

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
Педагогічний факультет  
Кафедра спеціальної освіти

**ОСОБЛИВОСТІ АФЕКТИВНОЇ СФЕРИ ДІТЕЙ ІЗ  
ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ**

**Кваліфікаційна робота (проект)**

на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

Виконала: здобувачка першого (бакалаврського)  
рівня вищої освіти  
11-481 групи  
Спеціальності 016 Спеціальна освіта  
Освітньо-професійної (наукової) програми  
Спеціальна освіта  
Свищ Яна Олександрівна  
Керівник д.психол.н., професорка Яковлева С.Д.  
Рецензент директорка Херсонської спеціальної  
загальноосвітньої школи №1  
Херсонської міської ради Петлюк С.С.

## ЗМІСТ

	Стор.
<b>ВСТУП</b> .....	3
<b>РОЗДІЛ 1. Порушення афективної сфери в структурі дефекту при затримці психічного розвитку</b> .....	6
1.1. Затримка психічного розвитку як вид дизонтогенезу.....	6
1.2. Механізми регуляторних порушень при затримці психічного розвитку.....	14
1.3. Психолого-педагогічна характеристика молодших школярів із ЗПР.....	22
1.4. Порушення афективної сфери дітей при ЗПР.....	27
<b>РОЗДІЛ 2. Стан афективної сфери молодших школярів із ЗПР</b> .....	32
2.1. Характеристика вибірки та методик дослідження.....	32
2.2. Особливості афективної сфери дітей із ЗПР молодшого шкільного віку.....	37
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	46
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	48
Додатки:	
Кодекс академічної доброчесності здобувача вищої освіти Херсонського державного університету.....	51

## ВСТУП

*Актуальність проблеми.* Неуспішність учнів загальноосвітніх шкіл в сучасних умовах є справжньою проблемою, актуальною для суспільства в цілому, а також для вікової психології та спеціальної педагогіки. Труднощі в навчанні ведуть за собою непорозуміння з батьками, ускладнюють соціалізацію дітей в умовах навчального закладу і в результаті – викликають зниження мотивації, самооцінки, погіршення поведінки, тощо. Первопричиною неуспішності в 50% випадків є затримка психічного розвитку (ЗПР), яка проявляється в емоційній незрілості, порушеннях пізнавальної діяльності, нерідко ускладнених хворобливими ознаками – соматичними та неврологічними.

Найбільші ускладнення в навчально-виховному процесі, в соціалізації дітей із ЗПР спричинені недоліками афективної сфери. Адже саме вона забезпечує стан поведінкової сфери, самоконтроль, регуляцію емоційної сфери, збалансування основних функцій нервової системи, а саме процесів збудження і гальмування, стійкість щодо втягнення в стан афекту. Вчені виділяють наступні варіанти порушення емоційної сфери, характерні для дітей із затримками психічного розвитку: психічна нестійкість, підвищена афективна збудливість, розгальмованість потягів та загальмований варіант. В молодших школярів переважає збудливий тип поведінки і значно рідше зустрічається гальмівний тип.

Проблемою дослідження афективної сфери дітей із ЗПР займалися К.С.Лебединська, Р.Р.Райська, Г.В.Грибанова, М.С.Пензнер, Т.А.Власова, В.І.Лубовський, І.Ф.Марковська, Г.Є.Сухарева, В.В.Ковальов, М.Н.Фішман, Н.Я.Семаго [2, 10, 20, 34, 39].

Отримані дані використовуються в розробці спеціальних програм, методів і принципів навчання дітей із ЗПР. Недоліки афективної сфери знижують ефективність роботи педагогів і вихователів, погіршують засвоєння учнями навчального матеріалу, таким чином, неуспішність

поглиблюється, що все більше турбує як педагогів, так і батьків. Це обумовлює **актуальність** обраної теми випускної роботи.

**Мета:** дослідити особливості афективної сфери молодших школярів із затримками психічного розвитку.

**Задачі дослідження:**

1. Проаналізувати літературні джерела з теми дослідження.
2. Вивчити особливості психічних процесів та клінічні механізми регуляторних порушень при затримці психічного розвитку.
3. Розглянути причини і прояви порушень афективної регуляції при ЗПР.
4. Провести експериментальне дослідження особливостей афективної сфери молодших школярів із затримкою психічного розвитку.

**Об'єкт дослідження:** процес дослідження вольових процесів молодших школярів із затримкою психічного розвитку.

**Предмет дослідження:** особливості афективної сфери дітей з затримкою психічного розвитку

**Методи дослідження:** в роботі використовувались методи вивчення і аналізу літературних джерел, фіксованого спостереження, а також експериментально-психологічні методики: тест Люшера, методики „Драбинка самооцінки” та „Визначення мотивів навчання”, проективна методика „Дім-дерево-людина”.

Практичне значення: отримані в ході виконання випускної роботи матеріали можуть бути використані для розробки практичних рекомендацій щодо вивчення особливостей афективної сфери молодших школярів із ЗПР, а також корекційно-виховних програм, спрямованих на її нормалізацію.

**Структура роботи:** випускна робота викладена на 50 сторінках друкованого тексту і складається із вступу, двох розділів, висновків та списку використаних джерел.

## РОЗДІЛ 1

### ПОРУШЕННЯ АФЕКТИВНОЇ СФЕРИ В СТРУКТУРІ ДЕФЕКТУ ПРИ ЗАТРИМЦІ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

#### 1.1. Затримка психічного розвитку як вид дизонтогенезу

Проблема неуспішності під час шкільного навчання є однією з найважливіших проблем як педагогів, психологів, медичних працівників, а також соціологів. Ними була виділена певна група дітей, яких не можна віднести до категорії розумово відсталих через достатню кмітливість в межах наявних знань, а також значно більшу продуктивність у використанні чужої допомоги. Таких дітей було віднесено до особливої категорії – дітей із затримкою психічного розвитку (ЗПР).

Дослідження проведені в 1972-1973 р. в ряді міст і сіл Росії виявили серед 5076 учнів початкових класів масових шкіл 589 (11,6%) дітей, що відчують труднощі в навчанні. Як показали результати комплексного (клінічного, психологічного, логопедичного та сурдологічного) дослідження, менше однієї третини із них (30,6%) страждали легким ступенем олігофренії; 19% склала збірна група, куди увійшли діти з первинним порушеннями мовлення, зорової та слухової аферентації, опорно-рухового апарату, а також діти, у яких труднощі навчання були пов'язані з розладами поведінки. У 50,4% невстигаючих учнів (або 5,8% всіх учнів молодших класів) було діагностовано ЗПР, оскільки за рядом параметрів їх інтелектуальної сфери і емоційно-вольових особливостей вони знаходились на більш ранньому віковому ступені розвитку [5].

Дана категорія одночасно вивчалась у різних країнах, що визначає своєрідність термінології. Так, в США ця група дітей спочатку вивчалась лікарями і визначалась як “діти з мінімальними

пошкодженнями мозку” (або з мінімальними мозковими дисфункціями), в Німеччині такі діти були включені в педагогічну категорію “діти з порушеннями поведінки”, оскільки навчання є важливою формою поведінки, а негативізм, невиконання вказівок дорослих, невідкорення правил стали характерними особливостями цих дітей. Вітчизняні психологи (Н.А.Менчинська, З.І.Калмикова, І.В.Ільєнкова) користувались визначеннями “діти зі зниженою навчаючістю”, “відстаючі в навчанні” тощо.

