организм в слабом, угрожаемом пункте. При соприкосновении с внешней средой возникает конфликт, вызванный несоответствием недостаточного органа или функции стоящим перед ними задачам, что ведет к повышенной возможности заболевания и смертности. Этот же конфликт создает повышенные возможности и стимулы к компенсации и сверхкомпенсации. Дефект становится, таким образом, исходной точкой и главной движущей силой психического развития личности. Он устанавливает конечную целевую точку, к которой стремится развитие всех психических сил, и дает направление процессу роста и формирования личности. Повышенная тенденция к развитию создается дефектом, он развивает психические явления предвидения и предчувствия, а также их действующие факторы (память, внимание, интуицию, чувствительность, интерес – словом, все обеспечивающие психологические моменты) в усиленной степени (Adler A., 1928).

Можно и *должно* не соглашаться с Адлером в том, что он приписывает процессу компенсации универсальное значение во всяком психическом развитии, но нет, кажется, сейчас дефектолога, который отрицал бы первостепенное значение реакции личности на дефект компенсаторных процессов в развитии, т. е. той чрезвычайно сложной картины положительных влияний дефекта, обходных путей развития, сложных его зигзагов, картины, которую мы наблюдаем у каждого ребенка с дефектом. Самое важное то, что вместе с органическим дефектом даны силы, тенденции, стремления к его преодолению или выравниванию. Вот этих тенденций к повышенному развитию и не замечала прежняя дефектология. А между тем именно они придают своеобразие развитию дефективного ребенка; они создают творческие, бесконечно разнообразные, иногда глубоко причудливые формы развития, равных или подобных которым мы не наблюдаем в типическом развитии нормального ребенка. Нет надобности быть адлерианцем и разделять принципы его школы, чтобы признать справедливость этого положения.

"Он будет хотеть все видеть, – говорит Адлер про ребенка, – если он близорук; все слышать, если у него аномалия слуха; все будет хотеть говорить, если у него есть налицо затруднение в речи или есть заикание. Желание летать будет

выше всего выражено у тех детей, которые уже при прыгании испытывают большие затруднения. Противоположность органической недостаточности и желаний, фантазий, снов, т. е. психических стремлений к компенсации, столь всеобъемлюща, что можно на основании ее вывести *основной психологический закон о диалектическом превращении органической неполноценности через субъективное чувство неполноценности в психические стремления к компенсации и сверхкомпенсации*". Прежде полагали, что у слепого ребенка вся жизнь и все развитие будут строиться по линии слепоты; новый закон говорит, что развитие пойдет против этой линии. Если есть слепота, то психическое развитие направлено от слепоты, против слепоты. Рефлекс цели, по И. П. Павлову, нуждается для полного, правильного, плодотворного проявления в известном напряжении, и существование препятствий – главное условие достижения цели. Современная психотехника склонна рассматривать такую центральную в процессе воспитания и формирования личности функцию, как управление, в качестве частного случая явлений сверхкомпенсации (Шпильрейн И. Н., 1924).

Учение о компенсации открывает творческий характер развития, направленного по этому пути. Недаром на указанном учении частично основывают происхождение одаренности такие психологи, как Штерн и Адлер. "То, что меня не губит, делает меня сильнее", – формулирует эту идею Штерн; благодаря компенсации из слабости возникает сила, из недостатков – способности (Stem W., 1923).

Было бы ошибкой полагать, что процесс компенсации всегда непременно кончается удачей, успехом, всегда приводит к формированию таланта из дефекта. Как всякий процесс преодоления и борьбы, и компенсация может иметь два крайних исхода – победу и поражение, между которыми располагаются все возможные степени перехода от одного полюса к другому. Исход зависит от многих причин, но в основном от соотношения степени недостатка и богатства компенсаторного фонда. Но какой бы исход ни ожидал процесс компенсации, *всегда и при всех обстоятельствах* развитие, осложненное дефектом, представляет творческий процесс (органический и психологический) созидания и пересозидания личности ребенка на основе перестройки всех функций приспособления, образования новых – надстраиваемых, замещающих, выравнивающих процессов, порождаемых дефектом, и прокладывания новых, обходных путей развития. Мир новых, бесконечно разнообразных форм и путей развития открывается перед дефектологией. Линия "дефект – компенсация" и есть лейтлиния развития ребенка с дефектом какого-либо органа или функции.

Положительное своеобразие дефективного ребенка и создается в первую очередь не тем, что у него выпадают те или иные функции, наблюдаемые у нормального, но тем, что выпадение функций вызывает к жизни новые образования, представляющие в своем единстве реакцию личности на дефект, компенсацию в процессе развития. Если слепой или глухой ребенок достигает в развитии того же, что и нормальный, то дети с дефектом достигают этого *иным способом, на ином*

пути, иными средствами, и для педагога особенно важно знать *своеобразие* пути, по которому он должен повести ребенка. Ключ к своеобразию дает закон превращения минуса дефекта в плюс компенсации.

3

Своеобразие в развитии дефективного ребенка имеет пределы. На основе нарушенного дефектом равновесия в приспособительных функциях перестраивается на новых началах вся система приспособления, которая стремится к новому равновесию. Компенсация как реакция личности на дефект дает начало новым, обходным процессам развития, замещает, надстраивает, выравнивает психологические функции. Многие из того, что присуще нормальному развитию, исчезает или свертывается из-за дефекта. Создается новый, особенный тип развития. "Параллельно, с пробуждением моего сознания, – рассказывает о себе А. М. Щербина, – мало-помалу, можно сказать, органически вырабатывалось своеобразие моей психики, создавалась как бы вторая природа, и при таких условиях своего физического недостатка *непосредственно* я ощущать не мог". Но органическому своеобразию, созиданию "второй природы" положены границы социальной средой, в которой протекает процесс развития. Прекрасно сформулировал эту идею по отношению к психологическому развитию слепых К. Бюрклен; в сущности, она может быть распространена и на всю дефектологию. "У них развиваются, – говорит он про слепых, – такие особенности, которых мы не можем заметить у зрячих, и надо полагать, что в случае исключительного общения слепых со слепыми, без всякого сношения со зрячими, могла бы возникнуть особая порода людей".

Мысль Бюрклена можно пояснить следующим образом. Слепота как органическая неполноценность дает толчок процессам компенсации, приводящим, в свою очередь, к образованию особенностей в психологии слепого и перестраивающим все его отдельные функции под углом основной жизненной задачи. Каждая отдельная функция нервно-психического аппарата слепого обладает особенностями, часто очень значительными по сравнению со зрячим. Предоставленный сам себе, этот биологический процесс образования и накопления особенностей и отклонений от нормального типа (в случае жизни слепого в мире слепых) с неизбежностью привел бы к созданию особой породы людей. Под давлением же социальных требований, одинаковых для слепых и зрячих, развитие этих особенностей складывается так, что структура личности слепого в *целом* имеет тенденцию к достижению определенного нормального социального типа.

Процессы компенсации, созидающие своеобразие личности слепого ребенка, не текут свободно, а направлены на определенные цели. Эта социальная обусловленность развития дефективного ребенка складывается из двух основных факторов.

Во-первых, само действие дефекта всегда оказывается вторичным, не непосредственным, отраженным. Как уже сказано, своего дефекта ребенок непосредственно не ощущает. Он воспринимает те затруднения, которые проистекают из дефекта. Непосредственное следствие дефекта – снижение социальной позиции

ребенка; дефект реализуется как социальный вывих. Все связи с людьми, все моменты, определяющие место человека в социальной среде, его роль и судьбу как участника жизни, все функции общественного бытия перестраиваются. Органические, врожденные причины действуют, как подчеркивается в школе Адлера, не сами по себе, не прямо, а косвенно, через вызываемое ими снижение социальной позиции ребенка. Все наследственное и органическое должно быть еще истолковано психологически, для того чтобы можно было учесть его истинную роль в развитии ребенка. Малоценность органов, по Адлеру, приводящая к компенсации, создает особую психологическую позицию для ребенка. *Через эту позицию*, и только через нее, дефект влияет на развитие ребенка. Этот психологический комплекс, возникающий на основе снижения социальной позиции из-за дефекта, Адлер называет чувством неполноценности (*Minderwertigkeitsgefühl*). В двучленный процесс "дефект – компенсация" вносится третий, промежуточный член: "дефект – чувство малоценности – компенсация". Дефект вызывает компенсацию не прямо, а косвенно, через создаваемое им чувство малоценности. Что чувство малоценности есть психологическая оценка собственной социальной позиции, легко пояснить на примерах. В Германии поднят вопрос о переименовании вспомогательной школы. Название *Hilfsschule* кажется оскорбительным и родителям, и детям. Оно как бы налагает на учащегося клеймо неполноценности. Ребенок не хочет идти в "школу для дураков". Специальное снижение позиции, вызываемое "школой для дураков", действует отчасти и на учителей, ставя их как бы на низшее место по сравнению с учителями нормальной школы. Лечебно-педагогическая, особая школа (*Sonderschule*), школа для слабоумных и другие новые названия – таковы предложения Понсенса и О. Фишера.

Попасть в "школу для дураков" – значит для ребенка встать на затрудненную социальную позицию. Поэтому для Адлера и его школы первым и основным пунктом всего воспитания является борьба с чувством малоценности. Надо не дать ему развиться, овладеть ребенком и привести его к болезненным формам компенсации. Основное понятие индивидуально-психологической лечебной педагогики, говорит А. Фридман, – это ободрение (*Ermütigung*). Ее методы представляют технику ободрения. Ее область охватывает все, что угрожает человеку потерей мужества (*Entmutigung*). Предположим, что органический дефект не приведет по социальным причинам к возникновению чувства малоценности, т. е. к низкой психологической оценке своей социальной позиции. Тогда не будет и психологического конфликта, несмотря на наличие органического дефекта. У некоторых народов, скажем, вследствие суеверно-мистического отношения к слепым создается особое почитание слепого, вера в его духовную прозорливость. Слепой там становится прорицателем, судьей, мудрецом, т. е. занимает вследствие своего дефекта высшую социальную позицию. Конечно, при таких условиях не может быть речи о чувстве малоценности, дефективности и т. д. Решает судьбу личности в последнем счете не дефект сам по себе, а его социальные последствия, его соци-

ально-психологическая реализация. Процессы компенсации тоже направлены не на прямое восполнение дефекта, которое большей частью невозможно, а на преодоление затруднений, создаваемых дефектом. И развитие, и воспитание слепого ребенка имеют дело не столько со слепотой самой по себе, сколько с социальными последствиями слепоты.

А. Адлер рассматривает психологическое развитие личности как стремление занять определенную позицию по отношению к "имманентной логике человеческого общества", к требованиям социального бытия. Оно разворачивается как цепь планомерных, хотя и бессознательных действий, определяемых в конечном счете с объективной необходимостью требованием социального приспособления. Поэтому Адлер (Adler A., 1928) с глубоким основанием называет свою психологию позиционной психологией, в отличие от диспозиционной: первая исходит в психологическом развитии из социальной позиции личности, вторая – из органической диспозиции. Если бы развитию дефективного ребенка не были поставлены социальные требования (цели), если бы эти процессы были отданы во власть биологических законов, если бы дефективный ребенок не стоял перед необходимостью превратиться в определенную социальную единицу, социальный тип личности, тогда его развитие привело бы к созданию новой породы человека. Но так как цели развитию поставлены заранее (необходимостью приспособиться к социально-культурной среде, созданной в расчете на нормальный человеческий тип), то и компенсация его течет не свободно, а по определенному социальному руслу.

Таким образом, процесс развития дефективного ребенка двояким образом социально обусловлен: социальная реализация дефекта (чувство малоценности) есть одна сторона социальной обусловленности развития, социальная направленность компенсации на приспособление к тем условиям среды, что созданы и сложились в расчете на нормальный человеческий тип, составляет ее вторую сторону. Глубокое своеобразие пути и способа развития при общности конечных целей и форм у дефективного и нормального ребенка – вот наиболее схематическая форма социальной обусловленности этого процесса. Отсюда двойная перспектива прошлого и будущего в изучении развития, осложненного дефектом. Поскольку конечный и начальные пункты этого развития обусловлены социально, постольку обязательно понимание каждого его момента не только в связи с прошлым, но и в связи с будущим. Понятием компенсации как основной формы подобного развития вводится понятие направленности на будущее, и весь процесс в целом предстает перед нами как единый процесс, стремящийся вперед с объективной необходимостью, направленной к конечной точке, заранее поставленной требованиями социального бытия. В связи с этим стоит понятие единства и целостности развивающейся личности ребенка. Личность развивается как единое целое, имеющее особые законы, а не как сумма или пучок отдельных функций, из которых каждая развивается в силу особой тенденции.

Этот закон одинаково приложим к соматике и психике, к медицине и педагогике. В медицине все тверже устанавливается взгляд, согласно которому единственным критерием здоровья или болезни является целесообразное или нецелесообразное функционирование целого организма, а единичные ненормальности оцениваются лишь постольку, поскольку нормально компенсируются или не компенсируются через другие функции организма.

В. Штерн выдвигает положение: частные функции могут представлять уклонение от нормы и все же личность или организм в целом могут принадлежать к совершенно нормальному типу. *Ребенок* с дефектом не есть непременно *дефективный ребенок*. От исхода социальной компенсации, т. е. конечного формирования его личности в целом, зависит степень его дефективности и нормальности. Сама по себе слепота, глухота и другие частные дефекты не делают еще своего носителя дефективным. Замещение и компенсация функций не только имеют место, не только достигают иногда огромных размеров, создавая из дефектов таланты, но и непременно, *как закон*, возникают в виде стремлений и тенденций там, где есть дефект. Положение Штерна есть положение о принципиальной возможности социальной компенсации там, где прямая компенсация невозможна, т. е. возможности полного в принципе приближения дефективного ребенка к нормальному типу, к завоеванию социальной полноценности.

Лучшей иллюстрацией социальных вторичных осложнений развития дефективного ребенка и их роли может служить компенсация моральной дефективности (*moral insanity*'), рассматриваемой как *особый тип органического дефекта или болезнь*. От подобной концепции отходят все последовательно мыслящие психологи; в частности, у нас пересмотр этого вопроса и выяснение ложности и научной несостоятельности самого понятия моральной дефективности в работах П. П. Блонского, А. Б. Залкинда и др. имели большое теоретическое и практическое значение. К тому же выводу приходят и западноевропейские психологи. То, что принималось за органический дефект или болезнь, есть симптомокомплекс особой психологической установки выбитых из социальной колеи детей, есть явление социо- и психогенного, а не биогенного порядка.

Всякий раз, когда идет речь о неправильном признании тех или иных *ценностей*, говорил Л. Линдворский на I конгрессе по лечебной педагогике в Германии, причину этого следует

искать не во врожденной аномалии воли и не в определенных извращениях отдельных функций, но в том, что в индивиде ни окружающая среда, ни он сам не воспитали признания этих ценностей. Вероятно, никогда бы не пришли к мысли выдавать *moral insanity* за душевную болезнь, если бы прежде была предпринята попытка представить сводку всех выпадений ценностей и мотивов, которые встречаются среди нормальных. Тогда можно было бы открыть, что каждый индивид имеет свою *insanity*. К такому же выводу приходит М. Вертгаймер. Если рассматривать личность в целом, в ее взаимодействии со средой, врожденная психопат

тичность детей исчезает, утверждает Вертгаймер, ссылаясь на Ф. Крамера и В. К. Жариса, основателя гештальтпсихологии в США. Он подчеркивает, что известный тип детской психопатии обнаруживает следующие симптомы: грубую небрежность, эгоизм, направленность интересов на удовлетворение элементарных потребностей; такие дети неинтеллигентны (*unintelligent*), малоподвижны, телесная чувствительность, например по отношению к болевым раздражениям и т. п., сильно понижена. В этом и видят особый тип, который с рождения предназначен для асоциального поведения, этически дефективен по задаткам и т. д. (более ранний термин *moral insanity* – неизлечимые свойства). Однако перемещение детей в другую среду часто показывает, что мы имеем дело с особо повышенной чувствительностью и притупление чувствительности есть самозащита, самозамыкание, окружение себя биологическим защитным панцирем от условий среды. В новой среде дети обнаруживают совсем другие свойства. Такой результат получается, если рассматривать свойства и поступки детей не разрозненно, а в их отношении к целому, в динамике их развития (*Si duopaciunt idem non est idem*).

Теоретически этот пример показателен. Он объясняет возникновение мнимой психопатии, мнимого дефекта (*moral insanity*), который был создан в воображении исследователей, почему они и не могли объяснить глубокой социальной неприспособленности детского развития в подобных случаях. Значение социо- и психогенных факторов в развитии ребенка столь велико, что могло привести к иллюзии дефекта, к подобию болезни, к мнимой психопатии.

4

В последние два десятилетия научная дефектология познакомилась с новой формой детской дефективности. Сущность ее сводится к двигательной недостаточности (М. О. Гуревич). В то время как олигофрения характеризуется всегда главным образом теми или иными дефектами интеллекта, новая форма неправильного развития, сделавшаяся в последнее время предметом пристального изучения и практического педагогического и лечебного воздействия, сводится к недоразвитию моторного аппарата ребенка. Эту форму детской дефективности называют по-разному. Дюпре назвал ее (моторной дебильностью, по аналогии с интеллектуальной дебильностью; Т. Геллер – моторной отсталостью, а в крайних формах – моторной идиотией; К. Якоб и Ф. Гомбургер – моторным инфантилизмом; М. О. Гуревич – двигательной недостаточностью). Сущность явлений, скрывающихся за различными обозначениями, сводится к более или менее ярко выраженной недостаточности развития моторной сферы, во многом аналогичной интеллектуальной недостаточности при олигофрении.

Моторная недостаточность в огромной мере допускает компенсацию, упражнение моторных функций, выравнивание дефекта (Гомбургер, М. Надолечный, Геллер). Моторная отсталость часто и легко поддается, в известных, конечно, пределах, педагогическому и лечебному воздействию. Поэтому взятая сама

по себе моторная отсталость нуждается в двойной характеристике по схеме "дефект – компенсация". Динамика этой формы недостаточности, как и всякой другой, раскрывается только при учете вызываемых ею положительных ответных реакций организма, компенсирующих дефект.

Глубокое принципиальное значение, которое имело введение в инвентарь науки этой новой формы недостаточности, заключается не только в том, что наше представление о детской дефективности расширилось и обогатилось знанием чрезвычайно жизненно важной формы неправильного развития моторной сферы ребенка и создаваемых ею процессов компенсации, но и в том, главным образом, что показало, в каком отношении эта новая форма стоит к другим формам, знакомым нам ранее. Принципиально важен для дефектологии – теоретической и практической – факт, что эта форма дефективности не связана необходимо с интеллектуальной отсталостью. "Этого рода недостаточность, – говорит Гуревич, – нередко сочетается с интеллектуальной, но иногда может быть выражена самостоятельно, так же как и интеллектуальная недостаточность может быть налицо при хорошо развитом двигательном аппарате" (Вопросы педологии и детской психоневрологии, 1925). Поэтому исключительную важность при изучении дефективного ребенка представляет его моторная сфера. Моторная отсталость может в различных степенях комбинироваться с умственной отсталостью всех видов, придавая своеобразную картину развитию и поведению ребенка. Часто наблюдают эту форму дефективности у слепого ребенка. Наудачер дает цифры для характеристики комбинации этой формы недостаточности с другими формами: моторная дебильность – у 75 % исследованных идиотов, 44 % имбецилов, 24 % дебилов и 2 % нормальных детей.

Принципиально важным и решающим является не статистический расчет, а несомненное положение, что моторная отсталость *может быть* относительно широко независима от интеллектуального дефекта; она может отсутствовать при умственной отсталости и, наоборот, быть в наличии при отсутствии интеллектуального дефекта. В случаях комбинированной моторной и интеллектуальной недостаточности каждая форма имеет свою динамику и компенсация в одной сфере может протекать в ином темпе, в ином направлении, чем в другой, в зависимости от чего создается чрезвычайно интересное соотношение этих сфер в развитии дефективного ребенка. Будучи относительно самостоятельной, независимой от высших интеллектуальных функций и легко управляемой, моторная сфера представляет часто центральную сферу для компенсации интеллектуального дефекта и выравнивания поведения. Поэтому при изучении ребенка мы должны требовать не только двойной характеристики (моторной и интеллектуальной), но и установления отношения между той и другой сферой развития. Очень часто это отношение бывает результатом компенсации.

Во многих случаях, по мысли К. Бирнбаума, даже настоящие, заложенные в конституциональных особенностях дефекты интеллектуального поведения в из-

вестных пределах могут быть компенсированы тренировкой и развитием замещающих функций, например столь ценным теперь "моторным воспитанием". Это подтверждают экспериментальные исследования и школьная практика. М. Крюнегель, производивший последнее по времени экспериментальное исследование моторной одаренности умственно отсталых детей (Krunegel M., 1927), применил метрическую шкалу моторной одаренности Н. И. Озерецкого, который поставил задачу создания градуированного по возрастным ступеням метода определения моторного развития. Исследование показало, что моторная одаренность, высшая по сравнению с интеллектуальной на 1-3 года, была найдена у 60 % всех обследованных детей; совпадала с интеллектуальным развитием в 25 % и отставала от нее в 15 %. Это означает, что моторное развитие умственно отсталого ребенка большей частью опережает его интеллектуальное развитие на 1-3 года и только в четверти случаев совпадает с ним. На основании опытов Крюнегель приходит к выводу: около 85 % всех обучающихся во вспомогательной школе слабоумных детей способны при соответствующем воспитании к труду (ремесленному, индустриальному, техническому, сельскохозяйственному и т. д.). Легко представить себе большое практическое значение развития моторной одаренности, компенсирующей до известной степени интеллектуальный дефект у слабоумных детей. М. Крюнегель вместе с К. Бартшом требуют создания особых классов для трудового обучения, для проведения моторного воспитания умственно отсталых детей.

Проблема моторной недостаточности – прекрасный пример того единства в многообразии, которое наблюдается в развитии дефективного ребенка. Личность развивается как единое целое, как единое целое реагирует она на дефект, на создаваемое им нарушение равновесия и вырабатывает новую систему приспособления и новое равновесие вместо нарушенного. Но именно благодаря тому, что личность представляет единство и действует как единое целое, она в развитии непропорционально выдвигает те или иные функции, многообразные и относительно независимые друг от друга. Эти положения – многообразие относительно независимых в развитии функций и единство всего процесса развития личности – не только не противоречат друг другу, но, как показал Штерн, взаимно обуславливают друг друга. В усиленном и повышенном развитии одной какой-либо функции находит выражение компенсаторная реакция всей личности, стимулируемая дефектом в другой сфере.

5

Выраженное в учении о моторной одаренности представление о многообразии отдельных функций личности и о сложности ее структуры проникло в последнее время во все области развития. Не только личность в целом, но и отдельные ее стороны при внимательном исследовании обнаруживают то же единство в многообразии, ту же сложную структуру, то же взаимоотношение отдельных функций. Можно сказать, не опасаясь впасть в ошибку, что развитие и углубление научных идей о личности в настоящее время движется в этих двух, с

первого взгляда противоположных, направлениях: 1) раскрытия ее единства и 2) сложной и многообразной ее структуры. В частности, новая психология, идя в этом направлении, почти окончательно разрушила прежнее представление о единстве и однородности интеллекта и той функции, которую по-русски не совсем верно обозначают термином "одаренность" и которую немецкие авторы называют *Intelligenz*¹.

Как и личность, интеллект, несомненно, представляет единое целое, но не однородное и не простое, а многообразное и сложное структурное единство. Так, Линдворский сводит интеллект к функции восприятия отношений; эта функция, отличающая в его глазах человека от животных, и есть то, что делает мысль мыслью; эта функция (так понимаемый интеллект) присуща Гете не в большей мере, чем идиоту; вся огромная разница, которую мы наблюдаем в мышлении различных людей, сводится к жизни представлений и памяти (1923). Мы позже вернемся к этой парадоксально выраженной, но очень глубокой концепции Линдворского. Сейчас нам важен вывод, который этот автор на II немецком конгрессе по лечебной педагогике сделал из такого понимания интеллекта. Всякий интеллектуальный дефект, утверждал Линдворский, основан в конечном счете на том или ином факторе восприятия отношений. Вариантов интеллектуальных недостатков столько же, сколько факторов восприятия отношений. Слабоумный никогда не может быть представлен как слабоумный вообще. Всегда надо спрашивать, в чем заключается недостаток интеллекта, потому что есть возможности замещения и их надо сделать доступными слабоумному. Уже в этой формулировке вполне ясно выражена та мысль, что в состав такого сложного образования входят различные факторы, что в соответствии со сложностью его структуры возможен *не один, но много* качественно различных типов интеллектуальной недостаточности и что, наконец, благодаря сложности интеллекта его структура допускает широкую компенсацию отдельных функций.

Это учение встречает сейчас всеобщее признание. О. Липманн схематически намечает следующие ступени, через которые прошло развитие идеи об общей одаренности. В самом начале ее отождествляли с одной какой-либо функцией, например памятью, следующим шагом было признание, что одаренность проявляется в целой группе психических функций (внимание, комбинаторная деятельность, различение и т. д.). Ч. Спирмен во всякой разумной деятельности различает два фактора: один – специфический для данного вида деятельности и другой – общий, который он считает одаренностью. А. Вине, наконец, свел определение одаренности к средней целого ряда гетерогенных функций. Только в последнее время опыты Р. Йеркса и В. Кёлера над обезьянами, Е. Штерн и Х. Богена над нормальными и слабоумными детьми установили, что существует не одна одаренность, но много типов одаренности, в частности наряду с разумным познанием стоит разумное действие. У одного и того же индивида один тип интеллекта может быть развит хорошо и одновременно другой – очень слабо. Есть и два типа слабоумия – слабо-

умие познания и слабоумие действия ("*es gibt*, – говорит Липманн, – *einen Schwachsinn des Erkennens und einen Schwachsinn des Handelns*"), которые не необходимо совпадают. Это же признают в более или менее близкой формулировке Хенмон, М. Н. Петерсон, Р. Пинтер, Г. Томпсон, Э. Торндайк и др. (Lipmann O., 1924).

Экспериментальные исследования всецело подтверждают существование различных типов интеллекта и интеллектуальных дефектов. Э. Линдемман применил методику В. Кёлера, выработанную для опытов над обезьянами, к слабоумным в глубокой степени детям. Среди исследованных им детей нашлась группа глубоко отсталых, оказавшихся способными к разумному действию; только память на новые действия была у них чрезвычайно слабой (Lindemann E., 1926). Это означает, что у глубоко отсталых детей обнаружилась способность к изобретению орудий, к целесообразному употреблению, выбору орудий, нахождению обходных путей, т. е. к разумному действию. Поэтому мы должны выделить в особую сферу исследования практический интеллект, т. е. способность к разумному, целесообразному действию (*praktische, natürliche Intelligenz*), которая по психологической природе отлична как от моторной одаренности, так и от теоретического интеллекта.

Схемы исследования практического интеллекта, предложенные Липманном и Штерном, базируются на критерии практического интеллекта, выдвинутого Кёлером (умения целесообразно употреблять орудия, умения, несомненно, сыгравшие решающую роль при переходе от обезьяны к человеку и явившиеся первой предпосылкой труда и культуры).

Представляя особый качественный тип разумного поведения, относительно независимый от других форм интеллектуальной деятельности, практический интеллект может в различной степени комбинироваться с другими формами, создавая всякий раз своеобразную картину развития и поведения ребенка. Он может явиться точкой приложения компенсации, средством выравнивания других интеллектуальных дефектов.

Без учета этого фактора вся картина развития, диагноз и прогноз будут наверняка неполны. Оставим сейчас вопрос о том, сколько главнейших типов интеллектуальной деятельности мы должны различить – два, три или больше, каковы качественные особенности каждого типа, каковы критерии, позволяющие отграничить один тип от другого. Ограничимся указанием на глубокое качественное различие практического и теоретического (гностического) интеллекта, установленное рядом экспериментальных исследований. В частности, блестящие опыты Богена над нормальными и слабоумными детьми с несомненностью вскрыли, что способность к разумному практическому действию представляет особый и независимый тип интеллекта; очень интересны устанавливаемые автором различия в этой области нормальных и дебильных детей (Lipmann O., Bogen H., 1923).

Учение о практическом интеллекте сыграло и еще долго будет играть революционизирующую роль в теории и практике дефектологии. Оно ставит проблему

качественного изучения слабоумия и его компенсации, качественного определения общего интеллектуального развития. У глухонемого ребенка, например, в сравнении со слепым, умственно отсталым или нормальным оказывается различие не в степени, но в типе интеллекта. О существенной разнице в роде и типе интеллекта, когда у одного индивида превалирует один, у другого – другой тип, говорит Липманн (Lipmann O., 1924). Наконец, и представление об интеллектуальном развитии изменяется: последнее теряет характер только количественного нарастания, постепенного усиления и повышения умственной деятельности, но сводится к идее перехода от одного качественного типа к другому, к цепи метаморфоз. В этом смысле Липманн выдвигает глубоко важную проблему качественной характеристики интеллектуального возраста по аналогии с фазами речевого развития, установленными Штерном (1922): стадия субстанции, действия, отношений и т. д. Проблема сложности и неоднородности интеллекта показывает и новые возможности компенсации внутри самого интеллекта, а наличие способности к разумному действию у глубоко отсталых детей открывает огромные и совершенно новые перспективы перед воспитанием такого ребенка.

6

Самую глубокую и острую проблему современной дефектологии составляет история культурного развития дефективного ребенка. Она открывает для научного исследования совершенно *новый план развития*.

Врастание нормального ребенка в цивилизацию представляет обычно единый сплав с процессами его органического созревания. Оба плана развития – естественный и культурный – совпадают и сливаются один с другим. Оба ряда изменений конвергируют, взаимопроникают один в другой и образуют в сущности единый ряд социально-биологического формирования личности. Поскольку органическое развитие совершается в культурной среде, постольку оно превращается в исторически обусловленный биологический процесс. Развитие речи у ребенка может служить хорошим примером слияния двух планов развития – натурального и культурного.

У дефективного ребенка такого слияния не наблюдается; оба плана развития обычно более или менее резко расходятся. Причиной расхождения служит органический дефект. Культура человечества созидалась при условии известной устойчивости и постоянства биологического человеческого типа. Поэтому ее материальные орудия и приспособления, ее социально-психологические аппараты и институты рассчитаны на нормальную психофизиологическую организацию. Пользование этими орудиями и аппаратами предполагает в качестве обязательной предпосылки наличие свойственных человеку интеллекта, органов, функций. Врастание ребенка в цивилизацию обусловлено созданием соответствующих функций и аппаратов; на известной стадии ребенок овладевает языками, если его мозг и речевой аппарат развиваются нормально; на другой высшей степени разви-

тия интеллекта ребенок овладевает десятичной системой счета и арифметическими операциями. Постепенность и последовательность процесса вхождения в цивилизацию обусловлены постепенностью органического развития.

Дефект, создавая отклонение от устойчивого биологического типа человека, вызывая выпадение отдельных функций, недостаток или повреждение органов, более или менее существенную перестройку всего развития на новых основаниях, по новому типу, естественно, нарушает тем самым нормальное течение процесса вхождения ребенка в культуру. Ведь культура приурочена к нормальному, типическому человеку, приспособлена к его конституции, и атипическое развитие, обусловленное дефектом, не может непосредственно и прямо, как это имеет место у нормального ребенка, вырастать в культуру.

Глухота как органический дефект, рассматриваемый исключительно со стороны физического развития и формирования ребенка, не является недостатком особенно тяжелым. Большею частью этот недостаток остается более или менее изолированным, его прямое влияние на развитие *в целом* сравнительно невелико; он не создает обычно каких-либо особо тяжелых нарушений и задержек в общем развитии. Но вызываемая этим дефектом немота, отсутствие человеческой речи, невозможность овладения языком создают одно из самых тяжелых осложнений *всего* культурного развития. *Все* культурное развитие глухого ребенка будет протекать по иному руслу, чем нормального; не только количественная значимость дефекта различна для обоих планов развития, но, что самое главное, качественный характер развития в обоих планах будет существенно различным. Дефект создает *одни* затруднения для органического развития и совершенно *другие* – для культурного; поэтому оба плана развития будут существенно расходиться друг с другом; степень и характер расхождения будут определяться и измеряться всякий раз различным качественным и количественным значением дефекта для каждого из этих двух планов.

Часто бывают нужны особые, специально созданные культурные формы для того, чтобы осуществить культурное развитие дефективного ребенка. Наука знает множество искусственных культурных систем, представляющих теоретический интерес. Наряду со зрительным алфавитом, которым пользуется все человечество, для слепых создан особый осязательный алфавит, точечный шрифт. Наряду со звуковым языком всего человечества создана дактилология, т. е. пальцевая азбука и жестиколярно-мимическая речь глухонемых. Процессы овладения и пользования этими культурными вспомогательными системами отличаются глубоким своеобразием по сравнению с использованием обычными средствами культуры. Читать рукой, как делает слепой ребенок, и читать глазом – различные психологические процессы, несмотря на то что они выполняют одну и ту же культурную функцию в поведении ребенка и имеют в основе сходный физиологический механизм.

Постановка проблемы культурного развития дефективного ребенка как особого плана развития, подчиненного особым законам, обладающего особыми труд-

ностями и особыми средствами их преодоления, составляет серьезное завоевание современной дефектологии. Основным здесь является понятие примитивности детской психики. Выделение особого типа детского психологического развития, именно *ребенка-примитива*, не встречает, кажется, сейчас возражений ни с чьей стороны, хотя в содержании этого понятия есть еще кое-что спорное. Смысл понятия заключается в противоположении примитивности – культурности. Как дефективность есть отрицательный полюс одаренности, так примитивность есть отрицательный полюс культурности.

Ребенок-примитив – это ребенок, не проделавший культурного развития, или, точнее, находящийся на самых низших ступенях культурного развития. Примитивная психика – здоровая психика; при известных условиях ребенок-примитив проделывает нормальное культурное развитие, достигая интеллектуального уровня культурного человека. Это отличает примитивизм от слабоумия. Последнее есть результат органического дефекта, слабоумный ограничен в естественном интеллектуальном развитии и *вследствие этого* не проделывает обычно полностью развития культурного. Примитив же в естественном развитии совершенно не уклоняется от нормы, его практический интеллект может достигнуть очень высокой ступени, он остается только вне культурного развития. Примитив – это тип чистого, изолированного *естественного развития*.

Очень долгое время примитивизм детской психики принимали за патологическую форму детского развития и смешивали со слабоумием. В самом деле, их внешние проявления часто чрезвычайно схожи. Недоразвитие интеллекта, неправильность умозаключений, нелепость понятий, внушаемость и т. д. могут быть симптомами того и другого. При существующих в настоящее время методиках исследования (Бине и др.) ребенок-примитив может дать картину, сходную с умственной отсталостью; нужны особые приемы исследования для того, чтобы вскрыть истинную причину болезненных симптомов и различить примитивизм и слабоумие. В частности, методы исследования практического, естественного интеллекта (*natürliche Intelligenz*) могут легко вскрыть примитивизм при вполне здоровой психике.

А.Е.Петрова, давшая прекрасное исследование детской примитивности и наметившая ее важнейшие типы, показала, что примитивизм может одинаково сочетаться с одаренной, средней и патологической детской психикой (см.: Дети-примитивы // Вопросы педологии и детской психоневрологии. – М., 1925. - Вып. 2).

Для дефектологического исследования чрезвычайно интересны случаи сочетания примитивности с той или иной патологической формой развития, так как это сочетание встречается чаще всего в истории культурного развития дефективного ребенка. Примитивность психики и задержка в культурном развитии могут, например, очень часто сочетаться с умственной отсталостью; правильнее было бы сказать, что вследствие умственной отсталости возникает задержка в культурном развитии ребенка. Но и при такой смешанной форме примитивизм и слабо-

умие остаются двумя различными по природе явлениями. Точно так же врожденная или рано приобретенная глухота обычно сочетается с примитивным типом детского развития. Но примитивизм может встречаться без дефекта, может сочетаться даже с высокоодаренной психикой, как и дефект не обязательно приводит к примитивизму, но может сочетаться и с типом глубоко культурной психики. Дефект и примитивность психики – две совершенно различные вещи, и там, где они встречаются вместе, необходимо их разделять и различать каждую в отдельности.

Особенный теоретический интерес представляет мнимая патология на фоне примитива. Петрова, анализируя примитивную девочку, говорившую одновременно на татарском и русском языках и признанную психически ненормальной, показала, что весь симптомокомплекс, заставивший заподозрить болезнь, определялся в основном примитивностью, обусловленной в свою очередь отсутствием твердого владения каким-либо языком. "Наши многочисленные наблюдения доказывают, – говорит Петрова, – что полная замена одного неокрепшего языка другим, также незавершенным, не проходит безнаказанно для психики. *Эта замена одной формы мышления другою особенно понижает психическую деятельность там, где она без того небогата*". Этот вывод позволяет установить, в чем именно заключается с психологической стороны процесс культурного развития и отсутствие чего создает примитивность детской психики. В данном случае примитивность обусловлена неполным овладением языком. Но и вообще процесс культурного развития сводится в основном к овладению культурно-психологическими орудиями, созданными человечеством в процессе исторического развития и аналогичными по психологической природе языку; примитивность же сводится к неумению пользоваться подобного рода орудиями и к естественным формам проявления психологических функций. Все высшие формы интеллектуальной деятельности, равно как и все прочие высшие психологические функции, становятся возможными только на основе пользования подобного рода орудиями культуры. "Язык, – говорит Штерн, – становится орудием мощного развития его (ребенка. – Л. В.) жизни, представлений, эмоций и воли; только он делает, наконец, возможным всякое настоящее мышление: обобщение и сравнение, суждение и заключение, комбинирование и понимание" (Stern W., 1923).

Эти искусственные приспособления, которые иногда по аналогии с техникой называют психологическими орудиями, направлены на овладение процессами поведения – чужого или своего, так же как техника направлена на овладение процессами природы. В этом смысле Т. Рибо (1892) называл непроизвольное внимание естественным, а произвольное – искусственным, видя в нем продукт исторического развития. Пользование психологическим орудием видоизменяет все протекание и всю структуру психологических функций, придавая им новую форму.

