

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**КРИВОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
Кафедра практичної психології



**Чаркіна Олена Анатоліївна**

Навчально-методичний посібник з курсу  
**«ПСИХОЛОГІЯ АНОМАЛЬНОГО РОЗВИТКУ  
ТА ОСНОВИ ПСИХОГЕНЕТИКИ»**  
для студентів-бакалаврів 4 курсу (8 семестр)  
спеціальності 053 «Психологія»

Кривий Ріг – 2021

УДК 159.96

Чаркіна О.А. **Навчально-методичний посібник** з курсу «Психологія аномального розвитку та основи психогенетики» для студентів-бакалаврів 4 курсу (8 семестр) спеціальності 053 «Психологія». Кривий Ріг: вид-во КДПУ, 2021. 70 с.

**РЕЦЕНЗЕНТИ:**

**Мірошник Зоя Михайлівна** – доктор психологічних наук, професор, професор кафедри практичної психології;

**Токарева Наталя Миколаївна** – доктор психологічних наук, професор, професор кафедри загальної та вікової психології.

Обговорено та схвалено кафедрою практичної психології  
21 січня 2021 р., протокол № 7

Завідувач кафедри

\_\_\_\_\_

Мірошник З.М.

© Чаркіна О.А., 2021 рік

## ЗМІСТ

1.	Силабус курсу.....	4
2.	Плани практичних занять та завдання для самостійної роботи	10-35
	Практичне заняття 1.....	10
	Практичне заняття 2.....	11
	Практичне заняття 3.....	13
	Практичне заняття 4.....	14
	Практичне заняття 5.....	16
	Практичне заняття 6.....	18
	Практичне заняття 7.....	22
	Практичне заняття 8.....	25
	Практичне заняття 9.....	31
	Практичне заняття 10.....	34
3.	Тематика домашніх контрольних робіт.....	36
4.	Питання до екзамену.....	37
5.	Рекомендовані джерела інформації.....	39
6.	Додатки.....	44-70
6.1.	Додаток А. Діагностика інтелекту дітей раннього віку.....	44
6.2.	Додаток Б. Корекційно-розвиткова робота з дітьми із затримкою психічного розвитку.....	51
6.3.	Додаток В. Класифікація психічного дизонтогенезу за В.В. Лебединським - Г.Є. Сухаревою.....	59



Кафедра практичної психології

**СИЛАБУС НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

<b>Назва дисципліни</b>	<b>Психологія аномального розвитку та основи психогенетики</b>
<b>Рівень вищої освіти</b>	перший (бакалаврський)
<b>Спеціальність</b>	053 Психологія
<b>Спеціалізація (додаткова спеціальність)</b>	Спеціальна психологія
<b>Освітня програма</b>	053 Психологія
<b>Форма навчання</b>	денна та заочна
<b>Статус дисципліни</b>	вибіркова
<b>Семестр</b>	VIII
<b>Вимоги до допуску</b>	«Основи анатомії та фізіології ВВД», «Диференційна психологія», «Клінічна психологія з основами психотерапії», «Патопсихологія», «Нейропсихологія», «Основи дефектології», «Психологія девіантної поведінки».
<b>Обсяг дисципліни</b>	кредити – 4,0 загальний обсяг годин – 120 д/в – 40, з них: лекцій – 20 (одна щотижня), практичних занять – 20 (одне щотижня), годин самостійної роботи – 80.
<b>Форма звітності</b>	екзамен
<b>Викладач(і)</b>	Чаркіна Олена Анатоліївна, кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри практичної психології
<b>Персональна(і) сторінка(и) викладача(ів)</b>	<a href="https://kdpu.edu.ua/personal/oacharkina.html">https://kdpu.edu.ua/personal/oacharkina.html</a>
<b>Контактна інформація</b>	телефон кафедри: (056) 440-53-75 телефон викладача: (098) 882-86-84 електронна адреса кафедри: <i>k_pedtech@kdpu.edu.ua</i> електронна адреса викладача: <i>charkinaa@ukr.net</i>

## ***ЗАГАЛЬНИЙ ОПИС ЗМІСТУ ДИСЦИПЛІНИ***

Курс «Психологія аномального розвитку та основи психогенетики» орієнтований на формування у здобувачів вищої освіти поняття про механізми і закономірності психічного дизонтогенезу, особливості структури дефекту у різних груп дітей з особливими потребами; чинники виникнення аномалій розвитку дитини, вплив тератогенів на організм, фактори ризику, що ускладнюють перебіг вагітності та народження здорової дитини, роль спадковості та навколишнього середовища у генезі хвороб; генетичну природу психічних розладів. Особливу увагу у змісті курсу приділено психогенеалогії як методу дослідження трансгенераційних зв'язків та епігенетичної передачі не тільки хвороб, але і потенціалів розвитку, моделей поведінки та життєвих стратегій особистості.

### ***ЦІЛІ І РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ***

Згідно з вимогами освітньо-професійної програми студенти повинні:

#### ***знати:***

- предмет та складові психології аномального розвитку;
- основи психогенетики, роль спадкових чинників у формуванні різних порушень і розвитку аномальної особистості як біопсихосоціальної єдності;
- класифікацію порушень психофізичного розвитку;
- сутність дефекту, його загальну структуру та специфіку дефекту при різних дизонтогенезах;
- суть загальних та специфічних закономірностей розвитку особистості з психофізичними порушеннями;
- основні категорії спеціальної психології (корекція, компенсація, реабілітація, соціалізація та ін.);

#### ***вміти:***

- здійснювати інформаційний пошук на основі роботи з фаховими джерелами; аналізувати теоретичний матеріал і здійснювати його узагальнення, формулювати висновки.
- орієнтуватися в типологіях дизонтогенезу, визначати структуру дефекту та закономірності розвитку осіб з різними дизонтогенезами;
- планувати, будувати та проводити експериментально-психологічне дослідження дітей з вадами розвитку; аналізувати емпіричні дані, формулювати на їх основі психологічні висновки;
- визначати адекватні засоби психологічного впливу на осіб з різними дизонтогенезами;

- орієнтуватися у сучасних методах психокорекційної, терапевтичної, розвиткової і реабілітаційної роботи з аномальною особистістю;
- використовувати метод геносоціограми як інструмент трансгенераційної психогенеалогічної контекстуальної терапії.

### **ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН КУРСУ**

- Тема 1. Предмет та завдання ПАР.
- Тема 2. Поняття норми і патології у дитячій психології та психіатрії.
- Тема 3. Місце психогенетики у дослідженні індивідуальності.
- Тема 4. Людина як об'єкт генетичних досліджень.
- Тема 5. Генетичні основи психічних захворювань.
- Тема 6. Особливості осіб (дітей та дорослих) з порушеннями інтелектуального розвитку.
- Тема 7. Затримка психічного розвитку (ЗПР).
- Тема 8. Викривлений психічний розвиток.
- Тема 9. Методи дослідження відхилень в особистісному розвитку дітей.
- Тема 10. Реабілітація. Абілітація. Соціалізація.

### ***ВИДИ РОБІТ І ЗАВДАНЬ. ІНСТРУМЕНТАРІЙ НАВЧАННЯ***

У межах курсу студенти виконують індивідуальні практичні завдання, спрямовані на вивчення психологічних характеристик осіб з різними типами психічного дизонтогенезу, укладають комплекси методик, спрямованих на діагностику актуальних проблем, наявних ресурсів і прихованих потенціалів у дітей і дорослих з особливими потребами; створюють психологічні рекомендації з корекції та реабілітації осіб з порушеннями психофізичного розвитку і гармонізації аномальної особистості.

### ***ПОЛІТИКИ КУРСУ***

Пропущені заняття (лікарняні, мобільність тощо) й невиконані завдання повинні бути відпрацьовані та надані викладачу до початку заліку.

Щодо правил поведінки на заняттях: передбачено активну участь здобувачів ВО в обговоренні тем вивчення, виконання необхідного мінімуму навчальної роботи, відключення мобільних телефонів.

Дотримання принципів академічної доброчесності здобувачами ВО передбачає: самостійне виконання навчальних завдань, завдань поточного та підсумкового контролю результатів навчання (для осіб з особливими

освітніми потребами ця вимога застосовується з урахуванням їхніх індивідуальних потреб і можливостей); обов'язкові посилання на джерела інформації у разі використання ідей, розробок, тверджень, відомостей; дотримання норм законодавства про авторське право і суміжні права; надання достовірної інформації про результати власної (наукової, творчої) діяльності, використані методики досліджень і джерела інформації.

### **СИСТЕМА ОЦІНЮВАННЯ**

Підсумкова оцінка з курсу «Психологія аномального розвитку та основи психогенетики» є сумою балів за відвідування лекцій, виконання практичних завдань та самостійну роботу. Впродовж семестру студент може отримати 70 балів: під час відпрацювання 4-х теоретичних модулів: за 1-й модуль – 14 балів; за 2-й модуль – 21 бал; за 3-й модуль – 28 балів, за 4-й модуль – 7 балів. На екзамені студент може отримати 30 балів. Екзаменаційний білет містить три питання. Максимальна кількість балів за відповіді: перше питання – 5 балів, друге питання – 10 балів, третє питання (кейс) – 15 балів.

#### **Розподіл балів, які отримують студенти**

Поточне тестування та самостійна робота										Бали за екзамен	Сума
ЗМ №1		ЗМ № 2			ЗМ № 3			ЗМ № 4			
T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	30	100
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7		

*\*Лекція – 1 бал;*

*Практичне заняття – 3 бали;*

*Самостійна робота – 3 бали (за кожну тему).*

*\*\*Мінімальна кількість балів, яку необхідно набрати здобувачу для допуску до екзамену, – 30 балів.*

### **РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА**

#### **Основна література**

1. Аршава І.Ф., Назаренко О.О. Психологія важковиховуваних дітей. – Посібн. - Д.: РВВ ДНУ. – 2007. – 56 с.
2. Братусь Б.С. Аномалии личности. Психологический подход. М. : Никая, 2019. Изд. 2-е, перераб. и доп. 912 с.

3. Долгова О.М. Основи психогенетики: навч. Посібник / О.М. Долгова, О.І. Западенко-Геменчук. – К.: НАУ, 2014 – 232 с.
4. Лебединский В.В. Психология аномального развития ребенка в 2-х томах. – М.: Издательство Московского университета, 2006. – 304 с.
5. Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л., Пискун В.М. Основи дитячої патопсихології: Навчальний посібник. – К., 1999. - 432с.
6. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2006. – 400 с.
7. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2001. – 220 с.

### **Додаткова література**

1. Матвеева М.П., Миронова С.П. Корекційна робота у системі освіти дітей з вадами розумового розвитку. – Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський державний університет, 2005.
2. Пожар Л. Психология аномальных детей и подростков-патопсихология / Л. Пожар; под общ ред. А. И. Подольского. - М. : Институт практической психологии, 1996. – 128 с.
3. Романенко О.В. Напрями роботи практичного психолога в системі інклюзивної освіти // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Корекційна педагогіка і психологія / за ред.. О.В. Гаврилова, В.І. Співака. – Вип. XXIII, частина 3. - Кам'янець-Подільський: ПП Медобори-2006, 2013. – С. 248- 255.
4. Спеціальна психологія. Тексти. Частина 1, 2 / За ред. М.П. Матвеевої, С.П.Миронової. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський державний університет, інформаційно-видавничий відділ, 1999-2001.
5. Хохліна О.П. Актуальні питання психологічного обґрунтування корекції розвитку аномальних дітей // Управління в освіті: Зб.матеріалів V Міжнар. наук.-пр. конф. 14-16 квітня 2011 р., м. Львів. – Львів: Вид-во Львівської політехніки, 2011. - С.334-335.
6. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / ред. Лебединского В.В., Никольской О.С. и др. - М.: Изд-во МГУ, 1999.
7. Яссман Л. В. Основы детской патопсихологии: учеб.-метод. пособие для психологических факультетов педагогических вузов / Л. В. Яссман, В. Н. Данюков. - М. : Олимп, 1999. – 256 с.



## Інформаційні ресурси

1. Александров А.А. Психогенетика. Питер, 2008. 192 с. Электронное издание: [http://bankknig.org/audioknigi\\_psihologiya/182499-psixogenetika.html](http://bankknig.org/audioknigi_psihologiya/182499-psixogenetika.html)
2. Важкі діти [www.otrok.ru](http://www.otrok.ru)
3. Сайт для вчителів, лікарів, батьків про порушення поведінки у підлітків, шкідливі звички, розлади шкільних навичок. Є бібліотека повнотекстових видань з теми, форум.
4. Діти з особливостями розвитку [www.specialneeds.ru](http://www.specialneeds.ru)  
Сайт містить базу даних спеціальних закладів для дітей з особливими потребами м. Москви. Є статті з окремих питань спеціальної психології та педагогіки, форум.
5. Канадсько-українська мережа досліджень [www.canada-ukraine.org/ukr\\_Home.htm](http://www.canada-ukraine.org/ukr_Home.htm)  
Сайт англійською та українською мовами, присвячений співробітництву в галузі спеціальної педагогіки. Частина сторінок - ще в розробці. Електронний журнал [www.canada-ukraine.org/ukr\\_Journal.htm](http://www.canada-ukraine.org/ukr_Journal.htm)
6. Малых С.Б., Егорова М.С., Мешкова Т.А. Основы психогенетики. 1998. – 744 с. – Электронное издание. – Доступно из URL: <http://bankknig.org/knigi/132363-osnovy-psixogenetiki.html>
7. Равич-Щербо И.В. Психогенетика. М.; Аспект Пресс, 2000,- 447 с. – Электронное издание. – Доступно из URL: <http://www.klex.ru/591>
8. Сайт [Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка Національної академії педагогічних наук України](http://ispukr.org.ua/)  
<http://ispukr.org.ua/>
9. Україна. Інклюзія. Сайт системи Інклюзивно-ресурсних центрів <https://ircenter.gov.ua/>

## ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 1. ІСТОРІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ АНОМАЛІЙ РОЗВИТКУ.



### Питання для обговорення:

1. Психологія аномального розвитку як наука: предмет, завдання, методи.
2. Внесок Л.С. Виготського, Г. Швальбе, О.Р. Лурії, Б.В. Зейгарник, Г.Є. Сухаревої, В.В. Лебединського, В.В. Ковальова, М.С. Певзнер та інших у становлення ПАР як науки.
3. Міжпредметні зв'язки ПАР з дитячою психіатрією, патопсихологією, нейропсихологією, неврологією, дефектологією та логопедією.

### Завдання для самостійної роботи

*Заповніть таблицю, вписуючи дефініції понять.*

<b><i>Поняття</i></b>	<b><i>Визначення</i></b>
Аномальний розвиток	
Психічний дизонтогенез	
Дизонтогенії	
Аномальна особистість	
Дитина-інвалід	

Проблемна дитина	
Дитина з особливими освітніми потребами	
Нормотипічна дитина	
Дитина з вадами розвитку	

### Рекомендована література:

1. Аршава І.Ф. Тлумачний словник-довідник із медичної психології / І.Ф. Аршава, Г.О. Філіпчева. – Д.: РВВ ДНУ, 2009. – 80 с.
2. Аршава І.Ф., Корнієнко В.В. Дитяча патопсихологія. - Д.: РВВ ДНУ, 2006, 54 с.
3. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста - М.: Медицина, 1995. – 560 с.
4. Лебединский В.В. Психология аномального развития ребенка в 2-х томах. – М.: Издательство Московского университета, 2006. – 304 с.
5. Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л., Пискун В.М. Основи дитячої патопсихології: Навчальний посібник. – К., 1999. - 432с.
6. Савенкова І.І. Клінічна психологія. – Одеса: Астропринт, 2013. – 264 с.
7. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. – М.: АРКТИ, 2003. – 208 с.

## ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 2.

### СПІВВІДНОШЕННЯ ПОНЯТЬ НОРМА І ПАТОЛОГІЯ.

#### Питання для обговорення:

1. Критерії нормативного і ненормативного (аномального) розвитку.
2. Підходи до класифікації видів психічного дизонтогенезу.
3. Типи психічного дизонтогенезу за В.В. Лебединським – Г.Є. Сухаревою.
4. Психологічна характеристика дітей з психічним недорозвитком, затриманим, дефіцитарним, пошкодженим, дисгармонійним і викривленим розвитком.
5. Проблеми асинхроній, акселерації та ретардації у дітей і підлітків.
6. Співвідношення розпаду і регресії психічних функцій.

## Завдання для самостійної роботи

Заповніть таблицю, вписуючи дефініції понять.

<i>Поняття</i>	<i>Визначення</i>
Норма	
Умови нормального розвитку дитини за Г.М. Дульневим та О.Р. Лурією	
Патологія	
Чинники і детермінанти дизонтогенезу	
Вади розвитку	
Психічний дефект	
Первинний дефект	
Вторинний дефект	
Невропатія	
Психометричні критерії розвитку	
Параметри дизонтогенезу	
Компенсація	

### Рекомендована література:

1. Аршава І.Ф. Тлумачний словник-довідник із медичної психології / І.Ф. Аршава, Г.О. Філіпчева. – Д.: РВВ ДНУ, 2009. – 80 с.
2. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста - М.: Медицина, 1995. –

560 с.

3. Лебединский В.В. Психология аномального развития ребенка в 2-х томах. – М.: Издательство Московского университета, 2006. – 304 с.
4. Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л., Пискун В.М. Основы детской патопсихологии: Навчальний посібник. – К., 1999. - 432с.
5. Причины возникновения и пути профилактики аномалий развития у детей / Отв. ред. Т.А. Власова. – М., 1985. – 122 с.
6. Психология детей с нарушениями и отклонениями психического развития / ред. Астапова В.М., Микадзе Ю.В. - СПб.: 2001. – 384 с.
7. Савенкова І.І. Клінічна психологія. – Одеса: Астропринт, 2013. – 264 с.

### **ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 3. МЕТОДИ ПСИХОГЕНЕТИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.**

#### **Питання для обговорення:**

1. Можливості та сучасний стан пренатальної діагностики психічних порушень в Україні.
2. Цитогенетичний метод дослідження.
3. Біохімічний метод дослідження.
4. Молекулярно-генетичний метод дослідження.
5. Близнюковий метод досліджень. Поняття про конкордантність та дисконкордантність.

#### **Завдання для самостійної роботи**

*Ознайомтесь з прес-релізом за результатами конференції «Проблеми психічного здоров'я дітей: сучасні підходи до діагностики та лікування» за посиланням: <https://ipag-kiev.org.ua/problemi-psihichnogo-zdorov-ya-ditej-suchasni-pidhodi-do-diaagnostiki-ta-likuvannya/>*

*Зробіть висновки і ключові узагальнення з виступів і досліджень сучасних українських науковців та фахівців.*

*Законспекуйте.*

#### **Рекомендована література:**

1. Атраментова Л. А. Введение в психогенетику: Учеб. пособие / Л. А. Атраментова, О. В. Филиппова. – М.: Флинта: Московский психолого-социальный институт, 2004. – 472 с.

2. Козлова С.И. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование / Козлова С.И., Семакова Е., Демикова Н.С., Блинникова О.Е. – М.: Практика, 1996. – 416 с.
3. Медична біологія / За ред. В. П. Пішака, Ю. І. Бажори. Підручник. – Вінниця: НОВА КНИГА, 2004. – 656 с.

## ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 4. ПСИХОГЕНЕАЛОГІЯ.



### Питання для обговорення:

1. Трансгенераційна передача інформації.
2. Епігенетика.
3. Геносоціограма.
4. Методика складання геносоціограм.

### Завдання для самостійної роботи

*1. Заповніть таблицю, вписуючи дефініції понять.*

<i><b>Поняття</b></i>	<i><b>Визначення</b></i>
Трансгенераційне	

Інтергенераційне	
Ефект Зейгарник, або синдром невідплаканого горя	
Сімейна лояльність (за визн. Івана Бузормені-Надя)	
Сімейні правила	
Синдром роковин (за визн. Жозефіни Хілгард)	
Соціальний атом (за визн. Якоба Леві Морено)	
Геносоціограма (за визн. Анн Анселінг Шутценбергер)	

*2. Розробіть проект власного генеалогічного дерева. Сформулюйте сімейний атом і перелік ключових питань для геносоціограми. Чи були серед ваших пращурів носії генів психічних захворювань? Які спадкові чинники могли або можуть вплинути на ваш стан психічного розвитку і психічне здоров'я ваших нащадків?*

### **Рекомендована література:**

1. Александров А. А. Психогенетика: Учебное пособие/ А. Александров. – СПб.: Питер, 2010. – 192 с.
2. Атраментова Л. А. Введение в психогенетику: Учеб. пособие / Л. А. Атраментова, О. В. Филипцова. – М.: Флинта: Московский психолого-социальный институт, 2004. – 472 с.
3. Братусь Б.С. Аномалии личности. Психологический подход. М. : Никея, 2019. Изд. 2-е, перераб. и доп., 912 с.
4. Лебединский В.В. Психология аномального развития ребенка в 2-х томах. – М.: Издательство Московского университета, 2006. – 304 с.
5. Малых С.Б. Психогенетика: Учебник для вузов. Том 1 / Малых С.Б., Егорова М.С., Мешкова Т.А. – СПб.: Питер, 2008. – 408с.

6. Малых С.Б. Психогенетика: Учебник для вузов. Том 2 / Малых С.Б., Егорова М.С., Мешкова Т.А. – СПб.: Питер, 2008. – 336с.
7. Причины возникновения и пути профилактики аномалий развития у детей / Отв. ред. Т.А. Власова. – М., 1985. – 122 с.

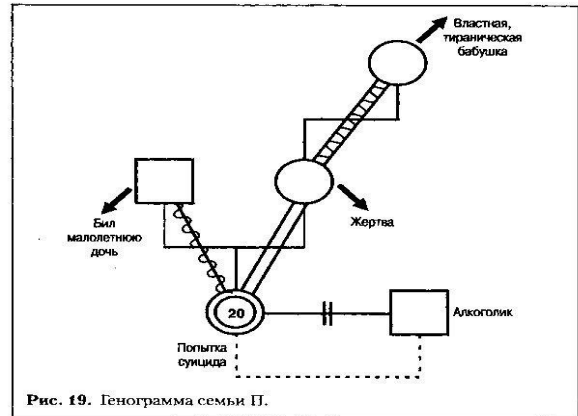
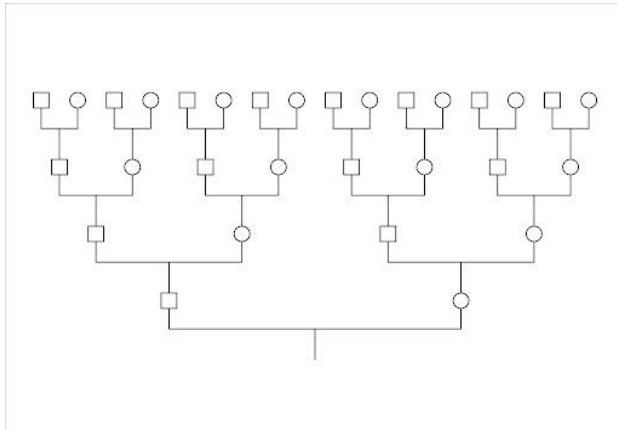


Рис. 19. Генограмма семьи П.

Условные обозначения	
	МУЖЧИНА
	ЖЕНЩИНА
	ГРАЖДАНСКИЙ БРАК
	ОФИЦИАЛЬНЫЙ БРАК
	ПРЕРВАННЫЕ ОТНОШЕНИЯ
	РАЗВОД
	КОНФЛИКТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ
	РОДИТЕЛИ. ДЕТИ: НОМЕР УКАЗЫВАЕТ ПОРЯДОК РОЖДЕНИЯ; ЗДЕСЬ 3-Й РЕБЕНОК ОБОЗНАЧАЕТ ВЫКИДЫШ.
	СМЕРТЬ
	СМЕРТЬ
	ВЫКИДЫШ ИЛИ АБОРТ В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ПОЛ РЕБЕНКА БЫЛ УСТАНОВЛЕН
	ВЫКИДЫШ ИЛИ АБОРТ В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ПОЛ РЕБЕНКА НЕИЗВЕСТЕН



**Анн Анселин Шутценбергер**

# Синдром предков

*Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциогаммы*





**ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 5.**  
**ГЕНЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**  
**ТА ЕМОЦІЙНО-ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ.**



**Питання для обговорення:**

1. Генетичні основи адиктивної поведінки:

- алкоголізму,
- наркоманії,
- харчових розладів,
- комп'ютерної, ігрової та Інтернет-залежності.

2. Генетичні передумови:

- олігофренії,
- шизофренії,
- епілепсії,
- аутизму,
- депресії,
- парафілій.

**Завдання для самостійної роботи**

*Перегляньте відеоматеріали за наступними посиланнями:*  
<https://www.youtube.com/watch?v=efFn7icy2gw> ;  
[https://www.youtube.com/watch?v=fuVHM\\_t5m48](https://www.youtube.com/watch?v=fuVHM_t5m48) ;  
<https://www.youtube.com/watch?v=G7bh2VCr6fo> і спробуйте письмово  
відповісти на запитання:

- 1) *наскільки генетично детермінованим є інтелект, розумові здібності та шкільна успішність людини?*
- 2) *що таке індивідуалізована медицина та освіта?*
- 3) *як психогенетичні дослідження сприяють зростанню толерантності у суспільстві?*

### **Рекомендована література:**

1. Александров А. А. Психогенетика: Учебное пособие/ А. Александров. – СПб.: Питер, 2010. – 192 с.
2. Атраментова Л. А. Введение в психогенетику: Учеб. пособие / Л. А. Атраментова, О. В. Филиппова. – М.: Флинта: Московский психолого-социальный институт, 2004. – 472 с.
3. Лебединский В.В. Психология аномального развития ребенка в 2-х томах. – М.: Издательство Московского университета, 2006. – 304 с.
4. Малых С.Б. Психогенетика: Учебник для вузов. Том 1 / Малых С.Б., Егорова М.С., Мешкова Т.А. – СПб.: Питер, 2008. – 408 с.
5. Малых С.Б. Психогенетика: Учебник для вузов. Том 2 / Малых С.Б., Егорова М.С., Мешкова Т.А. – СПб.: Питер, 2008. – 336 с.

### **ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 6. ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОСІБ З ВАДАМИ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ.**



### **Питання для обговорення:**

1. Причини психічного недорозвитку.
2. Диференційна діагностика пошкодженого психічного розвитку.
3. Діагностична і корекційна робота з розумово відсталою дітиною.
4. Психопрофілактика ранніх деменцій.

## Завдання для самостійної роботи

1. Заповніть таблицю, вписуючи психологічні характеристики дітей з різними типами олігофреній (за М.С. Певзнер).

<i>Тип порушення</i>	<i>Психологічна характеристика дитини</i>
Неускладнена олігофренія	
Олігофренія, ускладнена порушенням нейродинаміки (збудливий і гальмівний типи)	
Олігофренія в поєднанні з порушеннями різних аналізаторів	
Олігофренія з психопатоподібними формами поведінки	
Олігофренія з вираженою лобною недостатністю	

2. Встановіть відповідність між діагностичною категорією та психологічною характеристикою:

*Легка розумова відсталість (F70); Помірна розумова відсталість (F71); Важка розумова відсталість (F72); Глибока розумова відсталість (F73).*

IQ нижче 20, відповідає віку до 3-х років. Не здатні до розуміння й виконання вимог або інструкцій. Часто страждають на енурез та енкопрез. Моторика грубо порушена. У більшості випадків встановлюється органічне мозкове ураження. Як коморбідні стани часто спостерігаються важкі неврологічні порушення, епілепсія, розлади зору і слуху тощо.

IQ в діапазоні від 35 до 49, відповідає віку 6–9 років. Рівень соціального функціонування обмежений колом родини та спеціальної групи.

Виражене відставання в розвитку розуміння й використанні мовлення, навичок самообслуговування й моторики помітне з раннього віку. У школі

розвиваються тільки базисні навички і то за умов постійного спеціального корекційно-педагогічного впливу. Мають потребу в нагляді та керівництві. Мовний запас достатній тільки для повідомлення про свої потреби. Фразове мовлення слабо розвинено. Часто поєднується з аутизмом, епілепсією, неврологічною патологією.

IQ в межах від 20 до 34, відповідає віку 3–6 років. Рівень соціального функціонування низький. Причини недорозвитку, переважно, органічні. Поєднується з вираженими моторними порушеннями і вираженою когнітивною неспроможністю.

IQ в діапазоні 50–69, відповідає віку 9–12 років. Соціальне функціонування обмежене, але можливе в будь-якій групі.

Мовлення розвивається із затримкою, але використовується в повсякденному житті. Можливе досягнення повної незалежності в догляді за собою (прийом їжі, домашні навички, комфортний побут). Основні труднощі виникають в шкільній успішності, спостерігається затримка в оволодінні навичками читання і письма. Можлива часткова компенсація завдяки соціальному оточенню. Мислення предметно-конкретне, абстрактне залишається недостатньо розвинутим. Можливе навчання некваліфікованій ручній праці. Притаманна емоційна й соціальна незрілість.

### *3. Розв'яжіть задачу:*

Хлопчик Вася (6 р. 2 міс.) прийшов з мамою записуватись до школи. Найперше ж завдання, де потрібно було намалювати фігуру людини, а потім змалювати два зразки, він виконував дуже неохоче, вставав з-за столу, бігав по кабінету психолога, постійно перепитував, відволікався на сторонні звуки. Зрештою хлопчику не вдалося впоратись з жодним завданням: всі вони викликали в нього негативні емоції.

Діагностика показала, що Вася абсолютно не готовий до школи ні в мотиваційному, ні в вольовому, ні в інтелектуальному відношенні. Психолог запропонувала почекати зі вступом до школи ще один рік, а в цьому році – зайнятися розвитком дитини. Мати відповіла, що вона розуміє, що її син дуже неуважний і непосидючий, що він погано розвинутий, оскільки вона багато працює, виховує його сама і майже з ним не займається через брак часу, та й в садку вихователька вже махнула на нього рукою, і саме тому вона хоче, щоб Вася пішов до школи в цьому році.

### ***Питання:***

1. Якими є причини неготовності хлопчика до школи?
2. Які труднощі очікують на нього в першому класі?
3. Змоделуйте подальшу розмову з матір'ю, яка наполягає на своєму, доберіть аргументи на захист власної точки зору.

### **Рекомендована література:**

1. Александров А. А. Психогенетика: Учебное пособие/ А. Александров. – СПб.: Питер, 2010. – 192 с.
2. Атраментова Л. А. Введение в психогенетику: Учеб. пособие / Л. А. Атраментова, О. В. Филипцова. – М.: Флинта: Московский психолого-социальный институт, 2004. – 472 с.
3. Лебединский В.В. Психология аномального развития ребенка в 2-х томах. – М.: Издательство Московского университета, 2006. – 304 с.
4. Малых С.Б. Психогенетика: Учебник для вузов. Том 1 / Малых С.Б., Егорова М.С., Мешкова Т.А. – СПб.: Питер, 2008. – 408 с.
5. Малых С.Б. Психогенетика: Учебник для вузов. Том 2 / Малых С.Б., Егорова М.С., Мешкова Т.А. – СПб.: Питер, 2008. – 336 с.
6. Спеціальна психологія. Тексти. Частина 1, 2 / За ред. М.П. Матвєєвої, С.П. Миронової. - Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський державний університет, інформаційно-видавничий відділ, 1999-2001.
7. Стадненко Н.М. и др. Диагностика отклонений в умственном развитии учащихся. - К.: Освіта, 1991. – 96 с.
8. Стадненко Н.М., Іляшенко Т.Д., Борщевська Л.В., Обухівська А.Г. Методика діагностики відхилень у розумовому розвитку школярів та старших дошкільників - К.: Абетка, 1998. – 144 с.

**ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 7.**  
**МЕТОДИ КОРЕКЦІЙНОЇ І РОЗВИТКОВОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ ІЗ ЗПР.**



**Питання для обговорення:**

1. Систематика ЗПР. Гармонійний психофізичний інфантилізм. Органічний інфантилізм.
2. Класифікація ЗПР за походженням. ЗПР конституційного походження. Церебрально-органічна ЗПР. Соматогенна ЗПР. Психогенна ЗПР: педагогічна та мікросоціальна занедбаність.
3. Психолого-педагогічна характеристика дітей із ЗПР.

**Завдання для самостійної роботи**

*1. Пройдіть тест:*

1. Ретардація – це ...
  - а) повернення до більш ранніх форм поведінки;
  - б) реакція на заохочення;
  - в) тривале перебування в лікарняних установах;
  - г) виховання в умовах бездоглядності.
  
2. Затримка психічного розвитку – це:
  - а) дисгармонійний психічний розвиток;
  - б) викривлений психічний розвиток;
  - в) уповільнення темпів розвитку;
  - г) хвороба.

3. Вкажіть неправильну назву типу ЗПР:

- а) гармонійний психофізичний інфантилізм;
- б) соматогенна затримка;
- в) органічний інфантилізм;
- г) церебрально-органічна затримка.

4. При органічному інфантилізмі затримка, насамперед, зачіпає ... сферу:

- а) інтелектуальну;
- б) пізнавальну;
- в) емоційно-вольову;
- г) мотиваційну.

5. Нормальна здорова дитина 6-7 – річного віку має словниковий запас із наступної кількості слів:

- а) 200;
- б) 500;
- в) 1000-2000;
- г) 3000-7000.

6. Ретардація найчастіше характерна для цього типу затримки психічного розвитку:

- а) гармонійний психофізичний інфантилізм;
- б) соматогенна затримка;
- в) органічний інфантилізм;
- г) церебрально-органічна затримка.

7. При церебрально-органічній затримці психічного розвитку затримка сильніше зачіпає:

- а) пізнавальну діяльність;
- б) емоційну сферу;
- в) вольову сферу;
- г) мотиваційну сферу.

8. Затримка психічного розвитку (ЗПР) – це:

а) уповільнення темпів розвитку, яке виражається в недостатності загального запасу знань, незрілості мислення, переважанні ігрових інтересів, швидкій перенасичуваності в інтелектуальній діяльності;

б) хронічне, тяжіюче до поступового погіршення стану нервово-психічне захворювання, що характеризується судомними розладами та специфічними психічними відхиленнями;

в) порушення, що поєднує загальний недорозвиток, затримку, ушкодження з прискоренням розвитку окремих функцій;

г) така форма порушень розвитку, для якої характерна недостатність розвитку емоційно-вольової та мотиваційної сфери особистості при відносній збереженості інших структур.

9. „Хворі здатні впізнавати окремі літери, склади. Їх мовлення складається із 2-3-слівних фраз. Здатні до формування найпростіших трудових навичок. У дітей молодшого шкільного віку виявляється нездатність розрізняти кольори, геометричні фігури, не впізнають предмети за їхнім зображенням, не розуміють послідовності та зв'язку сюжету в серії із 2-3 – х малюнків. Неможливо сформувати поняття числа і часу”. Що описано:

- а) ЗПР;
- б) ідіотію;
- в) імбецильність;
- г) дебільність.

10. Це легкий ступінь недорозвитку психіки, який характеризується: конкретністю мислення; нездатністю до творчої діяльності; примітивністю інтересів та потягів:

- а) ЗПР;
- б) ідіотія;
- в) імбецильність;
- г) дебільність.

2. *Розробіть або запропонуйте програму корекції ЗПР для дітей раннього, дошкільного, молодшого шкільного віку (на вибір), що відповідає методологічним і технологічним принципам до складання корекційних програм і включає мінімум 10 окремих структурованих занять або сесій.*

### **Рекомендована література:**

1. Аршава І.Ф., Корнієнко В.В. Дитяча патопсихологія. - Д.: РВВ ДНУ 2006, 54 с.
2. Диагностика и коррекция задержки психического развития у детей /



Под ред. С.Г. Шевченко. - М.: Аркти, 2001. - 224 с.

3. Лебединский В.В. Психология аномального развития ребенка в 2-х томах. – М.: Издательство Московского университета, 2006. – 304 с.
4. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2006. – 400 с.
5. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2001. – 220 с.
6. Психология детей с задержкой психического развития: Хрестоматия / Сост. О.В. Защиринская. – СПб, 2008.
7. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. – М.: АРКТИ, 2003. – 208 с.
8. Спеціальна психологія. Тексти. Частина 1, 2 / За ред. М.П. Матвєєвої, С.П. Миронової. - Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський державний університет, інформаційно-видавничий відділ, 1999-2001.
9. Стадненко Н.М. и др. Диагностика отклонений в умственном развитии учащихся. - К.: Освіта, 1991. – 96 с.
10. Стадненко Н.М., Ляшенко Т.Д., Борщевська Л.В., Обухівська А.Г. Методика діагностики відхилень у розумовому розвитку школярів та старших дошкільників - К.: Абетка, 1998. – 144 с.

### **ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 8.**

#### **ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ОСІБ З РІЗНИМИ ВАРІАНТАМИ ДИСГАРМОНІЙНОГО ТА ВИКРИВЛЕНОГО ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ.**



#### **Питання для обговорення:**

1. Психологічні особливості аутичної дитини.
2. Психопатія як форма дисгармонії особистості.
3. Аномалії дорослої особистості.
4. Клініко-психологічні критерії патологічних порушень поведінки дітей, підлітків і дорослих.

## Завдання для самостійної роботи

### 1. Пройдіть тест:

1. Ознакою мінімальної мозкової дисфункції є:

- а) відсутність мислення;
- б) відсутність охайності;
- в) відсутність самообслуговування;
- г) біологічно зумовлена недостатність функцій нервової системи.

2. До ознак епілепсії відносять:

- а) слабку реакцію на зовнішні та внутрішні подразники (навіть холод, голод, біль);
- б) мимовільні жувальні та смоктальні рухи, відвернення очей;
- в) пізнє виникнення "комплексу пожвавлення";
- г) утруднений контакт із дитиною внаслідок значно зниженого фону настрою.

3. До викривленого розвитку психіки відноситься:

- а) розумова відсталість;
- б) психопатії;
- в) ранній дитячий аутизм;
- г) алалії.

4. До дисгармонійного психічного розвитку не відноситься:

- а) невроз;
- б) епілепсія;
- в) невропатія;
- г) психопатія.

5. Явище госпіталізму спостерігається при такій затримці психічного розвитку:

- а) гармонійний психофізичний інфантилізм;
- б) соматогенна затримка;
- в) органічний інфантилізм;
- г) церебрально-органічна затримка.

6. Назвіть неправильну назву типу підліткових акцентуацій характеру (за А.Є. Лічко):

- а) нестійкий;
- б) ригідний;
- в) астеноневротичний;
- г) психастенічний.

7. До групи конституціональних психопатій не входить:

- а) шизоїдна;
- б) збудлива;
- в) істероїдна;
- г) епілептоїдна.

8. Цей вид конституціональної психопатії характеризується невмотивованими коливаннями настрою від зниженого (субдепресивного) до підвищеного (маніакального). Це:

- а) шизоїдна психопатія;
- б) епілептоїдна психопатія;
- в) циклоїдна психопатія;
- г) психастенічна психопатія.

9. Акцентуації характеру — це:

- а) порушення емоційно-вольової сфери, зумовлене нестійкістю регуляції вегетативних функцій;
- б) аномалії розвитку емоційно-вольової та мотиваційної сфери особистості;
- в) крайні варіанти норми, за яких окремі риси характеру надмірно посилені;
- г) порушення, що поєднує загальний недорозвиток, затримку, ушкодження з прискоренням розвитку окремих функцій.

10. До особистісних новоутворень, що перешкоджають процесу соціалізації дитини не належить:

- а) феномен смислового бар'єру;
- б) феномен афекту неадекватності;
- в) акцентуація характеру;
- г) розбіжність ставлень.

11. Психопатії – це:

- а) крайні варіанти норми, за яких окремі риси характеру надмірно посилені, наявна підвищена чутливість до певних психотравмуючих впливів при достатній стійкості до інших;
- б) порушення емоційно-вольової сфери, зумовлене нестійкістю регуляції вегетативних функцій;
- в) патологічна форма компенсації невідповідності рівня домагань і досягнень, загальмований процес самореалізації;
- г) порушення емоційно-вольової сфери.

12. Наявність мовлення у вигляді емоційно забарвленого монологу є характерним для такої групи дітей із РДА:

- а) 1;
- б) 2;
- в) 3;
- г) 4.

13. Наявність ейдетичного зорового запам'ятовування (100 % відтворення картинки з усіма деталями) є характерним для:

- а) олігофренії;
- б) міжпівкульової дисфункції;
- в) раннього дитячого аутизму;
- г) дислексії.

14. До викривленого розвитку психіки відноситься:

- а) олігофренія;
- б) ранній дитячий аутизм;
- в) психопатія;
- г) алалія.

15. Первинний дефект є наслідком:

- а) соціальної депривації;
- б) невідповідно організованої взаємодії типу "вчитель-учень";
- в) ушкоджень мозку;
- г) немає правильної відповіді.

16. Невропатії – це: а) порушення емоційно-вольової сфери, зумовлене нестійкістю регуляції вегетативних функцій;

б) хронічне, тяжіюче до поступового погіршення стану нервово-психічне захворювання, що характеризується судомними розладами та специфічними психічними відхиленнями;

в) аномалії розвитку емоційно-вольової та мотиваційної сфери особистості;

г) порушення, що поєднує загальний недорозвиток, затримку, ушкодження з прискоренням розвитку окремих функцій.

17. Вкажіть правильне визначення поняття "ритуали":

а) аномалії розвитку емоційно-вольової та мотиваційної сфери;

б) страх виконання певної діяльності;

в) певні дії, виконувані дитиною, з метою уникнути переживань страху;

г) нав'язливі дії, рухи, думки.

18. Вкажіть кількість рівнів базальної системи емоційної регуляції:

а) 2;

б) 3;

в) 4;

г) 5.

19. Для дітей цієї групи РДА характерні стереотипні дії, спрямовані на стимуляцію органів чуття: надавлювання на очні яблука, обертання предметів перед очима, шурхотіння папером, прослуховування одних і тих же самих записів. Йдеться про \_\_\_ групу.

а) 1;

б) 2;

в) 3;

г) 4.

20. "Обличчя звичайно зберігає вираз глибокого спокою" – це характерно для дітей ... групи РДА:

а) 1;

б) 2;

в) 3;

г) 4.

2. Розробіть або запропонуйте програму профілактики поведінкових ускладнень у дітей з РАС дошкільного, молодшого, середнього і старшого шкільного віку (на вибір), що відповідає методологічним і технологічним принципам до складання психопрофілактичних програм і включає мінімум 10 окремих структурованих занять або сесій.

### Рекомендована література:

1. Лебединская К. С., Никольская О. С. Диагностика раннего детского аутизма. — М., 1991.
2. Лебединский В.В. Психология аномального развития ребенка в 2-х томах. — М.: Издательство Московского университета, 2006. — 304 с.
3. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. — СПб.: Речь, 2006. — 400 с.
4. Ремшмидт Х. Аутизм. Клинические проявления, причины и лечение. М.: Медицина, 2003. — 120 с.
5. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. — М.: АРКТИ, 2003. — 208 с.
6. Спеціальна психологія. Тексти. Частина 1, 2 / За ред. М.П. Матвеевої, С.П. Миронової. - Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський державний університет, інформаційно-видавничий відділ, 1999-2001.
7. Стадненко Н.М., Іляшенко Т.Д., Борщевська Л.В., Обухівська А.Г. Методика діагностики відхилень у розумовому розвитку школярів та старших дошкільників - К.: Абетка, 1998. — 144 с.
8. Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом: Практическое руководство для врачей, психологов и педагогов. - 2-ое изд. — М.: Вита-Пресс, 1997. - 52 с.
9. Шрамм Р. Детский аутизм и АВА / Р. Шрамм. — Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2013. — 208 с.
10. Щипицина Л.М. Детский аутизм. Хрестоматия: Учебное пособие для студентов высших и средних педагогических, психологических и медицинских учебных заведений. — СПб.: Дидактика Плюс, - 2001. — 368с.
11. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / ред. Лебединского В.В., Никольской О.С. и др. - М.: Изд-во МГУ, 1999.
12. Яссман Л. В. Основы детской патопсихологии: учеб.-метод. пособие для психологических факультетов педагогических вузов / Л. В. Яссман, В. Н. Данюков. - М. : Олимп, 1999. — 256 с.

## ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 9.

### МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІДХИЛЕНЬ В ОСОБИСТІСНОМУ РОЗВИТКУ.

#### Питання для обговорення:

1. Методи інтегральної оцінки особистості.
2. Методи дослідження структурних компонентів особистості.
3. Патопсихологічний та психодинамічний аналіз ігрової діяльності.
4. Специфіка гри дітей з аномаліями психічного розвитку.

#### Завдання для самостійної роботи

1. Перегляньте відео за посиланням: <https://www.youtube.com/watch?v=Sni05Waymmc> і створіть план-конспект лекції на тему: «Методи діагностики психічних розладів у дітей раннього віку».

2. Проаналізуйте зміст табл. 1 та відео за посиланням: [https://www.youtube.com/watch?v=0pEB\\_83vJTs](https://www.youtube.com/watch?v=0pEB_83vJTs) ; [https://www.youtube.com/watch?v=OpPQ\\_eC69os](https://www.youtube.com/watch?v=OpPQ_eC69os) ; <https://www.youtube.com/watch?v=pK76ZwIVFpI> і спробуйте визначити структуру, специфіку та мотивацію ігор сучасних дітей.

Таблиця 1

#### Основні підходи до дослідження гри

Загальна позиція	Автор і назва теорії	Гра збуджується	Роль гри в розвитку	«Механізм» гри
Біологічний підхід	Г. Спенсер. «Теорія надлишку сил»	внутрішнім імпульсом	розрядка енергії	психофізіологічні прояви
	С. Холл. «Теорія ослаблення»	Вродженими філогенетическим и атавізмами	ослаблення нижчих інстинктів	біогенетичний закон

	К. Гросс. «Теорія вправи»	Природним прагненням до саморозвитку	Вправа психічних функцій	наслідуванн я, тренування навичок
	З. Фрейд. «Теорія потягів »	Прагненням до задоволення потреб	Оволодіння потягами й емоціями	Символічне задоволення потреб
	Ф. Бойтендаjk. «Теорія потягів»	Потягом до звільнення і злиття	Відносини з диференційован ої середовищем	Особливості динаміки поведінки молодого організму
	А. Адлер. «Теорія компенсації »	Потягом до влади	Подолання природної слабкості	Заміщає задоволення потреб
	К. Бюлер. «Теорія задоволення »	функціональни м задоволенням	Закріплення форм поведінки	дресируванн я зайвої пластичності організму
	В. Штерн. «Теорія конвергенції »	особливим інстинктом гри	Координація інстинктів і середовища	Передчасне дозрівання здібностей
Культуро - логічний підхід	Ф. Шиллер. «Естетична теорія»	естетичним почуттям	духовне розвиток	Свідомість умовності, подвійності, видимості
	Й. Хейзінга. «Культурна теорія»	Включеність в суспільні відносини	Форма здійснення мистецтва	Змагання або показ, драматизація



Психологічний підхід	В. В. Зеньський. «Емоційна теорія»	емоційними переживаннями	Розвиток почуттів і фантазії	активне осмислення соціального спадщини
	Ж. Піаже. «Теорія двох світів»	вродженими бажаннями	розвиток інтелекту	Асиміляція уявлень про навколишній світ
	Л. С. Виготський.	Узагальненими неопредмеченими афектами	виникнення знаковою функції	освоєння соціальних відносин
	С. Л. Рубінштейн.	специфічними мотивами	розвиток мотиваційної сфери	Переживання значущих сторін дійсності
	Д. Б. Ельконін. «Соціальна теорія»	Спілкування з дорослим	Становлення вищих потреб	Моделювання соціальних відносин

### Рекомендована література:

1. Аршава І.Ф., Корнієнко В.В. Дитяча патопсихологія. - Д.: РВВ ДНУ 2006, 54 с.
2. Аршава І.Ф., Корнієнко В.В. Основні початкові прояви психоемоційних розладів у дітей та підлітків. Д.: РВВ ДНУ, 2002. – 62 с.
3. Выготский Л. С. Игра и ее роль в психическом развитии ребенка. / Л.С. Выготский / - Психология развития. СПб - М. - Харьков - Минск, 2001.
4. Кудикіна Н. В. Гра: феноменологічна та педагогічна характеристики [Електронний ресурс]: [наукове фахове видання] / Н. В. Кудикіна // Освітологічний дискурс – 2010. - № 1. <http://www.nbu.gov.ua/ejournals/osdys/index.html>
5. Лебединский В.В. Психология аномального развития ребенка в 2-х томах. – М.: Издательство Московского университета, 2006. – 304 с.
6. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с

проблемами в розвитку. – СПб.: Речь, 2006. – 400 с.

7. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. – М.: АРКТИ, 2003. – 208 с.

8. Спеціальна психологія. Тексти. Частина 1, 2 / За ред. М.П. Матвеевої, С.П. Миронової. - Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський державний університет, інформаційно-видавничий відділ, 1999-2001.

9. Стадненко Н.М., Іляшенко Т.Д., Борщевська Л.В., Обухівська А.Г. Методика діагностики відхилень у розумовому розвитку школярів та старших дошкільників - К.: Абетка, 1998. – 144 с.

10. Эльконин Д. Б. Психология игры. — 2-е изд. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. – 360 с.

11. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / ред. Лебединского В.В., Никольской О.С. и др. - М.: Изд-во МГУ, 1999.

12. Яссман Л. В. Основы детской патопсихологии: учеб.-метод. пособие для психологических факультетов педагогических вузов / Л. В. Яссман, В. Н. Данюков. - М. : Олимп, 1999. – 256 с.

### **ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 10.**

#### **ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ОСОБАМ З ВАДАМИ РОЗВИТКУ.**



#### **Питання для обговорення:**

1. Співвідношення корекції та навчання (виховання).
2. Компенсація, декомпенсація, псевдокомпенсація.
3. Етапи реабілітаційної роботи.
4. Абілітація. Соціалізація. Інтеграція.
5. Інклюзія.

## Завдання для самостійної роботи

1. Перегляньте відео за посиланням:  
<https://www.youtube.com/watch?v=dkv3CPoX3kU>  
<https://www.youtube.com/watch?v=cevNx4gaZW4> і спробуйте визначити проблеми і труднощі в психологічному супроводі, лікуванні та реабілітації дітей з вадами розвитку або особливими освітніми потребами в сучасній Україні.
2. Перегляньте відео за посиланням:  
<https://www.youtube.com/watch?v=7MPpq2ub5es> і створіть план-конспект лекції на тему: «Особливості організації первинної консультації для батьків, чий діти мають психічні розлади».

### Рекомендована література:

1. Бондар В.І., Синьов В.М. Актуальні проблеми розвитку освіти дітей з обмеженнями життєдіяльності: шляхи від інституалізації до інтеграції // Зб. наук.пр. Кам'янець-Подільського нац. ун-ту ім.І.Огієнка. Серіясоціально-педагогічна. Вип. 12. – Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2009. – С. 8-14.
2. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста - М.: Медицина, 1995. – 560 с.
3. Лебединский В.В. Психология аномального развития ребенка в 2-х томах. – М.: Издательство Московского университета, 2006. – 304 с.
4. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2006. – 400 с.
5. Психология детей с нарушениями и отклонениями психического развития / ред. Астапова В.М., Микадзе Ю.В. - СПб.: 2001. – 384 с.
6. Романенко О.В. Напрями роботи практичного психолога в системі інклюзивної освіти // Збірник наукових праць Кам'янець- Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Корекційна педагогіка і психологія / за ред.. О.В. Гаврилова, В.І. Співака. – Вип. XXIII, частина 3. - Кам'янець-Подільський: ПП Медобори-2006, 2013. – С. 248- 255.
7. Спеціальна психологія. Тексти. Частина 1, 2 / За ред. М.П. Матвеевої, С.П. Миронової. - Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський державний університет, інформаційно-видавничий відділ, 1999-2001.
8. Хохліна О.П. Психологічні засади проведення корекційної роботи з дітьми, що мають порушення психофізичного розвитку // Проблеми освіти (Наук.зб. МОН України). – Київ, 2011. - № 67.
9. Хохліна О.П. Особистість у контексті проблеми соціалізації аномальної

дитини // Зб. наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені І. Огієнка. Серія соціально-педагогічна. Вип. 20. У двох частинах. Частина 1. – Кам'янець-Подільський: Медобори-20006, 2012. – С. 257-265.

10. Хохліна О.П. Зміст реабілітації у контексті співвідношення категорій спеціальної психології // Соціально-психологічні проблеми тифлопедагогіки: Зб. наук.праць. – К.: НПУЦ ім.М.П.Драгоманова, 2008. - Вип. 1(9). – С.20-32.

### ТЕМАТИКА ДОМАШНІХ КОНТРОЛЬНИХ РОБІТ

№ з/п	Назва теми
1	Мета, завдання і технології раннього втручання при різних типах психічного дизонтогенезу.
2	Особливості психічного розвитку дітей з органічним інфантилізмом.
3	Особливості психічного розвитку дітей з порушеннями аналізаторних систем.
4	Методи інтегральної оцінки особистості дитини в контексті соціальної ситуації її розвитку.
5	Психолого-педагогічна характеристика дітей з розладами аутистичного спектру.
6	Дисгармонійний психічний розвиток. Акцентуації і психопатії. Можливості профілактики і корекції межових станів особистості.
7	Клініко-психологічні критерії патологічних порушень поведінки підлітків.
8	Специфіка діяльності інклюзивно-ресурсних центрів.
9	Геносоціограма як метод психопрофілактики, корекції і терапії адиктивних розладів особистості.
10	Проблеми стигматизації осіб з вадами розвитку. Тренінг толерантності.

## ПИТАННЯ ДО ЕКЗАМЕНУ

1. Вимоги до сімейного виховання аутичної дитини.
2. Вплив часу ураження на особливості перебігу дизонтогенезу.
3. Генетичні основи адиктивної поведінки.
4. Геносоціограма як метод трансгенераційної психогенеалогічної контекстуальної терапії.
5. Групи дітей з РАС з різним рівнем афективної патології.
6. Диференціація РДА від подібних за проявами станів.
7. Завдання і напрямки корекційної роботи з агресивною дитиною.
8. Завдання, напрямки і методи психокорекційної роботи при дисгармонійному розвитку в підлітковому віці.
9. Загальна психологічна характеристика дітей з вадами опорно-рухового апарату.
10. Загальна характеристика параметрів дизонтогенезу.
11. Захворювання, що супроводжуються розладами пам'яті та інтелекту, їх характеристика.
12. Зміст понять «аномальна особистість», «дитина з особливими потребами», «особа з вадами психофізичного розвитку».
13. Інклюзивне навчання та загальні принципи роботи інклюзивно-ресурсних центрів в Україні.
14. Компенсаторні можливості мозку. Розвиток функціонально-важливих мозкових структур.
15. Корекційні методики, спрямовані на подолання шкільної тривожності у дітей з вадами розвитку.
16. Методи дослідження структурних компонентів аномальної особистості.
17. Методи перинатальної діагностики вад розвитку.
18. Основні групи дітей з особливими потребами.
19. Особливості формування акцентуацій характеру у дітей та підлітків з психофізичними вадами.
20. Поняття деменції. Види та характеристика.
21. Поняття про гіперактивність, її можливі причини.
22. Поняття про дитячий церебральний параліч. Структура дефекту при ДЦП.
23. Поняття про компенсацію, закономірності її перебігу. Можливі порушення компенсаторних процесів.
24. Поняття про норму та патологію (аномалію) в психічному розвитку. Відносний характер норми.
25. Поняття про психологічну абілітацію, її завдання та напрямки.

26. Поняття про сензитивні періоди у формуванні окремих психічних функцій.
27. Поняття про соціально-психологічну адаптацію та соціально-психологічну реабілітацію.
28. Поняття про структуру дефекту, закономірності її формування.
29. Причини виникнення аномалій розвитку.
30. Прояви емоційного неблагополуччя дитини.
31. Психогенеалогія як сучасний напрямок досліджень.
32. Психогенетика як наука.
33. Психогенетичні основи аутизму.
34. Психогенетичні основи депресії.
35. Психогенетичні основи епілепсії.
36. Психогенетичні основи олігофренії.
37. Психогенетичні основи парафілій.
38. Психогенетичні основи шизофренії.
39. Психологічна робота з сім'ями, які виховують дітей з вадами розвитку.
40. Психопрофілактика та корекція особистісної аномальності.
41. Специфіка гри дітей з аномаліями психічного розвитку.
42. Співвідношення біологічних та соціальних чинників у процесі нормального й аномального розвитку дитини.
43. Співвідношення первинного дефекту і вторинних відхилень.
44. Типи психічного дизонтогенезу.
45. Характеристика методу холдінг-терапії.

## РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

### Основна література

1. Александров А. А. Психогенетика: Учебное пособие/ А. Александров. – СПб.: Питер, 2010. – 192 с.
2. Аршава І.Ф. Тлумачний словник-довідник із медичної психології [Текст] / І.Ф. Аршава, Г.О. Філіпчева. – Д.: РВВ ДНУ, 2009. – 80 с.
3. Аршава І.Ф., Корнієнко В.В. Дитяча патопсихологія. - Д.: РВВ ДНУ 2006, 54 с.
4. Аршава І.Ф., Корнієнко В.В. Основні початкові прояви психоемоційних розладів у дітей та підлітків. Д.: РВВ ДНУ, 2002. – 62 с.
5. **Аршава І.Ф., Назаренко О.О. Психологія важковиховуваних дітей. – Посібн. - Д.: РВВ ДНУ. – 2007. – 56 с.**
6. Аршава, І. Ф., Черненко, М. І. Нервові й психічні хвороби. - Д.: Вид-во ДНУ, 2009. – 336 с.
7. Атраментова Л. А. Введение в психогенетику: Учеб. пособие / Л. А. Атраментова, О. В. Филиппова. – М.: Флинта: Московский психолого-социальный институт, 2004. – 472 с.
8. **Братусь Б.С. Аномалии личности. Психологический подход. М. : Никея, 2019. Изд. 2-е, перераб. и доп. 912 с.**
9. Диагностика и коррекция задержки психического развития у детей / Под ред. С.Г. Шевченко. - М.: Аркти, 2001. - 224 с.
10. **Долгова О.М. Основы психогенетики: навч. Посібник / О.М. Долгова, О.І. Западєнко-Геменчук. – К.: НАУ, 2014 – 232 с.**
11. Зейгарник Б. В. Психология личности: норма и патология: избранные психологические труды / Б. В. Зейгарник; под ред. Гинзбурга М. Р.. - М. : Институт практической психологии, 1998. – 352 с.
12. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста - М.: Медицина, 1995. – 560 с.
13. Козлова С.И. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование / Козлова С.И., Семакова Е., Демикова Н.С., Блинникова О.Е. – М.: Практика, 1996. – 416 с.
14. Лебединская К. С., Никольская О. С. Диагностика раннего детского аутизма. — М., 1991.
15. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей - М.: Наука, 1985.
16. **Лебединский В.В. Психология аномального развития ребенка в 2-х томах. – М.: Издательство Московского университета, 2006. – 304 с.**

17. [Личко А.Е.](#) Психопатии и акцентуации характера у подростков : монография / [А.Е. Личко](#). – Издание 2-е, дополненное и переработанное. – Ленинград : Медицина, 1983. – 256 с.
18. **Максимова Н.Ю., Милютина Е.Л., Пискун В.М. Основы дитячої патопсихології: Навчальний посібник. – К., 1999. - 432с.**
19. Малых С.Б. Психогенетика: Учебник для вузов. Том 1 / Малых С.Б., Егорова М.С., Мешкова Т.А. – СПб.: Питер, 2008. – 408с.
20. Малых С.Б. Психогенетика: Учебник для вузов. Том 2 / Малых С.Б., Егорова М.С., Мешкова Т.А. – СПб.: Питер, 2008. – 336с.
21. **Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2006. – 400 с.**
22. **Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2001. – 220 с.**
23. Неретина Т.Г. Специальная педагогика и коррекционная психология. – М.: МПСИ, 2008.
24. Пішак В.П. Основи медичної генетики: Підручник / Пішак В.П., Мещишин І.Ф., Пішак О.В. – Чернівці, 2000. – 248 с.
25. Причины возникновения и пути профилактики аномалий развития у детей / Отв. ред. Т.А. Власова. – М., 1985. – 122 с.
26. Психология детей с нарушениями и отклонениями психического развития / ред. Астапова В.М., Микадзе Ю.В. - СПб.: 2001. – 384 с.
27. Равич-Щербо И. В. и др. Психогенетика. Учебник / И. В. Равич-Щербо, Т. М. Марютина, Е. Л. Григоренко. Под ред. И. В. Равич-Щербо – М.: Аспект Пресс, 2000. – 447 с.
28. Сапогова Е.Е. Психология развития человека / Е.Е. Сапогова. – М.: Аспект Пресс, 2001. – 460 с.
29. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. – М.: АРКТИ, 2003. – 208 с.
30. Синьов В.М., Матвеева М.П., Хохліна О.П. Психологія розумово відсталого дитини: Підручник. – К.: Знання, 2008.
31. Сорокин В.М., Кокоренко В.Л. Практикум по специальной психологии / Под научн. ред. Л.М. Шипициной. – СПб.: Речь, 2003.
32. Специальная психология / Под ред. В.И.Лубовского, Т.В.Розанова, Л.И.Солнцева. – М.: Академия, 2006.
33. Хохліна О.П. Психологічні засади проведення корекційної роботи з дітьми, що мають порушення психофізичного розвитку // Проблеми освіти (Наук.зб. МОН України). – Київ, 2011. - № 67.
34. Хохліна О.П. Особистість у контексті проблеми соціалізації



аномальної дитини // Зб. наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені І. Огієнка. Серія соціально-педагогічна. Вип. 20. У двох частинах. Частина 1. – Кам'янець-Подільський: Медобори-20006, 2012. – С. 257-265.

35. Шрамм Р. Детский аутизм и АВА / Р. Шрамм. – Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2013. – 208 с.

### *Додаткова література*

1. Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека / ред. Полищука И.А., Видренко А.Е. - К.: Здоровье, 1980. -90 с.

2. Бондар В.І., Синьов В.М. Актуальні проблеми розвитку освіти дітей з обмеженнями життєдіяльності: шляхи від інституалізації до інтеграції // Зб. наук.пр. Кам'янець-Подільського нац. ун-ту ім.І.Огієнка. Серіясоціально- педагогічна. Вип. 12. – Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2009. – С. 8-14.

3. Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. Основы дефектологии / Под ред. Т.А.Власовой. - М.: Педагогика, 1983. - Т. 5.

4. Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. Проблемы развития психики / Под ред. А.М. Матюшкина. - М.: Педагогика, 1983. - Т.3.

5. Горбенко С.Л. До проблеми дослідження компонентів рольової поведінки розумово відсталих підлітків // Науковий часопис НПУ імені М.П.Драгоманова, - Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. – Випуск 23. – 2013. – С. 317-320.