В кінці 60-х років американські педагоги і психологи запропонували термін “діти зі специфічними труднощами в навчанні”, щоб підкреслили відсутність у цих дітей інших значних фізичних чи психічних недоліків, що також викликають утруднення в навчанні. Як показало комплексне дослідження (М.С. Певзнер, Т.А. Власова, В.І. Лубовський та ін), більшу частину контингенту учнів з труднощами в навчанні складають діти, специфічні особливості розвитку яких можуть бути кваліфіковані як “затримка психічного розвитку”. У визначенні даної категорії цей термін використовують і досі.

Затримка психічного розвитку – це уповільнення темпу розвитку дитини, яке виражається у недостатній кількості загальних знань, швидкій перенасичуваності в інтелектуальній діяльності, незрілості мислення, переважанні ігрових інтересів. ЗПР є межею між нормою та дебільністю і зустрічається значно частіше, ніж олігофренія. В деяких випадках це пов’язано з затримкою розвитку емоційної сфери, в інших – переважатиме сповільнення розвитку інтелектуальної сфери.

Вивчення цієї аномалії розвитку було продиктовано потребами шкільної практики. Одними з перших були узагальнені клінічні дані про дітей із ЗПР, отримані в результаті комплексного дослідження, проведеного в 60-х роках ХХ століття під керівництвом М.С. Певзнер. Розроблена на основі цих даних М.С.Певзнер і Т.А.Власовою класифікація (1967) визначає два основних варіанта, що практично

відображають два патогенетичних механізми формування ЗПР. При першому варіанті порушення пізнавальної діяльності пов'язане з незрілістю емоційно-вольової сфери і особистості, тобто з психічними інфантилізмом. При другому – порушення пізнавальної діяльності є наслідком стійких астенічних і церебрастенічних станів [6].

Проблема систематики проявів ЗПР цікавила і клініцистів. Принцип відмежування клінічних варіантів з переважанням ознак незрілості лобних систем від варіантів з найбільш вираженими симптомами пошкодження підкіркових систем покладений в основу клінічної класифікації В.В. Ковальова (1979), в якій виділяються дизонтогенетичний і енцефалопатичний варіанти ЗПР. До дизонтогенетичних форм відносять психічний інфантилізм та інтелектуальну недостатність, що спостерігається при відставанні в розвитку психомоторики, мовлення, шкільних навичок. Серед енцефалопатичних форм автор називає церебрастенічні синдроми із запізненням розвитку шкільних і психоорганічні синдроми з порушеннями вищих коркових функцій.

Більш пізній варіант класифікації ЗПР (К.С.Лебединської (1980), відображає як механізми порушення психічного розвитку, так й їх причинну обумовленість. Виходячи із етіопатогенетичних критеріїв, автор виділяє ЗПР конституційного, соматогенного, психогенного і церебрально-органічного походження. Кожен варіант має як специфічні особливості інфантилізму, так і різний, прогностично значимий, характер недостатності пізнавальної діяльності.

При затримці психічного розвитку конституційного походження спостерігаємо зміни у структурі емоційної сфери дітей з нормативним розвитком на деякий період часу як і в неускладненому психічному і психофізичному інфантилізмі (класифікація М.С. Певзнер і Т.А. Власової). В цих дітей переважає психічний інфантилізм, що характеризується дитячою пластичністю міміки і моторики.

Спостерігається несамостійність, невміння підкорятися правилам дисципліни, незрілість мотиваційної сфери та особистості в цілому. У таких дітей переважають ігрові інтереси, причому саме в грі проявляється творчість, фантазія, тоді як інтелектуальна діяльність викликає швидке насичування. Така гармонійність психофізичного образу, наявність сімейних випадків, непатологічність психічних особливостей дозволяє припустити переважно природжено-конституційну етіологію цього типу інфантилізму. Але нерідко його походження може бути пов'язаним з негрубими обмінно-трофічними розладами, які зустрічаються при внутрішньоутробних порушеннях або порушеннях перших років життя. В подальшому несприятливі умови життя можуть спричинити патологічне формування особистості по нестійкому типу.

Затримка психічного розвитку соматогенного походження обумовлена тривалою соматичною недостатністю, а саме: хронічними інфекціями і алергічними станами, вродженими і набутими вадами розвитку соматичної сфери, зокрема захворюваннями серцево-судинної системи, змінами у емоційно-вольовій сфері, що проявляється у таких якостях особистості як сором'язливість, невпевненість у своїх силах, страхах різного походження, астенізації. Часто така реакція дитини обумовлена режимом заборони або обмеження, що носить назву гіперопіки.

Затримка психічного розвитку психогенного походження «педагогічної запущеності». В той же час цей вид розвитку не виключає її патологічного характеру. При ранньому виникненні і тривалій дії психотравмуючого фактора можуть виникнути стійкі порушення нервово-психічної сфери дитини, що обумовлюють патологічний розвиток її особистості.

В умовах безпритульності, коли в дитини не виховують почуття обов'язку і відповідальності, може сформуватися патологічний розвиток



особистості з затримкою психічного розвитку по типу психічної нестійкості. При цьому проявляється невміння гальмувати свої емоції та бажання, імпульсивність, підвищена навіюваність, що сполучається з недостатнім рівнем знань і уявлень.

Варіант аномального розвитку особистості по типу “кумира сім’ї” обумовлений, навпаки, гіперопікою. Проявляється в слабкій здатності до вольового зусилля, рисах егоцентризму, нелюбові до праці, установці на постійну допомогу і опіку.

Затримка психічного розвитку проявляє себе у невротичному прояві: у відсутності ініціативи і самостійності, сором’язливості, боязкості, нерішучості тоді, коли у виховному процесі переважає жорстке ставлення до дитини [15].

Затримка психічного розвитку церебрально-органічного генезу має найбільшу значимість для клініки і спеціальної психології, так як зустрічається найчастіше і має поєднання порушень у пізнавальній та емоційно-вольовій сфері. Етіологією даної патології, як правило, є інфекції та інтоксикації, травми головного мозку під час пологів та в перші роки життя дитини тощо. Подібні порушення є причинами і вродженої розумової патології – олігофренії, яка обумовлена порушеннями у центральній нервовій системі на ранніх етапах онтогенезу.

Проявиться це у вигляді розумової відсталості чи лише в сповільненні темпу психічного дозрівання – буде залежати в першу чергу від масивності ураження. Другим фактором є час ураження. ЗПР значно частіше пов’язана з більш пізніми екзогенними ураженнями мозку, які впливають в той період, коли диференціація основних мозкових систем уже в значній мірі відбулась і немає небезпеки їх грубого недорозвитку.

Анамнестичні дані часто вказують на сповільнення зміни вікових фаз розвитку: сповільнення формування статичних функцій, ходьби,

мовлення, навичок охайності, етапів ігрової діяльності. В соматичному стані поруч з частими ознаками затримки фізичного розвитку (фізичний недорозвиток, загальна гіпотрофія, пов'язана, як правило недостатністю вегетативної регуляції. В неврологічному стані часто зустрічаються гідроцефальні, а іноді й гіпертензійні стигми, явища вегето-судинної дистонії [25].