Развитие многих естественных психологических функций (памяти, внимания) в детском возрасте или не наблюдается в сколько-нибудь значительном размере, или имеет место в столь незначительном объеме, что за его счет никак не

может быть отнесена *вся* огромная разница в соответствующей деятельности ребенка и взрослого. В процессе развития ребенок вооружается и перевооружается различными орудиями, ребенок старшей ступени от ребенка младшей ступени отличается как взрослый от ребенка не только большим развитием функций, но еще степенью и характером культурного вооружения, инструментарием, т. е. степенью и способом овладения деятельностью собственных психологических функций. Так, старший ребенок от младшего, как и взрослый от ребенка или нормальный ребенок от дефективного, отличается не только более развитой памятью, но и тем, что он *иначе* запоминает, иным способом, иными приемами, в иной степени использует свою память.

Неумение использовать естественные психологические функции и овладеть психологическими орудиями определяет в *самом существенном* тип культурного развития дефективного ребенка. Овладение психологическим орудием и посредством его собственной естественно-психологической функцией создает всякий раз как бы *фикцию развития*, т. е. поднимает данную функцию на высшую ступень, увеличивает и расширяет ее деятельность. Значение использования при помощи орудия естественной функции экспериментально выяснил Вине. Исследуя память выдающихся счетчиков, он натолкнулся на лицо, обладающее *средней памятью*, но обнаружившее *силу запоминания*, равную силе запоминания выдающихся счетчиков и даже во многом превосходившую их. Вине назвал это явление симуляцией выдающейся памяти. "Большинство психологических операций могут быть симулированы, – говорит он, – т. е. заменены другими, которые походят на них только внешне и отличаются по природе" (Binet A., 1894). В данном случае обнаружилась разница между естественной памятью и памятью искусственной, или мнемотехнической, т. е. между двумя формами *использования* памяти. Каждая из них, по мнению Вине, обладает своего рода рудиментарной и инстинктивной мнемотехникой; мнемотехнику следовало бы ввести в школе наравне с умственным счетом и стенографией – не для того, чтобы развивать интеллект, но для того, чтобы дать в руки инструмент для использования памяти. На этом примере легко видеть, как может не совпадать естественное развитие и инструментальное использование какой-либо функции.

Степень примитивности детской психики, характер вооружения культурно-психологическими орудиями и способ использования собственных психологических функций – вот три основных момента, определяющих проблему культурного развития дефективного ребенка. Примитив отличается не меньшим объемом накопленного опыта, но иным (естественным) способом его накопления. С примитивностью можно бороться, создавая новые культурные орудия, пользование которыми приобщит ребенка к культуре. Шрифт Л. Брайля, дактилология суть сильнейшие средства преодоления примитивности. Мы знаем, как часто у слабоумных детей встречается не только нормальная, но и повышенно развитая память,

однако использование ее остается почти всегда на самой низкой ступени; очевидно, одно дело степень развития памяти, другое – степень ее использования.

Первые экспериментальные исследования по использованию психологических орудий дефективным ребенком сделаны в последнее время в школе Н. Аха. Сам Ах, создавший метод для исследования функционального использования слова в качестве средства, или орудия, для выработки понятия, указал на принципиальное сходство этого процесса с процессом овладения языком у глухонемых (1932). Бахер (Bacher, 1925) применил этот метод к исследованию слабоумных (дебильных) детей и показал, что это лучшее средство качественного исследования слабоумия. Корреляция между теоретическим и практическим интеллектом оказалась невелика, и умственно отсталые дети (в степени дебильности) обнаружили гораздо лучшее пользование практическим, нежели теоретическим, интеллектом. Автор видит в этом совпадение с подобными же результатами, полученными Ахом при опытах с лицами, перенесшими мозговое ранение. Так как слабоумные *не используют* слова в качестве орудия для выработки понятия, у них невозможны высшие формы интеллектуальной деятельности, основанной на пользовании абстрактными понятиями. Во время исследований Бахера выяснилось, как влияет на проведение интеллектуальной операции овладение собственной психологической деятельностью. Но это и есть проблема. Эти два способа пользования языком Штерн считает двумя различными эпохами в развитии речи. "Но затем еще раз наступает решительный поворот в развитии речи, – говорит он, – *пробуждается темное сознание значения языка и воля к его завоеванию*". Ребенок делает важнейшее в своей жизни открытие, что *"каждая вещь имеет название"* (там же), что *слово есть знак*, т. е. средство называния и сообщения. Вот этого *полного*, сознательного, волевого пользования речью не достигает, видимо, слабоумный ребенок, и уже вследствие этого высшая интеллектуальная деятельность остается для него закрытой. Ф. Римат с полным основанием избрал этот же метод как тест при испытании умственной одаренности: умение и неумение пользоваться словом есть решающий критерий для интеллектуального развития (Rimât F., 1925). Судьба всего культурного развития зависит от того, делает ли ребенок для себя то открытие, о котором говорит Штерн, или нет, т. е. овладевает или не овладевает ребенок словом как основным психологическим орудием.

Буквально то же самое обнаруживают исследования детей- примитивов. "Чем непохожи дерево и бревно?" – спрашивает Петрова такого ребенка. "Дерево не видал, ей-богу, не видал. Деревя не знаю. Ей-богу, не видал." (Перед окном растет липа.) На вопрос с указанием на липу: "А это что?" – ответ: "Это липа". Примитивный ответ, в духе тех примитивных народов, на языке которых нет слова "дерево", слишком абстрактного для конкретной психики мальчика. Малыш прав: *деревя* никто из нас не видел; мы видели березу, липу, сосну и т. п., т. е. конкретно роды деревьев" (Петрова А. Е., 1925). Или другой пример. Девочку "с двумя языками" спрашивают: "В одной школе некоторые дети хорошо пишут, а неко-

торые хорошо рисуют. Все ли дети в этой школе хорошо пишут и рисуют?" – "Откуда я знаю? Что я не видела своими глазами, то я не могу объяснить, если бы я видела своими глазами." (примитивная зрительная реакция). Девочке 9 лет, она вполне нормальна, но примитивна. Она обнаруживает полное неумение *пользоваться* словом как средством решения умственной задачи, хотя она *говорит*, т. е. умеет пользоваться словом как средством сообщения. Она может объяснить только то, что видела своими глазами. Так же точно и дебильный ребенок заключает от конкретного к конкретному. Его неспособность к высшим формам абстрактного мышления не есть прямое следствие его интеллектуального дефекта, он вполне способен к логическому мышлению в других формах, к практически интеллектуальным операциям и т. д. Он лишь не овладел словом как орудием абстрактного мышления: эта неспособность есть следствие и симптом его примитивности, но не его слабоумия.

Крюнегель (1926) со всей справедливостью указывает, что основная аксиома Г. Кершенштейнера не применима к культурному развитию слабоумного ребенка. Аксиома гласит, что в основе культурного развития лежит конгруэнтность той или иной культурной формы и психологической структуры личности ребенка: духовная структура культурной формы полностью или частично должна быть адекватна духовной структуре индивидуальности (Kerschesteiner C., 1924). Основным актом культурного развития дефективного ребенка является inadeкватность, инконгруэнтность его психологической структуры со структурой культурных форм. Остается создавать особые культурные орудия, приспособленные к психологической структуре такого ребенка, или овладевать общими культурными формами при помощи особых педагогических приемов, *потому что важнейшее и решающее условие культурного развития – именно умение пользоваться психологическими орудиями – у таких детей сохранено*, их культурное развитие поэтому может пойти иным путем, оно принципиально вполне возможно. В. Элиасберг справедливо видит в употреблении искусственных средств, направленных на преодоление дефекта, дифференциальный симптом, позволяющий отличить слабоумие от афазии (1925). Употребление психологических орудий есть действительно самое существенное в культурном поведении человека. Оно отсутствует только у слабоумных.

7

Важнейшие проблемы современной дефектологии, намеченные выше, взяты нами в теоретическом разрезе. Это объясняется тем, что теоретическая постановка проблемы позволяет в наиболее общем и чистом виде, в наиболее полной и четкой форме представить самую суть, ядро вопроса. Но на деле каждая из проблем обрастает рядом практически-педагогических и конкретно-методических вопросов, или, точнее, сводится к ряду отдельных, конкретных вопросов. Чтобы развернуть эти ряды, потребовалось бы особое обсуждение каждого вопроса.

Ограничиваясь самой общей постановкой проблем, мы сжато укажем на наличие конкретных, практических задач в каждой проблеме. Так, проблема моторной одаренности и недостаточности непосредственно связана с вопросами физического воспитания, трудового и профессионального обучения дефективных детей. Проблема практического интеллекта так же тесно связана с трудовой подготовкой, с практически жизненной установкой всего обучения. Проблема культурного развития включает в себя все главнейшие вопросы школьного обучения, в частности волнующая дефектологов проблема аналитического и синтетического методов обучения глухонемых речи ставится как вопрос: следует ли детям механически прививать простейшие элементы речевых навыков, как воспитывают чисто двигательные умения, или следует детей прежде всего учить умению пользоваться речью, функциональному употреблению слов как "интеллектуальных орудий", по выражению Д. Дьюи. Проблема компенсации в развитии дефективного ребенка и проблема социальной обусловленности этого развития включает в себя все проблемы организации детского коллектива, детского движения, общественно-политического воспитания, формирования личности и т. д.

Наше изложение основных проблем дефективности было бы не закончено в самом существенном пункте, если бы мы не попытались наметить основную линию практической дефектологии, которая с неизбежностью вытекает из такой постановки теоретических проблем. В полном соотношении с тем, что в теоретической области мы обозначили как переход от количественной к качественной концепции дефективности, главной чертой современной практической дефектологии является постановка положительных задач, стоящих перед специальной школой. Нельзя более довольствоваться в специальной школе просто сокращенной программой общей школы и ее облегченными и упрощенными методами. Специальная школа стоит перед задачей положительного творчества, создания своих форм работы, отвечающих своеобразию ее воспитанников. Никто из писавших у нас по этому вопросу не выразил более четко эту мысль, чем А. С. Грибоедов, как мы уже отмечали. Если мы отказываемся от представления о дефективном ребенке как об уменьшенном подобии нормального, мы неизбежно должны отказаться и от понятия специальной школы как удлиненной по времени и сокращенной по учебному материалу общей школы. Конечно, чрезвычайно важно установить с наивозможной точностью количественные отличия дефективного ребенка, но на этом нельзя остановиться. Мы узнаем, например, из современных массовых наблюдений над умственно отсталыми детьми, что эти дети с меньшей окружностью черепа, меньшего роста, с меньшей емкостью груди и мышечной силой, с пониженной моторной одаренностью, пониженной сопротивляемостью неблагоприятным воздействиям, повышенной утомляемостью и истощаемостью, с замедленными ассоциациями, пониженным вниманием и памятью, пониженной способностью к волевому усилию и т. д. (Грибоедов А. С., 1926). Но мы ничего еще не узнаем о положительных особенностях, о своеобразии ребенка;

такие исследования – дело будущего. Характеризовать такого ребенка как задержанного в физическом и психическом развитии, ослабленного и т. д. – верно только наполовину, потому что отрицательной характеристикой несколько не исчерпывается положительное своеобразие этого ребенка. Отсутствие положительного материала есть не частная вина того или иного исследователя, а общая беда всей дефектологии, которая только перестраивает свои принципиальные основы и тем самым дает новое направление педологическому исследованию. Во всяком случае, основной вывод Грибоедова вполне точно формулирует его воззрение: *"Изучая педологию отсталого ребенка, мы видим ясно, что отличие его от нормального – не только количественное, но и качественное и что он, следовательно, нуждается не в более длительном пребывании в школе, не в нахождении только в классах с наименьшим числом детей и не в соединении с себе подобными по уровню и темпу психического развития, а в специальной школе, со своей программой, со своей особой методикой, со своим бытом и со своим специальным педагогическим персоналом"*.

В такой постановке вопроса есть, однако, серьезная опасность. Подобно тому как в области теоретической было бы ошибкой абсолютизировать своеобразие типа развития ребенка с тем или иным дефектом и забывать, что пределы этому своеобразию положены социальной обусловленностью такого развития, так же точно неверно забывать о том, что границы своеобразия специальной школы лежат в общности социальных целей и задач общей и специальной школ. Ведь, как уже сказано, дети с дефектом не создают "особенной породы людей", по выражению К. Бюрклена, но при всем своеобразии развития обнаруживают тенденцию приближения к определенному нормальному социальному типу. И вот в этом приближении школа должна сыграть решающую роль. Специальная школа может ставить себе общую цель: ведь ее воспитанники будут жить и действовать не в качестве "особенной породы людей", а в качестве рабочих, ремесленников и т. п., т. е. определенных социальных единиц. *Именно общность цели при своеобразии средств достижения этой цели составляет величайшую трудность и глубочайшее своеобразие специальной школы и всей практической дефектологии*, как общность конечной точки при своеобразии развития составляет величайшую особенность дефективного ребенка. Если бы особые средства (специальная школа) применялись для особых целей, в этом не было бы ничего, заслуживающего названия проблемы; все дело в видимом противоречии особых средств, применяемых для достижения *тех же* целей, которые ставит себе и общая школа. Это противоречие действительно только видимое: *именно для того*, чтобы дефективный ребенок мог достичь того же, что и нормальный, следует применять совершенно особые средства.

"Цель единой трудовой школы создать строителя новой жизни на коммунистических началах, – говорит Грибоедов. – Цель вспомогательной школы такой быть не может, так как умственно отсталый, хотя бы и получивший образование и

приспособленный относительно к обществу, его окружающему, и вооруженный средством для борьбы за свое существование, не может быть строителем, творцом новой жизни, от него требуется лишь не мешать строить другим". Такая постановка практической проблемы лечебной педагогики представляется нам несостоятельной с социально-педагогической и психологической точек зрения.

В самом деле, может ли педагогика на такой чисто негативной задаче поставить свою работу ("не мешать строить другим")? Подобные задачи решаются не посредством педагогики, а совсем другими средствами. Никакое воспитание, не ставящее себе определенных общественно-положительных задач, невозможно, в то же время нельзя признать, что кончивший вспомогательную школу ребенок должен ограничить свою роль в общественной жизни подобным невмешательством. По данным, приводимым самим же Грибоедовым (1926), свыше 90 % умственно отсталых детей, получивших образование, работоспособны и заняты ремесленным, индустриальным и сельскохозяйственным трудом. Разве быть сознательным трудящимся – рабочим, сельским тружеником, ремесленником – не значит быть строителем, творцом новой жизни? Ведь это строительство надо понимать как общественное, коллективное строительство, в котором участвует в меру своих сил каждый трудящийся. Данные германской и американской статистики трудового устройства умственно отсталых говорят о том, что окончившие вспомогательную школу могут быть строителями, а вовсе не обречены на роль "не мешать строить другим". Со стороны психологической также неверно отрицать наличие творческих процессов у умственно отсталого ребенка. Не по продуктивности, но по интенсивности протекания эти процессы часто выше у слабоумного ребенка, чем у нормального. Чтобы достигнуть того же, что и нормальный ребенок, слабоумный должен проявить больше творчества. Например, овладение четырьмя арифметическими действиями есть более творческий процесс для умственно отсталого, чем для нормального школьника. Грибоедов с сочувствием приводит мнение Крюнегеля о лечебной педагогике, которая сводится главным образом к 1) упражнению остаточных психических функций и 2) к развитию замещающих функций. Но ведь это и значит основывать педагогику на принципе компенсации, т. е. творческого развития. В этом взгляде сказывается переоценка болезни в общем типе развития умственно отсталого ребенка. "Лечебный фактор должен пропитывать и налагать свой отпечаток на всю работу школы", – требует Грибоедов в полном согласии с общим взглядом на умственно отсталого ребенка как на *больного*.

Еще Г. Я. Трошин предостерегал против воззрения, которое "в ненормальных детях видит только болезнь, забывая, что в них, кроме болезни, есть еще нормальная психическая жизнь" (1915). Поэтому нам представляется более верным положение, выдвинутое в программах вспомогательной школы Наркомпроса: "Общие цели и задачи, стоящие перед единой трудовой школой, являются вместе с тем целями и задачами вспомогательной школы" (Программы вспомогательной

школы, 1927). Само построение программы на основе программ ГУСа для общей школы является выражением основной цели школы – возможное приближение умственно отсталого ребенка к норме; строить план вспомогательной школы "вне зависимости от плана единой трудовой школы", как требует Грибоедов, – значит по существу выключить практику лечебной педагогики из общего круга социального воспитания. Ведь и заграничная школа приходит к идее комплекса, как указывает сам Грибоедов. "Урок с носовым платком" Р. Гюртлера является комплексом случайным и примитивным, между тем как в основу комплекса ГУСа положено "отражение связей между основными жизненными явлениями (природа, труд, общество)" (Программы вспомогательной школы, 1927).

Умственно отсталый ребенок *более, нежели нормальный*, нуждается во вскрытии этих связей в процессе школьного обучения. То обстоятельство, что этот комплекс труднее комплекса "носового платка", – его программное положительное достоинство, ибо ставить преодолимые трудности и значит осуществлять творческие задачи воспитания по отношению к развитию. Мы считаем симптоматичным и глубоко справедливым выступление Элиасберга, так много поработавшего над проблемой психологии и патологии абстракции, *против* исключительного господства наглядности во вспомогательной школе. Именно потому, что умственно отсталый ребенок так зависим в своем опыте от наглядных, конкретных впечатлений и так мало развивает предоставленный сам себе абстрактное мышление, школа должна освободить его от обилия наглядности, служащей помехой развитию отвлеченного мышления, и воспитывать эти процессы. Иначе говоря, школа должна не только применяться к недостаткам такого ребенка, но и бороться с ними, преодолевать их. В этом заключается третья основная черта практической проблемы дефектологии: помимо общности целей, стоящих перед нормальной и специальной школой, помимо особенности и своеобразия применяемых в специальной школе средств, творческий характер всей школы, делающий эту школу школой социальной компенсации, социального воспитания, а не "школой слабоумных", заставляющий ее не приспособливаться к дефекту, но побеждать его, входит как необходимый момент проблемы практической дефектологии. Вот те три точки, которые определяют весь круг практической дефектологии.

Как сказано, мы ограничиваемся здесь постановкой проблем в самой общей форме. Мы указали, что это проблемы, к разрешению которых дефектология только начинает приступать, обращены к будущему больше, нежели к прошлому и настоящему нашей науки. Мы стремились показать, что дефектология изучает развитие, у которого есть свои законы, свой темп, свои циклы, свои диспропорции, свои метаморфозы, свое перемещение центров, свои структуры; что это есть особая и относительно самостоятельная область знания о глубоко своеобразном предмете. В области практической, в области воспитания, как стремились мы показать, дефектология стоит перед задачами, разрешение которых требует творческой работы, создания особых форм. Для разрешения тех и других проблем дефек-

тологии необходимо найти прочный фундамент и для теории, и для практики. Чтобы не строить на песке, чтобы избежать эклектического и поверхностного эмпиризма, который отличал ее в прошлом, чтобы перейти к творчески положительной педагогике от больнично-лекарственной, дефектология должна опереться на философский диалектико-материалистический фундамент, на котором строится наша общая педагогика, и на фундамент социальный, на котором строится наше социальное воспитание. Это и есть проблема нашей дефектологии.

Лурия А.Р.

Дефектология и психология

Положения, которые мы старались развить, дают нам возможность подойти с совсем новых точек зрения к тем детям, которых их физические недостатки поставили в особо невыгодные условия, к тем, которые зовутся физически дефективными.

Изучая физически дефективных, психологи пытались обычно ответить на вопросы, в какой степени повреждена их психика и что именно осталось у них из обычного инвентаря здорового ребенка? Эти психологи ограничивались обычно "отрицательной характеристикой" физически дефективного, и они были частично правы, поскольку речь шла об изучении судьбы тех функций, с которыми рождается ребенок на свет и которые у физически дефективного - слепого, глухонемого - оказываются пострадавшими.

Но оставаться на почве такой "отрицательной характеристики", конечно, нельзя: это значило бы пропустить самое существенное, пропустить то, что для психолога представляется особенно интересным. Рядом с "отрицательной характеристикой" дефективного нужно создать и его "положительную характеристику".

В самом деле, слепой или глухонемой не мог бы жить, если бы он чем-нибудь не возместил те недостатки, которые у него имеются. Со своим физическим дефектом он оказался бы слишком неприспособленным. И вот вступает в свои права особый и своеобразный механизм: происходит *компенсация дефекта*. В процессе опыта ребенок учится возмещать свои природные недостатки; на базе дефектного натурального поведения возникают культурные приемы и навыки, покрывающие, компенсирующие дефект и дающие возможность справиться с недоступными задачами новыми, другими путями. Дефективное натуральное поведение обрастает компенсированным культурным, создается определенная "культура дефекта" - физически дефективный получает кроме своей отрицательной характеристики еще и характеристику положительную.

Ее-то, по нашему мнению, и должен главным образом изучать психолог. В последнее время благодаря целому ряду работ картина этой "положительной характеристики" дефективности и ее основные механизмы начинают становиться все более и более ясными для нас. Еще в 1905 г. немецкий, психолог А.Адлер (Alf.

Adler) положил основу своеобразному учению о личности, которое мы только теперь начинаем достаточно объективно осмыслять и отдельные стороны которого много поясняют нам в развитии психики и поведения физического дефективного ребенка.

Внимание Адлера, тогда еще врача, имеющего дело с заболеваниями внутренних органов, было привлечено тем фактом, что больные, страдавшие серьезным дефектом какого-нибудь органа, все же каким-нибудь образом справлялись с этим недостатком. Известный факт, что при заболевании одного из парных органов (легкие, почки, наконец, руки) функцию его берет на себя другой "викарирующий" орган, явился наиболее простым случаем, подтвердившим это наблюдение. В ряде работ установлен факт, что такое "замещение" может иметь место и в отношении мозговых полушарий. При повреждении центров речи левого полушария функция речи может восстановиться за счет развития данной функции в правом полушарии. Естественно, что это проходит со значительно большими трудностями, так как здесь простого "переключения" явно недостаточно. Однако огромное число случаев протекает по значительно более сложной схеме. Ведь многие из органов нашего тела непарны, многие же поражаются нацело, и вся их функция целиком оказывается задетой. Это последнее бывает особенно в тех случаях, когда функция органа не выпадает целиком, а оказывается лишь врожденно ослабленной. Так, мы имеем часто врожденную слабость зрения и слуха, врожденный дефект речевого аппарата (слабость голосовых связок, косноязычие и т. п.), врожденные дефекты мышечной, половой, нервной и т. п. систем.

И однако, как показал Адлер, люди не только справляются с этими дефектами, возмещая врожденные недостатки, но часто даже "сверхкомпенсируют" их; люди со слабым от природы слухом становятся музыкантами, люди с дефектами зрения - художниками, а люди с дефектами речи - ораторами. Преодоление дефекта может идти как у Демосфена, который из косноязычного человека сделался известным оратором, многократно возместив природные недостатки.

Каким же путем происходит эта сверхкомпенсация? Основным механизмом компенсации и сверхкомпенсации дефекта оказывается, видимо, то, что дефект становится в центр внимания индивида и над ним создается известная "психологическая надстройка", пытающаяся компенсировать природный недостаток настойчивостью, упражнением и прежде всего известной культурой использования этой дефектной функции (если она слаба) или других замещающих функций (если эта совсем отсутствует). Природный дефект организует психику, аранжирует ее таким образом, чтобы была возможна максимальная компенсация, и, что самое важное, воспитывает огромную настойчивость в упражнении и развитии всего, что может компенсировать данный дефект. В результате получается своеобразная, неожиданная картина: человек со слабым зрением, которое не дает ему сравняться с другими, делает его неполноценным, ставит этот дефект в центр своего внимания, направляет на него свою нервно-психическую деятельность,

развивает особое умение максимально пользоваться теми данными зрения, которые он получает, и становится человеком, у которого зрение стоит в центре его работы, - художником, графиком и т. п. Мы знаем в истории множество таких полуслепых художников, музыкантов с органическими дефектами слуха, глухнувших, как Бетховен, к концу своей жизни, великих актёров со слабым голосом и плохой дикцией. Все эти люди сумели преодолеть природные дефекты, аранжировали свою психику так, что стали большими людьми именно в той области, на пути к которой у них лежало больше всего препятствий. Оказалось, что дефект, который, прежде всего, снижал психику, делал ее слабой и уязвимой, может служить стимулом к ее развитию, может и поднимать ее, делать более сильной.

С этой динамической точки зрения физически дефективный получает не только свой отрицательный паспорт, но и свою положительную характеристику. Спросим себя, однако, в чем же именно состоит механизм такой компенсации дефекта? Является ли он простым механизмом перемещений функций, как это бывает при заболевании одного из парных органов? Один факт толкает нас на правильное решение этого вопроса, и этот факт дает нам психология слепых. Уже давно психологи, изучавшие жизнь слепых, интересовались вопросом: как именно слепой компенсирует свой природный недостаток? Создавались целые легенды о том, как тонко осязание слепых, какой необычно тонкий слух они имеют; говорили о том, что у них развивается новое, необычайно тонко работающее "шестое чувство", однако точный, эксперимент дал неожиданные результаты: оказалось, что ни слух, ни осязание, ни другие органы чувств слепого не представляют какого-нибудь исключительного явления, что они развиты ничуть не лучше, чем у обычного зрячего человека. Но вместе с тем ни для кого не секрет, что слепой достигает в области слуха, осязания и т. п. значительно лучших результатов, чем зрячий.

Разрешение этого будто бы противоречивого положения большинство авторов, изучавших слепого, видят в том, что, имея одинаково со зрячими развитые органы чувств, слепой вырабатывает в себе умение пользоваться ими, далеко превосходящее умение зрячих. Те слуховые и осязательные ощущения, которые у зрячего при доминирующем зрении лежат без движения, у слепого мобилизуются и используются с необычайной полнотой и тонкостью. Удивительное развитие слуха, осязания и т. п. у слепых не есть результат врожденной или приобретенной физиологической тонкости этих рецепторов, а является продуктом "культуры слепого", результатом умения культурно использовать оставшиеся рецепторы и этим компенсировать природный недостаток. Мы можем сказать, что слепые часто обладают десятками выработанных навыков и приемов, которых мы не можем заметить у зрячих. Достаточно присмотреться к точности и ловкости в движениях, которые часто проявляются слепыми, необычайно тонкому анализу, которому они подвергают ощущения, приносимые им прикосновениями и слухом, чтобы понять те пути, которые позволяют им компенсировать хоть отчасти их природную

неприспособленность. Слух и осязание становятся в центре внимания слепого; под его контролем вырабатывается ряд приемов для их максимального использования - эти приемы как бы вращиваются в самую функцию восприятия слепого, памяти, мышления и перестраивают эти последние. В результате такого процесса мы получаем слепых, которые с помощью шрифта Брайля быстро читают текст, которые разбирают географические карты и которые своими путями оказываются в состоянии стать полноценными членами общества. Достаточно вспомнить известную всем историю Елены Келлер, слепоглухонемой от рождения и достигшей, однако, высоких степеней образованности, чтобы понять, что рациональное воздействие, приобщение к культурным приемам может перестроить психику, даже выросшую на особо неблагоприятной почве физической дефективности.

Близкий к этому круг "культурных надстроек" мы встречаем и при других видах физических дефектов. Мы видим часто, как та или иная функция при наличии определенного врожденного дефекта начинает исполнять совершенно иную, новую роль, становясь орудием, компенсирующим наличный недостаток. Так, мы знаем, что при глухонемоте мимика начинает приобретать совершенно новую для нее функцию. Она перестает быть простым путем выражения эмоций, она становится важнейшим коммуникативным средством, пока новые, более совершенные приемы - чтения с пальцев или с губ - не заменяют этот наиболее примитивный аппарат выражения и связи.

Больше того, на этом примере мы можем убедиться, насколько каждое из применяемых глухонемым "орудий" совершенствует, развивает и изменяет его психику. Можно с уверенностью утверждать, что каждому из употребляемых приемов соответствует особая психологическая структура. Совершенно понятно, что у глухонемого, пользующегося для разговоров со своими сверстниками исключительно языком мимики, очень небольшие возможности для контакта, для обмена опытом и сведениями, а следовательно, очень небольшие возможности и для дальнейшего развития и совершенствования интеллекта. Насколько эти возможности развиваются, когда он переходит к языку знаков, который дает возможность передать любое слово, любую комбинацию звуков! Как необычно расширяется его психологический инвентарь! Какой огромный стимул получает развитие его интеллекта, обогатившись не только значительным числом новых понятий, но - главное - новым и значительно более совершенным методом контакта с людьми! Наконец, быть может, столь же важный скачок делает развитие глухонемого, когда он научается чтению с губ, а отсюда и обычной речи, которой он пользуется часто в совершенстве, хотя сам и не слышит ее. Овладев этим "орудием", глухонемой включает себя в среду нормальных, слышащих и говорящих людей. Он получает возможность вступить в разговор с каждым, понять каждого. Не говоря уже об огромном психотерапевтическом значении этого завоевания, выводящего его из замкнутости, меняющего всю его личность, делающего его социально полноценным, такое включение его в широкую социальную среду сразу

же раскрывает новые возможности перед его интеллектом. Конечно, в интеллектуальном отношении глухонемого, владеющего умением читать с губ, навряд ли можно сравнить с тем примитивным существом, которое пользуется для связи со средой лишь несовершенными орудиями мимики и нечленораздельных звуков.

Еще один простой пример, иллюстрирующий, как физические дефекты могут компенсироваться искусственными средствами. Мы имеем в виду многочисленные во время войны случаи ранения и ампутации конечностей.

Все эти случаи характерны тем, что в них человек внезапно выбивался из строя, лишаясь конечности, и восстанавливал свою полноценность лишь с помощью искусственной конечности - протеза. Приучение пользоваться протезом вместо руки или ноги существенно перестраивало характер поведения, такого субъекта, и выросшая за время войны "психология протеза" указала на ряд особенностей в пользовании этими искусственными руками и ногами.

Шрифт Брайля, чтение с пальцев и губ у глухонемых, протезы - все это становится предметом психологии наряду с такими процессами, как инстинкты, навыки, внимание и аффект. С переходом к истории человеческого поведения, к изучению его культурных форм такое расширение становится обязательным.

В.Джемс указал в одном месте, что личность человека кончается не кончиком его пальцев, а носком его ботинка и что ботинки, шляпа, одежда так же входят в состав личности, как голова, волосы, ногти. Это положение совершенно неоспоримо, если мы решим изучать и культурные формы поведения личности. Понятие культурной личности кончается за пределами организма, и изучение культурных привычек и одежды дает нам ценнейшие материалы к пониманию человеческого поведения.

Вся история одежды и моды говорит нам о том, что одной из существенных задач их было всегда оттенить нужные стороны фигуры, скрыть физические недостатки и - где нужно - компенсировать их. Стоит только немного просмотреть мемуары XVI-XVII вв., чтобы найти целый ряд примеров такого происхождения мод и отдельных частей туалета. Брыжи на рукавах вводятся при дворе для того, чтобы скрыть некрасивые руки; дамские повязки, в начале XIX в. бывшие в моде, облежавшие шею, были введены законодательницей мод, которая должна была скрыть уродливый шрам на шее. Чтобы увеличить рост, употребляются высокие каблуки, и уродливые ноги скрываются длинными платьями. Худоба и недостаточное развитие форм компенсируются корсетами, турнюрами, толстинками и т. п. (особенно развитыми в модах позднего Средневековья и Ренессанса). Трудно было бы перечислить все те случаи, когда физические дефекты компенсировались "стратегией костюма", когда этот последний организованно применялся как дополнение и исправление личности. Достаточно вспомнить все военные костюмы, увеличивающие рост, фигуру и придающие устрашающий, грозный вид, костюмы, начиная от боевого наряда индейцев до современных военных форм, чтобы

убедиться, что одежда действительно может составлять как бы часть личности и организуется зачастую общей ее установкой.

Мы не можем пройти мимо еще одного внешнего приема, применявшегося с успехом в модах XVIII-XIX вв. для компенсации недостатков и для того, чтобы организовать внимание, отвлечь его от одной части тела и направить на другую. Мы имеем в виду "мушки", которыми пользовались модницы прошлых веков и которые служили великолепным искусственным приемом для того, чтобы соответствующим образом организовать внимание.

Все перечисленные нами приемы сводятся к внешним орудиям для компенсации недостатков. Чтобы быть логичным, следует упомянуть, что их дополняют и внутренние приемы компенсации. То, что мы уже упоминали о формировании черт характера, относится именно сюда. Компенсация природной слабости необычайно громкой речью, вызывающим поведением, грубостью является обычной вещью и служит источником целого ряда характерных свойств у трудного ребенка, хулигана и т. п. Мы знаем, что необычайно жестокие с виду люди при ближайшем рассмотрении оказываются очень мягкими, и их жестокость - лишь компенсирующая маска, а слабоволие часто компенсируется упрямством. Физические недостатки, так же, как и отдельные психические дефекты, часто компенсируются не только внешними приемами, но и организацией, ориентировкой характера всей личности. Дефект не может рассматриваться нами как нечто статическое, раз навсегда закрепленное; он динамически организует целый ряд приемов, которые могут не только ослабить его значение, но иногда и компенсировать (и сверхкомпенсировать) его. Дефект может явиться могучим стимулом к культурной реорганизации личности, и психологу нужно лишь уметь различить возможности его компенсаций и воспользоваться ими.

Выготский Л.С., Лурия А.Р. Этюды по истории поведения: Обезьяна. Прimitив. Ребенок. – М., 1993. – 224 с. - С. 205-211.

АНОМАЛЬНЫЕ ДЕТИ (ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА)

1. Понятие "аномальный ребенок"

К аномальным относятся дети, у которых физические или психические отклонения приводят к нарушению нормального хода общего развития. Дефект одной из функций нарушает развитие ребенка только при определенных условиях.

Понятие "аномальный ребенок" предполагает наличие серьезных отклонений в развитии, вызванных болезнетворными влияниями и обуславливающих необходимость создания специальных условий для обучения и воспитания.

Аномальные дети – сложная и разнохарактерная группа. Различные аномалии по-разному отражаются на формировании социальных связей детей, на их познавательных возможностях. В зависимости от характера нарушения одни дефекты могут полностью преодолеваются в процессе развития ребенка, другие лишь корректироваться, а некоторые - только компенсироваться. Сложность и характер нарушения нормального развития ребенка определяют различные формы психолого-педагогической работы с ним.

В основе аномального развития всегда лежат органические, либо функциональные нарушения нервной системы или периферические нарушения определенного анализатора. Однако в ряде случаев отклонения от нормального развития могут быть вызваны и чисто средовыми причинами, не связанными с нарушением анализаторных систем или центральной нервной системы. Так, неблагоприятные семейные формы воспитания ребенка могут привести к "педагогической запущенности".

Причины, приводящие к возникновению детских аномалий, подразделяются на врожденные и приобретенные (подробно они будут рассмотрены ниже). Подчиняясь в целом общим закономерностям психического развития ребенка, развитие аномального имеет и ряд собственных закономерностей, в определении которых важную роль сыграли исследования отечественных дефектологов, особенно Л.С.Выготского. Им была выдвинута идея о сложной структуре аномального развития ребенка, согласно которой, наличие дефекта какого-то одного анализатора или интеллектуального дефекта не вызывает выпадения одной функции, а приводит к целому ряду отклонений, в результате чего возникает целостная картина своеобразного атипичного развития. Сложность структуры аномального развития заключается в наличии первичного дефекта, вызванного биологическим фактором, и вторичных нарушений, возникающих под влиянием первичного дефекта в ходе последующего аномального развития.

Так, при нарушении слухового восприятия, возникшего в результате повреждения слухового аппарата и являющегося первичным дефектом, появление глу-

хоты не ограничивается выпадением функции слухового восприятия. Слуховой анализатор играет исключительную роль в развитии речи. И если глухота возникла до периода овладения речью, то, как следствие, наступает немота - вторичный дефект. Такой ребенок сможет овладеть речью только в условиях специального обучения с использованием сохранных анализаторных систем: зрения, кинестетических ощущений, тактильно-вибрационной чувствительности. Интеллектуальная недостаточность, возникшая в результате первичного дефекта - органического поражения головного мозга, порождает вторичное нарушение высших познавательных процессов, проявляющихся в ходе социального развития ребенка. Вторичное недоразвитие психических свойств личности умственно отсталого ребенка проявляется в примитивных реакциях, завышенной самооценке, негативизме, недоразвитии воли.

Следует обратить внимание на взаимодействие первичных и вторичных дефектов. Не только первичный дефект может вызывать вторичные отклонения, но и вторичные симптомы в определенных условиях воздействуют на первичный фактор. Так, взаимодействие неполноценного слуха и возникших на этой основе речевых последствий является свидетельством обратного влияния вторичной симптоматики на первичный дефект. Ребенок с частичной потерей слуха не будет использовать его сохранные функции, если не развивает устную речь. Только при условии интенсивных занятий устной речью, т. е. преодоления вторичного дефекта речевого недоразвития, оптимально используются возможности остаточного слуха. Необходимо широко использовать психолого-педагогическое воздействие на вторичные отклонения аномального ребенка, так как они в значительной степени доступны коррекционному воздействию, поскольку их возникновение связано с действием главным образом средовых факторов развития психики. Органический дефект ведет к невозможности или крайней трудности усвоения ребенком культуры, а ведь лишь на базе такого усвоения могут сформироваться высшие психические функции человека, его сознание, его личность. Л. С. Выготский писал, что "недостаток глаза или уха означает поэтому, прежде всего, выпадение серьезнейших, социальных функций, перерождение общественных связей, смещение всех систем поведения".

Важной закономерностью аномального развития является соотношение первичного дефекта и вторичных нарушений. "Чем дальше отстоит симптом от первопричины, - пишет Л. С. Выготский, - тем он более поддается воспитательному лечебному воздействию. Получается, на первый взгляд, парадоксальное положение: недоразвитие высших психологических функций и высших характерологических образований, являющееся вторичным осложнением при олигофрении и психопатии, на деле оказывается менее устойчивым, более поддающимся воздействию, чем недоразвитие низших, или элементарных, процессов, непосредственно обусловленное самим дефектом. То, что возникло в процессе развития ребенка как вторичное образование, принципиально говоря, может быть профилактически предупреждено или лечебно-педагогически устранено".

Согласно этому положению Л. С. Выготского, чем дальше разведены между собой первопричины (первичный дефект биологического происхождения) и вторичный симптом (нарушение в развитии психических процессов), тем больше возможностей открывается для коррекции и компенсации последнего с помощью рациональной системы обучения и воспитания.