6. Дети с ограниченными возможностями: Проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании: Хрестоматия по курсу «Коррекционная педагогика и специальная психология» / Сост. Н.Д. Соколова, Л.В. Калининкова. – М.: Изд-во ГНОМ и Д, 2001.

7. Детская патопсихология: Хрестоматия / Сост., авт., вступ. ст. Н.Л. Белопольская. – 2-е изд., испр. – М.: Комто-Центр, 2001.

8. Исаев Д.Н. Психическое недоразвитие у детей - Л.: Медицина, 1982 – 223 с.

9. Клиническая психология: учебн. для студ. мед. вузов и фак. клинической психологии / ред. Б. Д. Карвасарский. - М.: Питер, 2014. – 891 с.

10. Лубовский В.И. Общие и специфические закономерности развития психики аномальных детей // Дефектология. – 1971. - №6. – С.15-19.

11. Лубовский В.И. Развитие словесной регуляции действий у детей (в норме и патологии). – М.: Педагогика, 1978.

**12. Матвеева М.П., Миронова С.П. Корекційна робота у системі освіти дітей з вадами розумового розвитку. – Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський державний університет, 2005.**

13. Медична біологія / За ред. В. П. Пішака, Ю. І. Бажори. Підручник. – Вінниця: НОВА КНИГА, 2004. – 656 с.

14. Никольская О.С.Баенская М.М. и др. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение. – М.; Теревинф, 2011.

**15. Пожар Л. Психология аномальных детей и подростково-патопсихология / Л. Пожар; под общ ред. А. И. Подольского. - М. : Институт практической психологии, 1996. – 128 с.**

16. Психология детей с задержкой психического развития: Хрестоматия / Сост. О.В. Заширинская. – СПб, 2008.

17. Ремшмидт Х. Аутизм. Клинические проявления, причины и лечение. М.: Медицина, 2003. – 120 с.

**18. Романенко О.В. Напрями роботи практичного психолога в системі інклюзивної освіти // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Корекційна педагогіка і психологія / за ред.. О.В. Гаврилова, В.І. Співака. – Вип. XXIII, частина 3. - Кам'янець-Подільський: ПП Медобори-2006, 2013. – С. 248-255.**

19. Сак Т.В. Контроль та оцінювання навчальних досягнень учнів в інклюзивному класі //Дефектологія. – 2010. - №1. – С. 3-6.

20. Семаго М.М., Ахутіна Т.В., Семаго Н.Я., Светлова Н.А., Береславская М.И. Психолого-медико-педагогическое обследование ребенка. Комплект рабочих материалов / под. общей ред.. М.М.Семаго – М.: АРКТИ, 1999. – 138 с.

21. Семаго М.М., Семаго Н.Я., Ратинова Н.А., Ситковская О.Д. Экспертная деятельность психолога образовательного учреждения: Методическое пособие / под. общей ред..М.М.Семаго. М.: Айрис-пресс, 2004. – 128с.

22. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Диагностический альбом для исследования познавательной деятельности. Дошкольный и младший школьный возраст. АЙРИС-ПРЕСС, 2005.

23. Синьов В.М., Кобернік Г.М. Основи дефектології. – К.: Вища школа, 1994. – 143 с.

**24. Спеціальна психологія. Тексти. Частина 1, 2 / За ред. М.П. Матвеевої, С.П.Миронової. - Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський державний університет, інформаційно-видавничий відділ, 1999-2001.**

25. Стадненко Н.М. и др. Диагностика отклонений в умственном развитии учащихся - К.: Освіта, 1991. – 96 с.
26. Стадненко Н.М., Іляшенко Т.Д., Борщевська Л.В., Обухівська А.Г. Методика діагностики відхилень у розумовому розвитку школярів та старших дошкільників - К.: Абетка, 1998. – 144 с.
27. **Хохліна О.П. Актуальні питання психологічного обтрунтування корекції розвитку аномальних дітей // Управління в освіті: Зб.матеріалів V Міжнар. наук.-пр. конф. 14-16 квітня 2011 р., м. Львів. – Львів: Вид-во Львівської політехніки, 2011. - С.334-335.**
28. Хохліна О.П. Зміст реабілітації у контексті співвідношення категорій спеціальної психології // Соціально- психологічні проблеми тифлопедагогіки: Зб. наук.праць. – К.: НПУЦ ім.М.П.Драгоманова, 2008. - Вип. 1(9). – С.20-32.
29. Хохліна О.П. Л.С. Виготський про розвиток розумово-відсталих дітей // Педагогіка і психологія. – 1997. - №2. – С.186-193.
30. Хохліна О.П. Основні категорії спеціальної психології // Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія. Зб. наук.праць. – К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2006. - №6. – С. 151-158.
31. Хохліна О.П. Психолого-педагогічне забезпечення соціалізації дитини з порушеннями психофізичного розвитку у спеціальному освітньому закладі: теоретичний аспект проблеми // Вісник Луганського нац. ун-ту ім. Т.Г. Шевченка. Педагогічні науки. – 2011. - №23(234). Грудень. – С. 211-219.
32. Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом: Практическое руководство для врачей, психологов и педагогов. - 2-ое изд. – М.: Вита-Пресс, 1997. - 52 с.
33. Щипицина Л.М. Детский аутизм. Хрестоматія: Учебное пособие для студентов высших и средних педагогических, психологических и медицинских учебных заведений. – СПб.: Дидактика Плюс, - 2001. – 368с.
34. **Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция /ред. Лебединского В.В., Никольской О.С. и др. - М.: Изд-во МГУ, 1999.**
35. **Яссман Л. В. Основы детской патопсихологии: учеб.-метод. пособие для психологических факультетов педагогических вузов / Л. В. Яссман, В. Н. Данюков. - М. : Олимп, 1999. – 256 с.**

## ДІАГНОСТИКА ІНТЕЛЕКТУ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

**Історична довідка.** Тема людських талантів, вмінь та здібностей віддавна цікавила людство. Відповідно, були спроби виміряти їх: спортивні змагання – вимір фізичної спритності, а що ж є виміром розумової обдарованості?

Перші згадки про це знаходимо ще у XVI ст., коли іспанський вчений Хуан Харт написав книгу про виявлення дитячої обдарованості. Наступний крок у цьому напрямку зробили французькі вчені – Жан Ескіроль та Едуард Сеген у XVIII-XIX ст. Власне Ескіролю належить перша класифікація розумової відсталості. Проте його погляд на осіб, котрі мали інтелектуальні вади, був не дуже гуманним: він вважав, що на їх освіту не варто витрачати часу. Натомість Сеген доклав багато зусиль на вивчення можливостей розвитку та навчання дітей з інтелектуальними вадами, в чому досяг значних результатів. До сих пір практичні психологи та педагоги використовують так звані «дошки Сегена».

Неможливо обійти увагою Френсіса Гальтона, якого вважають засновником науки психодіагностики. Його послідовником був учень Раймонд Кеттел. Їх спроби виміряти інтелектуальні здібності будувалися на психофізичних вміннях: швидкість реакції, гострота зору, слух тощо. Ймовірно саме через це їх погляди зазнали досить різкої критики. Із розвитком системи освіти виникла потреба у стандартизованому інструменті, що дозволив би оцінити «норму та відхилення» у розвитку дітей.

Перший тест інтелекту, що базувався на основі вимірювань мисленнєвих здібностей, характеристик пам'яті та уваги, був розроблений у Франції на початку XX ст. вченими Теофілом Сімоном та Альфредом Біне (сучасна назва тесту – Стенфорда – Біне). Надалі тести Біне та Векслера (за прізвищем автора) також зазнали критики через недостатність теоретичної бази.

Новатором у сфері тестування інтелекту став Ганс Айзенк, котрий розмежував поняття біологічного (зумовленого вродженими фізіологічними характеристиками) та соціального (механізми адаптації до соціуму) інтелекту.

Один із найбільших внесків у розвиток теорії дитячих здібностей зробив Жан Піаже, який протягом 50 років досліджував цю тему і виявив певні особливості дитячого сприймання та формування інтелекту.

Радянські вчені також не були байдужими до теми вивчення інтелекту, і в цьому контексті звучать імена Л.С. Виготського, С.Л. Рубінштейна тощо. Проте 1936 р. була видана постанова, котра забороняла розвивати будь-яку діяльність, пов'язану із тестологією. Лише в останні десятиліття завдяки інтеграції вітчизняної та світової психологічних наук відбувся повторний поворот до проблеми тестування, а зокрема – оцінки інтелектуальних здібностей.

Досвід роботи в дитячих реабілітаційних центрах показує багато прикладів хвилювання батьків за розвиток своїх дітей. Одне з перших обстежень дитини після народження є відповідність її зросту, ваги та інших ознак певним чітким критеріям. Занепокоєння починається тоді, коли дитина народжується передчасно, або були тяжкі пологи, виявлено генетичну ваду чи порушений моторний розвиток. У такому разі нас цікавить:

- дитина розвивається згідно з віком чи відстає;
- якщо відстає, то наскільки;
- чи зможе дитина наздожити відставання.

Раннє (тобто від самого народження) виявлення відставання в розвитку дитини є ключовим фактором у її подальшому розвитку. Адже давно відомий і науково підтверджений той факт, що мозок дитини має високу нейропластичність, і вчасна допомога матиме найвагомійший вплив, оскільки раннє виявлення проблеми дозволить вчасно втрутитись. Часто, коли мова йде про ранній розвиток, ми говоримо «психомовний» або «психомоторний». Цим підкреслюється важливість і взаємопов'язаність окремих сфер розвитку, таких як пізнавальний, розвиток експресивного та рецептивного мовлення, соціальний, розвиток навичок грубої та дрібної моторики тощо.

Розвиток дитини відбувається комплексно, і одні навички впливають на вміння в іншій сфері. Наприклад, дитина, котра має обмежені можливості у пересуванні, матиме менше шансів до самостійного пізнання оточення, відповідно матиме менші знання і досвід. Це дуже спрощений приклад, звісно, механізми набагато складніші, проте варто пам'ятати, що вміння дитини в одній сфері її розвитку можуть стати вирішальними для набуття навичок в іншій.

Тому, коли мова йде про оцінку дитячого інтелекту, дуже важливим є виявлення сфер розвитку із розумінням їх взаємозв'язків. Точна діагностика вмінь та навичок дитини дасть можливість скласти відповідну реабілітаційну програму.

Намагання дати дитині завдання відповідно до її віку може бути помилкою, оскільки вік її пізнавального розвитку може бути нижчим за хронологічний. Як наслідок, роблять висновок про те, що дитина не хоче

займатись, забуваючи при цьому, що насправді завдання було занадто складним для неї. Виконання завдань із зони найближчого розвитку будуть набагато ефективнішими і дадуть кращий результат.

Висновком оцінки інтелекту стане діагностичне формулювання – рівень розвитку відповідає віковій нормі, знижений або вищий за норму. Випадки, коли дитина отримує оцінки згідно з нормою, не потребують корекції, також не потребують втручань обдаровані діти. Нас більше цікавить прогноз тоді, коли є відставання. Припустимо, що ми виявили у дитини затримку розвитку, наприклад у віці двох років, її вміння відповідають характеристиці однорічної дитини. У відповідь на таку інформацію багато батьків скажуть, що хвилюватися немає підстав, в 3 роки буде як у 2, в 6 – як у 5. Така «батьківська математика», на жаль, неправильна, оскільки не враховує темпів розвитку. Тобто в даному прикладі дитина набрала лише половину своїх умінь, темп її розвитку уповільнений, отже надалі розрив між нормою і реальною картиною буде лише збільшуватись, оскільки за певний термін часу дитина набуває вмінь та знань менше, ніж мала отримати. Коли мова йде про відставання, маємо на увазі, що дитина ніколи не наздожене своїх ровесників у розвитку. Проте, чи є шанс наздогнати відставання? Так, є діти, котрі мали затримку в розвитку, але у них потужний потенціал і швидкий темп розвитку. В такому разі навіть якщо дитина мала затримку, вона з часом може наздогнати те, що було упущене. І в першому, і в другому випадку необхідне повторне тестування, котре покаже, на якому рівні розвитку знаходиться дитина на даний час.

Крім того, що оцінка інтелекту важлива для батьків, так само дані тестувань важливі для комісій, які приймають дітей до закладів освіти. Мова йде про те, що, знаючи потенціал дитини, можна краще спланувати шлях її навчання. Дитина з нормальним середнім інтелектом повинна засвоювати загальну програму згідно з усіма вимогами, однак діти зі зниженим інтелектом мають отримувати адаптовані варіанти завдань тощо.

У даному контексті ми розглядаємо оцінку інтелекту як дію, котра допоможе спланувати навчальне майбутнє дитини таким чином, аби воно не було стресовим, а відповідало рівню її можливостей і дарувало задоволення. Цей аспект особливо актуальний для сьогодення, коли в суспільстві багато говориться про інтеграцію осіб із неповносправністю в усі сфери суспільного життя. І, власне, соціум вирішує, наскільки особливими будуть потреби тієї чи іншої особи.

Ми розглядаємо концепцію інтелекту як біопсихосоціальну модель, в котрій біологічні передумови є тільки підґрунтям, на яке накладаються виховні впливи батьків/опікунів, вчителів, друзів, культури, клімату тощо.

Тому результуючою оцінкою інтелекту має стати формулювання про те, наскільки дитина може бути адаптована до загальних вимог суспільства і, відповідно, – суспільні вимоги до її потреб.

**Випадок з практики.** За консультацією звернулись батьки 15річного хлопця зі скаргами на те, що він погано вчиться і не має мотивації до навчання. Крім збору анамнезу, було запропоновано зробити тестування інтелекту. Висновок – загальний інтелектуальний показник становить 55 балів (легка розумова відсталість, згідно з даними МКХ10; відповідно, 3549 – помірна розумова відсталість, 2034 – тяжка розумова відсталість). Зрозуміло, що дитина з такою оцінкою не засвоює абстрактних понять, переносних значень тощо, і навчання за загальною програмою для нього недоступне. Як наслідок – постійна відмова від виконання складних і незрозумілих завдань та ухиляння від виконання домашнього завдання. Низький інтелект не означає, що дитину потрібно навчати лише в спеціалізованому інтернаті, а навпаки – допомагати адаптуватись у звичному середовищі за індивідуальною програмою навчання.

### **Методи діагностики дитячого інтелекту**

На теренах нашої країни адаптованих методик визначення рівня інтелектуального розвитку дітей не так багато. За твердженням М. Ільїної (2006), тест Стенфорда-Біне – єдиний психометричний метод виміру інтелекту дітей від 3 до 4 років. Тест Векслера (WISC) дає змогу оцінити інтелект дитини від 5 до 15 років, натомість тест Векслера для дошкільнят (WPPSI) не застосовується. А про методики раннього діагностування – від народження до 3 років – мова взагалі не йде, використовуються вікові норми розвитку. Хочеться звернути увагу на два стандартизовані тести оцінки раннього розвитку дитини від 0 до 3 років, котрі маловідомі та не адаптовані в Україні.

Найбільш відомою та широкоживаною в Європі методикою діагностики дитячого інтелекту є шкала Бейлі (BSID), більш детально про неї нижче.

У Німеччині, Польщі та інших країнах Східної Європи досить популярна мюнхенська функціональна діагностика розвитку, розроблена у Мюнхенському університеті та Інституті соціальної педіатрії. Вона застосовується для оцінки загального психомоторного розвитку дітей раннього віку. У 1997 р. російською мовою вийшла книга «Мюнхенская функциональная диагностика развития» Т. Хеллбрюгге, у якій представлено нормальний профіль розвитку дитини від 0 до 3 років помісячно. Таким

чином, батьки та фахівці отримали практичне керівництво, в якому детально викладено технологію проведення діагностичного обстеження, оцінку та інтерпретацію результатів, а також рекомендації втручання і допомоги.