Все це підтверджують результати дослідження І.Ф. Маяковської (1983), яка обстежила 100 учнів молодших класів спеціальної школи для дітей із ЗПР: сповільнення темпу фізичного розвитку спостерігалось у 32% дітей, затримка в становленні локомоторних функцій – у 69%, мовлення – у 63%, тривала затримка формування навичок охайності (енурез) – в 36% спостережень. Але запізнення в формуванні цих функцій і виражене менше, ніж при олігофренії. У випадках виникнення ЗПР у зв'язку з постнатальними шкідливостями можна спостерігати наявність тимчасового регресу набутих навичок і їх наступну нестійкість.

У таких дітей спостерігається емоційно-вольова незрілість у вигляді так званого органічного інфантилізму. Емоції характеризуються примітивністю: відсутністю жвавості та яскравості, спостерігається дефект щодо критичного оцінювання себе. У грі виступають на перший план монотонність, одноманітність, відсутність творчості та слабкість уяви, під час ейфорії спостерігається розгальмованість, імпульсивність, зовні імітують дитячу життєрадісність і безпосередність.

Для дітей з переважанням пониженого настрою характерна схильність до боязливості, сором'язливості, страхів. Спостерігається перевага ігрових інтересів, складна шкільна адаптація, що викликає переживання. Виникаючи при цьому невротичні утворення ще більше гальмують розвиток особистості.

Крім емоційно-вольової незрілості, у формуванні ЗПР органічного генезу значна роль належить іншим факторам, що перешкоджають формуванню пізнавальної діяльності. Клініцисти (Сухарева Г.Є., Лебединська К.С., Маяковська І.Ф., Ковальов В.В. та ін.) підкреслюють, що при ЗПР структура порушень пізнавальної діяльності полягає в більшому ступені у дефіцитарності “передумов” мислення, а саме: пам’яті, уваги, просторового гнозису, інших вищих коркових функцій, переключення психічних процесів і т.п. Пізнавальна діяльність порушується також в зв’язку з енцефалопатичними розладами, частіше всього явищами церебральної астенії. Свою роль відіграють рухова розгальмованість, афективна збудливість, апатико-адинамічні явища.

В залежності від того, чи переважають в клінічній картині явища емоційно-вольової незрілості або функціональні порушення інтелектуальної діяльності, ЗПР церебрально-органічного генезу умовно поділена на дві основні групи:

- 1) з переважанням явищ органічного інфантилізму;
- 2) з переважанням порушень пізнавальної діяльності.

У дітей першої групи енцефалопатичні розлади виражені негрубо і проявляються звичайно в цереброастенічних, рідше – легких неврозоподібних явищах, психомоторній збудливості. В неврологічному статусі відмічається легка розсіяна мікросимптоматика, ознаки незрілості, негруба вегетативна нестійкість. На електроенцефалограмі виступають риси незрілості біоелектричної активності мозку, легка дисфункція мезодієнцефальних структур (Фішман М.Н., 1981). У фізичному образі часто переважають інфантильні риси (Маяковська І.Ф., 1977) [16].

У дітей другої групи риси незрілості сполучаються з ознаками пошкодження нервової системи. Одні діти відрізняються розгальмованістю, агресивністю, у деяких мають місце підвищені потяги. У інших дітей, крім сором’язливості, проявляється пасивність.

Церебрастенічні та неврозоподібні розлади виражені більш грубо, нерідко бувають психопатоподібні, епілептиформні та апатико-адинамічні явища. Поряд з ознаками незрілості спостерігаються явища локального ураження нервової системи. На електроенцефалограмі – зміни електричної активності в тім'яно-скроневих і базально-лобних відділах.

На сучасному етапі розвитку науки зроблено спроби більш детальної диференціації варіантів затриманого розвитку, особливо тих випадків, які відносять до “ЗПР церебрально-органічного генезу” і які самі по собі складають найбільш складну в диференційно-діагностичному плані групу. Наприклад Н.Я.Семаго, М.М.Семаго запропонували розділити категорію дітей, яких традиційно відносять до групи “затримки психічного розвитку” на дві принципово різних підгрупи. До підгрупи “затриманий розвиток” вони відносять варіанти істинно затриманого розвитку, які характеризуються саме сповільненням темпу формування різноманітних характеристик когнітивної та емоційно-особистісної сфер, за рахунок регуляторних механізмів діяльності [48].

Друга підгрупа отримала назву “парціальна несформованість вищих психічних функцій”. Розвиток цієї групи дітей характеризується якісно іншою структурою компонентів психічної діяльності дитини. В свою чергу друга підгрупа поділяється на наступні типи:

- психічна діяльність з переважанням несформованості регуляторного компонента:
- з переважною несформованістю вербального і вербально-логічного компонента;
- з несформованістю змішаного типу.

Перевага цього підходу в тому, що подібна диференціація відображає специфіку проблем дітей і визначає пріоритетний напрям того чи іншого виду колекційної роботи.

Таким чином, вирішення проблеми затримки психічного розвитку в дітей у вітчизняній науці протікало в напрямку від клінічних досліджень до клініко-педагогічних. Сучасний етап характеризується посиленням психологічної складової корекційно-розвивальної роботи, адже, динаміка самого феномена ЗПР відмінна від порушення розумового розвитку затримки. Не зважаючи на сповільнений темп розвитку, епізодичні явища регресу, енцефалопатичні і нейродинамічні розлади, дефіцитарність окремих коркових функцій, при умовах правильно організованого навчання, в дітей поступово коригується затримка загального психічного розвитку, вони засвоюють знання та навички, необхідні для соціальної адаптації. Цьому сприяє наявність ряду збережених ланок в структурі їх психіки і передусім потенційно збережених можливостей розвитку вищих психічних функцій [35].

## **1.2. Механізми регуляторних порушень при затримці психічного розвитку**

Клінічне вивчення ЗПР представляє певні складності, так як в цих випадках мова йде про структурні ознаки і закономірності динаміки не хворобливого стану, а аномалії розвитку – порушення психічного онтогенезу. Аномалія психічного розвитку в значному ступені представляє собою область спеціальної психології, що вивчає деформацію нормальних психічних функцій і психічного розвитку в умовах патології.

Особливе значення проблема співвідношення хворобливих розладів і аномалій розвитку має в дитячому віці, так як через незрілість мозку практично будь-який більш чи менш тривалий патогенний вплив приводить до відхилень психічного розвитку. В залежності від характеру, локалізації, ступеню розповсюдженості процесу, часу впливу

шкідливостей, умов виховання і навчання, ця аномалія розвитку має свою модальність (різні типи порушень розвитку інтелекту, емоційної сфери, моторики, зору, слуху і т.п.) а також той чи інший ступінь вираженості [26].

У випадках раннього впливу шкідливості важкість аномалій розвитку може перекривати вираженість пов'язаних з хворобою енцефалопатичних розладів, як це має місце при олігофренії, ранній дитячій шизофренії. В. В. Ковальов (1979) при систематиці резидуальних нервово-психічних розладів в дитячому віці виділяє „переважно дизонтогеничні”, при яких переважає симптоматика хвороби, а не порушення розвитку, і „змішані дизонтогенично-енцефалопатичні”.

ЗПР зустрічається значно частіше інших, більш грубих порушень психічного онтогенезу. Основними принципами клінічного підходу до розуміння механізмів формування ЗПР являються можливість її виникнення як за рахунок сповільнення незрілості емоційно-вольової сфери, а також нейродинамічних розладів, що гальмують розвиток пізнавальної діяльності.