Например, в речевом развитии глухого ребенка труднее всего исправить недостатки произношения звуков и слов, ибо неправильность устной речи с точки зрения ее произносительной стороны в данном случае зависит от невозможностей говорящего полностью обеспечить слуховой контроль за собственной речью. Вместе с тем другие стороны речи (словарный запас, грамматический строй, семантика), имеющие опосредованную связь с первичным дефектом, в условиях специального обучения корригируются в большей степени за счет активного использования письменной речи.

В процессе аномального развития проявляются не только негативные стороны, но и положительные возможности ребенка. Они являются способом приспособления личности ребенка к определенному вторичному дефекту развития.

Источником приспособления аномальных детей являются сохраненные функции. Функции нарушенного анализатора заменяются интенсивным использованием сохраненных.

На развитие аномального ребенка оказывают существенное влияние степень и качество первичного дефекта. Вторичные отклонения в зависимости от степени нарушения имеют разный уровень выраженности, т.е. существует прямая зависимость количественного и качественного своеобразия вторичных нарушений развития аномального ребенка от степени и качества первичного дефекта.

Своеобразие развития аномального ребенка зависит также и от времени возникновения первичного дефекта. Например, характер аномального развития детей с врожденным или рано приобретенным умственным недоразвитием отличается от развития детей с распавшимися психическими функциями на более поздних этапах жизни. Возникновение умственной отсталости в период, когда психика ребенка уже достигла определенного уровня развития, дает иную, отличную структуру этого дефекта и специфику аномального развития.

В дефектологии выделяются основные категории аномальных детей:

- с выраженными и стойкими нарушениями слуховой функции (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);
- с глубокими нарушениями зрения (слепые, слабовидящие);
- с нарушениями интеллектуального развития на основе органического поражения центральной нервной системы (умственно отсталые);
- с тяжелыми речевыми нарушениями (дети-логопаты);
- с комплексными нарушениями психофизического развития (слепоглухонемые, слепые умственно отсталые, глухие умственно отсталые и др.);
- с нарушениями опорно-двигательного аппарата;

- с выраженными психопатическими формами поведения.

Процесс обучения аномальных детей опирается не только на сформировавшиеся функции, но и на формирующиеся. Задача обучения - постепенно и последовательно переводить зону ближайшего развития в зону актуального развития. Коррекция и компенсация аномального развития ребенка возможны только при постоянном расширении зоны ближайшего развития, помня, что "принцип и психологический механизм воспитания здесь те же, что и у нормального ребенка"

Причины детских аномалий и нарушений развития

Для научного обоснования медицинских и психолого-педагогических мероприятий, направленных на коррекцию, восстановление и компенсацию нарушенных функций, необходим, прежде всего, медико-психологический анализ структуры дефекта и причин, вызвавших заболевание, выяснение его патофизиологических механизмов, времени образования дефекта, степени его тяжести, характера нарушения и особенностей развития ребенка.

Мозг наиболее чувствителен к различным неблагоприятным факторам в критические периоды своего развития, когда формируется наиболее важные "функциональные ансамбли", наблюдается интенсивная дифференциация нервной системы. Неблагоприятные воздействия на плод в период от 3 до 10 недель развития могут быть причинами формирования грубых пороков развития нервной системы. В том случае, если нарушения возникают на более поздних этапах развития, выраженность дефекта может варьироваться в разной степени: от грубого нарушения функции или ее полного отсутствия до легкой задержки темпа развития.

Отклонения возникают в процессе внутриутробного, послеродового развития или в результате действия наследственных факторов. В зависимости от причин возникновения аномалий и нарушения развития их подразделяют на врожденные и приобретенные. Причины возникновения дефектов и нарушений развития разнообразны.

К первой группе относятся патогенные факторы, вызывающие заболевания матери в период беременности: токсикозы, интоксикация, нарушение обмена веществ, иммунно-патологические состояния и многообразная аку-шерская патология (узкий таз, затяжные или стремительные роды, обвитие пуповиной, неправильное предлежание плода и др.). Помимо указанных факторов определенную роль играют некоторые химические вещества, радиоактивное излучение. Наиболее тяжелые поражения нервной системы, органов слуха, зрения, нарушения в физическом и психическом развитии бывают при токсоплазмозе. Возбудитель проникает из организма матери в плод через плаценту. При врожденной краснухе отмечаются разнообразные поражения зрения, а также двигательные нарушения. К последствиям внутриутробных инфекций нервной системы относят микроцефалию, гидроцефалию, спастические параличи и парезы, непроизвольные навязчивые движения (гиперкинезы).

Возможны различные эмбриональные мозговые поражения вследствие резус-несовместимости крови матери и плода. В этом случае часто страдают подкорковые образования, височные области коры и слуховые нервы.

Существует отчетливая связь между временем патогенного воздействия на развивающийся организм и клиническими проявлениями: чем раньше в эмбриогенезе повреждается мозг плода, тем более выражены последствия вредоносных влияний.

Ко второй группе врожденных нарушений относятся наследственные генетические поражения. Они характеризуются разнообразными наследственно обусловленными отклонениями в обмене веществ. Элементарными единицами наследственности являются гены, расположенные в хромосомах - нитевидных самовоспроизводящихся структурах клеточного ядра. Так, нарушения хромосомных наборов родителей могут привести к наследованию некоторых форм олигофрении (болезнь Дауна), различных типов глухоты, определенных дефектов зрительного анализатора.

Крайне отрицательно влияют на потомство, вызывая врожденные аномалии, алкоголизм и наркомания родителей.

Приобретенные нарушения включают разнообразные отклонения в развитии, вызванные природовыми и послеродовыми поражениями организма ребенка.

Ведущее место в данной группе патологии занимают асфиксия (кислородная недостаточность) и внутричерепная родовая травма. Асфиксия приводит к грубым нарушениям в организме новорожденного. Она наблюдается у 4-6% новорожденных.

Внутричерепная родовая травма - собирательное понятие, включающее неоднородные по этиологии и пато-генезу изменения центральной нервной системы, возникшие в период родов. К внутричерепной родовой травме относят кровоизлияния в вещество мозга и его оболочки, а также другие расстройства мозгового кровообращения, вызывающие структурные изменения нервной системы. Возникновению внутричерепной травмы способствуют разные виды акушерской патологии, а также неправильная техника проведения родоразрешающих операций. Внутричерепные кровоизлияния во время родов возникают в связи с механической травмой головки плода, в результате чего повреждаются сосуды.

Особую группу составляют детские церебральные параличи, которые являются следствием повреждений мозга. Характерная особенность детских церебральных параличей – нарушение моторного развития ребенка, обусловленное, прежде всего, аномальным распределением мышечного тонуса и нарушением координации движений. Двигательные нарушения часто сочетаются с чувствительными расстройствами, задержкой физического и речевого развития, судорогами.

Послеродовые приобретенные аномалии развития в основном являются последствиями перенесенных в раннем детском возрасте заболеваний. К этим заболеваниям относятся инфекционные болезни нервной системы. В инфекционный

процесс могут вовлекаться все отделы центральной, периферической и вегетативной нервной системы, оболочки и сосуды мозга.

К нейроинфекционным заболеваниям относятся менингиты и энцефалиты. Заболевание менингитом (воспаление мозговых оболочек) может привести к развитию гидроцефалии, глухоте, двигательным расстройствам, задержке физического развития.

Последствия перенесенного энцефалита (воспаления головного мозга) во многом зависит от возраста больного. В раннем детском возрасте он может стать причиной глубоких задержек психического и моторного развития, аффективных вспышек, неустойчивого настроения.

К острым инфекционным заболеваниям нервной системы относится полиомиелит. Вирус, попадая в центральную нервную систему, избирательно поражает двигательные нейроны головного и спинного мозга, а также оболочки мозга. Болезнь приводит к резкому ограничению двигательной способности и характеризуется стойкими параличами отдельных групп мышц. К поражениям нервной системы приводят также такие инфекционные болезни, как грипп и корь.

Черепно-мозговая травма составляет 25-45% всех случаев повреждений в детском возрасте. Черепно-мозговые повреждения делятся на закрытые (сотрясения, ушиб, сдавление мозга), при которых сохраняется целостность костей и твердой мозговой оболочки, и открытые, которые могут быть непроникающими при сохранности мозговой оболочки и проникающими при ее повреждении. Следствием черепно-мозговых травм могут быть патологические изменения двигательных и психических функций (параличи, расстройства слуха, зрения, нарушение памяти и речи, снижение интеллектуальной деятельности и др.).

Знание причин детских аномалий и нарушений развития позволяет детскому психологу не только правильно решить одну из важнейших задач – получение дополнительных данных о психическом состоянии ребенка, но и при помощи экспериментально-психологического исследования выявить скрытые для простого наблюдения признаки психических нарушений, определить их структуру и взаимосвязь ...

Астапов В.М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. – М., 1994. – 216 с. – С. 6– 13.

ПОСЛЕДСТВИЯ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Закрытая черепно-мозговая травма встречается значительно чаще, чем открытая. По данным Ю.Д.Арбатского (1971), закрытые черепно-мозговые травмы составляют 90,4 % всех травматических поражений головного мозга. Этим обстоятельством, а также значительными трудностями, возникающими при врачебно-трудовой (О.Г.Виленский, 1971) и судебно-психиатрической (Т.Н.Гордова, 1974) экспертизе, объясняется и значение патопсихологических исследований в отдаленный период закрытой черепно-мозговой травмы.

В течении черепно-мозговой травмы выделяют 4 стадии (М.О.Гуревич, 1948).

I - начальная стадия, наблюдается непосредственно после травмы и характеризуется потерей сознания различной глубины (от комы до обнубиляции) и разной длительности (от нескольких минут и часов до нескольких дней), что зависит от тяжести травмы головы. По окончании этой стадии наступает амнезия, иногда неполная. В начальной стадии бывают нарушения кровообращения, иногда кровотечение из ушей, горла, носа, рвота, реже - судорожные припадки. Начальная стадия длится до 3 сут. Развивающаяся в это время преимущественно общемозговая симптоматика как бы скрывает признаки локального поражения головного мозга. Функции организма в конце стадии восстанавливаются от филогенетически более старых к более новым, позже приобретенным в онто- и филогенезе: вначале - пульс и дыхание, защитный рефлекс, зрачковые реакции, затем появляется возможность речевого контакта.

II - острая стадия, характеризуется оглушением, которое нередко остается, когда больной выходит из начальной стадии. Иногда состояние больных напоминает опьянение. Эта стадия длится несколько дней. Общемозговая симптоматика идет на убыль, но начинают проявляться симптомы локального значения. Характерны астенические признаки, резкая слабость, адинамия, головная боль и головокружения. В этой стадии отмечаются и психозы, протекающие в форме реакций экзогенного типа, - делирий, корсаковский синдром. При отсутствии экзогенных факторов, осложняющих течение острой стадии, больной либо выздоравливает, либо его состояние стабилизируется.

III - поздняя стадия, которой свойственна неустойчивость состояния, когда еще не полностью исчезли симптомы острой стадии, а также нет еще полного выздоровления или окончательного оформления резидуальных изменений. Любые экзогенные и психогенные вредности приводят к ухудшению психического состояния. Поэтому в этой стадии часты переходящие психозы и возникающие на астенической почве психогенные реакции.

IV - резидуальная стадия (период отдаленных последствий), характеризуется стойкими локальными симптомами вследствие органического поражения

ткани головного мозга и функциональной недостаточностью, преимущественно в виде общей астенизации и вегето-сосудистой неустойчивости. В этой стадии определяется течение заболевания по типу травматической церебрастении или травматической энцефалопатии. Вариантом последней Р.А.Наджаров (1970) считает и травматическое слабоумие.

Начальной и острой стадиям черепно-мозговой травмы присущ регрессионный характер. Интеллектуально-мнестическая недостаточность в этих стадиях носит значительно более грубый характер, чем в дальнейшем. Это дало основания В.А.Гиляровскому (1946) говорить об особой псевдоорганической деменции, возникающей вследствие черепно-мозговой травмы. Когда исчезают симптомы, обусловленные функциональными компонентами травматического поражения головного мозга, остается органическое ядро слабоумия, и течение заболевания на длительное время становится более стабильным.

В ряде случаев слабоумие у больных, перенесших черепно-мозговую травму, носит прогрессионный характер. Такое слабоумие Т.Н.Гордова (1974) обозначала как последующее, в отличие от регрессионного (резидуального). Иногда прогрессирование слабоумия можно заметить после нескольких лет стабильной клинической картины посттравматического психического дефекта. По мнению М.О.Гуревича и Р.С.Повицкой (1948), такое слабоумие не является собственно травматическим, оно связано с дополнительными экзогенными вредностями. В.Л.Пивоварова (1965) в случаях поступательного развития посттравматической деменции не придает дополнительным вредностям этиологического значения. Последние, по ее мнению, играют роль пускового механизма, вызывающего поступательное развитие травматического поражения головного мозга, существовавшего и до того в компенсированном состоянии. По нашим наблюдениям (1976), картина деменции в этих случаях не соответствует степени выраженности и характеру дополнительных патогенных факторов. Степень интеллектуального снижения значительно больше, чем можно было бы ожидать, исходя из оценки одной лишь атеросклеротической патологии или признаков алкоголизма. Указанные вредности способствуют прогрессивности травматического слабоумия, но течение этой дополнительной патологии также существенно видоизменяется под влиянием травматической церебральной патологии. Происходит как бы своеобразное двустороннее потенцирование идущих рядом патологических процессов, отражающее присущий им патологический синергизм. Так, в отдаленной стадии черепно-мозговой травмы присоединение начального церебрального атеросклероза способствует резкому нарастанию деменции, а затем уже отмечается неблагоприятное течение сосудистого заболевания, без ремиссий, с частичными острыми нарушениями мозгового кровообращения и злокачественной артериальной гипертензией.

Как всякое заболевание экзогенно-органического генеза, последствия черепно-мозговой травмы характеризуются в первую очередь астенией, проявляющейся клинически и патопсихологически повышенной истощаемостью, которую

Б.В.Зейгарник (1948) называла кардинальным признаком посттравматических изменений психической деятельности. Эта истощаемость обнаруживается при исследовании в патопсихологическом эксперименте интеллекта и его предпосылок. Посттравматическая мозговая патология крайне редко протекает без интеллектуально-мнестических нарушений. По наблюдениям Б.В.Зейгарник, такая интактность психики отмечается главным образом при проникающих ранениях задних отделов головного мозга.

Б.В.Зейгарник показала, что посттравматическая истощаемость не является однородным понятием. В ее структуре автор выделяет 5 вариантов.

1. Истощаемость носит характер астении и проявляется в снижении работоспособности к концу выполняемого больным задания. Темп интеллектуальной работоспособности, определяемый с помощью таблиц Крепелина или поиска чисел в таблицах Шульте, становится все более медленным, на первый план выступает количественно определяемое ухудшение работоспособности.

2. В некоторых случаях истощаемость носит не диффузный характер, а принимает форму очерченного симптома, проявляется в виде нарушений какой-либо определенной функции, например, в виде истощаемости мнестической функции. Кривая запоминания 10 слов в этих случаях носит зигзагообразный характер, известный уровень достижений сменяется спадом мнестической продуктивности.

3. Истощаемость может проявляться в виде нарушений мыслительной деятельности. У больных отмечаются поверхностность суждений, затруднения в выделении существенных признаков предметов и явлений. Такого рода поверхностные суждения носят преходящий характер и являются следствием истощаемости. Уже незначительное психическое напряжение оказывается для больного непосильным и приводит к выраженной истощаемости. Но такого рода истощаемость нельзя смешивать с обычной утомляемостью. При повышенной утомляемости речь идет о нарастании, по мере длительности исследования, количества ошибок и ухудшении временных показателей. При этом же виде истощаемости происходит временное снижение уровня интеллектуальной деятельности. Уровень обобщения у больных в целом не снижен, им доступны достаточно дифференцированные решения отдельных довольно сложных заданий. Характерная особенность этого нарушения заключается в неустойчивости способа выполнения задания. Адекватный характер суждений больных оказывается нестойким. Выполняя какое-либо более или менее длительное задание, больные не удерживают правильный модус деятельности, верные решения чередуются с ошибочными, легко корригируемыми в процессе исследования. Б.В.Зейгарник (1958, 1962) определила такой вид нарушений мышления как непоследовательность суждений. Она обнаруживается главным образом при таких экзогенно-органических заболеваниях, как церебральный атеросклероз, и последствиях черепно-мозговой травмы.

4. Истощаемость может приближаться к повышенной психической пресыщаемости. При длительной монотонной деятельности выполняемая обследуемым

работа начинает тяготить его, изменяются скорость и ритм выполнения задания, появляются вариации в модусе деятельности: вместо предписанных инструкцией значков обследуемый начинает рисовать другие, отходя от заданного образца. Пресыщаемость характерна и для здоровых, но у перенесших черепно-мозговую травму она наступает раньше и носит более грубый характер. Особенно четко этот вид истощаемости обнаруживается с помощью специальной методики для исследования пресыщения (А. Karsten, 1928).

5. В ряде случаев истощаемость проявляется в виде невозможности образования самого психического процесса, в первичном снижении церебрального тонуса. В качестве примера Б.В. Зейгарник приводила периодически наступающие у больных, перенесших закрытую черепно-мозговую травму, нарушения узнавания, когда показываемый обследуемому предмет или его изображение определяются по родовому признаку. Нарисованную грушу такой больной определяет словом "фрукты" и т. п.

Повышенная истощаемость характеризует психическую деятельность больных в отдаленный период черепно-мозговой травмы и является признаком, чрезвычайно важным при отграничении такого рода болезненных состояний от внешне сходных, например, при необходимости дифференциальной диагностики между симптоматической посттравматической и истинной эпилепсией. Она обнаруживается при патопсихологическом исследовании памяти, внимания, интеллектуальной работоспособности и мыслительной деятельности.

Исследующий не может ограничиться тем, что определяет наличие повышенной истощаемости в одном из перечисленных видов деятельности больного в ситуации исследования; он должен дать достаточно полную характеристику истощаемости в соответствии с приведенной типологией. Истощаемость больше выражена в период, непосредственно следующий за начальной и острой стадиями, когда, по данным Б.В. Зейгарник, еще четко не определился характер нарушений психических функций, - пойдут они по регрессивному или прогрессивному типу, что свидетельствует о динамичности самого нарушения. Истощаемость психических функций обнаруживается и в достаточно отдаленный период черепно-мозговой травмы, усиливаясь с присоединением патосинергических факторов, интеркуррентной соматической патологии.

Обнаружение истощаемости, ее качественная характеристика и определение степени выраженности могут иметь важное экспертное значение, способствовать уточнению нозологической диагностики и индивидуального прогноза. О.Г. Виленский (1971) отмечает, что патопсихологическое исследование помогает уточнить не только характер клинической симптоматики, но и функциональный диагноз посттравматических состояний и даже имеет в ряде случаев решающее значение в определенной степени утраты трудоспособности. С этой целью исследование у лиц, перенесших черепно-мозговую травму, автор производил с помощью специального набора методик (заучивание 10 слов, таблицы Крепелина, ме-

тод совмещения по В.М.Когану, таблицы Шульте). Все эти методики применялись для анализа колебаний уровня достижений при осуществлении длительной деятельности. Таким образом, в эксперименте создавалась ситуация, способствующая выявлению истощаемости и определению устойчивости модуса деятельности. В результате исследований О.Г.Виленским установлено, что общими особенностями динамики деятельности при посттравматических астенических состояниях являются кратковременные вработываемость и упражняемость, быстро сменяющиеся утомлением. По нашим наблюдениям, соотношения между вработываемостью и упражняемостью, с одной стороны, и истощаемостью - с другой, зависят от степени выраженности травматического поражения, посттравматической энцефалопатии. Чем больше выражены энцефалопатические изменения, тем менее значительны проявления вработываемости. Такой же параллелизм можно установить и между степенью интеллектуального снижения и нивелированием вработываемости.

Выраженное травматическое слабоумие встречается не так уж часто. По данным А.Л.Лещинского (1943), травматическое слабоумие определялось у 3 из 100 лиц, перенесших черепно-мозговую травму, по Л.И.Ушаковой (1960), - у 9 из 176. Н.Г.Шумский (1983) указывает, что травматическое слабоумие среди расстройств отдаленного периода составляет 3-5 %.

Если не считать случаев развития травматического слабоумия. По патосинергическим механизмам, оно чаще является следствием тяжелых контузий мозга с переломом основания черепа и открытых черепно-мозговых травм. Р.С.Повицкая (1948) установила, что при закрытой травме головы преимущественно страдают лобные и лобно-височные отделы коры большого мозга. В результате этого нарушается деятельность наиболее дифференцированных и позже сформированных в генетическом отношении систем головного мозга. По мнению Ю.Д.Арбатского (1971), патология этих же отделов головного мозга имеет большое значение в формировании посттравматической деменции.

Клинические проявления посттравматической деменции достаточно разнообразны: можно выделить варианты, оформляющиеся по типу простого слабоумия, псевдопаралича, параноидного слабоумия, характеризующиеся преимущественно аффективно-личностными нарушениями. В.Л.Пивоварова выделяет 2 основных варианта синдромов посттравматического слабоумия: простое травматическое слабоумие с упорядоченностью поведения при наличии некоторой аффективной неустойчивости; психопатоподобный синдром (сложный вариант слабоумия), при котором наблюдаются расторможенность влечений, истерические проявления, иногда - эйфория, дурашливость, повышенная самооценка.

В связи с этим в психологической диагностике посттравматического органического синдрома важное значение приобретают исследования личности. Отдаленный период закрытой черепно-мозговой травмы чаще всего отмечается выраженными характерологическими изменениями при незначительном или

умеренном снижении интеллектуально-мнестической деятельности (характеропатический вариант органического психосиндрома по Т. Bilikiewicz, 1960). В ситуации исследования эти больные чаще всего обнаруживают выраженную аффективную лабильность (с ней в известной мере Б.В. Зейгарник связывала и истощаемость психических процессов).

Личностные проявления у больных, перенесших в прошлом черепно-мозговую травму, отличаются большим разнообразием не только по клинической картине, но и по данным патопсихологического исследования. Повышенный нейротизм сочетается с интроверсией, но чаще с экстраверсией. При исследовании по методике Дембо - Рубинштейн чаще всего отмечается полюсная самооценка - максимально низкая по шкалам здоровья и счастья, максимально высокая по шкале характера. На самооценку больного накладывает отпечаток выраженная аффективная лабильность, крайне легко возникает самооценка ситуационно-депрессивного типа, особенно по шкале настроения. При псевдопаралитическом варианте слабоумия самооценка носит эйфорически-анозогнозический характер. В известной мере клиническим проявлениям соответствует характерный для больного уровень притязаний. Так, при неврозо- и психопатоподобных проявлениях в клинической картине чаще всего наблюдается большая хрупкость уровня притязаний, при псевдопаралитических явлениях - ригидный тип уровня притязаний, не корригируемого уровнем истинных достижений.

Исследование особенностей личности по ММРІ мы производили при относительной интеллектуальной сохранности больных. Это исследование выявляло повышение истощаемости и быстрое наступление пресыщаемости. Какой-либо специфики, обусловленной черепно-мозговой травмой, при этом мы не обнаруживали. Главным образом устанавливались особенности отношения больного к самому факту исследования и синдромологически определялись присущие ему личностные изменения в виде ипохондрических, гипотимических, психопатоподобных состояний и т. п. Сходные данные получены нами и с помощью опросника Шмишека - часто отмечался сочетанный тип акцентуации. На фоне высокого среднего показателя акцентуации выделялись особенно высокие показатели по шкалам дистимии, возбудимости, аффективной лабильности, демонстративности.

Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Практическая патопсихология. - Ростов-н / Д., 1996. - 448 с. - С. 344 -353.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ, ВСТЕРЧАЮЩИЕСЯ У УЧАЩИХСЯ ШКОЛЫ

Как уже отмечалось, в школе могут обучаться дети без клинически выраженных форм психических отклонений. Мы остановимся только на некоторых из них, попытаемся раскрыть особенности поведения детей с нервно-психическими нарушениями, что даст педагогу возможность осуществлять индивидуальный подход, способствующий лучшей адаптации таких учащихся в школе.

Эпилепсия - заболевание, характеризующееся припадками с выключением сознания и подергиванием различных групп мышц. В настоящее время эпилепсия может диагностироваться не столько при наличии судорожных припадков, сколько на основании специфических изменений личности больного - таких, как чрезмерный и болезненный педантизм, аккуратность, камерность эмоций, хмурый фон настроения и др.

Подавляющее число больных эпилепсией - это обычные люди, в характере которых лишь несколько гипертрофированы те свойства личности, которые имеются у большинства здоровых людей.

В детском возрасте большинство детей с судорожными припадками - это дети, перенесшие органические поражения головного мозга вследствие тяжелой беременности, патологических родов матери и заболеваний ребенка в первые годы его жизни.

Если эпилепсия не приводит к умственной отсталости, то такие дети учатся в массовой школе. При частых припадках их переводят на индивидуальное обучение. Учатся они, как правило, успешно. Они усидчивы, добросовестны, исполнительны, трудолюбивы и дисциплинированы. Однако порой эти черты выражаются у них чрезмерно.

Нарушают школьную адаптацию детей и подростков, страдающих этим заболеванием, не столько припадки, сколько присущие этим детям повышенная конфликтность, обидчивость и мстительность. Поэтому необходимо стремиться не провоцировать эту конфликтность, стараться успокоить такого ребенка. Это зависит во многом от одноклассников: иногда они обижаются на таких детей, посмеиваются над ними. Этого нельзя допускать, так как такие дети очень ранимы, способны долго и мучительно переживать реальные и мнимые обиды.

Иногда при эпилепсии нарушается память, но это случается редко и компенсируется педантичностью и аккуратностью.

Если в классе ребенок с эпилепсией, то педагогу необходимо знать, что нужно делать, если у ребенка на занятиях возник эпилептический припадок. Во-первых, нужно положить его на бок, вложить в рот какой-нибудь твердый предмет, чтобы он не прикусил язык, расстегнуть воротник у рубашки. Обязательно нужно следить, чтобы ребенок не ударился головой. Обычно после припадков эти дети долго спят, и мешать им не нужно. Следует перенести ребенка в учительскую или в медпункт, затем отправить домой в сопровождении взрослого.

Педагог должен помнить, что детей, больных эпилепсией, надо оберегать от ушибов головы, поэтому они не должны играть в хоккей, футбол, заниматься различными видами борьбы, боксом и другими видами спорта, при которых неминуемы ушибы головы. Таким детям не следует употреблять много жидкости, необходимо исключить из пищи все острое и возбуждающее, они не должны находиться на жаре или в духоте. Если ребенок пришел на урок в дурном настроении, его лучше не спрашивать, следует подождать, пока настроение его не выровняется. В выполнении этих рекомендаций большая роль принадлежит педагогам.

Шизофрения - особая душевная болезнь, проявления которой самые разнообразные: бред, болезненные фантазии, отсутствие тяги к общению, снижение половой активности.

Начальным периодом детской шизофрении является детский аутизм; причины происхождения этого синдрома ряд исследователей видят во внутриутробном поражении нервной системы. Аутизм является основным образованием, во многом определяющим клинико-психологическую структуру этой аномалии развития. Он проявляется в отсутствии или значительном снижении контактов с окружающими, в уходе в себя, в свой внутренний мир. Слабость контактов либо их отсутствие наблюдается по отношению, как к близким, так и к сверстникам. Аутичный ребенок, будучи дома с родителями или в детском коллективе, большую часть времени ведет себя так, как будто он находится один: играет один, нередко разговаривает сам с собой, тщательно скрывает свой внутренний мир от окружающих. Обращает на себя внимание отсутствие эмоциональной заинтересованности в окружающей обстановке. Нередко холодность и безразличие даже к своим родителям сочетаются с повышенной ранимостью, пугливостью, болезненной чувствительностью к малейшим замечаниям. Как показывают исследования, страхи у аутичных детей занимают ведущее место в формировании их поведения. Аутичные страхи искажают, деформируют предметность окружающего мира.

Важно отметить, что интеллектуальная недостаточность не является обязательной для раннего аутизма. Такие дети нередко имеют хорошие умственные способности, однако в их интеллектуальной деятельности нарушена целенаправленность, есть затруднения в концентрации внимания, пресыщаемость. Игры, фантазии, интересы и интеллектуальная деятельность в целом далеки от реальной ситуации. Дети годами играют в одну и ту же игру, рисуют одни и те же рисунки. Аутичность отчетливо проявляется и в речи таких детей. Для них характерно неупотребление личных местоимений, присутствует речь о себе во втором или третьем лице. При недоразвитии коммуникативной функции речи нередко наблюдается повышенное стремление к словотворчеству.

Как в игре, так и в поведении в целом обращает на себя внимание плохая моторика, неловкость произвольных движений.

В некоторых случаях дети, страдающие аутизмом, вообще не учатся, другие занимаются по программе вспомогательной школы, третьи - их подавляющее большинство - посещают массовую школу. От учителей и одноклассников зави-

сит, как такой ребенок будет заниматься в школе: если он будет в центре нездорового внимания, когда одноклассники будут посмеиваться над его чудачествами, то он не сможет посещать школу. Ребенок еще в большей степени будет замыкаться в себе, конфликтовать с детьми, а это только усилит его симптоматику. Напротив, бережное, доброжелательное отношение к такому школьнику, разумное чередование похвал и требований, стремление опираться только на здоровые компоненты его психики помогут ему постепенно войти в нормальной учебный процесс и со временем не уступать в учебе сверстникам.

Как уже отмечалось, главным симптомом этого заболевания является нарушение контактности. Поэтому педагогу необходимо делать все возможное, чтобы уменьшить дефицит общения таких детей. Им нужно давать посильные задания, помогающие улучшить контактность, привлекать к коллективной деятельности.

Невроз - функциональные заболевания нервной системы, вызванные нарушением основных нервных процессов возбуждения и торможения. Это расстройство лежит на границе нормы и патологии. Основными причинами неврозов являются психические травмы. Неврозы - это болезненные формы реакций нервной системы на травмирующие психику ситуации, поэтому иначе их называют психогенными патологическими реакциями.

Болезненное действие психической травмы во многом определяется возрастом ребенка и индивидуальными особенностями нервной системы. В разном возрасте ребенок по-разному реагирует на психические травмы. Чем меньше ребенок, тем меньшая психическая травма может вызвать у него срыв нервной деятельности. Для детей раннего возраста сверхсильными раздражителями могут оказаться хотя и безобидные, но незнакомые объекты: новый человек, гром, сильный гудок автомобиля или поезда и т. п. Травмирующим психику фактором в этом возрасте может быть помещение ребенка в ясли, детский сад, госпитализация в больницу. У детей постарше большое значение в развитии неврозов имеют такие факторы, как испуг, ссоры между родителями. Дети старшего возраста тяжело реагируют на жизненные трудности: распад семьи, смерть близких, школьные неудачи и т. д.

Особенно болезненно реагируют на неблагоприятные факторы дети, которые перенесли ослабляющие нервную систему заболевания, со слабым типом нервной системы и т. д.

Основными невротическими проявлениями у детей являются психогенные шоковые реакции, неврастения, невроз страха, невроз навязчивых состояний, ночное недержание мочи, заикание (логоневроз).

Психогенные шоковые реакции возникают при острых психических травмах. У детей раннего возраста они могут наблюдаться и при безобидных факторах - при неожиданном резком звуке, крике и т. п. Проявляются психогенные шоковые реакции резким психическим страхом, расстройствами сознания, психомоторным возбуждением - бессмысленным метанием на месте, попыткой куда-то

бежать или, наоборот, психомоторной заторможенностью (двигательный ступор). Частым проявлением такой реакции бывает мутизм с последующим заиканием.

Неврастения возникает вследствие перенапряжения нервной системы в связи с чрезмерной умственной или физической нагрузкой. К неврастении приводят непосильные занятия, особенно в тех случаях, когда ребенок наряду с обычными школьными нагрузками имеет добавочные: изучает иностранный язык, занимается в музыкальной школе, различных кружках и т. п. Часто неврастения развивается у детей, которые длительно находятся в психотравмирующей их ситуации (разлады в семье, неудача в школе); в наибольшей степени это относится к детям, которые имеют слабый тип нервной системы или перенесли длительное соматическое заболевание.

Проявляется неврастения в форме неустойчивости настроения, повышенной возбудимости, раздражительности, плаксивости, утомляемости. Работоспособность ребенка резко падает, он быстро утомляется; появляются головные боли, вялость, сонливость, пассивность, капризность, нередко психомоторная расторможенность; в других случаях, наоборот, вялость, истощаемость, пугливость, робость. Нередко у детей могут быть выражены лишь какие-то отдельные симптомы неврастении: головные боли, расстройства сна и аппетита, снижение работоспособности и т. д.

Очень частым проявлением невротических расстройств у детей является невроз страха. Страхи у детей сами по себе не должны рассматриваться как проявление болезни, так как повышенная пугливость является их физиологической особенностью. Иногда же в результате неправильного воспитания (запугивание детей) или психической травматизации страхи приобретают упорный характер. При этом может меняться поведение ребенка. Он начинает бояться темноты, не может находиться один в помещении, боится новых людей. У маленьких детей часто возникают ночные страхи, которые могут иметь затяжное течение.

Проявлением невроза страха являются беспокойство ребенка о своем будущем, боязнь умереть или потерять своих близких. Обычно эти страхи развиваются у детей с тревожно-мнительным складом характера.

Такие дети отличаются повышенной эмоциональностью, чаще, чем другие, воспринимают обычные школьные ситуации как источник угрозы. Педагог должен обращать внимание на то, как ребенок предпочитает отвечать - с места или у доски. Ответ у доски у таких детей является напряженной ситуацией и заметно отражается на качестве их ответа. Так как характерным свойством тревожных детей часто является повышенная утомляемость и затрудненная включаемость, то лучше такого ученика спрашивать в середине урока.

Кроме того, учителю необходимо отмечать, как реагируют тревожные дети на похвалу и порицание - они для них очень значимы. Для выработки у такого ребенка уверенности в себе педагогу необходимо создать атмосферу спокойствия и доброжелательности, чтобы он поверил в свои силы. Его нельзя торопить с ответом, надо давать время подумать. Самое важное - повышать его самооценку. Тре-

возможного ребенка не страшно перехвалить, желательно как можно чаще специально обращать внимание на его успехи, особенно когда такой ребенок раньше делать что-то не умел, а теперь научился. Очень важно, чтобы такое отношение было не только в классе, но и дома. Единство требований окажет тревожным и неуверенным в себе детям неоценимую помощь.

Течение невроза страха отличается динамичностью симптомов, характеризуется повторением, может принимать затяжное течение. В этом случае говорят о навязчивых страхах (фобиях).

Одним из частых неврозов у детей является **невроз навязчивых состояний**. Навязчивое состояние чаще развивается у детей в возрасте 10 -14 лет, но может возникать и значительно раньше - в возрасте 2,5 - 4 лет. Характерными для детского возраста являются навязчивая боязнь острых предметов (фобия), открытых пространств (агорафобия), сказочных явлений, смерти, темноты, школьных ситуаций, боязнь заражения.

Невроз навязчивых состояний чаще развивается у детей с истерическим развитием (эгоцентричных, капризных, требующих к себе внимания, астеничных, ослабленных после болезни, утомляемых, нерешительных). Эти дети уже в раннем возрасте нередко отличаются боязнью всего нового, немотивированными страхами. В школьном возрасте у них выявляется повышенная мнительность, боязнь заразиться, заболеть. Нередко навязчивые действия носят характер защитных реакций, которые в своем происхождении связаны с навязчивыми страхами. Навязчивые действия всегда вторичны, они являются как бы защитой от возможного несчастья.

Частым проявлением неодолимых влечений у детей является **онанизм**, или мастурбация. В подростковом возрасте онанизм может расцениваться как проявление саморегуляции половой функции. В соответствии с этим для патологической мастурбации характерны следующие признаки: начало до периода полового созревания; частота и систематичность мастурбационных актов; сочетание ее с другими патологическими формами удовлетворения половых потребностей; формирование ранней гетеросексуальной направленности.

Истинная мастурбация у маленьких детей встречается редко (до 9 лет - не более чем у 10% детей). С началом подросткового и особенно в юношеском возрасте мастурбация становится почти типичным явлением. У подростков, ранее прибегавших только к физическому онанизму, иногда возникает состояние психического онанизма, вплоть до появления оргазма в результате игры воображения.

Онанизм чаще всего возникает у детей, имеющих повышенную возбудимость, ограничение психомоторной активности и частое физическое наказание, принуждение к еде, психологическое влияние сверстников и взрослых (нахождение детей в одной постели со взрослыми, чрезмерные ласкания, качание на ноге и др., физические раздражения генитальной области (тугая одежда, воспаление, зуд), недостаток родительского тепла и др.

Педагог, заметивший ребенка за попытками онанизма, должен не ругать и стыдить ребенка при всех, а стараться поближе узнать его, уделить ему внимание, разобраться в причинах этого явления и не спешить сообщать родителям, так как дома ребенок может быть наказан физически. Если даже доверие ребенка к педагогу не изменит нежелательных действий, то необходимо рекомендовать родителям посещение врача совместно с ребенком.

Невроз навязчивых движений характеризуется появлением каких-либо излишних движений (или тиков): шмыгание носом, частое моргание, гримасничание, различные движения рукой, плечом и т. п. Они часто исчезают, когда ребенок находится один или увлечен игрой, чтением. Однако они вновь появляются и усиливаются при появлении людей, попытках отвечать на уроке и т. п.

В некоторых случаях навязчивые движения принимают характер защитных реакций. Дети говорят себе: "Если это я не сделаю, то случится что-то плохое". Эта форма невроза навязчивых состояний менее благоприятна. Такие неврозы долго не проходят и с трудом поддаются лечению.

Довольно частым проявлением невроза у детей является **ночное недержание мочи** (энурез). Он наблюдается у детей очень часто. Однако о невротическом энурезе следует говорить в тех случаях, когда ночное недержание возникло в результате психической травмы. Такое недержание мочи может вызвать вторичные невротические наслоения в результате переживания ребенком своего "дефекта", особенно если его стыдят, наказывают, упрекают. Ребенок становится раздражительным, робким, замыкается в себе, сторонится товарищей. В дальнейшем все это может привести к патологическому развитию личности. С возрастом, однако, энурез исчезает, как правило, и без лечения.

К частым проявлениям неврозов относится **логоневроз**, или заикание. Причинами невротического заикания чаще всего являются острые психические травмы (испуг, внезапные изменения привычного жизненного стереотипа - помещение ребенка в больницу и т. п.). Предрасполагающими условиями для возникновения заикания могут быть врожденные особенности нервно-психического развития, ослабление организма в результате различных заболеваний, ошибок воспитания, особенно перегрузки ребенка речевой информацией в сочетании с отсутствием внимания к его собственной речи и др. Важное место в возникновении невротического заикания принадлежит фактору подражания. В этих случаях заикание легко закрепляется по типу отрицательного условного рефлекса.