### **Мюнхенська функціональна діагностика розвитку**

В основі мюнхенської функціональної діагностики розвитку лежить диференціальний поділ, який охоплює 8 функціональних сфер, таких як повзання, сидіння, хода, хапання, перцепція, мовлення, розуміння мови і соціальна поведінка. Звичайно, така диференціація не дає повної та ґрунтовної оцінки розвитку, але добре задовольняє практичні потреби. Результат оцінки виражають у місяцях або роках розвитку. Для проведення мюнхенської функціональної діагностики використовують стандартний матеріал. Фактично це іграшки: наприклад, кубики, червоне брязкальце, лялька, машинка тощо. Результати дослідження вносять до спеціального оціночного листа, на основі якого складають типовий антропометричний профіль.

### **Тест BSID**

Робота над розробкою тесту розпочалася ще на початку ХХ ст.

В основу BSID було покладено вже існуючі на той час шкали розвитку: каліфорнійський тест ментального розвитку, перший рік життя (Bailey, 1933), дошкільний вік (Jaffa, 1934) та каліфорнійський тест моторного розвитку немовлят (Bailey, 1936).

У період 1958-1960 рр. було проведене масштабне дослідження під егідою Національного інституту неврологічних захворювань та сліпоти (США) на основі вибраних завдань із цих шкал та нових розроблених завдань. Таким чином, були обрані найкращі завдання, які й лягли в основу стандартизованого тесту BSID.

У 1969 р. вперше опубліковано тест BSID. Структура його поведінкової частини теж пройшла кілька етапів дослідження (було описано поведінку більше ніж 1300 дітей під час проведення тесту), таким чином була сформована існуюча на сьогодні структура поведінкової частини тесту. Минуло більше ніж 50 років відтоді, як завершилася основна робота з розробки тесту. Сучасні дослідження та теорії розвитку дитини дозволили переглянути та вдосконалити тест, отже на даний час уже застосовують BSID-II та BSID-III (друге та третє видання).



За допомогою шкали BSID «вимірюють» функціональний розвиток дитини (психічний та моторний) віком від 1 до 42 місяців та оцінюють поведінку під час проведення тесту.

Головна цінність тесту – це можливість діагностувати затримку психомоторного розвитку практично з народження і спланувати стратегію втручання.

BSID-II складається з трьох шкал: ментальної, моторної та поведінкової (IBR). Слід зауважити, що у ранньому віці дуже важко чітко розмежувати психічний та моторний розвиток. Тому ці три шкали доповнюють одна одну та дають цілісне уявлення про рівень розвитку дитини.

За допомогою *ментальної шкали* визначають рівень когнітивного, мовленнєвого, особистісно-соціального розвитку. Вона містить 178 завдань. Окрім того, оцінюється пам'ять та адаптація, спроможність вирішувати певні завдання, розуміння концепції цифр, узагальнення, класифікація, мовленнєвий розвиток та соціальна комунікація.

Для того щоб оцінити інтелектуальний розвиток дитини, необхідні спеціальний матеріал та завдання, які не лише зацікавлять дитину, а й дозволять отримати відомості про розвиток. Наприклад:

Завдання 162. Сортує палички за кольором (вікова категорія – 32-42 місяці).

Положення: сидячи.

Застосування. У довільному порядку покласти на стіл перед дитиною по 4 червоних, жовтих та синіх палички і 3 пластикових пакета. Дитині сказати: «Поклади усі червоні палички в один пакет, жовті – в другий, сині в третій».

Оцінювання. Бал зараховується, якщо дитина сортує палички за кольором і складає їх в пакет або в окрему купку. Якщо дитині важко складати палички в пакет, вона може складати їх в окрему купку.

*Моторна шкала* містить 111 завдань і оцінює дрібну моторику (хапання, захоплення предмета та маніпуляцію ним, використання приладдя для письма, імітацію рухів кисті тощо) та велику (контроль голови, перевертання, повзання по-пластунськи та реципрокне повзання, сидіння, стояння, ходіння, бігання, стрибання). Наприклад:

Завдання 108. Йде вниз сходами поперемінним кроком (вікова категорія – 34-42 місяці).

Положення: стоячи.

Застосування. Покласти іграшку на підлогу навпроти останньої сходинки. Сказати дитині: «Йди вниз сходами і візьми іграшку. Намагайся не

триматися!»). При цьому слід страхувати дитину у разі, якщо вона втратить рівновагу, але не тримати її за руку.

Оцінювання. Бал зараховується, якщо дитина йде вниз сходами поперемінним кроком, ступаючи на кожен наступну сходинку. Не зараховувати бал, якщо дитина стає двома ногами на одну сходинку або тримається за поручні чи стіну.

*Поведінкова шкала* описує поведінку дитини власне під час тестування та допомагає скласти загальне враження про неї. Це дає уявлення про можливість дитини концентрувати увагу, зацікавлюватися завданням. Також описує емоційну регуляцію, рухову активність, стосунки з психологом (педіатором) та батьками. Інформація, отримана під час оцінки поведінки, є гарним доповненням до ментальної та моторної шкал. Моторний розвиток значно впливає на соціальний розвиток дитини. Велика моторика дозволяє їй контролювати дії, пересуватися у навколишньому середовищі, дрібна моторика дає відчуття контролю над рухом, допомагає вивчати предмети. Отже, всі три шкали взаємно доповнюють одна одну.

Перевагою шкали BSID є те, що цей тест може провести як психолог, так і педіатр, дитячий невролог або фізіотерапевт (відповідно, після спеціального навчання). Проведення тесту відбувається у присутності батьків/опікунів. Використовується стандартний набір матеріалу. Фахівець в ігровій формі пропонує дитині стимулюючий матеріал – іграшки. До кожного завдання є чіткі вказівки щодо його виконання та оцінювання. Результати записуються у спеціальну форму, пізніше фахівець обчислює результати. Проведення тесту займає від 30 до 90 хвилин (залежить від віку дитини, досвіду фахівця тощо).

Тест BSID дуже важливий у програмах раннього втручання. Результат такого обстеження дає можливість оцінити (задокументувати) прогрес дитини після проведеного втручання. Це, у свою чергу, інформує фахівців, що програму втручання було розроблено правильно та вона підходить дитині. BSID використовують як навчальний інструмент для батьків. Він дає інформацію про розвиток дитини, що особливо важливо для батьків, які мають дітей з ризиком затримки психомоторного розвитку (проблемна вагітність, недоношеність, багатоплідна вагітність, ускладнення під час пологів, перенесені інфекції тощо). Інструмент дає можливість батькам реально оцінювати слабкі й сильні сторони дитини та працювати над навичками (певними завданнями) крок за кроком. Тест BSID також використовують як інструмент для наукових досліджень у медичній та освітній сферах.

Як було зазначено вище, вже існує BSID-III – третє перевидання тесту. В роботі над ним брали участь провідні фахівці в галузі розвитку дитини США. Крім вищезгаданих шкал, тест містить соціально-емоційний підтест, підтест адаптивної поведінки, скринінг-тест, звіт батьків/опікунів, спеціальний «помічник» оцінки результатів і таблиці фізичного розвитку дітей. Сьогодні BSID-III вважається найкращим стандартизованим методом ранньої діагностики розвитку дитини.

Отже, *Мюнхенська функціональна діагностика* надає можливість швидко отримати профіль, в якому видно, чи співпадає календарний вік дитини з віком її вмінь, крім того, можна чітко бачити результат у кожній функціональній сфері. Однак незначна різниця не завжди свідчить про відставання у розвитку, оскільки кожна дитина має свій темп розвитку. *Шкала BSID* більш ґрунтовно та детально досліджує сфери розвитку дитини, вимагає чіткого дотримання процедури проведення та оцінювання кожного завдання, але отриманий результат визначає, чи є відставання у розвитку (відхилення від норми), і якщо є, то наскільки виражене. Тому вибір інструменту – справа індивідуальна.

Додаток Б

## **КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИТКОВА РОБОТА З ДІТЬМИ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ**

Реалії життя ставлять систему освіти в такі умови, коли вона має бути готовою до адекватної відповіді усім викликам сьогодення. А воно таке, що випробовує нас на міцність, витривалість і винахідливість.

Одним з таких викликів сучасності є тенденція зростання кількості дітей з психофізичними вадами та відхиленнями у розвитку.

Курс на формування справді європейського, толерантного за своїми цінностями суспільства вимагає від нас цінувати кожную особистість з усіма її особливостями, дбати про її розвиток і можливість самореалізації.

З огляду на написане вище введення у практику роботи загальноосвітнього закладу інклюзивної форми навчання є цілком виправданим і своєчасним. Проте сам процес уведення цієї форми навчання, запущений у сьогоднішніх умовах, є недостатньо продуманим і не підтвердженим документально. Окремі аспекти організації інклюзивного навчання у загальноосвітній школі є досить суперечливими і незрозумілими для більшості педагогічних працівників та й інших учасників навчально – виховного процесу. Зокрема, часткове й обмежене фінансування роботи

асистентів вчителя, проблемою є й адекватне оцінювання досягнень дітей з особливими освітніми потребами.

Навчання в одному класі дітей різної категорії розвитку та з різними нозологіями становить значну проблему, в першу чергу, для вчителя. Така ситуація вимагає високої педагогічної майстерності, наявності знань з суміжних для педагога галузей знань – зокрема психології особистості дитини та дефектології. Вимагає безупинної роботи над собою, постійного оновлення власних знань, збагачення арсеналу методів та прийомів навчання.

Окремої уваги заслуговує організація психологічного супроводу навчання дітей з особливими освітніми потребами, бо успішне навчання даної категорії вимагає постійного тісного контакту педагогічних працівників, батьків та психолога. Взагалі, весь процес навчання таких дітей має носити корекційний характер, бути спрямованим на усунення перешкод для успішної інтеграції дитини у соціальне середовище, а не просто на оволодіння дитиною певної суми знань.

Корекційно – розвивальна робота практичного психолога в першу чергу має бути спрямована на формування та розвиток мотивації навчання, створення спільно з вчителем навчальних ситуацій, які будуть сприяти виробленню інтересу до процесу навчання, оволодіння прийомами здобування знань. Сприятимуть цьому також і заняття, спрямовані на розвиток збережених у дитини психічних процесів.

Таким чином **загальна мета корекційно-розвивальної роботи** — сприяння розвитку дитини, створення умов для реалізації її внутрішнього потенціалу, допомога в подоланні і компенсації відхилень, що заважають розвитку. Досягти цієї мети можливо лише в тому випадку, коли корекційно-розвивальна робота відповідає певним умовам:

*по-перше, корекція має бути спрямована на виправлення і розвиток, а також компенсацію тих психічних процесів і новоутворень, що почали формуватися в попередньому віковому періоді, та, які є основою для розвитку в наступному періоді.*

*по-друге, корекційно-розвивальна робота має створювати умови для ефективного формування тих психічних функцій, що особливо інтенсивно розвиваються в поточний період дитинства.*

*по-третє, корекційно-розвивальна робота має сприяти формуванню передумов для благополучного розвитку на наступному віковому етапі.*

*по-четверте, корекційно-розвивальна робота має бути спрямована на гармонізацію особистісного розвитку дитини на конкретному віковому етапі.*

Таким чином, основні вимоги до проведення занять:

- використовувати ігрові способи організації виконання навчальних завдань, а також оцінювання навчальної діяльності учнів;
- формувати розумові дії школярів на усіх етапах навчального процесу, такі як: орієнтувально-дослідницькі дії, оцінювання, аналіз, узагальнення, порівняння, планування;
- спонукати до мовної активності, здійснювати контроль за мовою дітей;
- встановлювати більш повільний темп навчання;
- використовувати багатократні модифікаційні повторення матеріалу;
- максимально використовувати збережені психічні функції дитини;
- розчленовувати цільну діяльність на окремі складові частини, елементи, операції, допомагати дітям осмислювати їх у внутрішньому співвідношенні один до одного;
- використовувати вправи, націлені на розвиток уваги, пам'яті, уяви, будуючи їх на програмовому матеріалі.

Для дітей із ЗПР характерним є те, що в більшості з них може спостерігатися розгальмованість процесів нервової системи і, як наслідок того, виникає надмірна рухливість, часте переключення уваги з одного виду діяльності на інший. Такі діти перебувають у постійному русі. Вони поверхово сприймають навколишній світ, не слухають пояснень, а одразу переходять до дій. Може спостерігатися й інша картина, коли діти повільні, не сприймають пояснень чи навіть демонстрування їх. Окрім того, діти з ЗПР потребують розрядки і зміни видів діяльності значно частіше за інших. В умовах класно – урочної системи навчання зробити це для них досить складно. Для таких дітей корекційні заняття є важливим фактором розрядки і вираження емоцій.

На початку заняття добре давати ігри на розвиток пам'яті, потім ігри з перебуванням у грі та вибуванням із неї, естафети з найпростішими навичками володіння м'ячем чи палицями тощо, а наприкінці — обов'язково ігри на увагу чи такі, що можуть емоційно врівноважити дітей.

Для дітей із ЗПР важливо створювати позитивну та радісну атмосферу на занятті, не бавитися в ігри довше 5 хвилин, не використовувати довгих пояснень, краще показати — це швидше і зрозуміліше. Не треба дозволяти брати інвентар без дозволу, важливо привчити їх дотримуватися порядку, що водночас привчатиме їх до організованості.

Загальновідомо, що рух сприяє загальному посиленню активації, а отже, й емоцій, готовності до контактів. У багатьох випадках після рухового «розігрівання» дитина готова до зосередження на «розумових завданнях».

Велике значення для розвитку дитини мають вправи на корекцію загальної моторики та розвиток тонких рухів кистю руки.

Найкращим методом допомоги дітям з ЗПР, на мою думку, є використання розвивальних ігор.

Ігротерапія застосовується не тільки з корекційною метою, а й із профілактичною та психогігієнічною. Розрізняють дві форми ігротерапії: індивідуальну і групову. Якщо у дитини проблеми зі спілкуванням, тоді групова терапія більш корисна, ніж індивідуальна.

Особливу увагу слід звернути на покращення уваги та сприймання у цієї категорії дітей, позаяк довільна увага у них як правило розвинута слабо, знижена здатність до її розподілу, звужений обсяг уваги.

Для корекції можна застосовувати такі **ігри та вправи, спрямовані на розвиток уваги**

#### **Хто більше побачить?**

Запропонувати дітям уважно розглянути картинку і перелічити, що вони бачать на ній.

#### **Знайдіть помилку**

У цієї гри багато варіантів, які пропонуються відповідно до класу:

знайти фігуру, яку поклали не на своє місце. Викладається декілька видів карток, підібраних за певними геометричними фігурами, проте серед трикутників лежить квадрат, між ромбами — прямокутник тощо;

сказати, що неправильно. Пропонують кілька думок, частина з яких — алогічні.

Прочитати пропозиції і знайти помилкові думки. (Наприклад: заєць уміє літати; взимку холодно; на сосні вирости червоні яблука; у собаки народилися телята тощо.)

#### **Фігури**

Зображені фігури 3—4 видів (трикутник, коло, квадрат, ромб). Усього 5—10 рядів по 10 фігур у кожному ряді. Фігури в ряду розташовані довільно. Потрібно:

розкласти фігури, як показано на зразку;

розставити значки тільки у квадратах і трикутниках;

поставити значки в ромбах і підкреслити всі квадрати.

#### **Предмети**

Дається таблиця з предметами 5—10 рядів по 8 у кожному.

Предмети розташовані довільно. Потрібно:

викреслити всі гриби;

викреслити всі м'ячики;

викреслити всі ялинки червоним олівцем, а м'ячики — синім

викреслити всі м'ячки і підкреслити ялинки.

**Для корекції просторового сприймання застосовувати такі ігрові вправи:**

#### **Відгадай і намалюй**

На дотик відгадати фігури, що знаходяться в мішечку (пласкі, з картону або фанери), назвати їх, а потім намалювати.

Розкладають геометричні фігурки, однакові з тими, що лежать у мішечку. Ви показуєте будь-яку фігуру і просите дістати з мішечка таку ж.

#### **З яких фігур?**

Пригадати і назвати предмети, схожі на коло, квадрат, прямокутник трикутник.