Різні патологічні механізми обумовлюють і різні прогнози. Затримка у вигляді неускладненого психічного інфантилізму розцінюється як більш сприятлива, яка не вимагає спеціальних методів навчання. При переважанні виражених нейродинамічних, в першу чергу стійких церебрастенічних розладів, ЗПР виявляється більш стійкою і не рідко вимагає не тільки психолого-педагогічної корекції, але й лікувальних заходів. Поєднання спеціальних форм і методів навчання, збільшення терміну проходження матеріалу з підтримуючою медикаментозною терапією, загально-зміцнювальними, заспокійливими та стимулюючими препаратами дозволяє переведення половини з ЗПР після корекції в четвертий клас масової школи. Інша частина учнів повинна продовжувати навчання в спеціальних умовах [45].

Зазначені вище типи стійких форм ЗПР відрізняються один від одного особливістю структури і характером співвідношення двох основних компонентів цієї аномалії розвитку: структурою інфантилізму і характером нейродинамічних розладів. В сповільненому темпі формування пізнавальної діяльності з інфантилізмом пов'язана нестача інтелектуальної мотивації та довільності, а з нейродинамічними розладами – тонус і рухливість психічних процесів.

Найбільш важкою є ЗПР церебрально-органічного генезу. Дослідження вищих кіркових функцій у дітей з таким діагнозом виявило певну парціальність, мозаїчність порушень. На думку Ю.Дауленскене, патологічна заінтересованість скроневих зон кори спостерігається в 36,13% випадків, тім'яно-потиличних в 23%, скронево-потиличних в 30%, дисемінована коркова патологія в 10,78%. Як правило, у важких випадках спостерігається ряд енцефалографічних розладів [13].

1. Церебральні явища проявляються найчастіше і спостерігаються в ряді феноменів, що відображають нейродинамічні розлади, що виражаються у виснаженні ЦНС. Серед них зниження працездатності, пов'язаної з втомлюваністю, зниження здатності до запам'ятовування, концентрації уваги, наростання психічної уповільненості; емоційні розлади з феноменом „дратівливої слабкості” (частіше в дівчаток), або з дратівливою збудливістю (частіше у хлопців), схильністю до немотивованого зниження настрою дистимічного характеру; рухові розлади, явища вегетативної дистонії.

2. Неврозоподібні явища, патогенетично пов'язані з церебрастенічним ґрунтом: тривожність, боязкість, страх темноти, самотності, іпохондрія, тикозні гіперкінези (особливо у м'язах нижньої половини обличчя, шиї, плечей), пов'язані з порушеннями у вегетативній нервовій системі.

3. Синдром психомоторної збудливості, яка частіше спостерігається в хлопчиків: афективна і загальнорухова розгальмованість, висока схильність до відволікання.

4. Афективні порушення: проявляються в немотивованих коливаннях настрою церебрально-органічного регістру: дисфоричному або ейфоричному стані.

5. Психопатоподібні порушення: сполучення рухової, пізнавальної нестійкості, зниження інтересу до інтелектуальної діяльності з негативним ставленням до навчання, іноді – розгальмованості потягів.

6. Епілептиформні порушення – різноманітні види судомних випадків та інших нервово-психічних пароксизмів.

7. Апатико-адинамічні розлади – зниження ініціативи і мотивації в інтелектуальній діяльності, виражені емоційна в'ялість і рухова загальмованість [3].

Складним є питання про роль описаних розладів у формуванні стійких порушень психічного розвитку. Т. А. Власова, М. С. Певзнер (1967), Є. С. Іванов (1971) та інші дослідники відводять церебральній астенії патогенетичну роль у виникненні стійких форм неуспішності, ЗПР. За даними нейропсихологічного дослідження (І. Р. Марковська, 1977 р.), у значної частини дітей з більш легкою формою ЗПР церебрально-органічного генезу недостатність ряду вищих коркових функцій в більшій мірі обумовлена саме слабкістю психічного тону, дефіцитарністю «енергетичного блоку», що має пряме відношення до клінічних проявів церебральності [36].

В розвитку більш стійких форм церебрально-органічної ЗПР грають роль як більш грубі неврологічні розлади – інертність психічних процесів, їх сповільненість, недостатня здатність до переключення, так і більш виражені енцефалопатичні порушення (психопатоподібні, епілептиформні, апатико-адинамічні розлади). Описані енцефалопатичні розлади можна було б по відношенню до ЗПР кваліфікувати як



ускладнюючі. Але приведені вище дані говорять про їх більш тісний зв'язок з механізмами формування ЗПР, їх роль в патогенезі цієї аномалії розвитку [23].

Нейропсихологічний аналіз вищих психічних функцій, теоретичні основи якого були розроблені А. Р. Лурія, в комплексі клініко-психологічних досліджень К. С. Лебединської виявили залежність успішності формування шкільних навичок і засвоєння системи знань від наступних факторів:

1. від збереженості операційних компонентів, що здійснюють інтелектуальні операції різної складності (стан гнозису, праксису, мнестичних і мовленнєвих функцій) – це функції конвенсیتالних відділів кори з їх міжаналізаторною, міжпівкульною і підкорковою взаємодією;

2. від стану загальної нейродинаміки, тобто від енергетичного забезпечення психічних процесів різних рівнів мозкової організації та модальності – це функції підкоркових структур і активаційних систем ретикулярної формації;

3. від ступеню сформованості довільних (спланованих) форм психічної діяльності, що здійснюються за інструкцією ззовні (мовленнєвої, за зразком) – це регуляторні функції, що забезпечуються лобними долями мозку та їх лобно-підкорковою взаємодією.

При більш легких варіантах ЗПР – конституційного і соматогенного генезу – переважають явища незрілості, або функціональної ослабленості модально-специфічних коркових функцій. Нейропсихологічна симптоматика, як правило, має негрубий, але дифузний характер при відсутності суто локальних розладів. Загальні нейродинамічні розлади відмічаються в обох варіантах, це – лабільність і підвищена виснаженість психічного тону [33].

Але при ЗПР конституційного характеру переважала лабільність, а при ЗПР соматичного генезу – підвищена втомлюваність, часто з порушеннями діяльності. Більш яскраві часткові нейродинамічні розлади, що свідчили б про дефіцитарність окремих коркових функцій, для дітей цих груп не характерні, хоча й не виключені. Загальною діагностичною ознакою для всіх форм ЗПР є порушення довільної регуляції, а й ця ознака має свої відмінності від кожної із клінічних груп [38].

При ЗПР конституційного генезу найбільш слабкою ланкою являється функція цілепокладаючого ініціювання, що проявляється в небажанні прийняти умови дії, задані зовні, втриматися в рамках запропонованого завдання. Порушення функцій програмування і контролю носять вторинний характер. Можливість компенсації нерівномірної успішності при виконанні тестових завдань здійснюється через актуалізацію мотивації, використання гри, посилення мовного контролю і мовного планування діяльності. Характерно, що поза ситуацією обстеження дитина може виконати доволі складні завдання, подібні заданим [46].