При невротическом заикании ребенок обнаруживает (сразу или через некоторое время) характерную реакцию на свой дефект. Эта реакция зависит от возраста, в котором наступает заикание, а также от особенностей его высшей нервной деятельности. Ребенок начинает избегать речевого общения, особенно с незнакомыми людьми. При попытках говорить у него усиливаются вегетативно-сосудистые нарушения и сопутствующие движения.

Характерным признаком невротического заикания является **логофобия (страх речи)**. Логофобия выражена в основном в школьном возрасте. Появление логофобии резко утяжеляет течение заикания, способствует невротическому развитию личности. Невротическое заикание обычно сопровождается и другими проявлениями в виде повышенной возбудимости, нарушений сна, иногда ночного недержания мочи, тиков и т. д.

К невротическим формам речевых расстройств относятся **мутизм и сурдомутизм**. Мутизм (немота) может возникнуть после острой, тяжелой психической травмы. В этих случаях он сочетается с другими невротическими расстройствами. Такое же происхождение может иметь и сурдомутизм (глухонемота). Чаще мутизм возникает как пассивная реакция протеста на неблагоприятные воздействия внешней среды. В этих случаях мутизм всегда имеет определенную избирательность и направленность. Ребенок не разговаривает с определенным человеком из-за чувства обиды на него, желая ему отомстить и т. д. Иногда ребенок перестает разговаривать только со взрослыми. Считается, что в основе такого мутизма лежит стремление ребенка освободиться от трудной для него ситуации.

Мутизм наблюдается преимущественно у детей дошкольного и младшего школьного возраста. У девочек мутизм возникает вдвое чаще, чем у мальчиков. Предрасполагающими факторами возникновения мутизма являются остаточные явления органического поражения центральной нервной системы, особенности личности ребенка.

Продолжительность мутизма может быть кратковременной (один-два дня) и затяжной (иногда до нескольких лет). В последнем случае необходимо обследование ребенка у детского психиатра. Мутизм может быть одним из первых признаков психических заболеваний (в частности, детской шизофрении), а также проявлением истерических реакций.

В лечении неврозов, помимо специальных методов, имеет большое значение создание охранительного режима, устранение психотравмирующей ситуации, оздоровление отношений в семье и классном коллективе. Дети с мутизмом нуждаются в бережном отношении. Нередки случаи, когда детей с мутизмом высмеивают, пугают, унижают. Могут вызвать к доске и не отпускать до тех пор, пока не заговорит. Все это только ожесточает ребенка, усугубляет его состояние.

Особенно нужно быть деликатным и осторожным в отношении детей слишком чувствительных, обидчивых, легкоранимых - в силу своих индивидуальных свойств они предрасположены к невротическим расстройствам и к реакциям протеста.

Исключить невроз можно, если в каждом школьном коллективе и в каждой семье люди будут щадить друг друга, будут разумно строить свои взаимоотношения.

Кроме того, важную роль в профилактике невротозов играет также исключение пьянства, так как подавляющее большинство детей становятся невротиками из-за скандалов и ссор, виновниками которых являются родители.

Очень важно стараться устранить психотравмирующие ситуации в школе, ибо различные психические отклонения приводят к выраженной в той или иной степени социальной дезадаптации. Педагог должен быть терпимым, понимающим и внимательным к своим ученикам, должен уважать в ребенке чувство собственного достоинства, не унижать его.

Психопатии не являются заболеваниями в собственном смысле этого слова. Психопатии - это неправильное, патологическое развитие, характеризующееся дисгармонией в волевой и эмоциональной сферах. Развитию психопатий могут способствовать врожденная или приобретенная в раннем детстве неполноценность центральной нервной системы и неблагоприятные психогенные ситуации и социальные воздействия. Особенно большое значение при этом имеют дефекты воспитания.

Таким образом, в развитии психопатий имеют значение как биологические, так и социальные факторы. Однако биологические факторы не имеют predetermined значения в развитии всех свойств и особенностей личности, они проявляют свое патологическое воздействие лишь на определенной социальной основе. Тяжесть и степень психопатического развития личности во многом будут зависеть от того, в каких условиях происходит ее развитие. При благоприятных микросоциальных условиях и правильном воспитании характерологические особенности ребенка могут не получить своего развития и устойчиво скомпенсироваться. Психопатии не имеют характера текущего болезненного процесса, они – результат неправильного воспитания.

При психопатиях нередко отмечается дисгармоничное развитие отдельных психических функций. Чаще психопатии проявляются в особенностях характера и поведения. Эти особенности мешают приспособиться к окружающей среде, они тотальны и определяют весь психический облик личности, отличаются большой стойкостью и малой обратимостью.

Тормозимые психопатии. Основными признаками тормозимых психопатий являются застенчивость, боязливость, робость. Такие лица не могут себя самоутвердить в обществе, так как их повышенная ранимость, мнительность, нерешительность в значительной степени препятствуют этому. Нередко уже небольшие изменения в жизненной ситуации могут приводить к невротическим срывам. Часто у них бывают выражены навязчивые сомнения, опасения, мудрствование. Им трудно принять какое-либо решение, иногда даже по несущественному вопросу. Это приводит к длительным бесплодным размышлениям. Повышенная мнительность приводит к тревожным переживаниям по незначительным поводам.

У школьников могут возникать трудности с обучением из-за боязни отвечать у доски, страха перед педагогом, появлением в классе новых лиц. Такие дети

с трудом вживаются в новый коллектив, тяжело переживают неуспехи, нередко замыкаются из-за пониженной потребности в общении, держатся в стороне от других детей, тяготятся жизнью в коллективе.

К тормозимым психопатиям относится и **шизоидная психопатия**.

Эти больные, как правило, тонко чувствующие, легкоранимые и одновременно эмоционально бедные натуры, "холодные аристократы", деспоты, нередко формально образцовые по поведению. У них доминируют три группы черт характера. С одной стороны, робость, нерешительность, аффективная холодность, с другой - обостренная чувствительность, возбудимость, нервность.

На третьем месте стоят такие черты, как повышенная внушаемость, податливость, благодушие. Особенности развития детей с шизоидной психопатией проявляются уже в дошкольном возрасте. У одних отмечается чрезвычайная впечатлительность, боязнь всего нового, другие - двигательно беспокойны, третьи - вялы и пассивны. Но, как правило, все они необщительны, отгорожены от своих сверстников, предпочитают общение со взрослыми, проявляют интерес к отвлеченным темам, склонны к резонерству.

В дошкольном возрасте отчетливо проявляется дисгармоничность в развитии: у них наряду с ускоренным умственным развитием отмечается недоразвитие моторики; они моторно неловки, неуклюжи. Отмечается своеобразное развитие эмоционально-волевой сферы: одни из них эмоционально холодны, другие чрезмерно привязаны к кому-либо. Вялость эмоций обнаруживается довольно рано. У этих детей нет потребности в активном общении с другими детьми, нет стремления к практической деятельности. Это в дальнейшем тормозит развитие их моторики. Такие дети непосредственные формы общения заменяют вопросами и рассуждениями на отвлеченные темы.

Аутизм и педантизм подростка с шизоидной психопатией сменяются холодной вычурностью, сентиментальностью юноши и превращаются в сухость взрослых.

"Возбудимые" психопатии. Характерными особенностями этой формы являются повышенная раздражительность, склонность к агрессии. Это нередко является причиной правонарушений и привлечения их к уголовной ответственности. Подобные особенности характера и поведения этих детей приводят к частым конфликтам с окружающими и служат причиной нарушения социальной адаптации: они трудны и порой нетерпимы в школе и семье.

Особенности развития таких детей проявляются с раннего возраста. Для них характерны двигательная расторможенность, немотивированная крикливость, беспокойный сон. В дошкольном возрасте у них выражены драчливость, неумение ладить с детьми, неуступчивость. Довольно рано, уже в дошкольном возрасте, проявляются повышенные примитивные влечения, упрямство, склонность к аффективным вспышкам. Важной особенностью такого ребенка является неумение ладить с коллективом, включаться в игру. Эти особенности характера и поведения

детей приводят к значительным затруднениям обучения в школе: они, как правило, не выполняют школьных заданий, не подчиняются учителям, вступают в конфликты с ними и с товарищами. Такие дети иногда убегают из дому, прогуливают занятия, нередко попадают под дурное влияние правонарушителей, использующих их в своих целях.

У детей с возбудимой психопатией, как правило, нет внутреннего отношения к ситуации, они не учитывают ее, отсутствуют дистантные отношения со взрослыми, они недостаточно осознают свои поступки и действия. Интеллектуальное развитие обычно не нарушено, но продуктивность обучения бывает невысокой из-за отсутствия сосредоточенности, неумения преодолевать препятствия, несобранности. Эмоции их поверхностны, поэтому у таких детей редко отмечаются длительные привязанности, они не переживают свои неудачи. Нетерпимость их к порядку, требовательности взрослых приводит часто к тому, что они делают не то, что от них требуют, а то, что они хотят, что приводит к конфликтам дома и в школе.

Истерическая психопатия. Основным проявлением истерической психопатии является эгоцентризм, т. е. стремление быть в центре общества, событий, обращать на себя внимание окружающих. Эти дети очень впечатлительны, субъективны и произвольны в оценке явлений действительности. Однако их впечатлительность касается главным образом объектов их повышенного внимания. Они представляют себя очень утонченными, художественными натурами, которым приходится общаться с грубыми, невежественными людьми. Часто психика их отличается инфантильностью, незрелостью. Для них характерен легкий переход от восторженности к нигилизму в оценке людей. Эмоционально очень подвижны, нередко бывают бурные проявления эмоций (истерики), очень внушаемы и самовнушаемы.

Дети с истероидными чертами характера эгоцентричны, постоянно стремятся быть в центре внимания, переживают, если на них не обращают внимания. Уже в дошкольном возрасте возникают трудности в поведении: они капризны, раздражительны, стремятся командовать сверстниками, склонны к истерическим реакциям – падают на пол, плачут, стучат ногами об пол, иногда бьются головой об стену, добиваясь своего. Весьма характерным является сочетание полноценного интеллекта с выраженным эгоцентризмом и инфантильным поведением. Эгоцентризм делает их чуждыми к переживаниям и трудностям близких, друзей, они сосредоточены на своих переживаниях и своих интересах.

Лечение детей с психопатическими чертами развития сводится в основном к коррекционно-педагогической работе с ними, которую следует начинать как можно раньше. Прежде всего, нужно рассказать родителям о необходимости создания нормального и спокойного микроклимата в семье. При обучении детей необходимо настойчиво приучать их к тщательному выполнению заданий, которые вначале должны быть облегченными, а потом постепенно усложняться. При работе с такими детьми следует проявлять максимум терпения и такта.

Большое значение имеет включение в воспитательные мероприятия таких видов работ, которые были бы направлены на выработку умения анализировать и правильно оценивать свои поступки и действия. Такие дети никогда не должны выходить из поля зрения педагога. При работе с ними крайне опасна педагогическая запущенность, так как она значительно затрудняет дальнейшую с ними работу.

Большое значение следует придавать всем видам труда, так как на занятиях по труду легче организовать детей, выявить и выработать у них интерес к определенной деятельности и этим увлечь их. Работа педагога должна строиться в тесном контакте с родителями, важно выработать единый к ним подход. Истерические черты характера нередко формируются у детей в семьях, где родители не только не противодействуют их капризам, но и потакают им. Нередко родители сами развивают у детей черты эгоцентризма, внушая им превосходство над другими детьми, рассуждая с посторонними о необычайной одаренности, душевной тонкости своих детей, во всем проявляя гиперопеку над ними. Педагогу следует убедить родителей отказаться от такой воспитательной тактики.

От психопатий нужно отличать психопатоподобные расстройства вследствие сотрясений мозга и многих других органических причин. Психопатии также нужно разграничивать и с патологическими формированиями характера, которые развиваются под влиянием хронических неврозов и грубых дефектов воспитания.

Однако, поставить правильный диагноз, разобраться в том, что же у ребенка психопатия, отдельные психопатические свойства характера, патологическое формирование личности или психопатоподобные расстройства - может только специалист (психоневролог, психиатр). Патологическое формирование характера чаще всего встречается в детском и подростковом возрасте или начинается в этот период.

Как пишет известный детский психиатр М.И.Буянов, основными вариантами патологического формирования характера являются следующие:

- патохарактерологическое формирование личности вследствие уродливого воспитания, пребывания в длительной психотравмирующей ситуации и т. д.;
- невротическое формирование характера как этап затянувшегося невроза;
- патологическое формирование характера вследствие обостренного переживания физических дефектов и уродств и связанных с ними ограниченных контактов, изоляцией от здоровых сверстников, чувства своей неполноценности и т.д.

Патологическое формирование характера называется еще и психогенным, так как оно возникает вследствие самых разнообразных психогенных воздействий: конфликтов, неправильного воспитания, психических потрясений и др. На формирование характера большое влияние оказывает родительская любовь: все ее излишества и крайности плохи, но особенно ужасны те последствия, когда родительской любви вообще не существует. Часто взрослые удивляются, откуда берутся дети и подростки с уродливым характером, когда они живут хорошо и родители вроде благополучные. Однако часто за этим благополучием лежит нелюбовь

к детям, невнимание к их духовному миру, невыполнение родительских обязанностей, нарушение межличностных отношений и пр.

Таким образом, чаще всего причиной патологического формирования характера являются дефекты воспитания.

Минимальная мозговая дисфункция (ММД) - сборная группа различных по причине, механизмам развития и клиническим проявлениям патологических состояний. Характерными ее признаками являются повышенная возбудимость, эмоциональная неустойчивость, диффузные легкие очаговые неврологические симптомы, умеренно выраженные сенсомоторные и речевые нарушения, расстройства восприятия, отвлекаемость, трудности поведения, недостаточная сформированность навыков интеллектуальной деятельности, трудности обучения. Минимальная мозговая дисфункция выявляется у 5-12% детей школьного возраста.

Причины и механизмы развития минимальной мозговой дисфункции остаются до конца не выясненными. Выдвигаются гипотезы о роли органического и генетического фактора, биохимической дисфункции, педагогической запущенности в происхождении данного синдрома.

Минимальная мозговая дисфункция чаще всего выявляется в школьном возрасте; ранние симптомы у некоторых детей можно обнаружить уже на первом году жизни. С первых недель жизни у детей, у которых в дальнейшем формируется ММД, присутствуют повышенная возбудимость и двигательное беспокойство. С первых же недель отмечается нарушение сна и снижение аппетита, наблюдается повышение мышечного тонуса. Все эти нарушения отличаются изменчивостью и непостоянством. У некоторых детей выявляется задержка темпа психомоторного развития в течение первого года жизни.

В возрасте от одного года до трех лет ведущими в клинической картине бывают повышенная возбудимость, двигательное беспокойство, нарушение аппетита, слабая прибавка, веса, расстройство сна. Дети плохо засыпают вечером, сон бывает поверхностным, дети часто просыпаются и при этом кричат. На втором году жизни у некоторых детей может быть выявлено отставание в речевом развитии. К трем годам становится выраженной моторная неловкость. Навыки самообслуживания развиваются с задержкой. Это сочетается с двигательной расторможенностью, отвлекаемостью, быстрой истощаемостью. Дети обычно не способны к двигательной игровой деятельности; они не умеют ограничивать свои желания, отличаются упрямством и негативизмом.

В дошкольном возрасте моторная неловкость остается выраженной и проявляется в трудностях овладения рисованием и письмом. Наблюдаются также нарушения концентрации внимания и восприятия. Отмечается недостаточная сформированность навыков интеллектуальной деятельности.

В школьном возрасте дети с ММД испытывают трудности в усвоении навыков письма, чтения и счета. Моторная неловкость сочетается с недостаточностью тонких дифференцированных движений пальцев рук и мимической мускулатуры.

Могут иметь место различные проявления задержки психического развития. Дети не обнаруживают готовности к обучению в школе. Они не всегда учитывают ситуацию. Им присущи наивность и непосредственность поведения. Наблюдается недоразвитие эмоционально-волевой сферы. Детям свойственны низкая работоспособность и склонность к двигательной расторможенности.

Дети испытывают затруднения в обучении главным образом из-за замедления темпа психической деятельности, нарушения памяти и внимания, излишней подвижности, недоразвития произвольной целенаправленной деятельности. Эти затруднения становятся особенно выраженными при увеличении объема и темпа предъявления нового материала. В отдельных случаях отмечаются проявления дислексии и дисграфии. Дети испытывают трудности при необходимости адаптироваться к новым условиям. При изменениях привычного жизненного стереотипа у них возникают состояния дезадаптации и невротические расстройства.

В периоды возрастных кризисов часто выявляются или усиливаются психопатологические нарушения. Степень выраженности указанных изменений крайне переменчива и колеблется от легких, труднодиагностируемых форм до стойких проявлений, требующих медико-педагогических воздействий. Клиническая симптоматика ММД видоизменяется в зависимости от этапа возрастного развития. У детей раннего возраста чаще обнаруживаются неврологические нарушения. В старшем возрасте ведущее место занимают расстройства поведения и специфические трудности обучения.

Практика показывает, что таким дошкольникам взрослые не всегда уделяют должное внимание. Отчасти это объясняется тем, что вся симптоматика становится явной с того момента, когда дети с малыми мозговыми поражениями начинают испытывать трудности в процессе обучения в школе. К этому времени симптомы легкой мозговой недостаточности утяжеляются за счет вторичных нарушений, обусловленных неправильным воспитанием и реакцией ребенка на свою несостоятельность.

К концу урока и на последних уроках нарушается концентрация внимания из-за наступающего истощения.

При двигательных расстройствах в виде нарушения тонкой моторики рук и координации движений делается акцент на развитие двигательных навыков и постепенное приобщение ребенка к участию в различных видах деятельности.

Дети, страдающие ММД, с нормальным интеллектом и отсутствием выраженного отставания в психическом развитии учатся, как правило, в массовой школе. Однако они требуют постоянной медико-педагогической коррекции. При выраженных речевых нарушениях дети должны быть помещены в речевую школу, где коррекция речевых нарушений является основным методом лечения.

В практике школьного обучения чаще всего приходится сталкиваться с пограничными состояниями указанных изменений. Можно говорить о микроструктурных изменениях, которые находятся на пороге функциональной дисфункции.

Это проявляется при первичном обследовании детей, поступающих в 1-й класс. Такие дети, как правило, допускают ошибки в пространственной ориентации, неправильно употребляют падежные окончания, неправильно ставят ударение. Отмечаются трудности объема восприятия как зрительной, так и слуховой сферы при сохранной речевой функции. Такие микронарушения в дальнейшем в процессе нарастания учебной информации приводят к снижению темпа работы с классом, к затруднениям усвоения математики, в обучении чтению и письму.

Наиболее типичными ошибками являются пропуск гласных, сокращение структуры слова, слитное написание предлогов и др. В дальнейшем, если отсутствует коррекционная работа, такие дети попадают в разряд отстающих. Они теряют положительный мотив к обучению, испытывают дискомфортность как в классе, так и дома.

Во 2-м и 3-м классах при резком увеличении учебной нагрузки дети часто отказываются выполнять домашние задания и самостоятельные работы. Если вовремя не скорректировать учебную деятельность таких учащихся, то они попадают в группу "трудных".

В школьном возрасте даже дети с компенсированными случаями ММД должны находиться под постоянным контролем с целью предупреждений возможных отклонений в поведении, которые могут привести к антисоциальным поступкам.

В особую группу следует выделить детей, требующих индивидуального подхода, - это **дети-левши**. Изучение частоты распределения леворукости среди здоровых детей и подростков Москвы позволило выделить довольно большой процент леворуких. Леворукость особенно часто встречается среди детей дошкольного и младшего школьного возраста (около 12%). К 14 -15 годам число леворуких снижается на 4-5%, а к 16-17 годам совпадает с величиной (3,4%), полученной при обследовании взрослых. Причем леворукость у мальчиков встречается значительно чаще, чем у девочек.

Сам процесс переучивания для леворукого ребенка связан с большими трудностями, которые особенно выражены в первый год обучения в школе, т. е. в период значительной нагрузки на двигательный анализатор при выполнении дифференцированных моторных навыков. В психике ребенка могут появиться ранее не свойственные ему особенности: повышенная утомляемость, снижение работоспособности, вялость, головные боли, ухудшение ночного сна, учащаются капризность, раздражительность, вспыльчивость. Отсутствие успехов и непонимание окружающих в школе могут привести к тому, что у переучиваемого леворукого школьника пропадает желание учиться. В ряде случаев переучивание приводит к развитию невротических расстройств. Одной из основных мер профилактики является отказ от насильственного переучивания леворуких детей и бережное отношение к ним ...

Астапов В.М. Педагогу о психическом здоровье учащихся. - М., 1991.- 40 с. - С. 8 - 27.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ УЧАЩИХСЯ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Для выявления отклонений в развитии личности ребенка с церебральным параличом необходим комплексный клинико-психолого-педагогический анализ ее особенностей. При этом необходимо не только обратить внимание на ярко выраженные признаки поведения ребенка, нарушающие процесс его адаптации к школе, но и учесть более тонкие особенности проявления его характера, темперамента, влечений, мышления, направленность его интересов, особенности деятельности и общения с окружающими. Необходимо тщательно проанализировать данные анамнеза, условия быта и воспитания ребенка в семье. Педагогу особенно важно отметить не только отрицательные черты, но, прежде всего, положительные особенности данной личности, на которые необходимо будет опереться в процессе проведения лечебно-педагогических мероприятий.

Среди видов аномального развития детей с церебральным параличом чаще всего встречаются дети с задержками развития по типу психического инфантилизма.

В основе психического инфантилизма лежит дисгармония созревания интеллектуальной и эмоционально-волевой сферы при незрелости последней. Психическое развитие при инфантилизме характеризуется неравномерностью созревания отдельных психических функций. Психический инфантилизм в отечественной литературе освещается как особый вид нарушения развития, в основе которого лежит незрелость поздно формирующихся мозговых систем (Т.А.Власова, М.С.Певзнер, 1973).

Выделяют простой (неосложненный) психический инфантилизм (В.В.Ковалев, 1973), к нему относят также гармонический инфантилизм (Г.Е.Сухарева, 1959). При этой форме психическая незрелость проявляется во всех сферах деятельности ребенка, однако преимущественно в эмоционально-волевой (М.С.Певзнер, 1982).

Наряду с неосложненной формой психического инфантилизма выделяют осложненные формы. Описано несколько вариантов проявления осложненного инфантилизма (М.С.Певзнер, 1974, 1982; В.В. Ковалев, 1973). Однако, как отмечает М.С. Певзнер, "при всех формах инфантилизма недоразвитие личности является ведущим и определяющим симптомом" (1982, с. 27).

Основным признаком психического инфантилизма считается недоразвитие высших форм волевой деятельности. В своих поступках дети руководствуются, в основном, эмоцией удовольствия, желанием настоящей минуты. Они эгоцентричны, не способны сочетать свои интересы с интересами других и подчиняться требованиям коллектива. В интеллектуальной деятельности также выражено пре-

обладание эмоций удовольствия, собственно интеллектуальные интересы развиты слабо: для этих детей характерны нарушения целенаправленной деятельности. Все эти особенности, по данным В.В.Ковалева (1973), составляют в совокупности феномен "школьной незрелости", выявляющийся на первом этапе школьного обучения.

Данные о развитии лобной коры и ее роли в организации сложных форм поведения и деятельности человека и особенности клинической картины при психическом инфантилизме дали основание М.С.Певзнер утверждать, что в основе психического инфантилизма лежит недоразвитие лобных и диэнцефально-лобных систем коры больших полушарий головного мозга. Поражение незрелого головного мозга при детском церебральном параличе приводит к тому, что корковые мозговые структуры, особенно поздно формирующиеся лобные отделы, созревают неравномерно и в замедленном темпе, что и служит причиной изменений личности по типу психического инфантилизма. Однако специфическим условием развития этого типа отклонений личности является неправильное воспитание, ограничение деятельности и общения, связанные с двигательной и речевой недостаточностью. Незрелость больных детей, преимущественно их эмоционально-волевой сферы, сохраняется нередко и в старшем школьном возрасте и препятствует их школьной, трудовой и социальной адаптации. Эта незрелость имеет дисгармоничный характер. Отмечаются случаи сочетания незрелости психики с чертами эгоцентризма, иногда со склонностью к резонерству; у отдельных детей эмоционально-волевая незрелость сочетается с ранними проявлениями сексуальности. Признаки незрелости эмоционально-волевой сферы у детей старшего школьного возраста, проявляющиеся в поведении, повышенном интересе к игровой деятельности, слабости волевого усилия, в целенаправленной интеллектуальной деятельности, повышенной внушаемости, имеют, однако, иную окраску, нежели у детей более раннего возраста. Вместо истинной живости и веселости здесь преобладает двигательная расторможенность, эмоциональная неустойчивость, наблюдаются бедность и однообразие игровой деятельности, легкая истощаемость, инертность. Отсутствует детская живость и непосредственность в проявлении эмоций.

Особенностью психического инфантилизма у наблюдаемых нами школьников с церебральным параличом было то, что он носил осложненный характер. Выделено три варианта осложненного психического инфантилизма у школьников с церебральным параличом. Первый, невропатический вариант осложненного инфантилизма представляет собой сочетание психического инфантилизма с проявлениями невропатии (В.В.Ковалев, 1973).

Для невропатии, или врожденной детской нервноности, характерна повышенная возбудимость и значительная неустойчивость вегетативных функций нервной системы. Дети с невропатией отличаются повышенной чувствительностью к различным раздражителям, эмоциональной возбудимостью, истощаемостью, часто -

заторможенностью в поведении, проявляющейся в виде пугливости, страха перед всем новым.

При невропатическом варианте психического инфантилизма дети с церебральным параличом отличаются сочетанием несамостоятельности, повышенной внушаемости с тормозимостью, пугливостью, неуверенностью в своих силах. Они обычно бывают чрезмерно привязаны к матери, с трудом адаптируются к новым условиям, долго привыкают к школе. В школе у многих из них наблюдаются случаи проявления повышенной робости, застенчивости, трусливости, отсутствие инициативы, низкий уровень мотивации, иногда при повышенной самооценке. Все эти особенности личности могут быть причиной нарушений адаптации к школе, вообще к социальному окружению в целом. У детей нередко возникают ситуационные конфликтные переживания в связи с неудовлетворением их стремления к лидерству, эгоцентризмом и неуверенностью в своих силах, повышенной тормозимостью и пугливостью. Не найдя признания у сверстников, некоторые из этих детей проявляют склонность к уходу в свой внутренний мир фантазии, у них развивается чувство одиночества. Все это приводит к еще большей дисгармонии в развитии свойств личности. При длительных неблагоприятных воздействиях окружающей среды тормозные варианты поведения могут стать привычными, что будет способствовать формированию характерологических отклонений тормозного типа.

"Аффект неадекватности" при невропатическом варианте психического инфантилизма проявляется в различных формах. Одной из форм являются реакции протеста, которые представляют собой преходящие расстройства поведения, возникающие на основе аффективных переживаний (переживания обиды, ущемленного самолюбия и т. д.). Для реакций протеста характерна определенная избирательность и направленность.

При невропатическом варианте психического инфантилизма у детей с церебральным параличом преобладают реакции пассивного протеста. Они проявляются в отказе от еды, от устного общения с определенными лицами (избирательный мутизм), в уходах из дома или из школы; иногда они проявляются в виде нарушений отдельных соматовегетативных функций: рвоты, энуреза (недержания мочи), энкопреза (недержания кала).

Значительно реже как результат пассивного протеста может возникать суицидальное поведение, которое проявляется либо только в мыслях и представлениях, либо в совершении суицидальной попытки. Несмотря на то что у детей с церебральным параличом при правильном их воспитании эти формы поведения встречаются чрезвычайно редко и проявляются в основном в мыслях и представлениях, педагогам и воспитателям важно знать, что суицидальные попытки как реакции пассивного протеста возникают в основном в препубертатном и пубертатном возрасте в результате острого переживания чувства обиды, недовольства окружающими и самим собой; поводом для возникновения суици-

дальнего поведения может быть незаслуженное наказание, унижительное замечание, получение плохой оценки, неразделенное первое чувство любви и т. д. Это поведение заранее не обдумывается, возникает внезапно, импульсивно, по механизму "короткого замыкания"; оно может быть достаточно неожиданным для окружающих. Наиболее частым проявлением пассивного протеста у учащихся с церебральным параличом может быть отказ от выполнения тех или иных требований учителя или воспитателя. При неправильном воспитании в семье - отказ от выполнения требований родителей.

Формой проявления "аффекта неадекватности" у учащихся с церебральным параличом могут быть также реакции отказа. Они проявляются в пассивности ребенка, в отказе его от обычных желаний и стремлений, нередко - в бездумном характере его ответов, в отсутствии стремления к контакту с окружающими. Ребенок остро переживает потерю перспективы и как бы отказывается от притязаний. Подобные реакции у детей с церебральным параличом могут возникать на ситуацию фрустрации. Состояние фрустрации - сложное состояние, которое возникает при встрече с трудностями, неудачами. С психологической стороны это расстройство планов, крушение надежд, проявляющиеся в растерянности, беспокойстве, ощущении беспомощности. Проявлением подобного рода состояния у учащихся с церебральным параличом могут быть общая пассивность, отказ от стремлений, от общения и т. д.

Закрепление вышеописанных форм поведения, проявляющихся в виде пассивного протеста, отказа, при неправильном воспитании способствует так называемому патохарактерологическому формированию личности тормозного типа. В отечественной психиатрии под патохарактерологическим формированием личности понимается психогенно обусловленное развитие личности в связи с действием длительное время психотравмирующей ситуации и неправильным воспитанием (В.В.Ковалев, 1979; и др.). При этом отдельные отрицательные черты характера закрепляются; из них складываются определенные сочетания, присущие тому или иному варианту патохарактерологического развития. Так, при тормозном варианте возникает сочетание таких черт характера, как неуверенность в себе, тормозимость, обидчивость, склонность к страхам. У детей с церебральным параличом этому в значительной степени способствует воспитание по типу гиперопеки, которое ведет к подавлению естественной активности ребенка, его стремления к самостоятельности; в результате у ребенка постепенно начинают закрепляться ощущение зависимости от взрослых, неуверенность в себе, пассивность, робость как устойчивые свойства личности.

У некоторых детей с церебральным параличом закрепление тормозных форм поведения носило компенсаторный характер. Это наблюдалось обычно при тяжелых двигательных и речевых нарушениях у детей с сохранным интеллектом. Тормозимостью, замедленностью реакций, отсутствием активности и инициативы дети как бы старались завуалировать свои речедвигательные дефекты. Владея раз-

вернутой фразовой речью, дети, маскируя тяжелые нарушения звукопроизношения, только односложно отвечали на задаваемые им вопросы, сами же их никогда не задавали, часто отказывались при этом выполнять доступные им двигательные задания. Подобные типы поведения чаще наблюдались у детей со спастической диплегией.

Второй вариант осложненного психического инфантилизма у школьников с церебральным параличом представляет собой сочетание психического инфантилизма с симптомами раздражительной слабости. Данный вид описан в литературе как цереброастенический вариант осложненного инфантилизма (В.В. Ковалев, 1973). Проявления эмоционально-волевой незрелости у этих детей сочетаются с повышенной эмоциональной возбудимостью, с нарушениями внимания, нередко и памяти, низкой работоспособностью. Поведение данных школьников отличается повышенной раздражительностью, несдержанностью; характерной для этих школьников является склонность к конфликтам с окружающими, сочетающаяся с чрезмерной психической утомляемостью, непереносимостью, психического напряжения. Трудности в обучении данных детей связаны не только с недоразвитием эмоционально-волевой сферы, но и с их повышенной психической утомляемостью, быстрым истощением активного внимания. Настроение у них крайне неустойчивое, иногда проявляется с оттенком недовольства, раздражения. Эти дети требуют к себе постоянного внимания, одобрения своих действий; в противном случае возникают вспышки недовольства, гнева, которые обычно заканчиваются слезами. У них наиболее часто наблюдаются аффективно-возбудимые формы поведения, однако в новой для них обстановке может, напротив, проявляться повышенная тормозимость.

У детей этой группы часто отмечаются неправильные взаимоотношения с коллективом сверстников, что неблагоприятно сказывается на дальнейшем развитии их личности. Особенностью школьного возраста является возникновение новой социальной потребности найти свое место в коллективе сверстников. Если эта потребность не реализуется, могут возникнуть различные эффективные реакции, проявляемые в форме обидчивости, озлобленности, замкнутости, иногда агрессивного поведения. Взаимоотношения детей в коллективе зависят от многих факторов, прежде всего от особенностей их характера, поведения, от прежнего опыта социального общения. В психологической литературе подчеркивается роль уровня притязаний и самооценки при формировании взаимоотношений детей в коллективе сверстников (Л.И.Божович, Л.С.Славина, 1976). Учитывая это, мы провели специальное изучение уровня притязаний и самооценки у 10 учащихся с церебральным параличом, у которых наблюдались цереброастенический вариант осложненного инфантилизма, аффективно-возбудимые формы поведения, нарушающие их взаимоотношения с коллективом сверстников.

Уровень притязания рассматривался нами как потребность индивида в удовлетворяющей его самооценке. Использовалась адаптированная к нашим услови-

ям проведения эксперимента методика исследования уровня притязаний, описанная Ж.М.Глоzman и Н.Г.Калита (1983): перед ребенком раскладывалось 12 карточек с номерами, порядок следования которых соответствовал возрастающей сложности неизвестных ребенку заданий. Использовались 4 вида карточек. I вид (12 карточек) - возрастающие по сложности двигательные задания (в ряде случаев наборы заданий составлялись индивидуально, с учетом особенностей и тяжести двигательного дефекта). II вид (12 карточек) - возрастающие по сложности речевые задания, требующие в основном четкости произношения (они также в ряде случаев подбирались индивидуально, с учетом тяжести нарушений звукопроизводительной стороны речи). III вид (12 карточек) - возрастающие по сложности математические задания. Анализировались первичный выбор карточки, последующие выборы с учетом выполненного или невыполненного задания, реакция на неуспех. IV вид задания несколько отличался от традиционного.

Был использован фрагмент методики Л.С.Славиной (1966), примененный ею при исследовании взаимоотношений ребенка в коллективе, в частности, при изучении уровня притязаний ребенка при выполнении им общественных обязанностей, начиная с рядового пионера или октябрёнка и кончая председателем совета отряда или командиром звездочки. Ребенок знакомился со всеми карточками и должен был выбрать карточку с названием общественного поручения, которое он хотел бы выполнять. В беседе выяснялось, почему именно это поручение ребенок хотел выполнять. Полученные данные соотносились с теми, которые были зафиксированы ранее при выполнении ребенком реальных общественных поручений.

Самооценка исследовалась по тем же параметрам, что и описанная выше оценка уровня притязаний: оценка тяжести двигательных, речевых нарушений, затруднений при решении задач и примеров, выполнение общественной работы. Сопоставлялись полученные данные при изучении уровня притязаний учащихся и их самооценки.

Анализ данных позволил выделить две группы детей. Первая группа (6 человек) характеризовалась адекватной, обычно невысокой самооценкой, низким уровнем притязаний. Эти дети удовлетворялись положением среднего ученика. Случаи аффективного поведения возникали у них вначале эпизодически, в связи с повышением предъявляемых к ним требований и невозможностью приспособиться к этим новым требованиям. Часто подобные случаи возникали при усугублении церебрастенического состояния после перенесенных длительных соматических заболеваний или при увеличении школьной нагрузки. У некоторых детей подобные случаи в поведении эпизодически наблюдались в подготовительном классе.

В семье и в специальном детском саду к детям с церебральным параличом предъявляются другие требования, чем в школе. В школе уровень этих требований намного возрастает, церебрастеническое состояние детей углубляется, и теперь они уже не могут приспособиться к новым условиям. Порицания учителя, воспитателя, выносимые в отношении медлительности, недостаточной сформированности навыков по самообслуживанию, "грязного" письма и т. д., травмируют

детей, вызывают у них отрицательное отношение к школе. Возникает конфликт между ставшей привычной самооценкой ребенка и оценкой его окружающими. В результате дети становятся упрямыми, раздражительными, плаксивыми, иногда агрессивными. Аффективное поведение связано здесь с тем, что предъявляемые требования окружающих начинают превышать возможности детей. Все это вместе взятое порождает атмосферу постоянного недовольства педагога и воспитателя ребенком, приводит к возникновению у последнего чувства неполноценности.

Нередко подобные формы поведения возникают у детей в III-IV классах, когда резко возрастает уровень требований, предъявляемых к ним, а возможности детей в силу специфики их заболевания остаются низкими. В первых классах дети справлялись со школьной программой и у них сложились определенная самооценка и уровень притязаний. По мере усложнения программы начинает выявляться несостоятельность ребенка, однако он никак не хочет и не может изменить свою самооценку, снизить уровень своих притязаний. Если дома его самооценка и уровень притязаний поддерживаются, то у него возникает мнение, что в школе к нему несправедливо относятся, что и без того усиливает его аффективное состояние. Такой ребенок обычно плохо ведет себя в школе и хорошо - дома.

Особенности формирования личности - следствие развития цереброастенического варианта осложненного инфантилизма с реакциями протеста и аффективно-возбудимыми формами поведения, которые возникают при возрастании требований, не соответствующих его психическим возможностям. В связи с этим проявления расстройства поведения ребенка усиливаются во вторую половину дня, когда цереброастенические нарушения резко возрастают.

Дома родители по-прежнему предъявляют мало требований к ребенку, чрезмерно его опекают, удовлетворяют все его желания, что поддерживает сформированную у него самооценку и уровень притязаний. Появляются и закрепляются реакции активного протеста, когда он стремится делать во что бы то ни стало, "назло" воспитателю. Возникает тенденция к закреплению неправильных форм поведения. Если подобные привычные формы поведения превращаются в черты характера, то вырастает так называемый трудный подросток, который не только становится эгоистом, упрямым, индивидуалистом, но и всячески отстаивает правомерность и нравственную ценность подобного поведения. Возникает постоянная фиксация внимания ребенка на себе, на своих переживаниях, успехах. Все это мешает таким детям устанавливать контакт с окружающими, не способствует развитию у них подлинного интереса к делам коллектива. У них формируется индивидуалистическая, а не общественная, коллективистическая направленность; постоянным мотивом их поведения становится стремление к достижению личного успеха. Понятно, что подобный тип развития личности будет в дальнейшем затруднять социальную адаптацию подростков.