Закінчити малюнок із заданих фігур.

#### **Виклади фігури з паличок**

Спочатку дають дітям зразок, а потім забирають, щоб відтворити фігури по пам'яті.

#### **Яка рука?**

Потрібно:

визначити, якою рукою дівчинка тримає прапорець;

в якій руці хлопчик тримає кулю;

на якій нозі стоїть дівчинка;

якою рукою хлопчик тримає ручку.

#### **Що де знаходиться?**

Потрібно назвати, що зображено в середині, що в лівому верхньому кутку тощо.

#### **Твій шлях**

Потрібно розказати, як ти йдеш до крамниці і що де знаходиться (праворуч, ліворуч, позаду, попереду тощо).

#### **Уважно слухай і намалюй**

Психолог називає геометричні фігури із вказівкою їхнього місця на аркуші. Діти мають замалювати їх на вказаному місці згідно з інструкцією (вгорі ліворуч трикутник, праворуч від нього квадрат, у центрі коло тощо).

#### **Лабіринт**

Допомогти зайчику знайти дорогу.

Якою дорогою діти йдуть до школи?

#### **Домалюй предмети**

Попросити дітей назвати, а потім домалювати предмети, зображені на малюнках. Можна заштрихувати або розфарбувати їх.

### **Упізнай, що зображено**

Перед дитиною лежать картинки, на яких знайомі зображення дано не повністю. Попросити дітей подумати і сказати, що вони впізнали, кому належать ті чи інші елементи зображення.

**Для вдосконалення сприйняття часу можна застосовувати такі ігри:**

#### **Розклади по порядку**

Покласти таблички з відповідними словами і попросити дітей розташувати їх у порядку зростання часу.

#### **Розв'яжи задачу**

Василько гостював у селі тиждень і п'ять днів. Скільки всього днів він був у селі?

#### **Котра година?**

Використовуючи іграшковий годинник, попросити дітей визначити час на годиннику, а потім поставити стрілки за вказівками психолога.

#### **До чого відноситься?**

Узяти картинки із зображенням пори року і картинки із зображенням таких предметів: саней, лиж, човна тощо. Дитина має назвати предмет і підкласти до картинок із відповідною порою року.

#### **Визначити час**

На табличках написано: ніч, ранок, день, вечір; на картках зображені ситуації, що відповідають певній частині доби. Пропонується дитині визначити, коли відбувається дія, зображена на картках, і підкласти їх до відповідної таблиці

Особливу увагу про роботі з дітьми з ЗПР слід приділяти розвитку словесно-логічних операцій, виконання яких протікає тільки в розумовій площині. Пропоновані нижче ігри і вправи сприяють не тільки активізації розумової та мовної діяльності, а й розвивають такі психічні процеси, як уявлення, пам'ять, уява, емоції, воля.

Виконуючи ці завдання, дитина має знайти схожість і відмінності у предметах і явищах, порівняти їх на основі виділених ознак, зробити узагальнення, висновок.

### **Ігри та вправи на розиток розумових операцій**

#### **Завдання-головоломки**

Склади 2 квадрати із 7 паличок, 2 рівні трикутники із 9 паличок тощо.

Візьми 9 паличок і склади квадрат і 4 трикутники.

Дитина має уявити фігуру і здогадатися, як її скласти.



Прибери 2 палички, щоб залишився один прямокутник.

Склади будиночок із 6 паличок, а потім переклади 2 палички, щоб вийшов прапорець.

Прибери 3 палички, щоб залишилося 3 таких самих квадрата. Прибери 4 палички, щоб залишилося 3 квадрата. Переклади 1 паличку і щоб будиночок був перевернутий в інший бік.

Намалюй фігурку, яку потрібно. (Увагу дітей слід привертати до відмінних ознак зображених предметів, до їхньої послідовності.)

Продовж числовий і літерний ряд. Викресли зайву фігурку, цифру.

Гра «Розклади Фігури». Гра складається із 24 карток (8х6 см) із зображенням геометричних фігур чотирьох видів, трьох кольорів (сині, червоні, зелені), великого і маленького розміру.

**1-й варіант.** Мовчки розкласти фігури в купки: спочатку в 3 купки відповідно до форми, потім у 3 купки відповідно до кольору.

**2-й варіант.** Покласти на стіл будь-яку картку з фігурою, дитину попросити викласти картку з фігурою, відмінною тільки однією ознакою. Наприклад: якщо маленьке червоне коло, то дитина має покласти велике червоне коло або маленький червоний квадрат тощо.

## Ігри

Зоологічне лото (настільна гра на закріплення знань про тварин).

Покажи, що не підходить (основі методика «Четвертий зайвий»).

На закріплення уміння узагальнювати (фрукти, овочі, посуд, меблі геометричні фігури тощо), пояснюючи при цьому, чому не підходить.

Яке слово не підходить?

На таблицях написані слова. Прочитати слова і назвати те, яке не підходить, і чому.

Хто що любить?

Набір карток із тваринами. Дібрати кожній тварині з іншого набору карток те, що ця тварина їсть.

Кому що треба?

Попросити дитину дібрати до карток із зображеннями знайомих ситуацій картки, де намальовані предмети, яких бракує.

Відгадай загадку (знайти картинку - відгадку).

Наприклад: без рук, без ніг, а ходить. Або дати текст загадок і попросити намалювати відгадки.

Придумай загадку.

Показати дітям предмети: м'яч, жабу, книгу, олівець тощо, потім попросити їх, виділивши характерні ознаки, придумати загадки.

Склади з літер слова.

Доповни слово.

Встав у слова пропущені літери.

Назви слово, яке починається з останньої літери.

Наприклад: сова — альбом — море — енот... тощо. Для цієї мети дуже добре підійде гра в міста, кольори тощо.

Назви протилежні слова: тонкий — ..гострий — ... чистий — ... гучний — ... низький —... здоровий — ...

Закінчи речення: Влітку тепло, а взимку... Птахи літають, а змії... Восени листя жовте, а влітку...

Хто більше складе.

Дати дитині наочні картинки, де потрібно підібрати риму до предметів: ліс — ніс; окуляри — товари; хустка — пелюстка тощо.

Розкласти по порядку і скласти розповідь (3—4 картинки за сюжетними картинками).

Назвати, що неправильно (прості описові ситуації без складних смислових зв'язків).

### **Ігри та вправи на розвиток пам'яті**

Ігри, спрямовані на розвиток пам'яті, сприяють розвитку цілеспрямованого процесу запам'ятовування, розширенню обсягу пам'яті. Діти пізнають раціональні прийоми осмисленого запам'ятовування і пригадування, вчаться встановлювати зв'язки між предметами.

#### **Подивися!**

Роздають 10 пар картинок, пов'язаних одна з однією за значенням. Треба розкласти картинки у два ряди, уважно розглянути і запам'ятати їх. Через 1 хв картинки правого ряду прибрати, а лівий — залишити без змін. Попросити дітей, дивлячись на картинки, що залишилися, назвати ті, які прибрати.

#### **Що змінилося?**

Пропонують картинку із зображенням 3—4 знайомих предметів і просять їх назвати. Потім — картинку із 7—8 предметами, і дитина має сказати, чи є серед них ті, які були на першій картинці.

Знайти показану фігуру серед 15 інших. Варіантів цієї гри може бути багато: з предметами, іграшками, геометричними фігурами, з кольоровими смужками тощо.

### **Слухай і повторюй**

Простукати по столу певну кількість разів і попросити дитину відтворити почуте.

### **Назви слова, які запам'ятав**

Дитині дають 5—10 картинок. Завдання: прочитати слова, які треба запам'ятати, і до кожного слова підібрати відповідну картинку, щоб вона допомогла, і запам'ятати це слово. Картинки: лисиця, книга, сир, машина «швидкої допомоги», мітла, їжак. Слова для запам'ятовування: їжа, навчання, зоопарк, хвороба, робота. Через 20—30 хв після того, як дитина відібрала картинку, запитати, які слова вона запам'ятала.

Таким чином, **психологічна корекція** – це вплив, спрямований на певні психологічні структури з метою забезпечення повноцінного розвитку і функціонування дитини. Це обґрунтована система впливу на внутрішній світ людини, за якої психолог має справу з конкретними проявами бажань, переживань, пізнавальних процесів і дій дитини. При визначенні основної мети і завдань психологічної корекції важливо пам'ятати положення Л.С. Виготського про створення зони найближчого розвитку особистості і принцип єдності психіки та діяльності дитини.

Додаток В

## **КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА В.В. ЛЕБЕДИНСКОГО - Г.Е. СУХАРЕВОЙ**

Одной из важнейших задач современной практической психологии является психологическая диагностика и коррекция отклонений детского поведения и вневрачебная помощь трудным детям. При исследовании ребенка с отклонениями в развитии в центре внимания психолога обычно стоит вопрос о психологической квалификации основных психических расстройств, их структуры и степени выраженности. Оценка нарушений развития у детей учитывает также и отклонения от стадии возрастного развития, на которой находится ребенок, то есть особенности дизонтогенеза, вызванного болезненным процессом, его последствиями.

В детском возрасте чувствительность отдельных сторон психики к вредоносным воздействиям определяется не столько их характером, сколько особенностями той возрастной стадии развития, на которой находится ребенок. Чем меньше ребенок, тем больше на первый план выступают признаки нарушения развития — дизонтогенеза. Чем раньше произошло поражение мозга, тем чаще в картине дизонтогенеза появляется компонент

психического недоразвития. Помимо общего недоразвития в условиях болезни процесс онтогенеза характеризуется явлениями неустойчивости, асинхронии, при которых своевременно не возникают необходимые взаимодействия между отдельными системами. В этой связи вероятно появление признаков изоляции, патологической акселерации, регресса ряда психических функций. Эти изменения задерживают формирование новых психических процессов, затрудняют прогрессивные перестройки, необходимые для нормального развития.

К основным направлениям деятельности психолога при работе с аномальными детьми относятся в первую очередь следующие.

1. Выявление и систематизация патологической симптоматики и ее психологическая квалификация.

2. Осуществление структурного анализа расстройств, выявление первичных симптомов, связанных с болезнью, а также вторичных симптомов, обусловленных аномальным развитием в условиях болезни.

3. Разработка программы психокоррекционных мероприятий в зависимости от характера, происхождения и конкретного механизма нарушений, направленной на их предупреждение, уменьшение или устранение.

4. Проведение восстановительного обучения детей с нарушениями высших психических функций, таких как речь, мышление, чтение, счет, письмо, конструктивная деятельность, имеющих место при локальных поражениях мозга.

## **1. Понятие «дизонтогенез» и основные типы психического дизонтогенеза.**

Термин «дизонтогенез» (от греч., «dys» - приставка, означающая отклонение от нормы, «ontos» - сущее, существо, «genesis» - развитие) впервые был употреблен Швальбе в 1927-м году для обозначения отклонения внутриутробного формирования структур организма от нормального хода развития. В отечественной дефектологии данные состояния объединяются в группу нарушений (отклонений) развития.

В настоящее время понятие «дизонтогенез» включает в себя также постнатальный дизонтогенез, преимущественно ранний, ограниченный теми сроками развития, когда морфологические системы организма еще не достигли зрелости. В широком смысле слова термин дизонтогенез - отклоняющееся от условно принятой нормы индивидуальное развитие. Психический дизонтогенез - нарушение психики в целом или ее отдельных

составляющих, а также нарушение соотношения темпов и сроков развития отдельных сфер и различных компонентов внутри отдельных сфер.

Основными типами психического дизонтогенеза являются регрессия, распад, ретардация и асинхрония психического развития.

**Регрессия** (регресс) - возврат функций на более ранний возрастной уровень, как временного, функционального характера (временная регрессия), так и стойкого, связанного с повреждением функции (стойкая регрессия). Так, например, к временной потере навыков ходьбы, опрятности может привести даже соматическое заболевание в первые годы жизни. Примером стойкого регресса может быть возврат к автономной речи вследствие потери потребностей в коммуникации, наблюдаемой при раннем детском аутизме. Склонность к регрессу более характерна для менее зрелой функции. В то же время регрессу могут быть подвержены не только функции, находящиеся в сенситивном периоде, но также и функции, уже в достаточной степени закрепленные, что наблюдается при более грубом патологическом воздействии: при шоковой психической травме, при остром начале шизофренического процесса.

Явления регресса дифференцируют от явлений распада, при котором происходит не возврат функции на более ранний возрастной уровень, а ее грубая дезорганизация либо выпадение. Чем тяжелее поражение нервной системы, тем более стоек регресс и более вероятен распад.

**Ретардация** - запаздывание или приостановка психического развития. Различают общую (тотальную) и частичную (парциальную) психическую ретардацию. В последнем случае речь идет о запаздывании или приостановке развития отдельных психических функций, отдельных свойств личности.

**Асинхрония**, как искаженное, диспропорциональное, дисгармоничное психическое развитие, характеризуется выраженным опережением развития одних психических функций и свойств формирующейся личности и значительным отставанием темпа и сроков созревания других функций и свойств, что становится основой дисгармонической структуры личности и психики в целом. Асинхрония развития, как в количественном, так и в качественном отношении, отличается от физиологической гетерохронии развития, то есть разновременности созревания церебральных структур и функций. Основные проявления асинхронного развития в соответствии с представлениями физиологии и психологии в виде новых качеств возникают в результате перестройки внутрисистемных отношений. Перестройка и усложнение протекают в определенной хронологической последовательности, обусловленной законом гетерохронии - разновременностью формирования различных функций с опережающим

развитием одних по отношению к другим. Каждая из психических функций имеет свою «хронологическую формулу», свой цикл развития. Наблюдаются сенситивные периоды более быстрого, иногда скачкообразного развития функции и периоды относительной замедленности ее формирования.

На ранних этапах психического онтогенеза наблюдается опережающее развитие восприятия и речи при относительно замедленных темпах развития праксиса. Взаимодействие восприятия и речи является в этот период ведущей координацией психического развития в целом. Речь, по выражению Выготского, характеризуется прежде всего гностической функцией, которая проявляется в стремлении ребенка «замеченное ощущение обозначить, сформулировать словесно». Чем сложнее психическая функция, тем больше таких факультативных координаций возникает на пути ее формирования. В патологии происходит нарушение межфункциональных связей. Временная независимость превращается в изоляцию. Изолированная функция, лишённая воздействия со стороны других психических функций, стереотипизируется, фиксируется, закикливается в своем развитии. Изолированной может оказаться не только поврежденная, но и сохранный функция, что происходит в том случае, когда для ее дальнейшего развития необходимо координирующее воздействие со стороны нарушенной функции. Так, при тяжелых формах умственной отсталости весь моторный репертуар больного ребенка может представлять собой ритмическое раскачивание из стороны в сторону, стереотипное повторение одних и тех же актов. Подобные нарушения вызваны не столько дефектностью двигательного аппарата, сколько недоразвитием интеллектуальной и мотивационной сфер.

Ассоциативные связи в условиях органической недостаточности нервной системы характеризуются повышенной инертностью, в результате чего возникает их патологическая фиксация, трудности усложнения, перехода к иерархическим связям. Явления фиксации представлены в познавательной сфере в виде различных инертных стереотипов. Инертные аффективные комплексы тормозят психическое развитие.

К основным проявлениям асинхронии относят следующие:

1. Явления ретардации — незавершенность отдельных периодов развития, отсутствие инволюции более ранних форм, характерные для олигофрении и задержки психического развития (F84.9). Описаны дети с общим речевым недоразвитием, у которых наблюдалось патологически длительное сохранение автономной речи. Дальнейшее речевое развитие у этих детей происходит не в результате смены автономной речи на обычную, а внутри самой автономной речи, за счет накопления словаря автономных слов.

2. Явления патологической акселерации отдельных функций, например, чрезвычайно раннее (до 1 года) и изолированное развитие речи при раннем детском аутизме (F84.0).

3. Сочетание явлений патологической акселерации и ретардации психических функций, например, сочетание раннего возникновения речи с выраженным недоразвитием сенсорной и моторной сферы при раннем детском аутизме.