При ЗПР соматичного генезу передусім страждають функції контролю і уваги. Продуктивність діяльності залежить від об'єму завдання, швидкості його пред'явлення і тривалості, а також від самопочуття дитини. Відмови від виконання завдання виникають як вторинні, пов'язані з втомою. Страждає і функція програмування. Вона є вторинним порушенням. Дитина правильно засвоює інструкцію, правильно виконує серію дій або рухів, але потім, через нестійкість і складність концентрації уваги, а також через підвищену виснаженість психічного тонуусу виникають збої, спрощення і викривлення завдання. Дитина часто помічає свої помилки і самостійно їх виправляє. Надання допомоги проявляється в зменшенні об'єму завдання та швидкості його пред'явлення, організації відстроченої відповіді і мовленнєвого

контролю. Позитивну дію здійснює емоційна стимуляція, похвала, а як довгостроковий засіб – медикаментозна терапія у відповідності із корекційними задачами [43].

При ЗПР церебрально-органічного генезу в найбільшій ступені страждає функція програмування – без явних ознак виснаження чи насичення ще до появи втоми спостерігається фрагментарність, спрощення або викривлення програми. Діти важко впрацьовуються і важко переключаються з одного виду діяльності на інший. Їх дії сповільнені, хаотичні чи імпульсивні. Вони часто не помічають своїх помилок, проявляють слабку зацікавленість в оцінці. У зв'язку із значними труднощами як вторинні – виникають відмови. Регуляторні розлади мають загальний і частковий характер, останні свідчать про парціальну дефіцитарність окремих коркових функцій. Організація уваги і актуалізація мотиву діяльності також корисні, але найбільш актуальні і необхідні корекційні прийоми спрямовані на поетапну обробку програми: мовне програмування, промовляння послідовності дій, порівняння попереднього плану з отриманим результатом. Не дивлячись на труднощі, діти цієї групи були здатні засвоїти програму і перенести її на аналогічне завдання. Діти з ЗПР церебрально-органічного генезу складають основну групу спеціальних класів вирівнювання. Доцільними для них будуть курси нейропсихологічного тренінгу дефіцитарних функцій і підтримуюча медикаментозна терапія у відповідності з корекційними задачами.

При дослідженні ЗПР психогенної природи психотипологічні характеристики в багатьох випадках перекривались явищами резидуальної церебральної недостатності і практично повторювали картину, описану в групі ЗПР церебрально-органічного генезу.

Відносно негрубі форми аномалії психічного розвитку характеризуються значним клінічним поліморфізмом, який спричиняється щонайменше трьома факторами:

1. різноманітністю етіопатогенетичних механізмів;
2. різноманітністю умов виховання і навчання, в яких перебувала дитина;
3. нерівномірністю розвитку психічних функцій, неодноразовістю їх дозрівання.

Останній фактор характерний і для нормального розвитку, але при аномаліях проявляється в значно більшому ступені, коли формування будь-якої функції або її окремих компонентів суттєво порушується (прискорюється, сповільнюється або викривлюється). Нейропсихологічне дослідження в кожному конкретному випадку дозволяє виявити функції збережені, ослаблені, первинно дефіцитарні або вторинно страждаючі в зв'язку з загальнорегуляторними і нейродинамічними розладами. Функціональний аналіз необхідний при визначенні прогнозу і стратегії корекційно-розвиваючого навчання, для розробки курсу нейропсихологічних занять, спрямованих на тренінг дефіцитарних функцій. Такий підхід допомагає зрозуміти єдині механізми симптомоутворення, що надзвичайно важливо для координації роботи психолога, лікаря, педагога [53].

## **1.2. Психолого-педагогічна характеристика молодших школярів із ЗПР**

Аналіз клініко-психолого-педагогічної літератури з питання вивчення затримки психічного розвитку показав, що різні сторони психічної діяльності цих дітей вивчені в різному ступені. Увага дослідників була зосереджена передусім на вивченні пізнавальної діяльності, що пов'язано з необхідністю розробки корекційно-освітніх програм [2].

Установлено, що багато дітей із ЗПР відчувають труднощі в процесі сприйняття. Про це свідчить передусім недостатність,

обмеженість, фрагментарність знань дітей про оточуючий світ. Л.І.Переслені (1991) вважає, що труднощі сприйняття в цих дітей обумовлені порушенням складної взаємодії відчуттів і вже наявних в корі мозку слідів минулого сприйняття. Проявляється це в тому, що діти затрудняються в упізнаванні предметів, що знаходяться в незвичному ракурсі або зображених контурно схематично. Неповноцінність зорових функцій у 24% обстежених дітей із ЗПР виявив Ю.Г.Дем'янов (1971), що може бути однією з причин складності у навчанні. П.Б.Шошин (1991) в своєму обстеженні виявив, що швидкість, якість сприйняття погіршується, якщо слабке освітлення, предмет знаходиться поруч з аналогічними, дуже часта зміна об'єктів, одночасно з'являються декілька сигналів [57].

Особливо можна відмінити недоліки просторового сприйняття, що доводять результати досліджень Ю.Г.Дем'янова (1971): недостатня оптико-просторова орієнтація в предметних зображеннях у 8,6% обстежених, помилки в оптико-просторовій орієнтації літер у 83,6%. Це пояснюється порушенням складної міжаналізаторної взаємодії, яка у дітей із ЗПР формується з запізненням, і тривалий час виявляється неповноцінною. Недоліки цього виду сприйняття утруднюють навчання читанню і письму [12].

Для повноцінного навчання необхідною є здатність зберігати і відтворювати сприйняту інформацію, тобто пам'ять. Результати досліджень цьому напрямку (Т.В. Єгорова, Н.Г. Піддубка, Н.Г. Лутонаян, Ю.Г. Дем'янов) виявили нижчі показники мимовільної пам'яті у дітей із ЗПР в порівнянні з нормою, що пояснюється зниженою пізнавальною активністю. Продуктивність довільної пам'яті також дуже низька, діти не вміють заучувати, при цьому наочний матеріал втримується в пам'яті краще ніж вербальний. Крім низького об'єму пам'яті, проявляється її недостатня точність: багато дітей допускають помилки у вигляді

перестановки слів тексту і заміни синонімами. Невисокі показники характеризують як довготривалу, так і короткочасну пам'ять.

Однією з найважливіших психологічних особливостей дітей із ЗПР є відставання в розвитку всіх видів мислення. Це проявляється в труднощах, які відчувають діти при розв'язанні арифметичних задач оволодінні навичками письма і читання, засвоєнні граматичних правил тощо. Дослідження Т.А. Власової, В.І. Лубовського, Н.А. Пипіної (1984) виявили у дітей із ЗПР відсутність як уміння самостійно поставити задачу, так і готовності до розв'язання даного завдання. Діти часто починають розв'язувати задачу, не проаналізувавши всієї сукупності даних і не склавши план розв'язання. Орієнтувальний етап при розв'язанні простих задач дуже короткий, складних – триває довше. На початку шкільного навчання недостатньо добре володіють такими операціями, як аналіз, синтез, порівняння, узагальнення. Аналіз характеризується меншою повнотою і недостатньою точністю: виділення ознак хаотичне, родові поняття носять дифузний, погано диференційований характер.

І.Н.Брокане (1981), Т.А.Стрекалова (1989), С.Г.Шевченко (1976) та інші виявляють у дітей із ЗПР недостатність операцій абстрагування, а також відмічають труднощі в завданнях, що вимагають словесно-логічного мислення, труднощі поетапного формування розумових дій, процесу скорочення і узагальнення уже сформованої дії.