Вторая группа детей (4 человека) характеризовалась повышенной самооценкой и высоким, не соответствующим их возможностям уровнем развития притязаний.

У этих детей уровень притязаний был сформирован не на основе учета их реальных успехов в какой-либо деятельности, а на основе неправильной, завышенной оценки их окружающими, чрезмерной любви родителей, снисходительного из-за болезни к ним отношения. Попадая в коллектив с более высокими объективно предъявляемыми к детям требованиями, они оказываются часто порицаемыми, что не может не вступать в противоречие с ощущением привычного благополучия. Стремясь сохранить привычную самооценку и уровень притязаний и не справляясь с предъявляемыми требованиями, дети "дают" различные варианты аффективного поведения. В нем сказывается протест на неудовлетворенную потребность в привычном отношении к ним окружающих. Этот протест проявляется в негативизме, озлобленности, конфликтах с детьми и взрослыми, в отходе от коллектива.

В повседневной жизни они стремятся во всем быть первыми, занять лидирующее положение в коллективе. Отсутствие возможностей для реализации их желаний приводит к возникновению отрицательного отношения к школе и к коллективу сверстников, к снижению эмоционального тонуса деятельности вообще.

Аффективные переживания усиливают цереброастенические проявления, что еще более увеличивает разрыв между реальными возможностями детей и предъявляемыми к ним требованиями; в результате возникает цепь неудач, которые приводят к возникновению новых конфликтов. Ребенок становится на путь отвержения неуспеха, обвиняя при этом в неудаче не себя, а окружающих. Ребенок делается застенчивым; у него возникает постоянное стремление как-то показать себя, своего рода защитные реакции.

У мальчиков это проявление случаев агрессивного или нарочито дурашливого поведения. Девочки начинают постепенно отказываться от решения тех задач, которые так или иначе грозят им неуспехом; они значительно снижают уровень своих притязаний, стремясь при этом во что бы то ни стало добиться успеха. Постепенно у них формируются и укрепляются черты неуверенности в своих силах, самооценка становится заниженной. Подобная динамика развития личности также неблагоприятно сказывается на их школьной и социальной адаптации.

Третий вариант осложненного психического инфантилизма у школьников с церебральным параличом относится к так называемому органическому инфантилизму, описанному отечественными психиатрами (Г.Е.Сухарева, 1965; С.С.Мнухин, 1968 и др.).

В основе органического инфантилизма - сочетание незрелости эмоционально-волевой сферы с нарушениями интеллектуальной деятельности, проявляющимися в виде инертности, тугоподвижности мышления, при наличии низкого уровня в развитии операции обобщения. Эти дети часто бывают двигательно расторможены, благодущны, у них грубо нарушена целенаправленная деятельность, снижен уровень критического анализа своих действий и поступков. Повышенная внушаемость сочетается у них с проявлениями упрямства, плохой переключо-

чаемостью внимания. Отмечаются у этих детей более выраженные, чем в ранее рассмотренных вариантах, случаи проявления нарушения внимания, памяти, снижения уровня работоспособности.

Проявления органического инфантилизма чаще наблюдались при атонически-астатической форме церебрального паралича, когда имеет место поражение или недоразвитие лобно-мозжечковых структур. Это связано с той ролью, которую играет лобная кора в развитии целенаправленной деятельности, мотивации, т. е. того уровня психического развития, который является необходимым для формирования так называемого ядра личности.

Эмоционально-волевые расстройства при органическом инфантилизме характеризуются большой дисгармонией. Наряду с чертами "детскости", повышенной внушаемостью, несамостоятельностью, наивностью суждений для этих детей характерными являются склонность к "расторжению" влечений, недостаточно высоко развитая критичность; элементы импульсивности сочетаются у них с проявлениями инертности.

Эти дети при клинико-психологическом обследовании в начале обучения показывают низкий уровень личностной готовности к обучению. Самооценка и уровень притязаний у них были неадекватно завышенными; отсутствовала и адекватная реакция на неуспех. При воздействии дополнительных неблагоприятных факторов окружающей среды у этих детей наблюдалось формирование склонности к развитию характерологических отклонений возбуждимого типа. Дети становились двигательно беспокойными, раздражительными, импульсивными, не способными адекватно учитывать ситуацию, были некритичны к себе и своему поведению. Подобные формы поведения имели тенденцию к закреплению.

Проведенное исследование показало, что процесс формирования личности детей с церебральным параличом связан как с ранним органическим поражением мозга, так и с особенностями их воспитания и окружения. Специфика детского церебрального паралича определяет некоторые особенности формирования личности. Прослеживается некоторая связь развития личности с тяжестью и характером двигательных нарушений. При более тяжелых формах заболевания, когда ребенок длительное время нуждается в уходе и помощи со стороны взрослых и у него бывают резко ограниченными социальные контакты, предметно-манипулятивная деятельность, отклонения в развитии личности по типу осложненного психического инфантилизма проявляются в более выраженной форме.

Специфика двигательного поражения, связанная с вовлечением в патологический процесс различных мозговых структур, также оказывает определенное влияние на особенности развития личности детей с церебральным параличом. Так, при спастической диплегии наиболее часто наблюдались проявления невропатической формы осложненного психического инфантилизма с преобладанием тормозимости, повышенной пугливости, неуверенности в своих силах. При осложненных формах спастической диплегии, когда пораженными бывают как

корковые отделы двигательного анализатора, так и подкорковые структуры, а также при гиперкинетической форме заболевания с преимущественными поражениями подкорковых мозговых структур преобладает цереброастеническая форма осложненного психического инфантилизма с различными проявлениями аффективного поведения.

Наши наблюдения показали, что в возникновении различных вариантов дисгармоничного развития личности детей с церебральным параличом ведущее значение имеют не биологические (тяжесть и локализация поражения мозга), а социальные факторы, включающие действие такого фактора, как воспитание, понимаемое в широком смысле. В частности, большое значение в формировании личности имеет то, как будет организована собственная деятельность детей и подростков, как будет проводиться работа по развитию адекватной самооценки и уровня притязаний ребенка, страдающего церебральным параличом. Бедность нравственного опыта детей с церебральным параличом задерживает формирование осознанности мотивов поведения, адекватной оценки последствий своих поступков, не способствует нравственному развитию школьников.

Рассмотренные выше данные показывают, какую огромную роль играет проведение воспитательных мероприятий в развитии гармоничной, высококонформной личности детей с церебральным параличом.

Хрестоматия. Дети с нарушениями в развитии /Сост. В.М.Астапов. – М., 1995. – 264 с. – С. 102 - 115.

Павлий Т.Н.

НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ И КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Развитие эмоциональной сферы детей с ЗПР рассматривается как приоритетная коррекционная задача. Описывается опыт организации изучения и коррекции эмоционального недоразвития детей с ЗПР дошкольного и младшего школьного возраста. Развитие эмоциональной сферы детей с ЗПР может рассматриваться как приоритетная коррекционная задача. Известно, что многие трудности школьной адаптации у этих детей обусловлены незрелостью их переживаний и своеобразием эмоциональной регуляции поведения. Многие из них имеют низкий или нестойкий интерес к различным видам деятельности, склонны к отказу от нее из-за неуверенности в собственных силах, при необходимости действовать самостоятельно и целенаправленно. Они своеобразно переживают ситуацию оценки их деятельности. Поверхностность привязанностей, легкая пресыщаемость, эмоциональная возбудимость и лабильность, частая смена настроений, проявления аф-

фекта приводят к сложностям в общении со сверстниками и взрослыми. Негативизм, боязнь, агрессивность не способствуют благоприятному развитию личности ребенка с ЗПР, поэтому каждый, кто занимается воспитанием и обучением такого ребенка, понимает, как важна своевременная коррекция его эмоциональной сферы.

В существующей системе подготовки детей с ЗПР к жизни определены условия воспитания и пути развития этой категории детей (Т.А.Власова, В.И.Лубовский, 1984; В.Ф.Мачихина, Н.А.Цыпина, 1987; К.С.Лебединская, 1982; С.Г.Шевченко, 1986, 1994, 1996, 1997; и др.). И все же практика показывает, что требуется отдельная, дополнительная разработка методов коррекции эмоциональной сферы детей с ЗПР. В этой статье мы расскажем о некотором опыте организации изучения и коррекции эмоционального недоразвития детей с ЗПР дошкольного и младшего школьного возраста.

Для исследования особенностей эмоциональной сферы этих детей мы использовали оценочный подход к системе эмоциональной организации поведения, разработанный О.С.Никольской, Е.Р.Баенской, М.М.Либлинг при изучении особенностей психического развития детей с аутизмом. Авторами было показано, что своеобразие в развитии структуры эмоциональной сферы детей может существенно влиять на особенности их сознания и поведения. Состояния дисфункции ее отдельных уровней меняют тип организации всей эмоциональной сферы и могут привести к развитию различных вариантов дезадаптации ребенка.

Создание системной модели эмоциональной организации поведения позволило разработать оригинальные и эффективные способы помощи аутичным детям в их социализации и психическом развитии. Предположение авторов о том, что данный подход может быть полезен и при изучении эмоциональных проблем детей с другими формами нарушения психического развития, побудило нас к попытке использовать разработанную модель в исследовании и коррекции эмоциональной сферы у детей с ЗПР.

Сначала необходимо решить, какие трудности в поведении ребенка обусловлены его эмоциональными особенностями. Для этого в первую очередь получают объективные данные о структуре эмоционального недоразвития при помощи проективной диагностической методики БЭО-тест (тест базальной эмоциональной организации, Т.Н.Павлий, 1997). Методика позволяет выявить своего рода профиль эмоционального недоразвития, установить, что, скорее всего, затрудняет адаптацию. Это могут быть: особенная чувствительность к интенсивности эмоционального контакта, дискомфорт из-за ошибочной оценки динамических изменений в окружающем; неадекватные переживания, возникающие при установлении стереотипных отношений с окружающей действительностью; незрелые переживания, регулирующие активность детей в освоении окружающего мира; особая чувствительность к эмоциональной оценке со стороны других людей.

Полученные объективные данные обязательно соотносятся со сведениями из анамнеза, из педагогических характеристик, с данными наблюдения за детьми в ситуации обследования и в естественных условиях их жизни.

Получить необходимую информацию бывает непросто. Педагогам и родителям нелегко научиться проявлять обостренное, тонкое внимание к ребенку, найти необычные подходы к объяснению его поведения. Вместе с тем новое видение внутренних проблем ребенка помогает взрослым измениться самим, стать более осторожными в требованиях к детям. Психологи, обозначая перед взрослыми критерии оценки поведения ребенка, помогают вспомнить необходимые факты из его жизни, провести точное наблюдение за ним. Помогает этому и специальная карта, в которой представлены характерные для эмоциональных дисфункций симптомы. Например, взрослым, которым необходимо оценить поведение ребенка, излишне переживающего из-за изменений интенсивности явлений окружающего мира, могут быть предложены такие критерии для наблюдения:

- чувствителен ли ребенок к резкой перемене силы голоса;
- не испытывает ли он дискомфорт при неожиданном, например с незнакомым человеком, зрительном контакте, труден ли для него длительный зрительный контакт с другими людьми;
- чувствителен ли он к качеству прикосновений, напрягается, отклоняется ли он, если кто-либо неожиданно сильно или резко притягивает его к себе, усаживает, передвигает;
- испытывает ли беспокойство, напряжение, если кто-либо резко меняет дистанцию во время общения (садится близко, касается коленями);
- капризничает ли при быстрой смене видов деятельности;
- не боится ли он находиться в пустых, слишком просторных помещениях, или боится маленьких, закрытых? и т.д.

Приведем пример заключения, составленного по сводным данным, полученным по описанной схеме.

Катя В., 7 лет, учащаяся 1 класса для детей с ЗПР.

На районной ПМПК был поставлен диагноз "задержка психического развития, последствия органического поражения ЦНС".

Девочка из полной семьи, поздний, долгожданный ребенок. Матери 45 лет, образование высшее, педагог, отцу - 48 лет, служащий. Девочка родилась от второй беременности, протекавшей с угрозой выкидыша. Роды в срок, патологические, у девочки в связи с родовой травмой была определена постнатальная энцефалопатия. Раннее развитие с задержкой формирования статических функций хождения, речи. В анамнезе имеется упоминание о болезненном формировании феномена тождества: отвергании новых видов пищи, жестком следовании усвоенному режиму, симбиотической связи с матерью.

При исследовании уровня психического развития была выявлена очень низкая работоспособность, суженный объем восприятия, пониженная способность к

обобщению, недостатки звукопроизношения и грамматического строя речи при достаточной способности к принятию помощи при усвоении новых способов действия.

По сведениям родителей, ребенок долго адаптировался к детскому саду, девочка была осторожна в эмоциональном контакте с незнакомыми людьми, в новой группе детей долго играла одна. Постоянно жаловалась на недомогание, не переносила малейшей боли, быстро уставала. Испытывала страх темноты, одиночества, незнакомых обстоятельств и людей.

Позже мы установили, что она с трудом привыкала к новому режиму в школе, капризы учащались при его изменении. Не любила новых игр, не проявляла любопытства, стремлений к новым впечатлениям, капризничала при переключении на новый вид деятельности, например, когда нужно было в течение дня идти на новые занятия (к дефектологу, психологу, на музыкальное занятие).

При этом в ее поведении всегда отмечалась острая потребность во внимании, поддержке, стимуляции, в стенических эмоциональных проявлениях других людей. Иногда она использовала способность других людей к сопереживанию с целью заставить их исполнять ее желания, комфортно чувствовала себя только в кругу хорошо знакомых и тех, кто всегда жалел ее. Отмечалась особая изнеженность, чрезмерная чувствительность к отрицательным впечатлениям, например, к порицанию ее поведения, высказанному в строгой манере, и т. д.

По данным методики БЭО-тест, у девочки выявлены повышенная чувствительность к оценке качества сенсорных впечатлений, нарушение механизмов оценки качества в сторону свержизбирательности, преобладание отрицательных переживаний по поводу физического дискомфорта.

Знание о таких индивидуальных особенностях эмоциональной регуляции поведения ребенка позволяет педагогам и родителям по-другому расценивать его неуверенность и капризы, помочь ему обрести силы, активность в затруднительных ситуациях, проявить необходимые участие и твердость.

Подобный анализ данных, основанных на системном уровне подходе к эмоциональной организации поведения, позволяет более глубоко представить причины и характер эмоциональной незрелости детей с ЗПР, использовать в работе новые эффективные средства коррекционного воздействия, предупреждать проблемы дезадаптации ребенка в условиях обучения.

Мы видим, что сходные проявления нарушений поведения у детей (негативизм, уход от совместной деятельности, неуверенность, ограниченность и избирательность в контактах) могут быть обусловлены различными причинами.

У одних эти проблемы могут появиться в связи с тем, что они вынужденно будут находиться среди большого количества детей, которые шумно и быстро передвигаются, кричат, могут толкнуть, наскочить. Такие дети проявят осторожность в оценке дистанции общения. Нам удавалось замечать, как некоторые из них напрягаются или вздрагивают, на лице появляется эмоция недовольствия,

если учитель неожиданно подходит к ним или неожиданно повышает голос, желая привлечь внимание. Привыкая к новым условиям, они чувствуют явный дискомфорт при тактильном и зрительном контактах с незнакомыми людьми. Можно было заметить, как их тяготит такая ситуация общения, как они быстро устают, начинают капризничать, отказываться от деятельности, если им приходится на занятии или во время первичного обследования сидеть слишком близко или смотреть на сверстников и взрослых в процессе общения, прикасаться к ним. Они могут отодвинуть стул, сесть отдельно.

Таким детям легче адаптироваться, если они не подвергаются чрезмерным воздействиям со стороны гиперактивных детей, когда их осторожно приучают к работе в группе, когда взрослые следят за интенсивностью собственных проявлений экспрессии (силой голоса, характером передвижений, длительностью зрительного контакта, характером прикосновений, дистанцией в общении).

Важно, чтобы никто преждевременно не вовлекал такого ребенка в коллективные игры, не требовал активности на занятиях, обязательно подготавливал его к музыкальным и физкультурным занятиям, где будет шумно, где другие дети будут непривычно возбуждены, подвижны. Не стоит переживать и в связи с некоторой избирательностью в общении таких детей.

Другие дети испытывают трудности в адаптации из-за чувствительности к переменам, к переключению на новые виды деятельности. Им сложно привыкнуть к новому режиму в школе или детском саду. Они с нежеланием идут в новый класс, подолгу вспоминают либо детский сад, либо старую школу. Эти дети проявляют избирательность в общении, стремятся к тактильному или зрительному контакту только с хорошо знакомыми взрослыми и сверстниками. В целом они не склонны к сотрудничеству, чаще всего замкнуты или чрезмерно привязываются к взрослым, которые жалеют их.

Детям свойственна боязнь новых, неожиданных впечатлений, которые неизбежно появляются в их жизни в связи с переменой условий обучения. На предложение пойти на новое место прогулки, поиграть в новую игру, познакомиться с новым преподавателем, выполнить новое задание или упражнение они чаще всего отвечают отказом. Из-за такого рода переживаний у некоторых из них обостряются существовавшие ранее страхи (страхи темноты, одиночества, высоты). Находясь в обстоятельствах нестабильности, они жалуются на головную боль, недомогание, усталость, у них наблюдается пониженное настроение, раздражительность. Они испытывают чрезмерную потребность во внимании, одобрении.

Некоторые проявляют агрессию, которая чаще всего возникает при смене привычных обстоятельств, например, при появлении новых учителей, при смене привычных требований в организации деятельности на занятиях или при изменении режима.

А другие своеобразно реагируют на наказание: начинают либо раскачиваться, либо напевать. Такой способ реагирования может расцениваться как гиперком-

пенсация в травмирующей ситуации. Детям сложно заглушить неприятные, угрожающие впечатления, поэтому они прибегают к аутостимулирующим действиям, доступным для их индивидуальной эмоциональной организации.

Для этих же детей характерна особая чувствительность к ритмическим воздействиям, потребность в ритмических действиях, любовь к музыке. Они с удовольствием занимаются на музыкальных занятиях, быстро осваивают танцевальные движения. Быстро успокаиваются, приобретают ровное настроение, радуются, когда выполняют действия, связанные с ритмом, например, при составлении симметричного орнамента, равномерном закрашивании красками листа бумаги, вышивании, раскладывании предметов по ячейкам, пересчитывании друг друга при помощи считалки и т. д.

У третьей группы детей негативизм чаще проявляется из-за неумения переживать даже малейшую неудачу, считаться с желаниями и реакцией партнера по игре; они испытывают страх, боязнь в тех случаях, когда от них требуют самостоятельности, активности, решительности. У них понижается настроение, если им приходится действовать в новой, незнакомой ситуации. Начинают капризничать, отказываться от деятельности, теряют цель, если им необходимо самостоятельно преодолевать какие-либо препятствия. Отказываются продолжать работу, если от них требуют что-либо переделать, исправить. Такие дети не готовы идти навстречу трудностям, переживать удовлетворение от преодоления каких бы то ни было препятствий. Их значительно фрустрирует сама ситуация оценки. Часто бывает так, что дети, не готовые пережить эмоциональную оценку взрослых, уничтожают результаты своей деятельности, например, разрывают поделки на уроках труда после окончания работы, когда учитель хвалит и выбирает лучшие работы. Обиды, раздражение возникают, если сверстники просто не слушают их, не уступают им и не соглашаются с ними.

Особые проблемы у детей этой группы могут проявиться в ситуации контакта, в своеобразном эмоциональном заражении или привлечении к себе внимания любым, даже неприемлемым путем. Для них важны сильные, выраженные аффективные проявления других людей, причем любые по знаку. Это может быть и отрицательное проявление (например, крик, гнев взрослого), но не само эмоциональное взаимодействие. Необходимость в аффективном заражении у таких детей вызвана тем, что потребность в новых впечатлениях у них гипертрофирована, только агрессия других людей как сильный раздражитель может удовлетворить ее. Это заражение легко возникает, когда взрослый намеревается наказать ребенка. Часто общение детей данной группы обуславливается потребностью в постоянной драматизации отношений с другими людьми, конфронтации с ними. Неадекватное переживание собственной значимости, исключительности приводит к закреплению неприемлемых форм удовлетворения потребности: когда ребенку кажется, что другим уделяется больше внимания или другие забирают внимание, предназначенное ему, у ребенка возникает агрессивное поведение. Дети исполь-

зуют все, чтобы поставить себя в центр ситуации, привлечь внимание. Педагогу бывает сложно согласиться с тем, что такого ребенка действительно необходимо хвалить, ему непросто обнаружить в самом проблемном ребенке достоинства. Вместе с тем это не так. Всегда необходимо обнаружить истинный смысл в стремлениях ребенка, придать ситуации положительный характер. Например, однажды мы хвалили такого беспокойного ребенка за то, что он повадился носить в школу острые опасные предметы, рассчитывая устроить переполох в классе. Один раз это был шприц, который мы потом использовали в качестве необычной лейки для цветов, образующей на листьях красивые капли-росинки. Хозяин "лейки" был в центре внимания и с важностью давал всем попользоваться ею. В другой раз вязальная спица была своевременно превращена в незаменимое учебное пособие для изучения темы "Отрезок". В конце концов, ребенка можно отметить за то, что он самый быстрый, за то, что смог однажды сдержаться и не выкрикнуть, подождать или уступить тем, кто "любит хорошенько подумать".

Организуя взаимодействие с такими детьми, необходимо помнить о несовершенстве у них определенных механизмов переживания. Нельзя допускать формирования у них агрессивного контакта, способствовать закреплению этой своеобразной формы аутогестимуляции. Нужно всегда помнить об особой потребности этих детей в признании, внимании, не забывать об их уязвимости при оценивании их возможностей.

Ниже представлена характеристика ребенка, имеющего перечисленные проблемы.

Саша Г., 9 лет, учащийся 2 класса для детей с ЗПР.

Районной ПМПК был установлен диагноз: "задержка психического развития органического генеза".

Мальчик из двойни, мать одна воспитывает детей. По характеру неуравновешенная, инфантильна; работает няней в детском саду. Дети родились от первой беременности, во время которой мать порвала с мужем и уехала в город. Мальчик родился первым, с большим весом, чем сестра, в развитии опережал ее, был активнее. До трех лет болел часто ОРВИ, страдал ночным энурезом. Был беспокойным, часто падал, травмировался. В интеллектуальном развитии у брата с сестрой имелись значительные различия: девочке после первого года обучения в массовой школе был поставлен диагноз "олигофрения в степени дебильности", рекомендовано обучение во вспомогательной школе; брат не имел такого значительного снижения уровня умственного развития. У него были выявлены узкий запас представлений об окружающем, недоразвитие фонематического слуха, нецеленаправленность мыслительной деятельности, преобладание эмоциональной мотивации в деятельности, значительное недоразвитие тонкой моторики при сравнительно неплохой способности устанавливать причинно-следственные связи в сюжете со скрытым смыслом и способности принимать помощь. В условиях обучения в классе для детей с ЗПР сравнительно неплохо справлялся с программой.

У мальчика наблюдались тяжелая, долгая адаптация, отказ при неудаче, бурный аффект в случаях, когда взрослые пытались успокаивать, подбадривать. Всегда острая реакция на любого рода оценку со стороны окружающих. Потребность в постоянной и значительной стимуляции, негативизм, упрямство, агрессия по отношению к близким, склонность к воровству.

По словам матери, всегда тяжело переносил сравнение с сестрой, не любил, когда мать проявляла к ней нежность, жалела ее в его присутствии, в этих случаях мальчик часто начинал "искать" подтверждения любви к нему: стремился к тактильному контакту, старался занять мать разговорами с ним. Иногда это принимало агрессивные формы: он начинал делать все назло, капризничать, искать повод для ссоры с сестрой, чтобы потом ее обидеть, ударить.

Отмечены были вербальные агрессивные фантазии у ребенка: он начинал пугать мать разговорами об уходе из дому, рассказывать о тех несчастьях, которые могли бы произойти с ним. Родителей и учителей в школе очень беспокоили влечения мальчика к опасным, острым ощущениям. Так, в 8 лет он перебрался по балкону к соседской девочке на высоте 7-го этажа, в 7 лет забрался по пожарной лестнице на высоту девятиэтажного дома. Взрослые часто отбирали у него перочинный нож, с которым он любил ходить и пугать им детей. Наблюдения за тем, как у ребенка возникали конфликты со сверстниками, показали, что чаще всего они были спровоцированы самим ребенком, он как бы постоянно стремился вызвать у других интенсивную, чаще всего отрицательную, аффективную реакцию, после чего успокаивался, смеялся, не проявляя ни к кому сочувствия.

Воровал мальчик у тети, которая очень любила его и к которой Саша также испытывал привязанность. После обнаружения пропажи мальчику не разрешили больше приходить к тете домой, перестали с ним общаться. И, тем не менее, несмотря на наказание, кража повторилась, как только ему простили первый проступок.

По нашему мнению, в данном случае произошла фиксация интенсивной негативной реакции взрослых на поведение мальчика, сработал так называемый механизм качелей, который должен был вернуть ребенку положительные впечатления от преодоления опасной ситуации. Однако неразвитый механизм преобразования отрицательных впечатлений в положительные превратил в данном случае агрессию в своеобразную форму аутоstimуляции. Этим же объясняется и агрессивное отношение к близким.

По данным методики БЭО-тест, у данного ребенка выявлены следующие тенденции: потребность во внимании других ради подтверждения собственной исключительности, конфликтность, достижение состояния комфорта при воздействии значительных по интенсивности и отрицательных по качеству впечатлений.

Дети другой, четвертой группы сложно адаптируются из-за трудностей ориентировки в эмоциональной оценке другого человека, без постоянной стиму-

лирующей помощи взрослого, его похвалы, поощрения. Для детей этой группы характерны уменьшение активности в общении, пониженный фон настроения, особая чувствительность к взгляду и прикосновениям, особая ранимость во взаимодействии с людьми, стремление к привычному кругу общения. Эти дети, будучи сверххранимыми, ищут поддержки, похвалы, одобрения со стороны взрослых. Будучи неуверенными в правильности собственной деятельности, они постоянно обращаются за помощью к взрослым, требуют присутствия родителей или воспитателей во время обследования. Им нужно время для того, чтобы адаптироваться к ситуации обследования, обязательное присутствие родителей, чтобы постоянно ориентироваться на их реакцию при оценке собственной деятельности. Не доверяя собственной деятельности, они в случаях затруднения прекращают работу и не возобновляют ее без помощи близкого взрослого. Незначительные изменения в поведении незнакомого экспериментатора настораживают их, вызывают растерянность, они начинают волноваться, капризничать, отказываться от работы, проситься домой.

Наши наблюдения показали, что у детей постоянно проявляется потребность в эмоциональном сопереживании со стороны близкого человека, они нуждаются в постоянном эмоциональном соучастии матери или близкого им человека, у них чрезмерно развита потребность в положительной оценке: "хороший, делаешь как надо, поступаешь правильно". Если же подобное подкрепление отсутствует, то у ребенка снижается активность, он становится тревожным, ошибается в оценке собственных возможностей. Отсюда становится понятной особая внушаемость детей с ЗПР этой категории, способность легко сменить собственную оценку под влиянием других.

Неблагоприятный, ошибочный опыт социального взаимодействия не приносит ничего хорошего, в памяти остаются отрицательные впечатления о таком взаимодействии, или же в ней сохраняются только формы негативного контакта. Этим обстоятельством мы объясняем нежелание детей данной категории поддерживать взаимодействие со взрослыми, их низкую способность к подражанию, имитации поведения, "затруднения в формировании произвольного поведения. По-настоящему помочь таким детям можно, если специально развивать у них способность к дифференциации эмоционального состояния других людей, открыто и определенно выражать отношение к ним, к другим людям, точно описывать для них свои эмоциональные состояния.

Знание индивидуальных особенностей эмоциональной организации детей с ЗПР может помочь предупредить негативные тенденции в поведении ребенка уже с первых дней посещения им школы. Педагоги, используя их, могут правильно наладить эмоциональный контакт с ребенком, помочь ему освоиться в нелегких для него условиях обучения. Вместе с тем, чтобы компенсировать эмоциональное недоразвитие детей данной категории, одной профилактики недостаточно. Незрелые механизмы эмоциональной регуляции поведения необходимо развивать так

же, как, предположим, и формы интеллектуальной деятельности. Дети, имеющие недостаточный и неадекватный опыт эмоционального реагирования, должны в результате такого научения приобрести новые жизненные смыслы, быть активными и самостоятельными в познании окружающей действительности. Для этого требуется особая реализация эмоциональной жизни детей с ЗПР, которая, хотя и потребует от взрослых немалых усилий, все же не так и сложна для воплощения. Любое общение с ребенком, будь то урок или прогулка, может быть использовано заинтересованным взрослым в целях коррекции. Нам удалось убедиться в этом в своей практике, и мы готовы в дальнейшем поделиться опытом по организации эмоциональной жизни детей с ЗПР в условиях образовательного учреждения.

Павлий Т. Н. Некоторые подходы к изучению и коррекции эмоциональной сферы детей с задержкой психического развития // Школьный психолог.- 1999. - № 31. – С. 6.

Додаток 3

ЗАГАЛЬНА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИТИНИ З ВІДХИЛЕННЯМИ В РОЗВИТКУ

(План складено на основі програми, запропонованої С. Д. Забрамною)

I. Загальні відомості про дитину

Прізвище _____

Ім'я _____

Дата народження _____

Дата вступу до цієї навчальної установи _____

Навчальна установа, яку дитина відвідувала до цього _____

Особливості раннього розвитку дитини _____

II. Родина

ПІБ батьків, місце роботи _____

Інші члени родини _____

Матеріальні умови життя _____

Ставлення членів родини до дитини _____

III. Фізичний стан дитини

Відхилення у фізичному розвитку _____

Особливості фізичного розвитку (зріст, вага тіла, особливості постави тощо) _____

Розлади рухів _____

Стомлюваність під час фізичних навантажень _____

Чи витримує навантаження, передбачені режимом цього навчального закладу _____

IV. Особливості пізнавальних процесів

Стан органів чуття: _____

Особливості мовлення _____

(володіє зв'язним мовленням чи висловлюється окремими словами; дефекти вимови та їхній характер; розуміння усного мовлення; запас слів; сформованість граматичного ладу мови; чи вміє давати повні відповіді на запитання і зв'язно розповідати; розуміння письмової мови) Особливості уваги _____

(чи легко привертається увага; концентрація уваги; здатність розподіляти увагу; здатність переключатися з одного виду діяльності на іншій) Особливості сприйняття й осмислення сприйманого _____

(чи розуміє навколишню дійсність, чи співвідносить реальні предмети та їхні зображення на картинках; чи розуміє зміст картин; чи вловлює головне в сприйманому; чи вміє порівнювати предмети й визначати ознаки подібності й відмінності; чи вміє класифікувати предмети й робити прості узагальнення; чи здатна самостійно зрозуміти зміст прослуханого тексту; чи встановлює причиново-наслідкові зв'язки) Особливості пам'яті _____

(як запам'ятовує; переважний вид пам'яті (зорова, слухона, моторна, "змішана"); швидкість запам'ятовування, чи надовго запам'ятовує (міцність запам'ятовування); що краще запам'ятовує: цифри, факти, описи; особливості процесу пригадування)

V. Особливості засвоєння навчального матеріалу

Ставлення до окремих навчальних предметів _____

Чи має уявлення про просторові характеристики предметів (довжину, висоту, форму) _____

Чи знає літери, цифри (чи вміє читати, писати, рахувати) _____

Чи вміє переказувати прослухане (прочитане) _____

Розвиток навичок ручної праці, малювання, самообслуговування _____

Труднощі в оволодінні новим матеріалом _____

VI. Інтереси дитини _____

VII. Емоційно-вольова сфера

Переважний настрій дитини _____

Чи відзначається (підкреслити): збудливість, загальмованість, невірноваженість, спокій Реакція на те, що відбувається навколо _____

Чи властиві дитині почуття (підкреслити): страху, подиву, захвату, жалю Здатність до вольового зусилля під час занять, у поводженні _____

Чи вміє стримувати себе від недозволених дій _____

VIII. Особливості особистості

Дотримання правил поведінки _____

Як проявляє себе в навчальній, трудовій та ігровій видах діяльності _____

Моральні якості: ставлення до рідних, близьких, товаришів _____

Взаємини з дорослими, з іншими дітьми _____
Прояви почуття прихильності, любові, доброго ставлення до інших _____
"Руйнівні" нахили, схильність до бродяжництва, агресії та ін. _____
Рекомендації щодо роботи з дитиною _____

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КЛАСУ,
У ЯКОМУ НАВЧАЮТЬСЯ ДІТИ З ВІДХИЛЕННЯМИ В РОЗВИТКУ
(Складено на основі схеми І. М. Бгажнокової)**

1. Відомості про склад класу

Кількість учнів _____ хлопчиків _____ дівчаток _____

Характеристика груп учнів за рівнем пізнавальних (мовленнєвих, рухових) можливостей _____

Кількість учнів із відхиленнями в розвитку та їх стисла характеристика _____

Стисла характеристика активу класу, зміст виконуваних доручень _____

2. Взаємини всередині класу

Характер взаємин між учнями (зацікавленість у спільних справах, байдужість, роз'єднаність) _____

Наявність лідерів (чим вона визначається і як впливає на дитячий колектив) _____

Суспільні справи класу, їх виконання учнями (самостійне, під контролем, за допомогою вчителя) _____

Ставлення колективу до дітей із розладами в поведженні, особистісними або вираженими вадами фізичного розвитку _____

Характер зв'язків між учнями (авторитарні, рівноправні, за наслідуванням, нестійкі) _____

Роль суспільної думки й форми її прояву (осуд, схвалення, критика, відсутність адекватної оцінки) _____

Організованість колективу (уміння підкорятися вимогам активу класу й дорослих) _____

3. Характер зв'язку класного колективу із загальношкільним

Характер зв'язків з інтими класами (допомога, спільні справи, змагання) _____

Участь у загальношкільних спортивно-масових заходах, святах та ін.

АНКЕТИ ДЛЯ ДІТЕЙ ІЗ РОЗЛАДАМИ В ПОВОДЖЕННІ

►► Анкета "Шкідливі звички"

1. Твоя стать _____
2. Скільки тобі років _____
3. Із ким ти постійно проживаєш _____
4. Як ти навчаєшся? (Підкресли):
 - переважно на "12";
 - на "10"-"12";
 - переважно на "8";
 - на "6"-"8";
 - учуся на "5"-"4", часто отримую "3";
 - на "1"-"3".
5. Чи вважаєш ти, що сьогодні серед твоїх ровесників існує мода на (познач варіанти відповідей, які тобі підходять):
 - "крутий" одяг;
 - відвідування дискотек, нічних клубів;
 - ролики;
 - тютюнопаління;
 - читання художньої літератури;
 - уміння працювати на комп'ютері;
 - уживання алкоголю;
 - заняття спортом;
 - уживання наркотиків;
 - татуювання; сексуальний досвід;
 - інше _____
6. Чи виникали в тебе цього року ситуації, коли тобі пропонували запалити сигарету? _____
7. Як ти зазвичай поводишся, коли тобі пропонували сигарети? _____
8. Скільки разів у житті ти палив(ла) сигарети? _____
9. Скільки тобі було років, коли ти вперше спробував(ла) запалити? _____

10. Хто із членів твоєї родини палить? _____
11. Чи вживав(ла) ти коли-небудь алкогольні напої, такі, як пиво, вино, горілка, коньяк тощо? _____
12. Згадай останні 30 днів. Скільки разів (якщо таке було) ти вживав будь-який з алкогольних напоїв? _____
13. Чи доводилося тобі чути про такі наркотики: х транквілізатори або седативні засоби;
 - марихуана або гатиш;
 - ЛСД;

- амфетаміни;
- кокаїн;
- героїн;
- екстазі;
- галюциногеїші гриби?

14. Чи вживав(ла) ти коли-небудь якісь наркотики? _____

15. Як ти вважаєш, що таке шкідливі звички? _____

16. Назви, будь ласка, які в тебе є корисні звички _____

17. Назви, будь ласка, які в тебе є шкідливі звички _____

18. З якими з наведених тверджень ти згоден(на)? Познач один варіант відповіді в кожному рядку: згоден(на); не згоден(па); важко відповісти.

1) Той, хто постійно палить, частіше хворіє _____

2) Тютюнопаління допомагає краще переносити неприємності _____

3) Про шкоду паління говорять більше, ніж вона є насправді _____

4) Звички палити легко позбутися, було б бажання _____

5) Паління ослаблює відчуття смаку і нюху _____

6) Паління погіршує пам'ять _____

7) Є шкідливі сигарети _____

8) Від паління завжди можна отримати задоволення _____

9) Паління стимулює утворення й розвиток злоякісних пухлин _____

10) Паління спричиняє передчасне старіння організму _____

11) Курці менше втомлюються під час спортивних тренувань, уроків фізкультури _____

12) Люди, які палять, зазвичай живуть стільки ж, скільки й ті, хто не палить _____

19. З якими з наведених тверджень, про вживання алкоголю ти згоден(на)? Познач один варіант відповіді в кожному рядку: згоден(па); не згоден(на); важко відповісти.

1.) Алкоголь корисний, оскільки підвищує апетит _____

2) Алкоголь небезпечний для підлітків лише у великих дозах _____

3) Уживання алкоголю підвищує агресію, схильність до правопорушень, злочинів _____

4) Підліток, який вживає алкоголь, справді виглядає дорослим _____

5) Алкоголь допомагає підтримати добрий настрій, забути про власні проблеми _____

6) Алкоголь, тютюн і наркотики посилюють згубну дію один одного _____

7) Алкоголізм – де тяжка хвороба, що спричиняє глибокий розлад усіх органів і систем. _____

8) У стані алкогольного сп'яніння розладнується мовлення, координація

9) Якісними алкогольними напоями, незалежно від кількості їх уживання, не можна отруїтися _____

10) Невеликі дози алкоголю не впливають на стан здоров'я вагітних жінок та їхніх майбутніх дітей _____

11) Незначна доза алкоголю може призвести до зупинки дихання підлітка _____

12) Алкоголь вражає в підлітків лише центральну нервову систему _____

20. З якими з наведених тверджень про вживання наркотиків ти згоден(на)? Познач один варіант відповіді в коленому рядку: згоден(на); не згоден(па); важко відповісти.