Механизмы изоляции, патологической фиксации, нарушение инволюции психических функций, временные и стойкие регрессии играют большую роль в формировании различных видов асинхронного развития.

## **2. Классификация психического дизонтогенеза В.В. Лебединского**

Классификация психического дизонтогенеза предложенная В.В. Лебединским имеет следующий вид:

- Общее психическое недоразвитие;
- Задержанное психическое развитие;
- Поврежденное психическое развитие;
- Дефицитарное психическое развитие;
- Искаженное психическое развитие;
- Дисгармоничное психическое развитие.

**Общее психическое недоразвитие** - общая стойкая задержка психического развития при наиболее ранних поражениях мозга (генетических, внутриутробных, родовых, ранних постнатальных), что обуславливает первичность и тотальность недоразвития мозговых систем. Более нарушены высшие психические функции (особенно интеллект, речь), чем элементарные (непроизвольное восприятие, память, моторика, элементарные эмоции).

Наиболее типичной моделью психического недоразвития являются состояния олигофрении. Олигофрения (от греч. «olugos» - малый, «phren» - ум) - особая форма психического недоразвития. Она выражается в стойком снижении познавательной деятельности у детей вследствие органического поражения головного мозга в перинатальный и ранний постнатальный периоды. По образному выражению французского психиатра Жанна Э.-Д. Эскироля, олигофрен - бедняк от рождения, в то время как дементный - это разорившийся богач.

В зависимости от степени интеллектуальной недостаточности у детей - олигофренов различают три группы состояний: наиболее тяжелая - идиотия, менее тяжелая - имбецильность и относительно легкая - дебильность. Если

две первые (глубокая и выраженная) степени психического недоразвития нуждаются преимущественно в социальной опеке, то легкая степень недоразвития - дебильность - позволяет обучать такого ребенка по программе вспомогательной школы, проводить с ним воспитательную работу и профессиональную подготовку по несложным видам труда. По окончании вспомогательной школы подавляющее большинство умственно отсталых детей в дальнейшем относительно благополучно адаптируются в социальной среде. В то время как субъекты с такой же или меньшей степенью интеллектуального снижения, не прошедшие специального обучения и воспитания имеют плохую социальную адаптацию.

Помимо дифференциации олигофрений по степени снижения интеллекта, приведенной выше, существуют и другие. В частности клинико-физиологическая классификация олигофрений, представленные в работах С. С. Мнухина и Д. Н. Исаева (1965) и Д. Е. Мелехова (1965). В педагогическом плане наиболее приемлемой является классификация олигофрений по М. С. Певзнер, предложенная в 1959-м году и доработанная к 1979-му году. Автор (М. С. Певзнер, 1979) выделяет пять основных форм состояния:

- неосложненная форма олигофрении;
- олигофрения, осложненная нарушениями нейродинамики;
- олигофрении с нарушением различных анализаторов;
- олигофрении с психопатоподобными формами поведения;
- олигофрении с выраженной лобной недостаточностью.

**Задержанное психическое развитие** - замедление темпа формирования познавательной и эмоциональной сфер с фиксацией на более ранних возрастных этапах. М.б. вызвано генетическими факторами, хроническими заболеваниями, инфекцией, интоксикацией, травмами мозга, психогенными факторами (неблагоприятными условиями воспитания) в период до 3-х летнего возраста (пример - инфантилизм). Характерны парциальность, мозаичность поражения с недостаточностью отдельных корково-подкорковых функций и большей сохранностью высших регуляторных систем. Это отличает задержанное развитие от недоразвития по типу олигофрении и определяет лучший прогноз динамики развития и коррекции.

Задержка психического развития (ЗПР) выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, преобладании игровых интересов, над определяемыми социальной ситуацией развития, быстрой пресыщаемости в интеллектуальной деятельности, эмоциональной незрелости.



Различают ЗПР конституционного происхождения (гармоничный инфантилизм); ЗПР на основе психического и психофизического инфантилизма, связанного с вредными воздействиями на ЦНС в период беременности и на ранних этапах жизни ребенка; ЗПР соматогенного происхождения; ЗПР психогенного происхождения. ЗПР следует отличать от олигофрении и педагогической запущенности. Необходимо отметить, что автор приведенной выше этиологической типологии ЗПР К. С. Лебединская, считает, что ЗПР психогенного происхождения лишь условно можно относить к группе ЗПР. Эту форму ЗПР трудно дифференцировать с педагогической запущенностью.

Согласно исследованиям Л. И. Переслени и Л. Ф. Чупрова, в психологической картине ЗПР выявляется два базисных синдрома:

- нарушение регуляции психической деятельности, реализуемой посредством произвольного внимания;
- нерезкое недоразвитие познавательной деятельности.

Если при психофизическом инфантилизме на первый план выступают недостатки регуляции поведения и деятельности, то при ЗПР церебрально-органического генеза - признаки неполноценности познавательной деятельности.

ЗПР имеет относительно благоприятную динамику в плане обучения и воспитания такой категории детей. Многие из них при адекватном индивидуальном подходе способны удовлетворительно осваивать программу обучения массовой школы. Однако большая часть детей с ЗПР обучаются по рекомендации психолого-медико-педагогических консультаций (комиссий) по коррекционным программам в стенах массовой общеобразовательной школы. Обычно данное состояние диагностируется только в пределах до подросткового возраста. В более старшем возрасте эти состояния не диагностируются или переходят в другой вид пограничных состояний. «Благоприятный исход бывает не всегда: у части больных (20%) признаки грубой незрелости эмоционально-волевой сферы сохраняются, а позже проявляются в виде психопатий».

**Поврежденное психическое развитие.** Связано с перенесенными инфекциями, интоксикациями, травмами нервной системы, наследственными дегенеративными, обменными заболеваниями мозга и отличается парциальностью расстройств. Для дифференциальной диагностики с олигофренией имеют принципиальное значение указание на первоначально правильное и своевременное развитие ребенка до периода перенесенной инфекции, интоксикации или травмы мозга и хронологическая связь психического снижения с перенесенной вредностью. В неврологическом

статусе чаще отмечаются локальные знаки (парезы, параличи, судорожные припадки).

Характерной моделью поврежденного психического развития является органическая деменция. Структура дефекта при органической деменции определяется в первую очередь фактором повреждения мозговых систем в отличие от клинико-психологической структуры олигофрении, отражающей явления недоразвития. Здесь нет тотальности, нет иерархичности нарушения психических функций, характерных для олигофрении. Наоборот, на первый план выступает парциальность расстройств. В одних случаях это грубые локальные корковые и подкорковые нарушения (гностические расстройства, нарушения пространственного синтеза, движений, речи и т. п.), недостаточность которых иногда выражена более чем неспособность к отвлечению и обобщению. Так, нарушения памяти, в особенности механической, более характерны для деменции, обусловленной черепно-мозговой травмой, перенесенной ребенком в возрасте после 3-4 лет.

Б. В. Зейгарник (1962) выделяет три преимущественных нарушения мышления при органической деменции у взрослых больных:

- снижение функции обобщения;
- нарушение логического строя мышления;
- нарушения критичности и целенаправленности.

Г. Е. Сухарева (1965), исходя из специфики клинико-психологической структуры, выделяет четыре типа органической деменции у детей. Первый тип характеризуется преобладанием низкого уровня обобщения. При втором типе на передний план выступают грубые нейродинамические расстройства, резкая замедленность и плохая переключаемость мыслительных процессов, тяжелая психическая истощаемость, неспособность к напряжению. Отмечаются нарушение логического строя мышления, выраженная склонность к персеверациям. При третьем типе органической деменции более всего выступает недостаточность побуждений к деятельности с вялостью, апатией, резким снижением активности мышления. При четвертом - в центре клинико-психологической картины находятся нарушения критики и целенаправленности мышления, с грубыми расстройствами внимания, резкой отвлекаемостью, «полевым поведением» (термин К. Левина). Наиболее часто встречаются два последних типа органической деменции в детском возрасте.

**Дефицитное психическое развитие.** Оно связано с первичной недостаточностью отдельных систем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательной (слепые и слабовидящие, глухие и слабослышащие, дети с детскими церебральными параличами), а также рядом инвалидизирующих

соматических заболеваний (сердечно-сосудистой системы, например при тяжелых пороках сердца, дыхательной - при бронхиальной астме, ряде эндокринных заболеваний и т. д.). Первичный дефект анализатора либо определенной соматической системы ведет к недоразвитию функций, связанных с ними наиболее тесно, а также к замедлению ряда других, связанных с пострадавшей опосредованно.

Наиболее показательной моделью аномалий развития по дефицитарному типу является психический дизонтогенез, возникающий на почве поражений сенсорной либо моторной сферы.

Слепые дети - у которых полностью отсутствуют зрительные ощущения или имеется светоощущение или остаточное зрение (острота зрения - 0,04 на лучшем видящем глазу с применением очков).

Слабовидящие дети - обладающие остротой зрения на лучшем видящем глазу с использованием обычных средств коррекции (очки) от 0,05 до 0,2, а также дети с более высокой остротой зрения, но имеющие некоторые другие нарушения зрительных функций (например, резкое сужение границ зрения). Дефицитарность развития у лиц с нарушениями зрения главным образом проявляется в вербализме мышления, нарушениях пространственных представлений, недоразвитию психомоторной сферы. Прогноз и коррекционные возможности у таких детей индивидуальны и зависят от ряда факторов, таких как степень нарушения зрения и время возникновения дефекта, уровень интеллектуального развития ребенка, своевременности коррекционного обучения и успешности тифлотехнической коррекции.

Глухие дети - с глубокими, стойкими двусторонними нарушениями слуха, врожденными или приобретенными в раннем детстве. Среди глухих выделяют две категории детей: глухие без речи (ранооглохшие) и глухие, сохранившие речь (позднооглохшие).

Слабослышащие дети - с частичным снижением слуха, приводящим к нарушению речевого развития. К слабослышащим относятся дети с понижением слуха от 15-20 дБ до 75 дБ.

Дефицитарность развития таких субъектов определяется прежде всего нарушением речевого развития и, вследствие этого, вторичной задержкой психического развития. Как и в случаях детей с нарушением зрения, здесь также играют первостепенную роль время возникновения дефекта, степень его выраженности, наличие и своевременность коррекционного воздействия.

Общим для любого вида дефицитарного развития является своеобразие в развитии и формировании личности. Последнее может проявляться и как следствие основного дефекта, затрудняющего полноценный контакт со сверстниками и другими людьми, так и как результат неправильного

воспитания. Согласно Л. С. Выготскому, любой телесный недостаток, будь то слепота, глухота или умственная отсталость реализуются как социально ненормальное поведение. Образуется своеобразный социальный вывих. Изменяется отношение окружающих людей по отношению к дефективному ребенку, изменяется и его отношение к окружающему миру. Основная задача коррекционной педагогики - вправить социальный вывих.

**Искаженное психическое развитие.** Сложное сочетание общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящие в ряду качественно новых патологических образований, не присущих каждому из входящих в клиническую картину виду нарушенного развития. Искаженное развитие наблюдается при процессуальных расстройствах, раннем детском аутизме (РДА, или синдром Л. Каннера) и т. п.

РДА - это болезненное состояние психики ребенка, характеризующееся сосредоточенностью на своих переживаниях, уходом от реального внешнего мира. При аутизме часто нарушается ориентировка во времени, появляется отрыв от реальности, отгороженность от мира, отсутствие или парадоксальность реакций на внешние воздействия, пассивность и сверххранимость в контактах со средой в целом. Поведение аутичного ребенка характеризуется выраженной стереотипностью, однообразием. Прежде всего, это стремление к сохранению привычного постоянства в окружающем: есть одну и ту же пищу; носить одну и ту же одежду; гулять по одному и тому же маршруту и т. п. Попытки разрушить эти стереотипные условия жизни ребенка вызывают у него диффузную тревогу, агрессию либо самоагрессию.

В моторике характерны вычурность позы, движений, мимики, ходьба на цыпочках. Движения часто неуклюжи, угловаты, замедленны, плохо координированы, лишены детской пластичности, производят впечатление «деревянных», марионеточных. Медлительность сочетается с импульсивностью.

Также своеобразны у детей речевые расстройства. Аутичность проявляется в уменьшении речевого контакта, иногда ребенок совсем перестает пользоваться речью (мутизм) и не реагирует на речь окружающих (сурдомутизм). Часто страдает выраженность речи. Речь может быть бедной, содержащей набор коротких штампов, отдельных слов. Она может быть литературной, богатой неологизмами. Главная особенность речи аутичного ребенка - автономность, неиспользование ее для диалога, общения и познания окружающего мира. Наиболее выпукло РДА проявляется в возрасте 3-5 лет.

**Дисгармоническое психическое развитие.** По своей структуре оно напоминает искаженное развитие. Однако, основой в данном случае является не текущий болезненный процесс, создающий на разных этапах различные искажения межфункциональных связей, а врожденная либо рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики, преимущественно в эмоционально-волевой сфере. Моделью дисгармонического развития является ряд психопатий и отчасти так называемые патологические формирования личности.

Ядерную группу этих состояний составляют так называемые конституциональные психопатии, как правило имеющие наследственное происхождение. Сюда относятся шизоидные, эпилептоидные, циклоидные, психастенические и в значительной части истерические психопатии. Большинство психопатий формируются как клинически выраженные варианты в юношеском и зрелом возрасте.

На практике часто имеют место сложные сочетания биологических (генетических и экзогенно-органических) и социальных факторов, которые могут приводить к нарушению индивидуального развития на протяжении всей жизни.

Г. В. Козловская, согласно Н. В. Римашевской, выделяет 4 основных типа дизонтогенеза:

- дисгармония психофизического развития — парциальная задержка и, реже, акселерация созревания;
- дисрегулярность (неравномерность) развития - отсутствие плавности и последовательности перехода от одной ступени развития к другой (кратковременные остановки, «псевдозадержки», «скачки» развития);
- диссоциация развития - «переслаивание» или сосуществование в психофизическом состоянии ребенка разных по степени развития функций;
  - парадоксальность развития в виде сочетания сверхчувствительности к одним раздражителям с «бесчувствием» к другим;
  - амбивалентность всех психических проявлений;
- дефицитарность всей психической организации в целом - нивелированность всех психических реакций (эмоционально-волевых, коммуникативных, познавательных и др.).

Задержанное психическое развитие может быть вызвано генетическими факторами, соматогенными (хронические соматические заболевания), психогенными (неблагоприятные условия воспитания), а также церебрально-органической недостаточностью, чаще резидуального характера (инфекции, интоксикации, травмы мозга внутриутробного, натального и раннего постнатального периода). При этом задержка развития эмоциональной сферы

проявляется в различных клинических вариантах инфантилизма (конституционального, соматогенного, психогенного, церебрально-органического). Замедление же темпа познавательной деятельности при соматических заболеваниях будет связано с хронической астенией (общей повышенной истощаемостью), при психогенных формах - в большей мере с явлениями микросоциальной и педагогической запущенности, при церебрально-органических, наиболее часто приводящих к трудностям в обучении, с одной стороны, с нейродинамическими (в первую очередь церебрастеническими) и энцефалопатическими (психопатоподобными, эпилептиформными и др.) расстройствами, а в ряде случаев - и с первичной недостаточностью отдельных корково-подкорковых функций (праксиса, гнозиса, речи, памяти и т. д.).

Как показывают клинические данные, при одном и том же заболевании могут сосуществовать различные варианты дизонтогенеза. Например, при ранней детской шизофрении можно наблюдать как задержанное и искаженное развитие, так и более грубую форму - недоразвитие (так называемой «олигофренический плюс») и даже поврежденное развитие (при злокачественном течении процесса). Эта особенность позволяет рассматривать отдельные варианты дизонтогенеза не как самостоятельные независимые образования, а скорее как синдромы аномального развития, которые нередко могут сочетаться друг с другом при преобладании какого-либо ведущего.