Недоліки мовленнєвого розвитку в дітей із ЗПР проявляються не лише при виражених формах, але й при легких: мовленнєва неактивність, неузгодженість мовленнєвої і предметної діяльності, пізніше виникнення словотворчості, затягування періоду функціонування неологізмів. Л.В. Ясман (1976), вивчаючи граматичну будову мовлення в дітей із ЗПР, з'ясувала, що вони відчувають труднощі в розумінні та оперуванні логіко-граматичними структурами. Е.С.Сліпович (1983), в свою чергу, зазначає наявність труднощів при

продукуванні речень, а також ситуативність мовлення молодших школярів із ЗПР. Це виражається у великій кількості власних і вказівних займенників, частому повторенні прямого мовлення, посилюючих повтореннях. Наряду з цими особливостями вчений виділяє обмеженість словникового запасу, несформованість мовлення і, частково, операцій внутрішнього програмування і граматичного структурування вказується в дослідженнях Н.Ю. Борякової (1982) [22].

В роботах різних авторів робляться спроби класифікувати дітей із ЗПР, враховуючи характер їх мовленнєвих порушень. Так, Є.В.Мальцева (1990) виділяє три групи дітей в залежності від стану компонентів мовленнєвої системи:

- перша група – діти з ізольованим дефектом, що проявляється в неправильній вимові лише однієї групи звуків і пов'язаний з аномаліями будови артикуляційного апарату, недорозвитком мовленнєвої моторики;

- друга група – діти з фонетико-фонематичними порушеннями, які охоплюють 2-3 групи звуків, проявляються в замінах фонетично близьких звуків і сполучаються з порушеннями слухової диференціації звуків та фонематичного аналізу:

- третья група – діти з системним недорозвитком всіх сторін мовлення: фонетико-фонематичні порушення, обмеженість і недиференційованість словникового запасу, примітивна синтаксична структура речень, аграматизми. Розвиток мовлення сповільнюється в результаті недостатності мислительної діяльності та низької пізнавальної активності. Але потенційні можливості усвідомлення мовленнєвої системи та її елементів можуть бути різними [47].

В ряді робіт труднощі формування навичок читання та письма пов'язуються не стільки з недостатністю окремих аналізаторних систем,

скільки з дискоординацією їх взаємодії. При цьому характерними ознаками мовленнєвого розвитку дітей із ЗПР є недостатність мовленнєвої регуляції дій, труднощі вербалізації дій, не сформованість плануючої функції мовлення.

Своєрідністю відрізняється також поведінка дітей з ЗПР. Певний час після вступу до школи, діти поводять себе так, як діти дошкільного віку.

Ведучим видом діяльності продовжує залишатися гра. Діти не готові до шкільного навчання, у них відсутній необхідний запас знань, умінь та навичок. Тому виявляється нездатність без спеціальної допомоги до оволодіння рахунком, читанням і письмом. Відсутнє позитивне відношення до шкільного навчання, навчальних занять. Мотивація щодо навчальної діяльності або слабо виражена, або взагалі відсутня. Дисгармонійність мотиваційної сфери проявляється в розходженні між “реально діючими мотивами” і мотивами, які діти усвідомлюють.

Рівень сформованості довільної регуляції поведінки у молодших школярів із ЗПР знижений в порівнянні з нормою, що доводять дослідження Н.Ю.Борякової. Результати свідчать про: зниження мотивації і орієнтувальної активності, недостатню сформованість здатності до програмування і регуляції діяльності, невисокі можливості регуляції дій у внутрішньому плані, розрив між вербальною і практичною діяльністю, недостатній рівень усвідомленості дій.

Стан емоційно-вольової сфери у дітей із ЗПР обумовлений типом інфантилізму (психічний або соматогенний) та характером нейродинамічних розладів. Розвиток особистості при психогенному інфантилізмі характеризується різноманітністю проявів і залежить від етіологічного фактора.

Все вищезазначене відрізняє дітей із ЗПР від їх ровесників з нормативним розвитком. В умовах загальноосвітньої школи діти із ЗПР



вперше починають чітко усвідомлювати свою особливість, що виражається передусім в неуспішності дітей. Такі діти відчують себе неповноцінними і намагаються компенсувати цей недолік у будь-якій іншій сфері, що виражається у поведінкових порушеннях [37].

Але діти даної категорії значно відрізняються і від розумово відсталих, що проявляється вже на початкових етапах шкільного навчання. Так, діти із ЗПР краще використовують допомогу вчителя, здатні переносити показаний спосіб дії на аналогічне завдання. Навіть при слабкій техніці читання вони завжди прагнуть зрозуміти прочитане, читаючи повторно без вказівки вчителя. На уроках математики труднощі в оволодінні складом числа, рахунку переходом через десяток, у вирішенні задач з непрямыми формуваннями умови значно менше виражені у дітей із ЗПР в порівнянні з розумово відсталими.

Таким чином, особливості пізнавальної сфери, емоційно-вольової, здатність до навчання, поведінка дітей із ЗПР визначають необхідність спеціального навчання і виховання таких дітей, відмінних як від розумово відсталих, так і від дітей, що нормально розвиваються [32].

### **1.3. Порушення афективної сфери дітей при ЗПР**

Терміном “афективна сфера” або “афективно-вольова сфера” позначають психоемоційний потенціал особистості, який забезпечує силу, збалансованість, вольову підконтрольність емоцій та психічних станів. При нормативному розвитку афективно-вольові механізми забезпечують врівноваженість поведінки, самоконтроль і саморегуляцію емоцій, врівноваження процесів збудження і гальмування, стійкість до втягнення в стан афекту. Розлади в афективній сфері полягають в зниженні можливостей довільної регуляції поведінки, що проявляється

або в підвищеній збудливості, або в підвищеному гальмуванні поведінки [39].

У дітей із ЗПР розлади в афективній сфері зустрічаються значно частіше, ніж у звичайних дітей. Причиною дисгармонії психічного гомеостазу являється відставання у процесах розвитку центральної нервової системи. В характері афективних розладів в молодших школярів переважає збудливий тип поведінки (60,4%) і значно рідше зустрічається гальмівний тип поведінки (33,4%).

Афективно-збудливий тип за своїми клініко-психологічними проявами має різні форми. Найбільш частими серед них є три форми: поведінка з переважанням стійкої (підвищеної) афективної збудливості, розгальмованості потягів, явищ психічної нестійкості.

Для психічно нестійких дітей характерне сполучення імпульсивності з підвищеною навіюваністю. Основні мотиви поведінкових реакцій – отримання задоволення або наслідування, нездатність протидіяти зовнішньому впливу. Таку поведінку можна легко впізнати: діти легко і бездумно підкоряються будь-яким прикладу, зразку, поклику, пораді. Ці школярі, вступаючи в дитячий колектив, як правило, швидко потрапляють в підпорядкування до лідерів з більш сильним характером. Поведінка відрізняється підвищеною енергійністю: діти фізично невтомні, рухливо активні, нав'язливі та балакучі, а також підвищено залежні від хвилинного настрою, як правило, нестійкі, некритичні [28].

За спостереженнями дослідників (Лебединська К.С., Райська М.М., Грибанова Г.В.) негативні прояви зберігаються до 16-17 років, важко і незначно компенсуються вихованням. Дуже часто через слабкий опір зовнішнім впливам школярі, позбавлені масованого систематичного педагогічного впливу і контролю, легко переймають погані звички, установки, норми поведінки і стають педагогічно запущеними. Психічно нестійка особистість може компенсуватись лише пасивно - при

створенні сприятливого мікросоціального середовища, в якому її патологічні характерологічні особливості проявляються менше [27].