1) Наркотики сприяють психічному й соціальному розвитку людини

2) Наркотик – це високоякісні ліки від неприємностей і проблем _____

3) Наркотична залежність у підлітків може виникнути через кілька вживань наркотичних речовин _____

4) За бажання наркоман легко може позбутися звички вживати наркотики

5) Наркотична залежність розвивається в підлітків швидше, ніж у дорослих _____

6) Наркотики вкрай рідко бувають причиною смерті людей, які їх уживають _____

ДОСЛІДЖЕННЯ ДОШКІЛЬНИКА

А. Психологічне обстеження дітей 3-5 років

Завдання 1

Робота з матрешками (пропонують з 3 років).

Стимульний матеріал: *матрешки, що складаються з двох-чотирьох-шести частин.*

Цілі дослідження: виявлення розуміння дитиною невербальної інструкції; адекватність дій; способи дій; використання допомоги. Сформованість поняття величини (велика-маленька). Стан моторики. Наявність і стійкість інтересу.

Процедура проведення: Дитині показують матрешку, яку відкриває і складає психолог. Потім цю матрешку ставлять перед дитиною і жестом пропонують зробити те саме. Дітям 4-5 років дають усну інструкцію: "Розбери і збери матрешку", "Дай найбільшу матрешку, найменшу", "Постав їх за зростом".

Аналіз результатів:

Діти з нормальним розумовим розвитком розуміють невербальну інструкцію (жест, міміку) вже з 3 років і можуть скласти матрешку, в яку входить три її частини. Діють вони шляхом спроб (для вказаного віку це допустимо). Складання матрешки з чотирьох частин здійснюють також методом спроб, а після 4 років - шляхом примірювання і зорового співвідношення.

Розбір і складання матрешки з шести частин у 5 років проводять шляхом примірювання, а після 6 років - на основі зорового співвідношення. Діти використовують допомогу, запропоновану у вигляді жестів, та активно реагують на міміку схвалення і несхвалення. У деяких дітей в роботі з матрешками виявляється недостатня сформованість дрібної моторики пальців рук (рухи неспритні, захоплення всією кистю). Усі діти із задоволенням граються з матрешками, виконуючи запропоноване завдання. Діти в 3-4 роки виконують без зусиль прохання дорослого дати найбільшу або найменшу матрешку. До 4-5 років вони ставлять матрешки в ряд з урахуванням величини.

Діти розумово відсталі в 3-4 роки не розуміють інструкції і мети завдання. Вони проводять хаотичні і неадекватні рухи (ударяють частинами матрешки об стіл, стукають однією матрешкою об іншу, кидають їх). Для них складна навіть матрешка з двох частин. Потрібне тривале навчання з повторними показами способу виконання. Лише до 5-6 років при організованих заняттях діти (не всі) починають розбирати і складати матрешки з двох-чотирьох частин. Як правило, має місце нескоординованість дій і нерозвиненість дрібної моторики. Яскрава матрешка привертає увагу дитини, але ця увага нестійка. Немає вираженого інтересу і розгляду об'єкта діяльності. Поняття величини у віці 3-5 років ще не усвідомлюються.

Діти із затримкою психічного розвитку виявляють виражену цікавість, із задоволенням займаються запропонованою діяльністю. Після показу матрешки з двох частин діти 3-4 років збирають її самостійно. При збільшенні кількості еле-

ментів виникають труднощі, але, на відміну від розумово відсталих дітей, діти із затримкою психічного розвитку можуть використовувати допомогу. Вони звертають увагу і на жести, і на міміку дослідника. Хоча багато хто працює методом спроб, у них не спостерігається неадекватних дій. Трапляються випадки несформованої моторики. До 4-5 років діти можуть розрізняти контрастні величини, але при тонших диференціюваннях допускають помилки.

Завдання 2

Робота з пірамідою з чотирьох кілець (пропонують з 3 років).

Стимульний матеріал: *дві піраміди з чотирьох кілець різної величини (одна піраміда з кільцями різного кольору).*

Цілі дослідження: Виявлення у дитини сформованості сприйняття величини, кольору. Встановлення характеру діяльності (адекватність і раціональність способу роботи; самоконтроль). Наявність і стійкість інтересу. Використання допомоги. Наявність (характер виконання аналогічного завдання). Стан моторики.

Процедура проведення: Перед дитиною ставлять піраміду з кільцями одного кольору. Інструкція: "Збери піраміду" ("Насадити кільця"). Якщо дитина робить це безпомилково, пропонують другу піраміду з кільцями різного кольору. Додаткова інструкція: "Дай (покажи, візьми) червоне кільце. Дай синє кільце. Дай жовте кільце".

Аналіз результатів.

Діти з нормальним розумовим розвитком виявляють виражену цікавість до іграшки. Відразу розуміють зміст завдання і приступають до роботи. До 3 років допустиме збирання пірамід без урахування величини. Неадекватним вважають закривання стержня ковпачком до нанизування кілець. Із 4 років діти збирають піраміду з урахуванням величини кілець. При цьому в одних дітей спостерігаються спроби і примірювання шляхом прикладання (з метою порівняння) кілець, інші розкладають кільця у ряд за величиною і потім по черзі нанизують їх на стержень. До 5 років діти користуються способом зорового співвідношення кілець. У тих випадках, коли дитина помиляється, достатньо буває повторної інструкції або вказівки на зразок: "Подивися, яке кільце більше? Насадити найбільше кільце". Дії з аналогічною пірамідою, яка відрізняється лише кольором кілець, для дитини не важкі.

Діти розумово відсталі з 3-4 років радіють яскравій піраміді, але це не інтерес до завдання. Розуміння мети завдання в цьому віці не спостерігається. Що важче розумова відсталість, то частіше дитина робить маніпулятивні й неадекватні дії з кільцями (розкидає їх, стукає ними по столі). Після 4 років діти намагаються виконати завдання, але зводять його лише до безладного нанизування кілець на стержень. У ході роботи втрачають інструкцію навіть при повторенні її. Необхідний поетапний контроль. Мовна інструкція малоефективна: потрібний показ, а для глибоко відсталих - сумісне виконання. Аналогічне завдання з іншою пірамідою викликає ті самі труднощі. Зазвичай у розумово відсталих дітей у віці 3-5 років

спостерігається нескоординованість, незручність руху рук, особливо дрібної моторики пальців рук. Вони не беруть кільце двома-трьома пальцями, а захоплюють всією кистю. Насилу потрапляють отвором кільця на стержень піраміди. Допомога малоефективна.

Діти із затримкою психічного розвитку виконують це завдання на нижчому рівні порівняно з нормальними однолітками, але значно краще, ніж розумово відсталі. На відміну від розумово відсталих, виявляють інтерес і розуміють зміст завдання. Використовують допомогу, здійснюють перенесення на аналогічне завдання.

Завдання 3

Побудова "огорожі" (пропонують з 4 років).

Стимульний матеріал: смужки зі щільного (краще "оксамитового") паперу червоного (8 смужок) і білого (8 смужок) кольору, розміром 10х3; можна використовувати рахункові або інші палички, бруски.

Цілі дослідження: Розуміння мети завдання, виявлення здатності до довільної діяльності. Наявність самоконтролю. Стан моторики.

Процедура проведення: Перед дитиною викладають у ряд смужки в певній послідовності: ЧБЧБЧБ. Звертають увагу на чергування їх за кольором і жестом або словами ("Продовж сам") пропонують викладати решту смужок. Якщо дитина допускає помилку, то надають організаційну допомогу (міміка незадоволення, негативне похитування головою, зауваження на зразок "Уважніше", "Подивися, яка лежить смужка").

Аналіз результатів.

Діти з нормальним розумовим розвитком до 4-5 років виконують це завдання. У багатьох з них ще не сформовано довільної діяльності і немає навичок самоконтролю, але при цьому не спостерігаються неадекватні дії зі смужками і брусками. Діти розуміють інструкцію і вибудовують "огорожу". У тих випадках, коли помиляються, допомога у вигляді організації їхньої діяльності виявляється ефективною. Моторика деяких дітей недостатньо сформована (рухи незграбні, ряд нерівний).

Діти розумово відсталі не розуміють мети завдання і в 5-6 років. Вони в кращому разі кладуть смужки одна за одною, не дотримуючись колірної послідовності. Допомога у вигляді роз'яснення, навідних вказівок не приводить до правильних дій. Низький рівень наочності. Рухова незграбність і недотримання рівного ряду. У дітей з вираженою розумовою відсталістю увагу привертають самі смужки як об'єкт безглуздої маніпуляції, але вона не стійка.

Діти із затримкою психічного розвитку до 4-5 років здатні виконати це завдання. Вони розуміють інструкцію, але у них, як правило, частіше, ніж у дітей, які нормально розвиваються, є помилки при чергуванні кольорів. Причиною може бути несформована увага або швидка її виснажуваність. Навички самоконтролю ще не достатні. Водночас, ці діти користуються організаційною допомогою, яка

позитивно впливає на якість їхньої діяльності. Научуваність їх значно вища, ніж у розумово відсталих. Спостерігається інтерес до завдання.

Завдання 4

Робота з коробкою форм, або "поштова скринька" (пропонують з 3,5-4 років).

Стимульний матеріал: коробка заввишки 16 сантиметрів, завширшки 12 сантиметрів, яка має на верхній кришці 5 прорізів відповідної форми для 10 об'ємних фігур.

Цілі дослідження: виявлення у дитини сформованості сприйняття форми, уміння виділяти площинну форму з об'ємної і співвідносити її з прорізом; здатність проводити аналіз розташування фігур у просторі. Способи виконань (навчання, шляхом примірювання, зорового співвідношення). Використання допомоги (усні пояснення, показ, сумісне виконання). Вольові зусилля при досягненні мети. Наявність і стійкість інтересу до завдання. Провідна рука. Спритність і точність рухів рук, пальців.

Процедура проведення: Перед дитиною ставлять коробку з фігурами, фігури виймають. Експериментатор бере одну з фігур, показує її основу, обводить відповідний за формою проріз і опускає в нього фігуру. Жестом пропонує продовжити роботу. Можна дати усну інструкцію: "Опусти всі фігурки в коробку". Починати показ радимо з найпростіших за формою фігур (циліндр з кругом в основі; призма з трикутником в основі).

Аналіз результатів.

У дітей з нормальним розумовим розвитком це завдання викликає виражений інтерес. Проте до 3,5 років вони можуть діяти способом проштовхування за допомогою сили (без урахування форми прорізів). Після 4 років діти виконують завдання способом примірювання, а після 5 років - перехід до зорового співвідношення. Після демонстрації їм способу виконання починають діяти відповідно (висока научуваність).

Діти розумово відсталі самостійно не виконують це завдання навіть у 5-6 років. Дії їх нецілеспрямовані, використовується силове заштовхування фігури в проріз, у кращому разі - метод спроб. Необхідне спонукання діяльності. Деколи завдання підміняється маніпулюванням фігурами. Допомога малоефективна. При повторному виконанні завдання діти допускають ті самі помилки.

Діяльність дітей із затримкою психічного розвитку якісно відрізняється від роботи розумово відсталих. Вони виявляють цікавість до самого завдання, у них є випадки неадекватних дій. Використовують допомогу.

Завдання 5

Робота з різноколірною мозаїкою (пропонують із 4 років).

Стимульний матеріал: мозаїка, що складається з кольорових квадратиків і кружків, по 12 фігур кожного виду: 2 зелені, 2 сині, 2 червоні, 2 коричневі, 2 білі, 2 жовті.

Цілі дослідження: Виявлення здатності зорово сприймати кольори, співвідносити однакові, диференціювати, знати назви кольорів. Уміння працювати за усною інструкцією, за зразком. Зорова пам'ять. Стан моторики.

Процедура проведення: завдання включає 5 етапів. На першому етапі дитині показують викладений з мозаїки різноколірний килимок:

Ж	Ч	З
К	С	Б

Потім мовчки беруть синій квадратик і кладуть на відповідний "шматочок". Жестом показують, що дитина повинна продовжувати роботу. Якщо невербальна інструкція виявляється достатньою, то дитині говорять: "Поклади решту квадратиків на свої місця". На другому етапі дитини просять: "Покажи синій квадратик, зелений". На третьому етапі запитують: "Якого кольору цей квадратик?" На четвертому етапі дитина має сама скласти поряд такий самий килимок. На п'ятому етапі зразок забирають і дитині пропонують: "Зроби так само, як було". Аналогічно проводять викладання квітки з кружків вказаного кольору:

Аналіз результатів.

Діти з нормальним розумовим розвитком в 4 роки розуміють інструкцію за допомогою жестів і словесну інструкцію. Вони без зусиль співвідносять кольори. До 4-5 років розрізняють основні кольори за назвами і показують потрібний колір. На третьому етапі деякі діти не знають назв кольорів, але здатні диференціювати їх. Четвертий етап для дітей не складний і викликає особливий інтерес, оскільки дитина діє самостійно. Помилки, які виявляються в тому, що дитина не орієнтується на зразок, можливі у дітей із несформованою увагою, при імпульсивній, поспішній роботі і відсутності навичок самоконтролю. На п'ятому етапі кращі результати у дітей з перевагою зорової пам'яті. Завдання викликає інтерес.

Діти розумово відсталі у 4-5 років не розуміють змісту першого етапу завдання. Вони маніпулюють квадратиками або кладуть їх навмання на килимок без урахування кольору. Решту етапів виконують заумови спеціального попереднього навчання після 6-7 років. Інтерес до завдання не виражений. Привертають увагу лише самі кольорові квадратики.

Діти із затримкою психічного розвитку виявляють цікавість. Два перші етапи не становлять труднощів. Водночас назву кольору засвоюють не всі діти навіть у 5 років.

Завдання 6

Робота з розрізними картинками (пропонують із 3-4 років).

Стимульний матеріал: картинки із зображенням знайомих дітям предметів, що розрізають на дві, три і чотири частини по вертикалі і горизонталі.

Цілі дослідження: виявлення сформованості наочно-дійового і наочно-образного мислення, комбінаторних здібностей. Уміння оперувати предметами, образами. Цілеспрямована діяльність. Научуваність. Наявність і стійкість інтересу, вольового зусилля. Координованість рухів рук і дрібної моторики пальців рук.

Процедура проведення: спочатку перед дитиною кладуть картинку, що розрізана на дві частини. Частини кладуть так, щоб їх потрібно було не просто зрушити та отримати ціле зображення, а в переверненому вигляді. Інструкція: "Збери картинку". Можна запитати: "Що має вийти?" (це вже перший вияв допомоги тоді, коли дитина відразу не приступає до роботи). Так само дають картинку з чотирьох частин, розрізаних по вертикалі і горизонталі.

Аналіз результатів.

Діти з нормальним розумовим розвитком складають картинку з двох частин з 3 років. Переважає метод спроб. Після 4 років діють способом зорового співвідношення. Картинку з чотирьох частин, що розрізані по горизонталі і вертикалі, пропонують з 4 років і до 5 років, діти виконують завдання способом зорового співвідношення. При складанні картинок, розрізаних на три частини по вертикалі, можуть спостерігатися випадки з'єднання першої і останньої частин (частини, що містяться всередині, не використовують). Проте, якщо дослідник виявив здивування (мімікою, жестом) або запитав: "Куди покласти цю частину?", дитина розсовує частини складеного зображення і кладе середню частину на місце. Подібна допомога виявляється ефективною. Спостерігається інтерес до завдання.

Діти розумово відсталі у вказаному віці не виявляють цікавості до завдання, не розуміють його змісту. Спостерігаються безладні, неадекватні дії, діти маніпулюють частинами картинок, накладають їх одна на одну, розкладають на столі. Необхідна допомога у вигляді показу складання картинки і сумісного виконання. Але і при такій допомозі складання картинок з чотирьох частин цим дітям недоступне.

Діти із затримкою психічного розвитку починають складати знайому картинку з двох частин до 4 років. Можливі спроби. Картинка з чотирьох частин, розрізана по горизонталі і вертикалі, може викликати труднощі і в 5-річному віці; проте після показу способу ДІІ (експериментатор сам збирає картинку, а потім руйнує її) дитина виконує завдання. Допустиме примірювання. Складання картинки з трьох частин виконують при організаційній допомозі. Інтерес виражений, але він не стійкий. Деякі діти відволікаються, не закінчують роботи.

Завдання 7

Робота зі сюжетними "фрагментами" (пропонують з 4 років).

Стимульний матеріал: малюнок із зображенням фрагмента з народної казки; бажано наклеїти на картон, деякі частини малюнка вирізані по пунктирах.

Цілі дослідження: Виявлення сформованості просторового сприйняття, аналітико-синтетичної діяльності, здібності на основі зорового сприймання і розумового аналізу встановлювати закономірності в зображенні.

Процедура проведення: Перед дитиною кладуть малюнок. Інструкція: "Скажи, з якої це казки". Потім виймають "фрагменти" (ці частини позначені на малюнку пунктиром) і перемішують. Інструкція: "Поклади їх на місце".

Аналіз результатів.

Діти з нормальним розумовим розвитком з цікавістю розглядають картинку. Ті, хто пам'ятає казку, відразу починають розповідати її. Без зусиль кладуть на місце вирізані частини.

Діти розумово відсталі не виявляють цікавості до сюжету картинки. У цьому віці вони не сприймають картинку як ціле, не розуміють казок. Вони можуть лише назвати "Це зайчик", "Це півник". Вирізані частини не вкладають в прорізи, а кладуть на картинку, оскільки не розуміють мети завдання. Можливість виконати завдання з'являється при спільній діяльності близько 7-8 років. Глибоко розумово відсталі діти 7-8 років не виконують це завдання і при наданні допомоги.

Діти із затримкою психічного розвитку виявляють цікавість до зображеного на картинці. При наданні допомоги згадують казку. Самостійно кладуть на місце голову півника. Можуть помилитися, коли кладуть лапки зайчика і півника. Але достатньо дорослим висловити щонайменше несхвалення мімікою (спохмурніти, здивуватися) або словами ("Уважніше!"), як дитина виправляє свою помилку. Ці діти осмислено відповідають на питання, пов'язані зі змістом знайомої казки, але формулюють відповіді з певними труднощами, використовуючи зазвичай прості, неповні пропозиції. Можливі дефекти вимови.

Діти із задоволенням виконують ці завдання, а аналогічні варіанти дають змогу з впевненістю стверджувати, внаслідок чого виникають труднощі виконання - через недоліки сприйняття або недоліки мислення.

Завдання 8

Робота зі сюжетними картинками (пропонують з 4 років).

Стимульний матеріал: картинка з прихованим значенням; картинки із зображенням безглуздостей.

Цілі дослідження: виявлення цілеспрямованості дій, здатності на основі аналізу і синтезу зробити прості узагальнення, виділити зв'язки, зрозуміти почуття людей за їх мімікою і жестами. Емоційна реакція на безглуздість в зображенні (сміх, усмішка, здивування). Стійкість уваги. Наявність інтересу. Рівень мовного розвитку і запас уявлень про навколишній світ.

Процедура проведення: Перед дитиною кладуть першу картинку. Інструкція: "Подивися і скажи, що тут відбулося". Додаткові і допоміжні питання: "Чому плаче хлопчик?", "Хто забрав у нього м'ячик?", "Покажи, який хлопчик тобі більше подобається, чому?" (або "Який хлопчик добріший?").

Другу картинку кладуть перед дитиною без супроводу запитаннями. Дають 1-2 хвилини на розгляд (при цьому дорослий стежить за емоційними виявами). Якщо з боку дитини немає реакції, то його запитують: "Що переплутав художник?"

Аналіз результатів.

Діти з нормальним розумовим розвитком виявляють цікавість до цих картинок, особливе задоволення викликають безглузді. Під час роботи з першою картинкою вони відразу сприймають хлопчика, який плаче, але для розуміння причини сліз потрібні допоміжні запитання, після яких діти розуміють зміст і можуть правильно оцінити вчинки хлопчиків. У багатьох дітей у 4 роки бідний словниковий запас, зв'язну розповідь вони дають у 5-6 років.

Під час роботи з другою і третьою картинками у більшості дітей спостерігаються виражені емоційні реакції (сміх, усмішка, репліки на зразок "так не буває", "як смішно"). До 4-5 років діти розуміють неправильне зображення, що пов'язано з їхніми уявленнями про навколишній світ.

Оцінюючи, потрібно враховувати соціальні умови життя дитини. На якість роботи впливає рівень сформованості цілеспрямованої діяльності. При вищому рівні діти розглядають картинку в певній послідовності (зверху вниз, зліва направо), прагнучи не пропустити жодної деталі. Спостерігається активність розгляду. При низькому рівні розвитку цілеспрямованої діяльності діти розглядають картинку безсистемно, пропускаючи окремі безглузді зображення. У деяких дітей такий пропуск деталей пов'язаний із підвищеним відволіканням, швидким пересиченням і браком вольових зусиль.

Діти розумово відсталі в 5 років не розуміють змісту першої сюжетної картинки. Допомога виявляється неефективною. Вони лише Перераховують те, що бачать: "Хлопчик, м'ячик, хлопчик" тощо. У 6-7 років можуть відповісти на запитання: "Що робить цей хлопчик?" - "Плаче". Але зрозуміти причину не можуть. Не спостерігається самостійного розгляду, необхідне постійне спонукування. Це стосується і до роботи з другою і третьою картинками. До 7 років діти вже розуміють безглуздість зображеного, проте немає помітних емоційних реакцій. Вони байдуже дивляться на картинку. їхній активний словник дуже бідний, вони насилу будують фразу.

Діти із затримкою психічного розвитку виявляють цікавість до роботи, розуміють інструкції, але їм потрібні допоміжні запитання при встановленні причинних залежностей у зображеному на першій картинці. Вони жаліють хлопчика (розуміють міміку). Мовне оформлення бідне. Друга і третя картинки зрозумілі, але емоційні реакції недостатньо виражені. До 6 років відбуваються значні якісні поліпшення результатів діяльності.

Завдання 9

Робота з лабіринтами (пропонують із 4-5 років).

Стимульний матеріал: *два малюнки з лабіринтами; указка або олівець.*

Цілі дослідження: виявлення розуміння інструкції, стійкості, концентрації, обсягу уваги. Цілеспрямованість діяльності. Особливості зорового сприйняття.

Процедура проведення: Перед дитиною кладуть малюнок. Інструкція: "Подивися, дівчинка і хлопчик тримають за мотузочок кульку і змію. Щоб визначити, хто що тримає, треба вести по мотузочку указкою. Не можна відривати указку від мотузочка". Після виконання цього завдання кладуть інший малюнок.

Інструкція: "Покажи, по якій доріжці побіжать до себе додому собачка і білочка".

Аналіз результатів.

Діти з нормальним розумовим розвитком виявляють до цього завдання активну цікавість. їм зрозумілий зміст завдання. Деякі намагаються навіть подумки, на основі зорового співвідношення, простежити шлях до зазначеного предмета. Помилки у процесі виконання завдання пов'язані не з тим, що дитина не розуміє завдання, а із зайвою поспішністю або недоліками уваги.

Діти розумово відсталі в цьому віці не розуміють змісту завдання, тому і не виявляють цікавості. Необхідне сумісне виконання завдання (експериментатор поволі веде руку дитини по доріжці). Проте і з такою допомогою не відбувається перенесення способу діяльності на аналогічний малюнок.

Діти із затримкою психічного розвитку цікавляться цим завданням, розуміють його зміст. При виконанні можливі помилки через невміння зосередитися. Контроль і допомога впливають позитивно.

Завдання 10

Знайди таку саму картинку (пропонують із 4-5 років).

Стимульний матеріал: малюнок із зображенням різних квітів і грибів.

Цілі дослідження: виявлення здатності встановлювати тотожність, схожість і відмінність у предметах на основі зорового аналізу. Спостережливість. Стійкість уваги. Цілеспрямованість сприйняття.

Процедура проведення: малюнок розрізають по пунктирній лінії і по черзі кладуть його частини перед дитиною.

Інструкція: "Подивися, намальовані різні гриби. Серед них треба знайти такий самий, як цей (показують на гриб, розміщений зліва в рамочці)". "А зараз знайди таку саму (як у рамочці) квітку".

Аналіз результатів.

Діти з нормальним розумовим розвитком виявляють цікавість і починають активний пошук схожого зображення. Можливі поспішні варіанти, але при щонайменшій організаційній допомозі ("Подивися уважно", "Перевір") діти знаходять такий самий гриб, квітку.

Діти розумово відсталі цього віку не розуміють завдання. Деякі можуть назвати: "Це квіточки", "Це грибки", але процеси порівняння і виділення ознак подібності для них недоступні. Основна причина невиконання - нерозуміння постав-

леного завдання, недорозвиненість розумових процесів. Спостерігається також нерозвиненість уваги.

Діти із затримкою психічного розвитку не виявляють вираженого інтересу до завдання. їм доступна словесна інструкція, проте у вказаному віці встановлення подібності і відмінностей на основі зорового аналізу є складним. Потрібні для цієї діяльності розумові операції ще не сформовані. Низькі результати роботи є наслідком не тільки недорозвинення аналітичної діяльності, але й неорганізованості, імпульсивності цих дітей. Вони не вміють зосередитися на завданні, їм треба допомогти - спрямувати їх та організувати.

Б. Психологічне обстеження дітей 5-7 років

Завдання 1

Методика "Вибір картинок" (пропонують із 6 років)

Стимульний матеріал: 75 картинок із зображенням трьох видів діяльності: ігрової, трудової, навчальної.

Цілі дослідження: Виявлення інтересів, видів діяльності (ігрова, трудова, навчальна), яким віддається перевага.

Процедура проведення: Перед дитиною довільно розкладають 15 картинок із зображенням трьох видів діяльності. Пропонують розглянути картинки, після чого дають інструкцію: "Візьміть картинки, які тобі цікаві". Як уточнення запитання: "Чим би тобі хотілося займатися?"

Аналіз результатів.

Діти з нормальним розумовим розвитком розуміють зміст завдання і обдуманно підходять до вибору картинок. У 7 років велика частина дітей вибирає картинку, що стосується до школи. Але, водночас, у віці 6-7 років ще можуть бути не сформовані мотиви навчальної діяльності. Це залежить від умов життя і виховання дитини. У цих випадках виявляються ігрові інтереси і відбувається вибір картинок, які відповідають ситуаціям або заняттям, знайомим дітям з їхнього власного досвіду і спостереження.

Діти розумово відстали не розуміють завдання, і уточнювальні питання їм не допомагають. Вони не беруть картинку, називаючи, що на них зображене. Цілі навчальної діяльності у віці 6-7 років вони не усвідомлюють. Ствердні відповіді на питання: "Чи хочеш вчитися?", "Хочеш у школу?" є результатом дії дорослих.

Завдання 2. Методика "Назви слова"

Цілі дослідження: Методика визначає запас слів, які зберігаються в активній пам'яті дитини.

Процедура проведення: Дорослий називає дитині деяке слово з відповідної групи і просить її самостійно перерахувати інші слова, що належать до цієї самої групи.

На назву кожної з перерахованих нижче груп слів відводять по 20 секунд, а загалом на виконання всього завдання - 160 секунд.

1. Тварини. 2. Рослини. 3. Кольори предметів. 4. Форми предметів. 5. Інші ознаки предметів, окрім форми і кольору. 6. Дії людини. 7. Способи виконання людиною дій. 8. Якості виконуваних людиною дій.

Якщо дитині самій важко почати перерахування потрібних слів, то дорослий допомагає їй, називаючи перше слово з цієї групи, і просить дитину продовжити перерахування.

Оцінка результатів

10 балів - дитина назвала 40 і більше різних слів, що належать до всіх груп;
8-9 балів - дитина назвала від 35 до 39 різних слів, що належать до різних груп;
6-7 балів - дитина назвала від 30 до 34 різних слів, що належать до різних груп;
4-5 балів - дитина назвала від 25 до 29 різних слів, що належать до різних груп;
2-3 бали - дитина назвала від 20 до 24 різних слів, що належать до різних груп;
0-1 бал - дитина за весь час назвала не більше 19 слів.

Висновки про рівень словникового запасу:

10 балів - дуже високий; **8-9 балів** - високий; **4-7 балів** - середній; **2-3 бали** - низький; **0-1 бал** - дуже низький.

Завдання 3. Дослідження вербального мислення (Методика Керна-Йерасика)

Тест методики складається з 20 запитань, які в усній формі подають дитині. Відповіді записують та оцінюють в балах. Підраховують загальну суму балів, яку співвідносять із нормативними даними.

Інструкція. Уважно слухай питання, які я тобі читатиму, і постарайся якнайкраще відповісти. Відповідаючи, постарайся виділити головне щодо прочитаного питання.

1. Яка тварина більша: кінь чи собака?

Відповіді: кінь - 0 балів; собака - мінус 5 балів.

2. Вранці ми снідаємо, а вдень.?

Відповідь: обідаємо, їмо борщ, м'ясо - 0 балів; вечеряємо, спимо, граємося тощо - мінус 3 бали.

3. Вдень ясно, а вночі.?

Відповіді: правильна - 0 балів; неправильна - мінус 5 балів.

4. Небо блакитне, а трава.?

Відповіді: правильна - 0 балів; неправильна - мінус 4 бали.

5. Черешні, груші, яблука, сливи - що це? *Відповіді:* фрукти - 0 балів; неправильна - мінус 1 бал.

6. Чому раніше, ніж прийде потяг, упоперек шляху опускається шлагбаум? (щоб потяг не зіткнувся з автомобілем, щоб ніхто не потрапив під потяг тощо).

Відповіді: правильна - 0 балів; неправильна - мінус 1 бал.

7. Що таке Москва, Санкт-Петербург, Кишинів, Мінськ? *Відповіді:* міста - 1 бал; неправильна - мінус 1 бал.

8. Котра година? (на паперовому годиннику показати чверть сьомого, без п'яти хвилин вісім, чверть на дванадцятю, п'ять хвилин на дванадцятю).

Відповіді: якщо показує все правильно - 4 бали; якщо не вміє визначати час - 0 балів.

9. Маленька корова - це теля, а маленький собака - ?, а маленька овечка - ?

Відповіді: цуценя та ягня - 4 бали; називає когось іншого - 0 балів; неправильна - мінус 1 бал.

10. Собака більше схожий на кішку чи на курку? Чим вони схожі? *Відповіді:*

на курку - мінус 3 бали; на кішку і називає 2 або більше ознак подібності (хвіст, лапи, вуха, шерсть тощо) - 0 балів; на кішку, але не вказує ознак подібності - мінус 1 бал.

11. Чому у всіх автомобілях є гальма?

Відповіді: називає дві причини і більше (гальмувати з гори, гальмувати на повороті, зупинити у разі потреби: небезпеки, зіткнення, після закінчення їзди) - 1 бал; неправильна (він би без гальм не їхав) - мінус 1 бал.

12. Чим подібні сокира і молоток?

Відповіді: називає дві загальні ознаки (вони з дерева і заліза, у них ручки, ними можна забивати цвяхи, це інструменти, із заднього боку вони плоскі тощо) - 3 бали; називає одну ознаку подібності - 2 бали; неправильна - 0 балів.

13. Чим схожі один на одного білка і кішка?

Відповіді: називає дві ознаки подібності і більше (хвости, вуха, лапи очі і тощо) - 3 бали; називає одну ознаку подібності - 2 бали; неправильна - 0 балів.

14. Чим відрізняються цвях і гвинт?

Відповіді: у гвинта є нарізка (різьблення, така закручена лінія навколо карби) або показує її - 3 бали; гвинт закручують, а цвях забивають, або у гвинта є гайка - 2 бали; неправильна - 0 балів.

15. Футбол, стрибок у висоту, теніс, плавання - що це? *Відповіді:* спорт, фізкультура - 3 бали; гра, вправа, гімнастичні змагання - 2 бали; неправильна - 0 балів.

16. Які ти знаєш транспортні засоби?

Відповіді: називає три наземні засоби, літак і корабель - 4 бали; тільки 3 наземних або їхній повний перелік (з літаком або кораблем), але тільки пояснення: "Транспортний засіб - це те, на чому ми кудись пересуваємося" - 3 бали; неправильна - 0 балів.

17. Чим відрізняється стара людина від молоді?

Відповіді: називає три ознаки (сиве волосся або його відсутність, зморшки, вже не може працювати, погано бачить, погано чує, ходить з паличкою, частіше хворіє тощо) - 4 бали; називає одну або дві ознаки - 2 бали; неправильна - 0 балів.

18. Чому люди займаються спортом?

Відповіді: називає дві причини (щоб вони були здоровими, загартованими, сильними, щоб були рухливішими, щоб трималися прямо, щоб

не були такими товстими, вони хочуть перемогти, поставити рекорд тощо) - 4 бали; називає одну причину - 2 бали; неправильна - 0 балів.

19. Чому це погано (неправильно, недобре), коли хто-небудь ухиляється від роботи?

Відповіді: інші мусять за нього працювати (або інший варіант) - 4 бали; він ледачий або мало заробляє і не може собі нічого купити - 2 бали; неправильна - 0 балів.

20. Чому на конверт з листом потрібно наклеїти марку? *Відповіді:* так платять за пересилку (перевезення) цього листа - 5 балів; інакше доведеться сплатити штраф - 2 бали; неправильна - 0 балів.

Підсумковий показник - це сума балів (із знаком плюс або із знаком мінус), отриманих з окремих питань. За підсумковим показником діти можуть бути віднесені до однієї з п'яти груп з різним рівнем розвитку вербального мислення:

група - від + 24 балів і вище - високий рівень розвитку вербального мислення;

2 група - від +14 до + 23 балів - рівень розвитку вербального мислення вищий від середнього;

3 група - від 0 до +13 балів - середній рівень розвитку вербального мислення;

4 група - від -1 до -10 балів - рівень розвитку вербального мислення нижчий від середнього;

5 група - від -11 і нижче - низький рівень розвитку вербального мислення.

Завдання 4. Методика "Закінчи історію "

Цілі дослідження: Методика призначена для вивчення усвідомлення дітьми етичних норм.

Інструкція: Я тобі розповідалиму історії, а ти їх закінчи. (Дослідження проводять індивідуально).

Приклади ситуацій.

Історія 1. Діти будували з кубиків місто. Оля стояла і дивилася, як граються інші. До хлоп'ят підійшла вихователька і сказала: "Ми зараз вечерятимемо. Пора складати кубики в коробки. Попросіть Олю допомогти вам". Тоді Оля відповіла.

Що відповіла Оля? Чому? Як вона вчинила? Чому?

Історія 2. Катрусі на день народження мама подарувала красиву ляльку. Катя стала з нею гратися. Тут підійшла до неї її молодша сестра Віра і сказала "Я теж хочу погратися з цією лялькою". Тоді Катя відповіла. Що відповіла Катя? Чому? Як вчинила Катя? Чому?

Історія 3. Люба і Сашко малювали. Люба малювала червоним олівцем, а Сашко зеленим. Раптом Любин олівець зламався. "Сашко, - сказала Люба, - можна мені домальовувати картинку твоїм олівцем?" Сашко відповів.

Що відповів Сашко? Чому? Як вчинив Сашко? Чому?

Історія 4. Петрик і Володя гралися разом і зламали дорогу, красиву іграшку. Прийшов тато і запитав: "Хто зламав іграшку?" Тоді Петрик відповів.

Що відповів Петрик? Чому? Як вчинив Петрик? Чому?

Усі відповіді дитини дослівно фіксують у протоколі

Опрацювання результатів:

0 балів - дитина не може оцінити вчинки дітей;

1 бал - дитина оцінює поведінку дітей як позитивну або негативну (правильну або неправильну, хорошу або погану), але оцінку не мотивує і етичну норму не формулює;

2 бали - дитина називає етичну норму, правильно оцінює поведінку дітей,

3 бали - дитина називає етичну норму, правильно оцінює поведінку дітей і мотивує свою оцінку.

МЕТОДИКИ ДЛЯ РОБОТИ З АУТИЧНИМИ ДІТЬМИ

Методика "Незакінчені речення"

Являє собою адаптований для аутичних дітей варіант, розроблений російськими психологами.

1. Коли я прокидаюся вранці.
2. Відтоді, як я був маленьким.
3. Переважно я.
4. Мама завжди.
5. Мама ніколи.
6. Це викликає в мене почуття.
7. Тато завжди.
8. Тато школи.
9. Це викликає в мене почуття.
10. Моє життя.
11. Чому я.
12. У школі я.
13. Зараз я відчуваю.
14. Коли я дивлюся в дзеркало.
15. Мені образливо.
16. Завжди, коли я втомився.
17. Іноді мені хочеться крикнути.
18. Я сміюся.
19. Коли люди дивляться на мене.
20. Мої однокласники.
21. Я боюся.
22. Якщо я помилився.
23. Коли поради батьків виявляються помилковими.
24. Мені приємно.
25. Якщо я гніваюся.

26. Я згадую.
27. Я втомлююся, коли.
28. Те, що я хочу зробити.
29. Я сподіваюся.
30. Захистити себе.
31. Ризикувати собою заради інших.
32. Найбільше я хочу.
33. Якби я був чарівником.
34. Коли я лягаю спати.
35. Шкільні оцінки.
36. Коли я залишаюся на самоті.
37. Найбільше я люблю.
38. Якщо мене скривдили.
39. Настрій у, мене.
40. Коли я стану дорослим.
41. Тварини.
42. Якби мені запропонували жити на незаселеному острові.
43. Коли мене хвалять.
44. Незнайомі люди.
45. Найбільше я не люблю.
46. Я найбільш.
47. Коли мене викликають до дошки.
48. Коли починаються канікули.
49. Уві сні я часто бачу.
50. Я думаю.
51. Найскладніше для мене.
52. Мій найприємніший спогад.
53. Діти в класі.
54. Мама говорить.
55. Одного разу я.
56. Якби я став невидимкою.
57. Тато говорить.
58. Мене лають за.
59. Я мрію.
60. Не хочу.
61. У мене болить.
62. Я часто.
63. Говорять, що я.
64. Не вмію.
65. Я впевнений, що.

Тест Торренса

Мета: діагностувати словесне творче мислення, образотворче мислення і словесно-звукове творчо мислення, а також схильність дитини до аутизму.

Інструкція. Вам пропонується виконати цікаві завдання. Усі вони вимагають від вас уяви й фантазії. Під час виконання кожного завдання намагайтеся вигадати щось нове й незвичайне і добре б таке, до якого далеко не кожен додумається.

Перед вами 10 незакінчених фігур. Якщо домалювати до них додаткові лінії або штрихи, у вас вийдуть цікаві предмети або навіть сюжетні картинки. Придумайте назву для вашого малюнка й запишіть її під малюнком.

Малюнковий тест на креативність

1	6
2	7
3	8
4	9
5	10

Після закінчення виконання завдання підбивають підсумки, для чого користуються такими критеріями:

Помер фігури	Кількість балів	Варіант малюнка
1	0	Абстрактний візерунок, обличчя, окуляри, птах
	1	Брови, очі, хвиля, море, хмаринка, дощова хмара, тварина, серце, квітка, яблуна
	2	Усі інші більш оригінальні малюнки
2	0	Абстрактний візерунок, дерево, рогатка, квітка
	1	Літера, будинок, символ, дороговказ, слід ноги птаха, цифра, людина
	2	Усі інші більш оригінальні малюнки
3	0	Абстрактний візерунок, звукові й радіохвилі, обличчя людини, човен, люди, фрукти
	1	Вітер, хмара, кульки, деталі дерева, дорога, міст, гойдалка, тварина, колесо, лук і стріли, риба, санчата, квіти
	2	Усі інші більш оригінальні малюнки
4	0	Абстрактний візерунок, хвиля, морс, змія, хвіст, знак запитання
	1	Кішка, крісло, стілець, ложка, миша, гусениця, черв'як, окуляри, черепашка, гусак, лебідь, квітка, люлька для паління
	2	Усі інші більш оригінальні малюнки

5	0	Абстрактний візерунок, блюдо, ваза, чаша, корабель, обличчя людини, парасолька
	1	Водойма, озеро, гриб, підборіддя, таз, лимон, яблуко, лук і стріли, яр, яма, риба, яйце
	2	Усі інші більш оригінальні малюнки
6	0	Абстрактний візерунок, сходи, обличчя людини
	1	Гора, скеля, ваза, ялина, кофта, піджак, сукня, блискавка, гроза, людина, квітка
	2	Усі інші більш оригінальні малюнки
7	0	Абстрактний візерунок, машина, ключ, серп
	1	Гриб, черпак, ківш, лінза, обличчя людини, молоток, окуляри, сери і молот, тенісна ракетка
	2	Усі інші більш оригінальні малюнки
8	0	Абстрактний візерунок, дівчинка, людина
	1	Літера, ваза, дерево, книга, майка, сукня, ракета, квітка, щит
	2	Усі інші більш оригінальні малюнки
9	0	Абстрактний візерунок, пагорб, гори, літера, вуха тварини
	1	Верблюд, вовк, кішка, лисиця, обличчя людини, собака
	2	Усі інші більш оригінальні малюнки
10	0	Абстрактний візерунок, гусак, качка, дерево, обличчя людини, лисиця
	1	Буратіно, дівчинка, птах, цифра, людина, фігура
	2	Усі інші більш оригінальні малюнки

Таким чином, за кожен малюнок можна отримати від 0 до 2 балів.

Підсумовуємо результати:

- менше 10 балів – низький рівень творчого мислення;
- 10–14 балів – середній рівень творчого мислення;
- 15–20 балів – високий рівень творчого мислення.

Примітка. Схильні до аутизму діти, як правило, не зображають людей й тварин (за винятком казкових тварин). Більше того, малюнки зазвичай незрозумілі оточуючим й потребують додаткових пояснень дитини, їхні малюнки здебільшого досить прості, але в них проявляються страх, замкненість, депресивність. Наприклад, на рисунку 2 в аутичної дитини був зображений могильний хрест, а на рисунку 9 – палаючий літак.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ЗА МКХ-10

Діагностика аутизму дітей пов'язана в батьків із дуже великим стресом. Поряд і цим виникають труднощі суспільного й поведінкового походження, а також почуття провини, що виникає через оточення, яке приписує батькам погане виховання дитини.

Правильно діагностувати аутизм дуже складно. Здебільшого це стосується проблеми розрізнення аутичних розладів від інших розладів розвитку. Для діагностики аутизму використовують діагностичні критерії МКХ-10. У цій класифікації

порушення функціонування дитини досліджують у трьох основних сферах: соціальна взаємодія, комунікація, активність та зацікавлення дитини (табл. 1).

Таблиця 1

Дитячий аутизм. Діагностичні критерії за МКХ-10

Критерії	Наявність ознаки	
	До 3-х років	Після 3-х років
А. Кількісні порушення в соціальній взаємодії, представлені щонайменше двома з таких ознак:		
1) нездатність адекватно використовувати погляд "очі в очі", вираз обличчя, пози і жести тіла для регулювання соціальної взаємодії;		
2) нездатність розвитку стосунків з однолітками з використанням взаємного обміну інтересами, емоціями чи спільною діяльністю;		
3) рідко шукає чи використовує підтримку інших людей для заспокоєння чи співчуття в періоди стресу чи (і) заспокоює, співчуває іншим людям, що мають ознаки стресу або засмучення;		
4) відсутність спонтанного пошуку обміну радістю, інтересами чи досягненнями з іншими людьми;		
5) відсутність соціально-емоційної взаємності, що виявляється в порушеній реакції на емоції інших; відсутність модуляції поведінки відповідно до соціального контексту; слабка інтеграція соціальної та комунікативної поведінки		
Б. Кількісні порушення в комунікації, що представлені щонайменше однією з таких ознак:		
1) відставання чи повна відсутність мовлення, яке не супроводжується спробами компенсації через використання жестів, міміки як альтернативної моделі комунікації (якій часто передує відсутність комунікативного гуління);		
2) відсутність різноманітної спонтанної уявної чи (у більш ранньому віці) соціальної гри-імітації;		
3) відносна неспроможність ініціювати чи підтримувати розмову;		
4) стереотипне чи повторне використання мови чи ідіосинкретичне використання слів, речень		
В. Обмежені, повторні чи стереотипні види поведінки, інтересів чи діяльності, що представлені щонайменше однією з таких ознак:		
1) активна діяльність за стереотипними чи обмеженими видами інтересів;		
2) виражене обов'язкове підтримування специфічного нефункціонального розпорядку та ритуалів;		
3) стереотипні та повторні механічні рухи;		
4) дії з частинами предметів чи нефункціональними елементами ігрового матеріалу		

Використання цих критеріїв потребує професійної підготовки.

Слід пам'ятати, що розвиток є тривалим процесом – десь він протікає швидше, десь повільніше. Інколи здається, що дитина зупиняється у своєму розвитку чи повертається на ранні його стадії. Також є різні типи дисгармонії розвитку в певних сферах функціонування. У малих дітей часто простежується індивідуальна різниця в розвитку, яка досягає кількох місяців. Тому, очевидно, що старша дитина, то більшою за обсягом є інформація, легше поставити діагноз. Саме тому аутизм діагностується після трьох років.

ОПИТУВАЛЬНИК СНАТ (ЗА С. БАРОНОМ-КОУЕНОМ)

Розробка методики діагностики аутизму в малих дітей належить Сімону Барону-Коуену та його колегам. Опитувальник **СНАТ** був створений для спостереження за балансом здоров'я 18-місячних дітей. Це означало, що він має бути легкий у використанні. Проведення дослідження за допомогою опитувальника СНАТ займає близько 15 хв.

СНАТ складається з двох частин. Перша частина (А) (*табл. 2*) охоплює закриті запитання щодо функціонування дитини в дев'яти сферах: 1) гра в близькому фізичному контакті (гойдання, підкидання); 2) соціальні зацікавлення; 3) розвиток моторики; 4) соціальні ігри; 5) гра "в ніби"; 6) вказування на предмет, який дитина хоче отримати; 7) вказування на об'єкт, яким хоче зацікавити іншу особу; 8) функціональна фа; 9) розподіл уваги. Друга частина (Б) (*табл. 3*) складається з п'яти пунктів, має експериментальний характер і полягає в тому, щоб особа, яка проводить дослідження, оцінила виконання дитиною кількох простих завдань. Дитина має показати можливості розподіляти увагу, вказувати на об'єкт, щоб зацікавити ним іншу людину, а також грати "в ніби". Друга частина дає змогу порівняти інформацію, отриману від батьків, із фактичними можливостями дитини.

Опитувальник СНАТ дає можливість виявити дітей, які належать до групи ризику, а отже, пришвидшує процес установлення діагнозу.

Таблиця 2

Опитувальник СНАТ Частина А (опитування батьків)

1. Чи Ваша дитина любить, коли її гойдають, підкидають на колінах тощо?	Так	Ні
2. Чи Ваша дитина цікавиться іншими дітьми?	Так	Ні
3. Чи Вашій дитині подобається підніматися сходами, лазити по шведській стінці тощо?	Так	Ні
4. Чи Ваша дитина любить бавитися в гру "Ку-ку" чи в хованки?	Так	Ні
5. Чи Ваша дитина вдає коли-небудь, що робить Вам чай, використовуючи іграшковий посуд?	Так	Ні
6. Чи Ваша дитина коли-небудь використовує свій вказівний палець, щоб вказати на предмет, який вона просить?	Так	Ні
7. Чи Ваша дитина коли-небудь використовує свій вказівний палець, щоб пока-	Так	Ні

зати, що вона чимось зацікавлена?		
8. Чи Ваша дитина може бавитися малими іграшками (машинками, кубиками), а не лише брати їх до рота, беззмістовно маніпулювати ними чи кидати ними об землю?	Так	Ні
9. Чи Ваша дитина коли-небудь приносить Вам предмети, щоб щось показати?	Так	Ні

Таблиця 3

Опитувальник СНАТ Частина Б (спостереження особи, що досліджує)

1. Чи налагоджувала дитина під час зустрічі з терапевтом контакт?	Так	Ні
2. Приверніть увагу дитини, показуючи цікавий предмет, і скажіть: "О, подивись! Це (назва іграшки)". Зверніть увагу на вираз обличчя дитини	Так	Ні
3. Приверніть увагу дитини, а потім дайте їй маленьке горнятко та чайничок і скажіть: "Чи ти зумієш налити чай?" Чи імітує дитина, що наливає чай, п'є його тощо?	Так	Ні
4. Скажіть дитині: "Де світло?" чи "Покажи мені світло". Чи покаже дитина вказівним пальцем на джерело світла?	Так	Ні
5. Чи зуміє дитина побудувати вежу з кубиків (якщо так, то зі скількох?). Вкажіть кількість кубиків	Так	Ні

Одне з найважливіших місць у психологічній діагностиці займає збір інформації зі слів батьків аутичної дитини. Проведення *вступного інтерв'ю* триває 1,5–3 год. Це перший і важливий крок для подальшої роботи з батьками та їхньою дитиною. Інтерв'ю потребує детальної інформації, що стосується життя сім'ї. Бажано, щоб на першій зустрічі були присутніми обоє батьків без дитини. У цьому разі знижується рівень суб'єктивності ставлення до дитини і є змога почути різні погляди, що стосуються розвитку та поведінки дитини в певних ситуаціях.

Основні напрями розмови в інтерв'ю:

- структура родини (повна, у розлученні);
- пологи та їх перебіг;
- розвиток дитини:
 - груба моторика (сидіння, повзання, рачкування);
 - мала моторика (мануальні можливості дитини);
 - розвиток мови (крик, гуління, ехोलалії, вербальна та невербальна мова);
 - проблеми зі сном;
 - проблеми харчування;
 - самообслуговування;
 - сенсорні порушення (зір, слух, нюх, смак);
 - поверхневе та глибоке відчуття (долоні, стопи, поверхня всього тіла, голова і обличчя, рот та ротова порожнина);
 - контакт зоровий та фізичний;
 - характер гри;

- емоційні проблеми;
- агресія та аутоагресія;
- стереотипна поведінка.

Опитувальник для батьків

Ім'я та прізвище дитини _____
 Дата народження _____
 Вік дитини _____
 Адреса _____
 Контактний телефон _____
 Причина звернення _____
 Очікування _____

Інформація про сім'ю

Сім'я	Ім'я та прізвище	Рік народження	Місце праці
Мама			
Тато			
Брати/сестри			
Інші особи, що проживають із сім'єю			

Структура сім'ї:

- повна сім'я;
- у розлученні;
- неформальний зв'язок;
- діти від попередніх шлюбів;
- інше _____

Стан здоров'я членів родини

Мама _____
 Тато _____
 Інші члени родини _____

Вагітність

Яка вагітність за порядком? Яка дитина за порядком? _____

Стан здоров'я матері під час вагітності (отруєння, травми, інфекції, наркоз, застосування ліків, знеболювальні препарати) _____

Резус-конфлікт _____

Термін народження:

- а) передчасні роди;
- б) вчасні роди;
- в) відтерміновані роди.

Роди:

- а) природні;

б) з допомогою;

в) кесарів розтин.

Положення дитини при народженні _____

Коли вперше Вас занепокоїв стан дитини? _____

Примітки _____

Груба моторика

Коли дитина почала:

- сидіти _____
- повзати _____
- рачкувати _____
- стояти _____
- ходити _____

Запитання	До 3-х років		Після 3-х років	
	Так	Ні	Так	Ні
Чи дитина може самостійно долати перешкоди?	Так	Ні	Так	Ні
Чи кидає м'яч?	Так	Ні	Так	Ні
Чи скаче на двох ногах?	Так	Ні	Так	Ні
Чи скаче на одній нозі?	Так	Ні	Так	Ні
Чи любить лазити, наприклад, по сходах?	Так	Ні	Так	Ні
Чи є прояви гіперактивності?	Так	Ні	Так	Ні
Коли тримають дитину на руках, вона слабка, безсила, негнучка?	Так	Ні	Так	Ні

Дрібна моторика

Запитання	До 3-х років		Після 3-х років	
	Так	Ні	Так	Ні
Чи дитина маніпулює малими, дрібним предметами?	Так	Ні	Так	Ні
Ліпить із пластиліну?	Так	Ні	Так	Ні
Малює?	Так	Ні	Так	Ні

Розвиток мови

Запитання	До 3-х років		Після 3-х років	
	Так	Ні	Так	Ні
Плач важко інтерпретувати	Так	Ні	Так	Ні
Обмежене або незвичне гуління (вереск, крики)	Так	Ні	Так	Ні
Не використовує слова згідно з їх призначенням	Так	Ні	Так	Ні
Відсутня імітація звуків	Так	Ні	Так	Ні
Вживає займенник "Я"	Так	Ні	Так	Ні
Ехолалія (автоматичне повторювання слів чи фраз співбесідника)	Так	Ні	Так	Ні

Пасивна мова

Запитання	До 3-х років		Після 3-х років	
	Так	Ні	Так	Ні

Чи розуміє прості вказівки (принеси ручку)?	Так	Ні
Чи розуміє складні вказівки (піді в кімнату, візьми ручку і поклади її в сумку)?	Так	Ні
Чи реагує на розмови інших?	Так	Ні

Невербальна комунікація

Запитання	До 3-х років	Після 3-х років
Чи використовує дитина Вашу руку, коли хоче щось отримати, дістати, зробити, показати?	Так	Ні
Чи киває головою на "так" і "ні"?	Так	Ні
Чи використовує в розмові жести, міміку?	Так	Ні

Коли дитина почала говорити? _____,

Сон

Запитання	До 3-х років	Після 3-х років
Чи були колись проблеми зі сном?	Так	Ні
Чи засинає самостійно?	Так	Ні
Чи є якісь ритуали, пов'язані зі сном?	Так	Ні
Чи прокидається дитина вночі (для чого)?	Так	Ні
Чи буває дитина сонною протягом дня?	Так	Ні

Тривалість сну протягом дня _____

Чи вживає дитина заспокійливі, снодійні? _____

Харчування

Чи мала дитина колись розлади харчування?

Запитання	До 3-х років		Після 3-х років	
	Так	Ні	Так	Ні
Чи є проблеми з апетитом?	Так	Ні	Так	Ні
Чи є проблеми з жуванням їжі?	Так	Ні	Так	Ні
Чи домагається дитина солодощів?	Так	Ні	Так	Ні
Чи домагається дитина картоплі?	Так	Ні	Так	Ні
Чи домагається дитина хліба?	Так	Ні	Так	Ні
Чи домагається дитина молока (у будь-якому вигляді)?	Так	Ні	Так	Ні
Чи були проблеми із включенням нових страв у раціон харчування дитини?	Так	Ні	Так	Ні

Переваги в їжі (до 3-х років):

- любить _____
- не любить _____

Переваги в їжі (нині):

- любить _____
- не любить _____

Самообслуговування

Твердження	До 3-х років	Після 3-х років
Самостійно їсть	Так	Ні
Самостійно вдягається	Так	Ні
Самостійно роздягається	Так	Ні
Самостійно обслуговує себе в туалеті	Так	Ні
Самостійно купається, чистить зуби	Так	Ні

Сенсорні порушення

Твердження	До 3-х років		Після 3-х років	
Зір				
Затуляє очі руками	Так	Ні	Так	Ні
Часто мружиться	Так	Ні	Так	Ні
Махає руками перед очима	Так	Ні	Так	Ні
Крутить предметами перед очима	Так	Ні	Так	Ні
Слух				
Реагує на звукові подразники	Так	Ні	Так	Ні
Повертається в напрямі джерела звуку	Так	Ні	Так	Ні
Затуляє вуха (притискає вуха), коли чує голосні	Так	Ні	Так	Ні
Прислухається до різних звуків (машина за вікном, трамвай тощо)	Так	Ні	Так	Ні
Любить специфічні звуки	Так	Ні	Так	Ні

Нюх

Ваша дитина уникає певних запахів (яких?) чи, навпаки, любить принюхуватися? _____

Смак

Чи проявляє відразу або надмірну прив'язаність до конкретної їжі? _____

Зоровий контакт (утримує контакт, дивиться "наскрізь") _____

Фізичний контакт (обійми, притуляння) _____

Чи орієнтується у власному тілі (показує частини свого тіла) _____

Твердження	До 3-х років		Після 3-х років	
Долоні				
Дає вдягати рукавички	Так	Ні	Так	Ні

Подобається масаж рук, потискування	Так	Ні	Так	Ні
Стопи				
Ходить боса по підлозі	Так	Ні	Так	Ні
Дає вдягнути шкарпетки	Так	Ні	Так	Ні
Ходить на пальчиках	Так	Ні	Так	Ні
Поверхня всього тіла				
Подобається притулятися, притискатися (ідеться не лише про обійми, а й предмети, наприклад, міцно втискається в крісло тощо)	Так	Ні	Так	Ні
Унікає обіймів	Так	Ні	Так	Ні
Подобаються масажі, погладжування	Так	Ні	Так	Ні
Голова/обличчя				
Дає обстригати волосся	Так	Ні	Так	Ні
Носить шапку (тобто дає собі вдягнути її на голову)	Так	Ні	Так	Ні
Кричить (утікає), коли гладять чи торкаються до голови, обличчя	Так	Ні	Так	Ні

Губи/ротова порожнина				
Кусає губи	Так	Ні	Так	Ні
Притискає губи руками	Так	Ні	Так	Ні
Бере предмети до рота	Так	Ні	Так	Ні

Гра/соціальна взаємодія

Яка гра дитини (до 3-х років) _____

Як забавляється дитина (нині) _____

Твердження/запитання	До 3-х років	Після 3-х років
Бавиться іграшками згідно з їх призначенням	Так	Ні
Гра проста та однотипна	Так	Ні
Бавиться кубиками, конструкторами	Так	Ні
Грає "в ніби" (ніби п'є з дитячого горнятка, у якому	Так	Ні
Бавиться в тематичні ігри	Так	Ні
Чи розуміє правила гри?	Так	Ні
Чи складає свої речі після гри?	Так	Ні
Чи любить слухати казки?	Так	Ні
Чи дивиться телевізор?	Так	Ні
Чи є проблеми з концентрацією уваги?	Так	її:
У перші місяці життя повертає голову і очі на звук, проситься на руки	Так	Ні
Проявляє інтерес до інших	Так	Ні
Нав'язує контакти ровесникам	Так	Ні

Улюблена гра дитини _____

Емоції

Переважний настрій дитини _____
Чи часто дитина роздратована? _____
Чи має дитина раптові напади злості? _____
Чи трапляються в дитини раптові напади крику? _____
Чи має дитина раптові напади плачу? _____
Адекватність емоцій _____
Чи часто в дитини змінюється настрій протягом дня? _____
Чи має дитина почуття гумору? _____
Чи виявляє емпатію? _____

Агресія/аутоагресія

Чи помічали Ви прояви дитячої агресивної поведінки? У чому це виявлялося? (До 3-х років.) _____

Чи простежується в дитини агресивна поведінка? У чому це виявляється? (Нині.) _____

Чи простежується в дитини аутоагресія? (До 3-х років.) _____

Чи простежується в дитини аутоагресія? (Нині.) _____

Стереотипи

Чи помічали Ви прояви стереотипної поведінки? Яка це поведінка? (До 3-х років.) _____

Чи простежуються в дитини прояви стереотипної поведінки? Яка це поведінка? (Нині.) _____

І ще один, не менш важливий крок початкової діагностики полягає в **спостереженні за дитиною**. Його проведення вимагає додаткових підручних засобів, які слід підготувати заздалегідь. Спостереження складається з таких *етапів*:

1. Велика моторика та рухово-зорова координація (подолання перешкод, повзання через тунель, кидання м'яча, підстрибування тощо).

2. Рівновага (ходьба по балці, гойдання (за руки і ноги), крутіння на кріслі (офісному) тощо).

3. Латералізація (око, вухо, рука, нога).

4. Слухові реакції (реакція на звук, пошук джерела звуку, розпізнавання звуків, затуляння вух тощо).

5. Зорові реакції (ліхтарик, зміна світла, конвергенція, огляд книжечок тощо).

6. Чуттєві реакції (на дотик, на легке потискування, на міцний масаж, на різні предмети (пластилін, фарба) тощо).

7. Мануальні можливості (будування з кубиків, малювання тощо).

8. Пізнавальні можливості (класифікація предметів та знаходження розбіжностей, співвідношення предмета з назвою, читання, загальний рівень функціонування тощо).

9. Мова (артикуляція, вокалізація, спосіб мовлення, розуміння простих і складних вказівок).

10. Експресія емоцій, зміна настрою протягом дня.

11. Агресивна та аутоагресивна поведінка.

12. Стосунки з особою, яка проводить дослідження (зоровий та фізичний контакт).

13. Наслідування (спонтанне і на прохання, тематичні ігри) та співпраця (використання руки дорослої особи, вказування пальцем).

14. Зосередження уваги (тривалість та перемикання уваги).

15. Поведінка дитини під час консультації (стереотипи, дивна поведінка).

Спостереження за дитиною

1. Груба моторика й зорово-рухова координація:

- долаття перешкод;
- тунель – повзання, рачкування;
- "ходіння по камінню";
- м'яч (уміння кидати, ловити);
- стрибки на обох ногах;
- стрибки на одній нозі;
- стрибки в довжину;
- проби, які підвищують рівень складності координації зорово-рухової (наприклад: ракетки, ролики, велосипед тощо).

2. Рівновага:

- гойдання (за руки і ноги, у ковдрі);
- комп'ютерне крісло;
- трамплін.

3. Латералізація (основна рука/нога):

- око;
- вухо;
- рука;
- нога.

4. Реакція на слух:

- реакція на різні звуки, пошук джерел звуку (прихованих і відкритих, далеких і близьких);
- розпізнавання звуків;
- реакція на стукання предметами, перкусія вух;
- закривання вух;
- користування предметами, які творять звуки (музичні інструменти, стукання предметами, звукові іграшки);
- розуміння і виконання завдань.

5. Зорові реакції:

- ліхтарик;
- зміна світла;
- конвергенція;
- реакція на кольори, розпізнавання кольорів;
- складанки;
- перцепція складних малюнків;
- оглядання книжок.

6. Чуттєві реакції:

- реакція на дотик;
- реакція на легке потискування;
- реакція на міцний масаж – глибокі відчуття;
- реакція на пластилін, фарби, крупи.

7. Мануальні здібності, графомоторика:

- будівництво з кубиків, конструктор;
- використання предметів;
- малювання (спосіб тримання олівця, графічний рівень);
- складанки.

8. Пізнавальні здібності:

- уміння класифікувати, знаходити відмінності;
- зіставлення предмета і назви;
- розуміння "причини – наслідку";
- знання цифр та літер;
- читання;
- загальний рівень функціонування.

9. Мова:

- активна (вимова, артикуляція, вокалізація);
- пасивна (розуміння речень простих і складних).

10. Експресія емоцій, настроїв.

11. Поведінка агресивна й аутоагресивна.

12. Стосунки з терапевтом.

13. Наслідкування (спонтанне й на прохання, тематична гра) і співпраця (використання руки дорослого, вказування пальцем).

14. Концентрація уваги: стійкість та перемикання уваги.

15. Поведінка дитини протягом візиту:

- стереотипи;
- дивна поведінка.

СКЛАДАННЯ ПРОГРАМИ ІНДИВІДУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ

На підставі отриманої інформації психолог складає "*Стимуляційну програму*" для дитини. Діти з порушенням розвитку мають проблеми в багатьох сфе-

рах, тому дуже важко розвивати їх усі відразу. Починати слід із найбільш виразних та наглядних порушень, які передусім хвилюють батьків та заважають нормальному функціонуванню самої дитини.

Правила створення програми:

1. Програму слід складати відповідно до інтересів дитини.
2. Вправи мають бути короткі та необтяжливі.
3. Забезпечити комфорт проведення стимуляційної програми (місце проведення не має змінюватися; потрібні для виконання вправ матеріали варто підготувати заздалегідь; виконувати програму бажано в один і той самий час; не відволікатися на дзвінки, розмови).
4. Заохочувати дитину до співпраці (можна використовувати матеріальні та соціальні нагороди).
5. Вправи мають змінюватися (статична-динамічна).
6. Загальна тривалість стимуляційної програми не має перевищувати 1 год.

Уперше програму проводить психолог під час консультації, у присутності батьків, які мають змогу спостерігати за правильним виконанням вправ. Оскільки ці вправи потрібно виконувати щоденно найменше двічі, їх із дитиною проводять батьки (чи один з опікунів дитини). Стимуляційна програма змінюється кожних 2–3 тижні і складається наступна. Виконуючи вправи вдома, батькам пропонується навпроти кожної вправи ставити "+", якщо дитина виконала завдання, і "-", якщо не виконала. Якщо існує проблема з виконанням певної вправи чи небажання її виконувати, можна змінити матеріали, які використовують для проведення цього завдання. Систематичність виконання вправ є необхідною умовою для отримання позитивного результату роботи з дитиною.

СПІВПРАЦЯ З РОДИНАМИ АУТИЧНИХ ДІТЕЙ

Основні засади роботи з батьками аутичних дітей:

- будь-яка діяльність стосовно батьків аутичних дітей, як діагностична, так і терапевтична, має ґрунтуватися на емпіричних та клінічних даних про те, що аутизм не є наслідком патології сімейних стосунків;
- спеціалісти повинні усвідомлювати свої сильні й слабкі сторони в міжособистісних контактах і намагатись уникати цих слабких сторін чи суб'єктивних оцінок щодо сімейної ситуації родини аутичної дитини;
- якщо програма терапії, розроблена спеціалістом, не дає ефекту, отже, саме програма є невідповідною, а не те, що сім'я неправильно її виконує;
- діагностуючи й оцінюючи стан дитини, спеціалісти повинні надати батькам реальну інформацію щодо дефіцитів розвитку аутичної дитини та наслідків цих дефіцитів для її майбутнього;

- для сімей мають бути легкодоступні такі форми емоційної підтримки, як групи взаємодопомоги, соціально-психологічні тренінги для батьків тощо, слід пам'ятати однак, що не всі батьки цього потребують;

- не можна говорити батькам, що ситуація з їхньою дитиною безнадійна, а навпаки, варто переконувати батьків у потребі проведення терапевтичної роботи з аутичними особами, незалежно від віку, з метою приготування їх до життя в суспільстві;

- усі програми допомоги аутистам мають максимально залучати батьків, але одночасно враховувати їхнє право до мінімальної участі в цій програмі;

- співпрацю з батьками варто так урегульовувати, щоб ураховувати не лише потреби дитини, а й родини загалом;

- батьки повинні мати доступ до всієї інформації, пов'язаної з діагнозом і терапією аутичної дитини. Програму допомоги треба обговорити з батьками, це впливатиме на її ефективність.

Фахівці, які працюють із родинами аутичних дітей, змушені виробляти новий, позитивний погляд на взаємини в системі "батьки – спеціалісти". Він має ґрунтуватися на емпатичному розумінні реальних труднощів, як практичних, так і емоційних, з якими зіштовхується сім'я аутичної дитини.

Сформулюємо *положення позитивного підходу до родини аутичної дитини*, опираючись на праці М. Доннелан:

- емоційні реакції батьків аутичних дітей є нормальними, потрібними, та продуктивними;

- хоч батьки і потребують допомоги спеціалістів у вихованні, навчанні й терапії аутичної дитини, вони спроможні розв'язувати свої проблеми без їхнього втручання;

- спеціалісти повинні навчитися працювати із сім'єю як системою. Ця система не має змінюватися, щоб пристосуватись до спеціаліста;

- аутична дитина може бути іноді не найважливішою проблемою, яку має сім'я на певний момент. Інші справи можуть переважати, якщо цього вимагають потреби сім'ї;

- сім'я аутичної дитини може бути найкращим, найбільш зацікавленим адвокатом своєї дитини;

- і батьки, і спеціалісти зацікавлені в майбутньому розвитку та соціалізації аутичної дитини;

- батьків аутичної дитини слід активно й творчо залучати до процесу терапії, виховання та навчання.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. Астапов В. М., Микадзе Ю. В. Психология детей с нарушениями и отклонениями психического развития: Хрестоматия. 2-е. изд. – СПб.: Питер, 2008. – 384 с.: ил. – (Серия "Хрестоматия").
2. Братусь Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. М, 1988.
3. Выготский Л. С. Собрание сочинений: в 6 т. / Л. С. Выготский. М., 1982-1984.
4. Выготский Л. С. Основы дефектологии: / Л. С. Выготский. – СПб.: Лань, 2003. – 656 с.
5. Выготский Л.С. Собр. соч. в 6-ти т. / Л. С. Выготский. – М.: Изд-во Акад. пед. наук, 1983. – Т. 5. Основы дефектологии / Под ред. Т.А. Власовой. – 1983.– 369с.
6. Дети с нарушениями в развитии. Хрестоматия / Сост. Б. М. Астапов. М., 1995.
7. Зейгарник Б. В. Патопсихология: Учеб. пособие для студ. вузов / Б. В. Зейгарник. М., 1999.
8. Исаев Д. Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия. – СПб.: Речь, 2004. – 384 с.
9. Корсакова Н. К. Неуспевающие дети: нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении младших школьников / Ю. В. Микадзе, Н. К. Корсакова. М., 2001
10. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В. В. Лебединский. М., 2003.
11. Литвак, А. Г. Психология слепых и слабовидящих / А. В. Литвак. Спб., 1998.
12. Логопедия: [учебник] / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Владос, 2006. – 485 с.
13. Логопедія: [підручник] / За ред. М.К. Шеремет. – К.: Видавничий Дім "Слово", 2010. – 375 с.
14. Логопсихологія: навч. посіб. / С. Ю. Конопляста, Т. В. Сак; за ред. М. К. Шеремет. – К.: Знання, 2010. – 293 с.
15. Лубовский, В. И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей / В. И. Лубовский. М., 1989.
16. Мартинчук О.В. Основи корекційної педагогіки: [навч.-метод. посіб. Для студентів напряму підготовки "Дошкільна освіта"] / Олена Валеріївна Мартинчук. – К.: Київськ. ун-т імені Бориса Грінченка, 2010. – 288с.

17. Маруненко І.М. Роль спадковості та навколишнього середовища в генезі захворювань: [науково-методич. посіб.] / І. М. Маруненко, Л. Г. Горяна, Є. О.Неведомська. – К.: Вітас, 2010. – 64 с.
18. Мещеряков А. И. Слепоглухонемые дети. Развитие психики в процессе формирования поведения / А. И. Мещеряков. – М., 1974.
19. Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л.В.Кузнецова, Л. И. Переслени, Л. И.Солнцева [и др.]; Под ред. Л. В.Кузнецовой. М., 2002.
20. Проблеми розвитку та корекція емоційної сфери молодшого школяра / Упоряд. О. А. Атемасова. – Х.: Вид-во "Ранок", 2010. – 176 с. – (Бібліотека шкільного психолога).
21. Психология глухих детей / Под ред. И. Т. Соловьева, Ж. И. Шиф, Т. В. Розановой. М., 1971.
22. Рубинштейн, С. Я. Психология умственно отсталого школьника / С. Я. Рубинштейн. М., 1978.
23. Синьов В.М. Основы дефектології: [навч. посібник] / В.М.Синьов, Г.М.Кобернік. – К.: Вища школа, 1994. – 143 с.
24. Солнцева, Л. И. Тифлопсихология детства / Л. И. Солнцева. М., 2000.
25. Специальная психология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В. И. Лубовский, Т. В. Розанова, Л. И. Солнцева [и др.]; Под ред. В. И. Лубовского. М., 2003.
26. Спеціальна педагогіка: [понятійно-термінологічний словник] / За ред. акад. В. І. Бондаря. – Луганськ: Альма-матер, 2003. – 436 с.
27. Филичёва Т.Б. Основы логопедии: [учебное пособие] / Т.Б. Филичёва, Н.А.Чевелёва, Г.В. Чиркина. – М.: Просвещение, 1989. – 223. с.
28. Хрестоматія з логопедії: Історичні аспекти. Дислалія. Дизартрія. Ринолалія: [навчальний посібник] / За заг. ред. М.К. Шеремет, І.В. Мартиненко. – К.: КНТ, 2008. – 380 с.
29. Туріщева Л. В. Діти з особливостями розвитку в звичайній школі / Автор-укладач Л. В. Туріщева. – Х.: Вид. група " Основа", 2011. – 111 с. – (Серія "Психологічна служба школи").
30. Шипицына Л. М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / Л. М. Шипицына, И. И. Мамайчук. М., 2004.

Додаткова:

1. Ахутина Т.В. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход / Т.В. Ахутина, Н.М. Пылаева. – СПб: Питер, 2008. – 320 с.: ил.
2. Богуш А.М. Мовленнєвий розвиток дітей від народження до 7 років: [монографія] / Алла Михайлівна Богуш. – К.: Видавничий Дім "Слово", 2004. – 376 с.

3. Вавіна Л.С. Розвиваємо у дитини вміння бачити: Від народження до 6 років: [поради батькам] / Л.С. Вавіна, В.М. Ремаржевська. – К.: Літера ЛТД, 2008. – 128 с., іл.
4. Вступ до абілітації та реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності: [навчально-методичний посібник] / Л.Б. Люндквіст, В.В. Бурлака, А.Г. Шевцов [та ін.]. – К.: Герб, 2007. – 288 с.
5. Гвоздєв А.Н. Развитие словарного запаса в первые годы жизни ребёнка / Александр Николаевич Гвоздєв. – Саратов: Куйбышев, 1990. – 103 с.
6. Журавльова А.Є. Домашня логопедія без проблем: [книга для батьків, які хочуть самі навчити дитину правильно вимовляти звуки] / А.Є. Журавльова, В.В. Федієнко. – Харків.: Видавничий дім "Школа", 2006. – 112 с.: іл.
7. Малярчук А.Я. Дидактичний матеріал для виправлення мовленнєвих недоліків: [навчальний посібник] / Антоніна Яківна Малярчук. – К.: Літера ЛТД, 2005. – Ч. I. – 272 с.
8. Малярчук А.Я. Дидактичний матеріал для виправлення мовленнєвих недоліків: [навчальний посібник] / Антоніна Яківна Малярчук. – К.: Літера ЛТД, 2005. – Ч. II. – 184 с.
9. Малярчук А.Я. Обстеження мовлення дітей: [дидактичний матеріал] / Антоніна Яківна Малярчук. – К.: Літера ЛТД, 2003. – 104 с.
10. Манько Н.В. Діагностика та корекція мовленнєвого розвитку дітей раннього віку: [науково-методичний посібник] / Наталія Володимирівна Манько. – К.: КНТ, 2008. – 256 с.
11. Савіна Л.П. Пальчикова гімнастика для розвитку мовлення: [посібник для батьків і педагогів] / Лідія Павлівна Савіна. – К.: Вид-во "Школа", 2002. – 48с.
12. Савченко М.А. Методика виправлення вад вимови фонем у дітей / Марія Аврамівна Савченко. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2007. – 160 с.
13. Сак Т.В. Особлива дитина: Від народження до 6 років: [поради батькам] / Тамара Василівна Сак. – К.: Літера ЛТД, 2008. – 144 с., іл.
14. Сєдих Н.О. Вчимося писати й говорити правильно: поради логопеда / Неля Олексіївна Сєдих. – Харків: Видавнича група "Основа", 2007. – 176 с.
15. Сухар В.Л. Розвиток звукової культури мовлення дітей молодшого дошкільного віку / Упоряд. В.Л. Сухар. – Х.: Веста: Вид-во "Ранок", 2008. – 80 с.
16. Тищенко В. Як навчити дитину правильно розмовляти: Від народження до 5 років: [поради батькам] / В. Тищенко, Ю. Рібцун. – К.: Літера ЛТД, 2006. – 128с.
17. Ткаченко Т.А. Логопедическая энциклопедия / Татьяна Александровна Ткаченко. – М.: ООО ТД "Издательство Мир книги", 2008. 248 с.
18. Соботович Е.Ф. Методика виявлення речевих порушень у дітей і діагностика їх готовності к школьному обучению / Евгения Фёдоровна Соботович. – К., 1998.

Рекомендована додаткова література з сурдопедагогіки

1. Боскис Р.М. Учителю о детях с нарушениями слуха / Рахиль Марковна Боскис. – М.:Просвещение, 1975. – 143 с.

2. Белова Н.И. Специальная дошкольная сурдопедагогика / Н.И. Белова. – М.: Просвещение, 1985.

3. Сурдопедагогика / Под ред. Е.Г. Речицкой. – М.: Владос, 2004. – 655 с.

4. Ярмаченко М.Д. Історія сурдопедагогіки: [підручник] / Микола Дмитрович Ярмаченко. – К.:Вища школа, 1975. – 423 с.

5. Г.Л. Выгодская. Руководство сюжетно-ролевыми играми глухих дошкольников / Гита Львовна Выгодская. – М.: Просвещение, 1964. – 154 с.

6. Трофимова П.В. Развитие движений у дошкольников с нарушенным слухом: [пособие для воспитателей] / П.В. Трофимова. – М.: Просвещение, 1979. – 109 с.