Для дітей з підвищеною ефективністю, збудливістю характерним є перевага таких психічних станів, як імпульсивність, бурхливі реакції (сльози, швидкі рухи, гнів), схильність до агресії (фізичної та словесної), конфліктність, грубі реакції протесту, відмови при контактах з педагогом. В зв'язку з тим, що в більшості дітей із ЗПР спостерігаються недоліки у розвитку нервової системи, часті головні болі з спалахами афективних проявів, підвищення температури, станом утоми, короткочасного виснаження. Дуже часто діти з даним типом поведінки являються лідерами в класі, підкоряють психічно нестійких і пасивно-загальмованих однолітків. Часто афективна поведінка сполучається зі станом педагогічної запусненості, схильністю до асоціальних вчинків.

Незважаючи на це, діти зі стійкою афективною збудливістю мають відносно сприятливий прогноз розвитку. Прояви дефектів згладжуються завдяки застосуванню систематичної медикаментозної терапії, у цілеспрямованому вихованні, в активному формуванні навичок самоконтролю, саморегуляції і позитивних комунікативних установок. Школяр поступово привчається гальмувати імпульсивні спалахи, опановує навички безконфліктного спілкування. Так, при обстеженні важких підлітків із ЗПР синдром афективної збудливості не був виявлений, в той час, як психічна нестійкість і розгальмованість потягів продовжували залишатись домінантними формами порушеної поведінки підлітків [42].

Збудлива поведінка проявляється у розгальмованості потягів, дитина не здатна стримувати інстинкти та агресивні нахили. Найбільш часто в педагогічній практиці у дітей з розгальмованими потягами відмічається ранній онанізм, ранні прояви сексуальності, рання алкоголізація, паління, прояви жорстокості, навіть до садизму, схильність до втікання і бродяжництва, kleptomania, піроманія [17].

Дозрівання сфери потягів індивіда здійснюється під соціальним контролем і являється одним із напрямів соціалізації особистості. В нормі під впливом заборон, норм і звичаїв суспільства напруженість і негативні прояви потягів згладжуються, людина набуває соціально прийнятних форм реалізації інстинктів. Негативні потяги свідомо або на рівні виховних установок відторгаються самим індивідом.

При вроджених порушеннях афективно-вольової сфери у дітей із ЗПР соціалізація інстинктів і потягів здійснюється менш успішно. Незрілість психіки, інфантилізм мотивації, дефіцит механізмів саморегуляції є сприятливим ґрунтом для патологічного розвитку сфери потягів. Крім того, діти із ЗПР особливо залежні від несприятливих зовнішніх факторів: в асоціальному середовищі, в умовах безпритульності, послабленого виховного впливу потяги стають основною мотивацією поведінки. Імпульси, які ніхто не контролює, закріплюються як звичайна форма поведінки.

Найбільш важко піддаються виховній корекції сексуальні відхилення, алкоголізація, агресивність і бродяжництво. Діти з такими порушеннями потребують, по-перше, медикаментозної терапії для зняття напруженості потягів; по-друге, систематичної м'якої і "еластичної" корекції імпульсивних проявів, попереджувального контролю, формування дуже чітких уявлень про загальноприйнятну, правильну, пристойну поведінку.

Прогноз розвитку вказаної аномалії цілком і повністю залежить від зовнішніх обставин виховання, від ступеню масованості виховного впливу, від характеру соціального середовища, в якому живе дитина. Асоціальне оточення з близькими негативними прикладами (батьки-алкоголіки, сексуальна розбещеність близьких, крадіжки як засіб існування, насильство, необхідне для виживання, орієнтація на задоволення будь-якою ціною), як правило, сприяє тому, що у дитини

епізодичне задоволення інстинктів і потягів закріплюється і стає звичною формою поведінки.

Другим варіантом афективно-вольових відхилень у дітей із ЗПР є поведінка загальмованого типу. В цьому випадку діти повільні, апатичні, вибирають реакцію відмови, ухилення, якщо доручена їм задача здається важкою і непосильною. При зауваженні або недобррозичливій інтонації дорослого діти знічуються, часто плачуть. Не вміючи вчинити опір, знаходяться в підпорядкуванні у більш вольових і активних однокласників [49].

Але, будучи зовні загальмованими, ці діти відрізняються підвищеною чутливістю, швидко розрізняють відношення до себе, дуже вразливі, сприятливі до похвали і ласки. Хронічні невдачі у навчанні, фіксація на негативних переживаннях призводить до стійких розладів настрою, поступово формуються риси пасивності, безініціативності як риси характеру. Основна мотивація при даному типу поведінки – уникання неуспіху, відмова від самореалізації, низький рівень вимог. Ці діти особливо потребують засобів підтримуючої педагогіки, ситуацій успіху, цілеспрямованого формування ціннісного відношення до себе, зниження спеціальними психотерапевтичними засобами сором'язливості, боязкості, замкнутості [52].

Для визначення типу поведінки дитини дослідники користуються методом спостереження. Цей метод є природнім і надійним, не потребує особливих умов та інструментування, але кожну ситуацію спостереження неможливо повторити, результати залежать від суб'єктивної позиції спостерігача. Для подолання останнього використовують метод експертних оцінок, що полягає в характеристиці дитини компетентною особою (батьки, вихователь, учитель, психолог). Цей метод дозволяє розширити діапазон якостей, що спостерігаються, поглянути на дитину очима іншої людини, хоча має й свої недоліки:

прагнення уникати крайніх оцінок, оцінки під впливом створеного враження, помилки великодушності.

Аналіз індивідуальних особливостей афективної сфери школярів із затримкою психічного розвитку, віднесення їх до певного типу є важливою передумовою організації обґрунтованого корекційно-педагогічного впливу [1].

## РОЗДІЛ 2

### СТАН АФЕКТИВНОЇ СФЕРИ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ІЗ ЗПР

#### 2.1. Характеристика вибірки та методик дослідження

Дослідження проводились на базі Херсонської спеціалізованої школи-інтернату для дітей із ЗПР та загальноосвітньої школи № 28. В ньому брали участь діти 7-8 років у загальній кількості 22 учня: 12 учнів школи-інтернату, що мають діагноз “затримка психічного розвитку” (експериментальна група), та 10 учнів ЗОШ № 28 із нормотиповим психічним розвитком (контрольна група). Перша група піддослідних налічувала п’ятеро хлопчиків і сім дівчаток; друга група – порівну дітей обох статей. Дослідження проводилось індивідуально, учням надавалась відносна свобода у виборі відповіді. Будь-яка відповідь, дія та пояснення не оцінювались жодним чином. Для діагностики застосовувались методики: “Драбинка самооцінки”, “Визначення мотивів навчання”, “Дім-дерево-людина”, “Тест Люшера”.

“Драбинка самооцінки” застосовується як у молодшому шкільному віці, так і в дошкільному для вивчення динаміки самооцінки. В ході експерименту дитині показують намальовану на папері драбинку з сімома сходинками, де середня сходинка має форму майданчика. Дитині пояснюють, що на трьох нижніх сходинках знаходяться погані діти, на трьох верхніх – хороші, на майданчику – середні діти. Свою фігурку дитина повинна поставити на обрану сходинку і пояснити, чому вона так зробила.