Рекомендована додаткова література з олігофренопедагогіки

7. Катаева А.А. Дошкольная олигофренопедагогика: [учебно-методическое пособие] / А.А.Катаева, Е.А. Стребелева. – М.: Просвещение, 1988. – 140 с.

8. Єременко І.Г. Основи спеціальної дидактики / І.Г. Єременко. – К.: Рад. школа, 1975.– 210 с.40

9. Замский Х.С. История олигофренопедагогика: [підручник] / Х.С. Замский.– М.: Просвещение, 1980. – 397 с.

10. Томпсон Л. Виховання дитини з розумовою вадою / Ліз Томпсон. – Київ: Фера, 1997.

11. Стадненко Н.М. Методика діагностики відхилень у розумовому розвитку молодших школярів та старших дошкільників / Н. М. Стадненко, Т. Д. Ілляшенко, Л. В. Борщевська, А. Г. Обухівська. – К., 1998. – 144 с.

12. Ульєнкова У.В. Шестилетние дети с ЗПР / У.В. Ульєнкова. – М.: Педагогика, 1990. – 184 с.

Рекомендована додаткова література з тифлопедагогіки

13. Земцова М.И. Учителю о детях с нарушениями зрения: [навчально-методичний посібник] /Мария Ивановна Земцова. – М.: Просвещение, 1973. – 159 с.

14. Ермакова В.П. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения / В.П. Ермакова, Г.А. Якушин. – М.: Просвещение, 1999.

15. Литвак А.Г. Тифлопсихология: [учебное пособие] / А. Г. Литвак – М.: Просвещение, 1985. – 207 с.

Рекомендована додаткова література з логопедії

16. Буденко Т.В. Логогимнастика: [методическое пособие] / Т.В. Буденко. – СПб.: Детство – ПРСС, 1999.

17. Малярчук А.Я. Дидактичний матеріал для виправлення мовленнєвих недоліків: [навчальний посібник] / Антоніна Яківна Малярчук. – К.: Літера ЛТД, 2005. – Ч. I. – 272 с.

18. Малярчук А.Я. Дидактичний матеріал для виправлення мовленнєвих недоліків: [навчальний посібник] / Антоніна Яківна Малярчук. – К.: Літера ЛТД, 2005. – Ч. II. – 184 с.

19. Малярчук А.Я. Обстеження мовлення дітей: [дидактичний матеріал] / Антоніна Яківна Малярчук. – К.: Літера ЛТД, 2003. – 104 с.

20. Манько Н.В. Діагностика та корекція мовленнєвого розвитку дітей раннього віку: [науково-методичний посібник] / Наталія Володимирівна Манько. – К.: КНТ, 2008. – 256 с.

21. Тарасун В.В. Логодидактика: [навч. посібник] / Валентина Владимировна Тарасун. – К.: НПУ, 2004. – 348 с.

22. Фомичёва М.Ф. Воспитание у детей правильного произношения: [практикум по логопедии] / Мария Фёдоровна Фомичёва. – М.: Просвещение, 1989. – 239 с.

Рекомендована додаткова література з корекційної психопедагогіки

23. Дети с нарушениями общения: Ранний детский аутизм: [учебное пособие]. – М.: Просвещение, 1991.

24. Лебединская К. Диагностика раннего детского аутизма. Начальное проявления / К. Лебединская, О. Никольская. – М.: Просвещение, 1991.

25. Никольская О.С. Аутичный ребёнок. Пути помощи / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Теревинф, 2000. – 336 с.

26. Максимова Н.Ю. Основы дитячої патопсихології: [навч. посібник] / Н.Ю. Максимова, К.Л. Мілютіна, В.М. Піскун. – К.: Перун, 1996. – 464 с.

27. Безруких М.М. Проблемные дети (леворукие дети) / М.М. Безруких. – М.: Изд-во УРАО, 2000. – 312 с.

28. Коррекционная педагогика в начальном образовании / Под ред. Г.Ф. Кумариной. – М.: Академия, 2003.

29. Кузьмина В.К. Дети с расстройствами поведения / В.К. Кузьмина. – К.: Рад. школа, 1981.

30. Кравцова А. Игра не для забавы. Развивающие игры для детей от рождения до трёх лет / А. Кравцова, А. Кукурудза, Н. Михановская. – Харьков: Каравела, 2003.

Рекомендована додаткова література з ортопедагогіки

31. Левченко И.Ю. Технология обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: [учебное пособие для студентов] / И.Ю. Левченко. – М.: Академия, 2001. – 187 с.

32. Ілляшенко Т.Д. Корекція психосоціального розвитку дітей з церебральним паралічем у реабілітаційному центрі (Дошкільний і молодший шкільний вік) / Т.Д. Ілляшенко, А.Г. Обухівська, О.В. Романенко, Н.С. Скрипка. – К., 2003. 155с.

33. Калижнюк Э.С. Психические нарушения при детских церебральных параличах / Э.С. Калижнюк. – Киев, 1987.

34. Шипицына Л.М. Детский церебральный паралич / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. – Санкт-Петербург: Дидактика Плюс, – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2001.

КОРОТКИЙ ПОНЯТІЙНО-ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

Абілітація соціально-психологічна дітей і підлітків – формування особистості з такими властивостями, що дають змогу не лише інтегруватися у трудову діяльність, але й налагодити продуктивні стосунки з іншими людьми.

Агнозія – порушення процесів сприймання та впізнавання за умови збереженої чуттєвості й свідомості. Розрізняють агнозію зорову, слухову, тактильну тощо.

Аграфія (дисграфія) – неможливість (аграфія), або часткове специфічне порушення процесу письма (дисграфія).

Адаптація (лат. *adaptare* – пристосовувати) – пристосування фізичне і психічне до умов мінливого середовища з метою досягнення гомеостазу, сталості внутрішнього середовища, що забезпечує виживання. Є різні способи тлумачення цього терміна: 1) в еволюційній теорії – будь-яка зміна структури і поведінки, необхідна для виживання; 2) у соціології – зміни, необхідні для самозбереження в новому суспільному оточенні; 3) у психофізіології – зміна чутливості аналізаторів.

Алалія – брак або недорозвинення мовлення при збереженому слухові й первинно збереженому інтелекті. Алалія виникає у домовленнєвий період життя людини внаслідок органічного ураження мовленнєвих зон кори головного мозку.

Алексія (дислексія) – неможливість (алексія), або часткове специфічне порушення процесу читання (дислексія) у зв'язку з ураженням кори головного мозку.

Амнезія – порушення пам'яті.

Анамнез – детальні відомості про умови виникнення і перебігу хвороби, історію розвитку дитини на всіх етапах її життя. За змістом анамнез поділяється на медичний, психолого-педагогічний і соціально-психологічний тощо.

Аномальний розвиток – значне відхилення від умовно-вікових норм фізичного та психічного розвитку, спричинене значними вродженими або набутими дефектами, що, у свою чергу, зумовлює потребу спеціальних умов виховання, навчання, життєдіяльності.

Аутизація – зменшення потреби у спілкуванні, погіршення контактів з оточенням.

Афазія – повна або часткова втрата мовлення, зумовлена локальними ураженнями головного мозку.

Афект – уроджена елементарна докультурна форма переживань. Будь-яке психічне явище має два аспекти: інтелектуальний та афективний.

Брока центр (зона) – центр моторного мовлення, розташований у задній частині нижньої лобної звивини лівої півкулі.

Вербальний – словесний. У психології цей термін використовується для означення знакового матеріалу, а також процесів оперування ним. Вербальному матеріалові протиставляється невербальний – геометричні фігури, малюнки, предмети тощо.

Виховання – систематичне і цілеспрямоване управління процесом формування особистості.

Вищі психічні функції – складні системні психічні процеси (свідомі форми психічної діяльності), що відбуваються під час розвитку людини під впливом суспільства, пов'язані з уживанням знаків, що забезпечують пластичність й адаптивність поведінки.

Внутрішня картина мовленнєвого дефекту – механізм психічної адаптації, що виявляється усвідомлено або несвідомо, у відповідь на виникнення мовленнєвого дефекту; до його складу входять сенситивний, емоційний, раціональний і вольовий компоненти.

Внутрішня картина хвороби (ВКХ). Відповідно до визначення Р.О. Лурія (1939), це "все те, що випробовує та переживає хворий, усі його відчуття <. > його загальне самопочуття, самоспостереження, його уявлення про свою хворобу, її причини <. > – весь той величезний світ хворого, що складається з дуже складних поєднань сприйняття і відчуття, емоцій, афектів, конфліктів, психічних переживань і травм".

Гіперопікування – система взаємовідносин у родині, коли дитиною занадто опікуються і контролюють її.

Госпіталізм – зумовлені хронічною недостатністю спілкування тимчасові зміни психічного стану й поведінки дитини, що симптоматично подібні до виявів аутизму.

Групові норми – правила, зразки поведінки, способи мислення і переживання, прийняті як норми в певній соціальній групі, що приймаються й активно захищаються більшістю її членів.

Деадаптація – порушення у процесі пристосування живого організму до дії факторів навколишнього і внутрішнього середовища.

Депривація – психічний стан людини, що є результатом тривалого обмеження задоволення основних потреб, необхідних для повноцінного життя і розвитку. Наслідком депривації в дитячому віці є виявлені відхилення в емоційному, інтелектуальному, соціальному розвитку.

Детермінізм (від лат. *determinare* – визначати) – філософська концепція, згідно з якою визнається об'єктивна закономірність і причинна зумовленість усіх явищ природи та суспільства. У спеціальній психології – закономірна й необхідна залежність психічних явищ від факторів, що їх спричиняють.

Дефект – фізичний або психічний недолік, що зумовлює порушення в нормальному розвитку дитини.

Дефектологія (від лат. *defectus* – недолік і грец. *logos* – учення) – наука про психофізіологічні особливості розвитку дітей із порушеннями психічного, фізичного і/або розумового розвитку; про закономірності їх навчання, виховання, освіти.

Дефект-центризм – підхід до випробуваного (клієнта) як до носія певного симптому або синдрому, що протиставляється ціннісному й цілісному підходу до особистості, системи її стосунків.

Дизартрія – порушення мовленнєвої діяльності, зумовлене недостатністю інервації мовленнєвого апарату.

Дизонтогенез у широкому розумінні – індивідуальний розвиток, що не збігається з умовно прийнятою нормою; психічний дизонтогенез – порушення розвитку психіки загалом та її окремих складових зокрема, а також стійке порушення співвідношення темпів і термінів розвитку окремих психічних сфер і різних компонентів усередині них.

Дислалія – порушення звуковимови за нормального слуху та збереженої інервації мовленнєвого апарату.

Дисоціація – порушення взаємозв'язку психічних процесів.

Дисфорія – настрій, що характеризується роздратованістю, озлобленістю, похмурістю, підвищеною чутливістю до дій оточення зі схильністю до спалахів агресії, Дисфорія притаманна при органічних захворюваннях головного мозку, епілепсії, деяких формах психопатій.

Дисфункція – порушення функцій будь-якого органа або системи, переважно якісного характеру.

Діагностика (від грец. *diagnostikos* – здатний розпізнавати) – 1) розділ медицини, в якому вивчається сутність, методи, послідовні ступені розпізнавання хвороби; 2) процес розпізнавання хвороби й оцінювання індивідуальних біологічних і соціальних відмінностей суб'єкта, що полягає в цілеспрямованому медичному обстеженні, трактуванні отриманих результатів та їх узагальненні у вигляді діагнозу.

Діагностика психічного розвитку – визначення індивідуально-психологічних особливостей особистості з метою оцінювання їх стану і прогнозування подальшого розвитку.

Діяльність, за визначенням А.Н. Леонтьєва, на психологічному рівні – це одиниця життя, опосередкована психічним відображенням, функція якого полягає в тому, що воно орієнтує суб'єкта в предметному світі. Тобто діяльність – це не реакція й не сукупність реакцій, а система, що має структуру, внутрішні перетворення, розвиток.

Діяльність провідна – діяльність, здійснення якої визначає виникнення і формування основних психологічних новоутворень людини на певному етапі розвитку її" особистості.

Егоцентризм (від грец. *ego* – я) – специфічна орієнтація духовного світу людини на саму себе, власне "Я". Це зосередження уваги на своїх переживаннях, думках, потягах у зв'язку з обмеженою здатністю об'єктивно сприймати і розуміти стани інших людей. Егоцентризм слід відрізнити від егоїзму (егоїст чітко усвідомлює прагнення та переживання інших, але навмисно нехтує ними). Его-

центризм властивий людям із певними психічними захворюваннями (шизофренія, психопатія, істерія), є характерним симптомом РДА (раннього дитячого аутизму).

Екзогенний – зовнішнього походження, той, що зумовлений зовнішніми причинами (біологічними та соціальними).

Емоційна лабільність (емотивність) – легка зміна настрою, короткочасність і нестійкість переживань. Чим меншого віку дитина, тим вищою буде її емоційна лабільність. Для дорослої людини висока емоційна лабільність є ознакою інфантильності.

Емпатія (від грец. етраіііеіа – співпереживання) – здатність проникати в емоційний стан іншої людини. Ендогенний – внутрішнього походження, той, що зумовлений внутрішніми причинами.

Етіологія (від грец. attia – причина, logos – вчення) – учення про причини й умови виникнення хвороби, недуги, патологічного стану.

Заїкання – порушення темпоритмічної організації мовлення, зумовлене судомним станом м'язів мовленнєвого апарату.

Затримка мовленнєвого розвитку (ЗМР) – гальмування темпу, коли рівень мовленнєвого розвитку не відповідає віковій дитини.

Затримка психічного розвитку (ЗПР) – тимчасове відставання розвитку психіки загалом або окремих її функцій конституціонального, соматогенного, психогенного, церебрально-органічного походження.

Зона потенціального (найближчого) розвитку – приховані можливості у психологічному саморозвиткові дитини, що виявляються за умови надання їй мінімальної підказки чи цілеспрямованої зовнішньої допомоги; визначається змістом тих завдань, які дитина ще не може вирішити самостійно, але здатна вирішувати за допомогою дорослого, оскільки те, що виконується дитиною під керівництвом дорослого, потім стає її власним надбанням. Цей термін увів Л.С. Виготський.

Інтелект (лат. intellectus – розуміння, розум) – термін, який спочатку використовувався для позначення лише раціональних форм мислення, але на сьогодні має широке розуміння і означає всю пізнавальну діяльність людини. **Інтеріоризація** (лат. interior – внутрішній) – формування внутрішніх структур людської психіки шляхом засвоєння структур зовнішньої соціальної діяльності.

Інтровертність – замкненість, висока вибірковість у спілкуванні. Інтроверт з труднощами входить у новий колектив, зав'язує знайомства. Разом із тим відносини інтроверта зазвичай глибші й серйозніші, ніж у екстраверта.

Інфантилізм (незрілість, "дитячість") – збереження у психіці людини особливостей характеру, притаманних більш раннім стадіям розвитку. Поняття інфантилізму стосується переважно особистісного й емоційного розвитку. Особливим є явище психофізичного інфантилізму, що характеризується затриманим розвитком організму в цілому.

Катамнез – сукупність даних, отриманих після закінчення курсу лікування або психолого-педагогічної роботи з дитиною.

Кваліфікація дефекту (симптому) – якісний аналіз, вивчення структури порушення, визначення фактора (первинного дефекту), що спричинив виникнення цього симптому.

Когнітивні процеси – пізнавальні психічні процеси, спрямовані на пізнання навколишнього світу. До цих процесів належать: відчуття, сприймання, мислення, увага. Пам'ять і увагу слід розглядати як такі, що забезпечують когнітивні процеси.

Комбінований мовленнєвий дефект – поєднання двох або більше мовленнєвих патологій.

Компенсація порушення (дефекту) – відновлення, вирівнювання, розвиток порушених або недосформованих функцій; перебудова збережених функцій з метою заміни ушкоджених; створення у процесі навчання і виховання тих способів діяльності й поведінки, що сприяють соціальній адаптації й інтеграції.

Компенсація психічна – процес заміщення втрачених чи ослаблених властивостей психіки іншими подібними або взаємопов'язаними з ними з метою усунування недоліку. А. Адлер запропонував термін "надкомпенсація", який він використовував на позначення надмірного розвитку яких-небудь характеристик особистості у відповідь на переживання власної неповноцінності.

Комплекс неповноцінності – відчуття власної неповноцінності, невідповідності, зумовлене справжніми або надуманими фізичними або психічними недоліками.

Конформність – намагання "бути таким, як усі", відсутність власної думки і некритичне підпорядкування більшості.

Корекція (лат. correctio – виправлення) – виправлення порушень, повернення до норми психічних властивостей, що відхилилися від неї.

Латентний – прихований, який зовнішньо не виявляється (патологічний процес), початок захворювання.

Лексикон – словник, запас слів, яким володіє людина.

Лепет – голосові реакції дитини на позитивні подразники; виявляється на другому місяці життя у вигляді різноманітних нескладних звукових комплексів (починаючи з гуління) і поступово ускладнюється (багаторазове повторення складів); при тяжких мовленнєвих вадах з'являється у дітей із запізненням.

Логоманія – патологічна балакучість.

Логопатія – загальна назва мовленнєвих порушень.

Логопед – корекційний педагог, діяльність якого спрямована на попередження і подолання порушень мовлення у дітей, підлітків та дорослих.

Логопедія – спеціальна педагогічна наука про порушення мовлення, методи їх попередження, виявлення й усунення за допомогою засобів спеціального навчання і виховання.

Логопсихологія – галузь спеціальної психології, в якій вивчається психічний розвиток осіб з порушеннями мовлення.

Механізм порушення мовлення – відхилення у процесах та операціях, що забезпечують виникнення і розвиток мовленнєвої діяльності.

Мова – система знаків, яка є засобом спілкування, мисленнєвої діяльності, передачі інформації від покоління до покоління та її зберігання. Мовні одиниці (фонеми, морфеми, лексеми, словосполучення, речення) та зв'язки між ними утворюють складну органічну структуру мовної системи.

Мовленнєва діяльність – специфічна форма психічної діяльності людини, що забезпечує розуміння мовлення оточення і власні висловлювання. Це активний, цілеспрямований, мотивований (як будь-яка довільна дія) предметний (змістовний) процес висловлення і прийому сформованої та сформульованої за допомогою мови думки, інформації, спрямованої на задоволення комунікативно-пізнавальної потреби людини у процесі спілкування. Мова та мовлення є двома ланками мовленнєвої діяльності.

Мовлення – це оволодіння та застосування особистістю певної мови в процесі її спілкування з іншими людьми, тобто в процесі мовленнєвої діяльності. Мовлення – діяльність спілкування за допомогою мови. Це мова в дії.

Мотиви діяльності – спонукальні умови дій і вчинків людини. Спонукають людину до дії її потреби. Багатоплановість людських потреб зумовлює багатоплановість мотивів діяльності. Вони поділяються на дві категорії: первинні та вищі (духовні й матеріальні). Мотиви є найважливішою складовою спрямованості особистості.

Мутизм (від грец. *mutua* – німий) – припинення мовленнєвого спілкування внаслідок тяжкої психічної травми. Мутизм має тимчасовий характер і належить до групи невротичних реакцій.

Научування у загально психологічному розумінні – набуття сенсомоторного й інтелектуального досвіду, нових форм поведінки. У педагогічній психології научування – засвоєння особою, яка навчається, соціального досвіду, знань, умінь і навичок, вироблених людством протягом тисячоліть; у соціальній психології результатом научування є соціалізація особистості.

Невроз – зворотне порушення психічної діяльності. Розрізняють три його основні форми: неврастенія, істерія, невроз нав'язливих станів.

Невропатія – стан підвищеної збудливості нервової системи у поєднанні з підвищеною виснажливістю.

Негативізм – протидія вимогам, або немотивована відмова від контактів.

Недорозвинення мовлення – якісно низький рівень сформованості порівняно з нормою тієї чи іншої мовленнєвої функції або мовленнєвої системи загалом.

Норма (від лат. *norma* – керівне начало, правило, зразок) – 1) узаконене встановлення, визнаний обов'язковим порядок, устрій чого-небудь; 2) встановлена міра, величина чого-небудь.

Онтогенез (від грец. *ontos* – єство, *genesis* – походження) – процес розвитку індивідуального організму, тобто сукупність послідовних морфологічних, фізіологічних та біохімічних перетворень організму від його зародження до кінця життя.

Онтогенез дитячого мовлення – розвиток мовлення дитини в різні вікові періоди.

Операції мислення – перехід від фактів до розкриття їх сутності; узагальнення висновків відбувається за допомогою розумових і практичних дій. Розумові дії – це дії об'єктів, що відображаються в образах, уявленнях і поняттях про них; дії по думки за допомогою мислення. Розумові дії забезпечуються такими операціями мислення, як порівняння, аналіз, синтез, абстрагування, узагальнення, конкретизація, класифікація та систематизація.

Оптимізація – 1) процес вибору найкращого варіанта з можливих; 2) процес приведення системи у найкращий (оптимальний) стан.

Особистість – людина як суспільний, соціалізований індивід. Особистістю не народжуються, вона формується у процесі набуття соціально-культурного досвіду. Фактором, що консолідує особистість, є утворення уявлення про себе як самостійну частину суспільства, усвідомлення власного Я, що вперше виникає майже у три роки і завершується офіційним визнанням суспільства у вигляді різних громадянських прав (видача паспорта, право голосування, право на шлюб). Людина, яка стає особистістю, має певний рівень психічного розвитку, у зв'язку з чим вона здатна керувати власною поведінкою, діяльністю. Особистість характеризується спрямованістю, характером, здібностями й темпераментом.

Пам'ять – процеси організації та збереження людиною її попереднього досвіду. Це необхідна умова психічного розвитку людини. Основними процесами пам'яті є: запам'ятовування, зберігання, відтворення і забування. Залежно від матеріалу, що запам'ятовується, розрізняють образну, словесно-логічну, емоційну, рухову пам'ять тощо. За тривалістю утримання матеріалу пам'ять може бути короткочасною, довготривалою, оперативною.

Парціальний – частковий, належить до окремих частин.

Патогенез (від грец. *pathos* – страждання, хвороба, *genesis* – походження) – 1) учення про загальні закономірності розвитку, перебігу та кінця хвороби; 2) механізм розвитку конкретної хвороби, патологічного процесу або стану.

Патогенез порушень мовлення – розділ патології, в якому досліджуються механізми виникнення і розвитку порушень мовленнєвої діяльності.

Патологія – наука, що вивчає закономірності виникнення і розвитку хвороб, окремих патологічних процесів і станів.

Патопсихологія – галузь психології, в якій досліджуються закономірності змін психічної діяльності та характеристики особистості під час хвороби; аналіз патологічних змін здійснюється на основі зіставлення з характером формування і перебігу психічних процесів, станів та якостей особистості у нормальному розвитку.

Педагогіка корекційна – наука про закономірності й особливості освіти, виховання і навчання осіб переважно дитячого віку з порушеннями психофізичного, емоційного і/або розумового розвитку. Згідно з державною класифікацією наукових спеціальностей в Україні корекційна педагогіка є самостійною галуззю педагогічних наук і складається з низки спеціальних педагогічних дисциплін (сурдопедагогіка, олігофренопедагогіка, тифлопедагогіка, логопедія тощо).

Педагогічна занедбаність – стійке відхилення у свідомості й поведінці дитини, зумовлене негативним впливом середовища, недоліками виховання, прогалинами у навчанні.

Персеверація – нав'язливе повторення одних і тих самих попередніх рухів, слів, фраз, образів, думок. Розрізняють моторну, сенсорну й інтелектуальну персеверацію.

Підсвідоме – 1) сукупність психічних процесів, актів, станів, зумовлених явищами дійсності, вплив яких суб'єкт не усвідомлює; 2) форма психічного відображення, в якій образ дійсності та ставлення до неї суб'єкта не є предметом спеціальної рефлексії. У підсвідомому неможливий довільний контроль здійснюваних суб'єктом дій та оцінювання їх наслідків.

Поведінка – сукупність дій, здійснюваних індивідом у процесі взаємодії з середовищем, тобто це зовнішній вияв психічної діяльності.

Постнатальний – післяпологовий, післяродовий.

Потреба – стан організму особистості, соціальної групи, суспільства в цілому, який залежить від об'єктивних умов їх існування і розвитку. Потреби класифікують за походженням як природні (біологічні) та культурні; за предметом – матеріальні та духовні. Виховання потреб, властивих гуманній, високодуховній людині, є одним із основних завдань формування особистості в сучасних умовах.

Працездатність – здатність індивіда виконувати цілеспрямовану діяльність за заданим рівнем ефективності протягом певного часу. Розрізняють максимальну, оптимальну та знижену працездатність.

Проблема – складне, наукове або практичне питання, що потребує вирішення, і всі попередні спроби розв'язання якого не можна визнати цілком задовільними.

Процес (лат. processus – просування вперед) – термін, що вживається у психології в різноманітних значеннях. Найзагальніше його тлумачення таке: це суть психічного, що є вищою формою організації матерії, яка постійно рухається. В інших визначеннях увага приділяється окремим аспектам цього руху, наприклад, способу досягнення якого-небудь результату (научуваність, розуміння, адаптація та ін.); або в когнітивній психології – пізнанню, увазі, пам'яті, мисленню та ін.

Психіка (від грец. psuchikos – душевний, psuche – душа) – форма активного відображення суб'єктом об'єктивної реальності. У психіці представлені й упорядковані події минулого, теперішнього та можливого майбутнього. На рівні людини події минулого відображаються у пам'яті, теперішнього – у сукупності образів, переживань, розумових дій, майбутнього – у намаганнях, потягах, бажаннях, мріях, фантазіях тощо.

Психічні процеси – окремі вияви психічної діяльності людини, які умовно можуть бути самостійними об'єктами досліджень (відчуття, сприймання, мислення тощо).

Психічні явища – будь-який вид психічної діяльності людини.

Психічні якості – індивідуальні особливості психіки людини, певне її ставлення до дійсності й відповідно до форми поведінки, що мають стійкий характер (див. інтерес, здібності, темперамент, характер).

Психодіагностика – галузь психології, в якій розробляються методи виявлення та визначення індивідуально-психологічних особливостей особистості. Основними завданнями психодіагностики у дефектології є: встановлення первинного дефекту, що спричинив порушення розвитку дитини, передбачення перспектив розвитку.

Психокорекція – вид діяльності психолога, спрямованої на виправлення психічних недоліків, переважно симптоматичну допомогу.

Психолінгвістика – наука, в якій вивчаються мовленнєва діяльність, її сутність, внутрішня структурна організація (мовленнєві дії, розуміння та виникнення мовленнєвого висловлювання), взаємодія та взаємозумовленість понять "мова" та "мовлення", місце і роль мовленнєвої діяльності у загальному контексті інтелектуального процесу. Психолінгвістика взаємопов'язана з лінгвістикою та психологією, зокрема, з психологією мовлення.

Психологічне консультування – сфера діяльності практичного психолога, пов'язана з наданням психологічної допомоги людям у вигляді консультацій і порад.

Психологічний статус – становище суб'єкта у системі міжособистісних стосунків, що визначає його права, обов'язки та привілеї.

Психологія – наука про закономірності розвитку і функціонування психіки як особливої форми життєдіяльності.

Психологія мовлення – галузь психології, що вивчає мовлення як вищу специфічну форму психічної діяльності людини, його види, психофізіологічні механізми, взаємозв'язок мислення, мови і мовлення, а також закономірності формування мовленнєвої функції в процесі онтогенезу.

Психотерапія – галузь практичної психології, спрямована на лікування й корекцію поведінки шляхом психічного впливу на хворого. У широкому розумінні психотерапія – це надання психологічної допомоги здоровим людям з метою подолання життєвих психологічних проблем. Основними сферами застосування є: психіатрія, особливо невротологія, психосоматична медицина і загальномедична практика.

Реабілітація – 1) відновлення у правах; 2) відновлення доброго імені, репутації; 3) відновлення або компенсація порушених функцій організму та працездатності хворих й інвалідів. Тобто це повернення хворого до нормального життя в межах його психофізичних можливостей. Реабілітація – комплексна, багатоетап-

насистема медичних, соціально-психологічних, педагогічних заходів, спрямованих на усунення чи пом'якшення вад розвитку дітей-інвалідів і дітей з обмеженими фізичними та розумовими можливостями, інтеграцію в соціум, залучення до громадського життя і праці.

Реабілітація психічна (лат. rehabilitation – відновлення) – відновлення втрачених психічних здібностей особистості; у деяких випадках відновлення вихідного стану.

Ригідність (від лат. rigidus – жорсткий, твердий) у психології – недостатність пластичності або повна неспроможність, нездатність корегувати програму власної діяльності відповідно до вимог ситуації. Розрізняють: 1) когнітивну ригідність, що характеризується труднощами перебудови сприймання і уявлень у новій ситуації; 2) афективну, для якої властива скутість афективних, емоційних відгуків на нові об'єкти емоцій; 3) мотиваційну, яка виявляється у зв'язку з труднощами за необхідності перебудови системи мотивів в умовах, що потребують гнучкості та змін поведінки.

Риси особистості – стійкі елементарні, індивідуальні психологічні властивості людини, що характеризують її як особистість. Риси особистості можуть бути визначеннями характеру, мотивами поведінки та ін.

Розвиток – видозміни від простого до складного, від нижчого до вищого внаслідок накопичення кількісних змін, що зумовлюють якісні перетворення. У фізичному та психічному розвитку людини розрізняють онтогенез (розвиток від народження до кінця життя) і філогенез (розвиток, який відбувається під час біологічної еволюції під впливом умов життя). В онтогенетичному розвитку вирізняють такі етапи: пренатальний (ембріонатальний) та постнатальний (немовля, переддошкільний, дошкільний і шкільний – молодший, середній, старший вік, зрілість, старість).

Розвиток дитини – підрозділ дитячої психології. Ключове слово розвиток означає, що в центрі уваги перебувають аспекти фізіології, пізнання і поведінки, що демонструють якісні й кількісні зміни в міру розвитку дитини від народження до зрілого віку.

Розгальмованість – процес, який виявляється у надмірній рухливості, метушливості, незібраності, непосидючості дитини. Психомоторна розгальмованість часто поєднується з нестійкістю уваги, відволіканням, підвищеною виснажливістю, імпульсивністю. Розгальмованість особливо характерна для дошкільного та молодшого шкільного віку, спостерігається у дітей з різними проявами інфантилізму, затримкою психомоторного розвитку, загальним психічним недорозвитком тощо.

Розум – узагальнена характеристика пізнавальних можливостей людини. У вузькому розумінні – індивідуально-психологічна характеристика розумових здібностей людини. Рівень розумового розвитку дитини є основою ефективності її навчання і виховання; водночас навчання та виховання впливають на розумовий розвиток.

Розумовий розвиток – процес удосконалення інтелектуальної сфери та пізнавальних здібностей людини.

Самоконтроль – усвідомлення й оцінювання людиною власних психічних процесів, станів, поведінки та діяльності з метою забезпечення їх відповідності до поставлених цілей, вимог, правил, зразків. За допомогою самоконтролю людина здатна попереджувати і виправляти помилкові дії, операції, реалізовувати запропонований або самостійно прийнятий план діяльності.

Самосвідомість – відносно стійка, усвідомлена система уявлень індивіда про себе, орієнтуючись на яку, він формує взаємодію з іншими людьми. Самоаналіз, самооцінка є компонентами самосвідомості, вони пов'язані переважно з пізнавальним аспектом психічної діяльності, з емоційним аспектом пов'язані такі складові самосвідомості, як самолюбство, скромність, почуття відповідальності, власної гідності. Вольовими компонентами є володіння собою, самоконтроль, самодисципліна.

Самостійність – узагальнена характеристика особистості, що виявляється у критичності, ініціативності, адекватній самооцінці та почутті особистої відповідальності за діяльність і поведінку.

Свідомість – вища, притаманна лише людині, форма відображення дійсності, її об'єктивних сталих властивостей, що відіграє регулятивну роль стосовно поведінки. У психічному аспекті свідомість є процесом усвідомлення людиною навколишнього світу і себе, власних процесу пізнання та діяльності.

Сензитивний період – етап найінтенсивнішого розвитку певних психічних функцій, оптимальний для засвоєння відповідних видів діяльності. У дефектології вивчаються оптимальні терміни педагогічного впливу з метою досягнення найефективнішого корекційного ефекту. Для корекції порушеного розвитку переддошкільний і дошкільний вік є найбільш сензитивними.

Сенсорний (від лат. *sensus* – почуття, відчуття) – чуттєвий, пов'язаний із відображенням дійсності за допомогою відчуттів і сприймань.

Сигнальні системи – способи регуляції поведінки живих істот у навколишньому середовищі, властивості якого сприймаються головним мозком у вигляді сигналів, що сприймаються органами чуття як відчуття кольору, звуку, запаху тощо (перша сигнальна система), або подаються у знаковій системі – мова, звуки музики, малюнки, схеми, виразні рухи тощо (друга сигнальна система).

Симптом – характерний вияв, ознака психічних або органічних порушень і захворювань, що свідчать про зміни нормального функціонування організму або психіки.

Синдром – комплекс симптомів хвороби, пов'язаних однаковим походженням.

Система (від грец. *systema* – ціле, складене з частин) – цілісна сукупність взаємодіючих елементів. Розрізняють системи за рівнем складності, відкриті й закриті. Виокремлюють складні ієрархічно організовані системи, в яких передбачена супідрядність різних так званих рівнів.

Системності принцип (від грец. *systema* – складене з частин, з'єднання) у психології – методологічний підхід до аналізу психічних явищ, за якого відповідне явище розглядається як система.

Системогенез – процес послідовного розвитку у віковому плані симптомів відхилення.

Складний дефект – поєднання двох або більше дефектів розвитку, що є не лише сумою дефектів, а й зумовлюють якісно своєрідну структуру психічного дефекту.

Соціалізація – процес, за допомогою якого індивід здобуває знання, цінності, соціальні навички та соціальну чутливість, що дає йому змогу інтегруватися у суспільство і поводитися у ньому адаптовано. Це визначення стосується людей будь-якого віку, оскільки у широкому значенні соціалізація – життєвий досвід.

Соціальна роль – система норм, форм і правил поведінки, очікуваних від людини, що займає в суспільстві чи соціальній групі визначене положення.

Структура дефекту – психічний синдром, що складається з первинного синдромуутворювального симптому (фактора) і вторинних, які виникають унаслідок взаємозалежності елементів психічної системи.

Структура мовленнєвого дефекту – сукупність мовленнєвих і надмовленнєвих симптомів у їх зв'язку.

Субтест – частина психологічного тесту або його підпікала, що має самостійне значення й за допомогою неї оцінюється та чи інша окрема властивість.

Темперамент – динамічний аспект психічних реакцій людини: їх темп, швидкість, ритм, інтенсивність. Темперамент разом із характером і здібностями характеризує індивідуальні особливості особистості. Є такі типи темпераменту: меланхолічний, сангвінічний, флегматичний, холеричний.

Тривожність – психологічний стан підвищеного занепокоєння, емоційної напруги людини.

Труднощі спілкування – невідповідність комунікативної поведінки до ситуації й умов досягнення її мети. Такі труднощі зумовлені нестриманістю, внутрішньою напругою, несміливістю, невпевненістю, тривожністю, агресивністю, грубістю, недостатньою соціально-психологічною компетентністю. Виникнення труднощів спілкування впливає із внутрішнього взаємозв'язку спілкування та психіки.

Фенотип – сукупність усіх ознак і властивостей організму, що сформувалися у процесі його індивідуального розвитку (онтогенезу). Фенотип визначається взаємодією генотипу, тобто спадкової основи організму, з умовами середовища, в яких відбувається його розвиток.

Фрустрація (від лат. *frustratio* – марне сподівання, невдача, обман) – психічний стан, який виникає внаслідок реальної чи уявної перешкоди, що заважає досягненню мети. Виявляється у відчуттях напруги, тривоги, гніву тощо. Сила фрустрації залежить від ступеня значущості заблокованої поведінки.

Функціональний розлад – загальний термін для позначення будь-якого розладу певної функції, причиною якого не є органічна патологія. У практиці це поняття використовується для позначення: а) тих розладів, під час яких не виникає жодної відомої органічної патології; б) порушень, за яких відомо, що немає специфічної органічної патології, яка могла б безпосередньо відповідати за ці симптоми.

Характер (від грец. character – риса, особливість) – сукупність стійких індивідуально-психологічних особливостей конкретної людини, що виявляються в різних видах її діяльності та поведінки, підструктура особистості.

Церебральний – мозковий.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Астапов В.М. Педагогу о психическом здоровье учащихся. – М., 1991.- 40 с. – С. 8 – 27.
2. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С. Н. Практическая патопсихология. - Ростов–на- Дону, 1996. – 448 с. - С. 344 -353.
3. Выготский Л.С., Лурия А.Р. Этюды по истории поведения: Обезьяна. Примитив. Ребенок. – М., 1993. – 224 с. - С. 205-211.
4. Дети с нарушениями в развитии. Хрестоматия / Сост. В. М. Астапов. – М., 1995. – 264 с. – С. 102 - 115.
5. Кутішенко В. П., Ставицька С. О. Психологія розвитку та вікова психологія: Практикум: Навч. посіб. – К.: Каравела, 2009. – 448 с. – С. 155-170.
6. Павлий Т.Н. Некоторые подходы к изучению и коррекции эмоциональной сферы детей с задержкой психического развития // Школьный психолог.- 1999. - № 31. – С. 6.
7. Туріщева Л. В. Діти з особливостями розвитку в звичайній школі / Л. В. Туріщева. – Х. : Вид. група " Основа", 2011. – 11с. – С. 64-68, 102-108.
8. Яковлева Л. М. Психологічний супровід дітей-аутистів / Леся Яковлева. – К.: Редакції загальнопед. газет, 2013. – 120 с. – С. 20-36. (Бібліотека " Шкільного світу").

Навчальне видання

Укладач
Гетьман Тетяна Олексіївна

ДЕФЕКТОЛОГІЯ ТА СПЕЦІАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ

Навчально-методичний посібник

Технічний редактор – І. П. Борис
Верстка, макетування – В. М. Косяк

В авторській редакції

Підписано до друку
Гарнітура Times New Roman
Замовлення №

Формат 60x84/8
Обл.-вид. арк. 9,59
Ум. друк. арк. 9,18

Папір офсетний
Тираж ел. вид.



Ніжинський державний університет
імені Миколи Гоголя.
м. Ніжин, вул. Воздвиженська, 3/4
(04631)7-19-72
E-mail: vidavn_ndu@mail.ru
www.ndu.edu.ua

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 2137 від 29.03.05 р.