Оцінка результатів здійснюється за 7-бальною шкалою, де перша найнижча сходинка відповідає балу 1, середня сходинка (майданчик) відповідає балу 4, верхня сходинка відповідає балу 7. Таким чином, дитина може одержати від 1 до 7 балів. Самооцінка від 1 до 3 балів є

важливою ознакою неблагополучного соціального розвитку, показником несприятливого досвіду соціальних взаємодій і найчастіше пов'язана з сімейними відносинами. Нормативною вважається самооцінка в 6 балів, хоча 5 чи 7 балів – не відхилення від норми, а свідчать про дуже гарне чи просто добре ставлення до дитини в сім'ї і в школі [11].

В основу методики “Визначення мотивів навчання” покладений принцип “персоніфікації” мотивів. Дитині зачитується оповідання, в якому кожний з мотивів сприймається як особистісна позиція одного з персонажів оповідання. Після прочитання кожного з абзаців перед дитиною викладається схематичний, відповідний до змісту малюнок, що служить зовнішньою опорою для запам'ятовування. Кожному абзацу оповідання і малюнку відповідає один з мотивів: зовнішній, навчальний, ігровий, позиційний, соціальний, мотив оцінки. Після прочитання задають наступні питання:

- Хто, по-твоєму, з них правий? Чому?
- З ким із них ти хотів би разом гратися? Чому?
- З ким із них ти хотів би разом вчитися? Чому?

Якщо зміст відповіді дитині недостатньо зрозумілий, їй нагадують зміст оповідання, що відповідає картинці. Аналізуючи відповіді дитини на питання “Чому?”, визначають обґрунтованість вибору, мотив, що повторюється, - домінує в даній дитини в даний час [29].

“Тест Люшера” оснований на уявленнях про те, що вибір кольору відображає спрямованість піддослідного на певну діяльність, настрій, функціональний стан і найбільш стійкі риси особистості. Характеристика кольорів включає в себе 4 основних (синій, зелений, червоний, жовтий) і 4 додаткових (фіолетовий, коричневий, чорний, сірий) кольори. В ході експерименту дитина повинна вибрати колір, що їй найбільше подобається спочатку з 8-ми кольорів, потім із 7-ми і так далі. Через 2-3 хвилини все повторюють спочатку. Перший вибір характеризує бажаний стан речей, другий – дійсний. В результаті



тестування отримуємо 8 позицій: перша і друга свідчать про явну симпатію, третя і четверта – про незначну, п’ята і шоста – байдужість до кольору, сьома і восьма – антипатія. При інтерпретації результатів визначають стійкість або нестійкість виборів (порівнюють обидві спроби), а також позицію кожного з кольорів. Саме позиція кольору і функціональна група симпатії або антипатій характеризують особистість дитини, засоби досягнення мети, домінуючі мотиви, установи, настрої. При відсутності конфлікту в оптимальній ситуації основні кольори повинні займати переважно перші п’ять позицій. Якщо їх позиції далі п’ятої, що мають місце тривожність, негативний стан. Більш значимою є друга спроба.

Проективна методика дослідження Дж. Буна “Дім-дерево-людина” застосовується як для дорослих, так і для дітей. Перевагами таких методик є повна свобода фантазії і дій дитини, слабкість контролю з боку експериментаторів, що дозволяє виявити реальні особливості особистості. Піддослідному пропонують намалювати в одному малюнку дім, дерево і людину. Можливе колективне дослідження. При інтерпретації результатів враховується кожна деталь малюнку, яка може свідчити про наявність певної риси. Так, показниками відкритості і доступності є:

- близько намальований будинок;
- парадні і відкриті двері;
- відсутність фіранок на вікнах.

Показниками нерішучості, залежності, почуття малоцінності та напруженості є:

- дуже густий дим;
- чорний колір в малюнках;
- нечітка голова в людині;
- дрібні плечі;
- дуже маленький тулуб;

- неясне, тускле обличчя;
- близькі до тіла руки;
- руки за спиною або в кишенях;
- менше п'яти пальців;
- неврівноважена стояча фігура;
- сильний натиск олівця;
- маленькі фігурки;
- штриховка.

Показниками агресивності, грубості, енергійності, гіперактивності вважаються:

- вирячені очі;
- підведені очі;
- чітко намальовані ніздрі та зуби;
- великі руки і ноги у чоловіка;
- пальці без долонь, досить довгі;
- акцентовані ноги;
- зброя;
- широко розставлені ноги;
- багато гострих кутів;
- яскраві лінії, сильний натиск;
- вертикальні штрихи.

Показниками потреби емоційної підтримки, безпеки, недостачі тепла, любові, незахищеності є:

- тонкий струмінь диму;
- відсутність димаря;
- зелений колір в малюнку дому;
- довгі та слабкі руки;
- руки, повернуті в сторони;
- фігура людини на вітрі;
- огорожа для опори;

- контур землі.

Показники замкнутості, ізоляції, зневаженості, захисних тенденцій, ворожості:

- відсутність дверей;
- бокові або задні двері;
- будинок вдалині;
- великий замок на дверях;
- вікна без скла;
- акцентований карниз даху;
- водостічні труби;
- кущі навколо будинку;
- жовтий колір в будинку;
- замість очей пусті очниці;
- незамальоване волосся;
- руки, схрещені на грудях;
- крупні пальці;
- людина – абсолютний профіль;
- неперервний контур.

Показники потреби влади, негідкоряння, зверхності:

- червоний колір в будинку;
- занадто довгі руки;
- широко розставлені ноги;
- впевнені тверді лінії;
- великий малюнок людини;
- гілля вгору в дерев;
- лист, використаний цілком.

Про слабкий контакт з реальністю свідчить відсутність основи стіни, про готовність до контактів – велика кількість вікон, про фіксацію на фантазіях – акцентуованість даху, про відсутність особистої рівноваги – людина з твердими порушеннями пропорцій тіла тощо.

Якщо наявні декілька показників, що характеризують одну особливість, то це свідчить про значну її вираженість [21].

## **2.2. Результати дослідження особливостей афективної сфери дітей із ЗПР молодшого шкільного віку**

Проведене порівняльне дослідження афективної сфери учнів першого класу із ЗПР та з нормою розвитку показало наявність досить чітких відмінностей між цими двома групами.

Так, в ході проведення методики “Драбинка самооцінки” було з’ясовано, що всі діти із ЗПР мають високу позитивну самооцінку (одна з трьох верхніх сходинок). При цьому “найкращими” (7 балів) себе вважають 50% учнів, “дуже добрими” (6 балів) – 33%, а “хорошими” (5 балів) лише 17% опитаних. Пояснити свій вибір дітям набагато важче. Усі без виключення витримували паузу близько 1 хв, але 40% піддослідних навіть після обдумування своєї відповіді потребували навідних запитань, на які відповідали або кивком голови, або коротко “Так”. Інші діти відповідали самостійно, але незрозуміло, з використанням жестикуляції, короткими фразами або неправильно побудованими реченнями. Наприклад, Олена Н. Пояснила свій вибір так: “Тому, що тут хороші, а там погані”, Юра Б.: “Бо хочу бути хорошим в групі”.

Дещо іншими виявились результати дослідження в контрольній групі: 7 балів отримало 30% учнів, 6 балів – 40%, 5 балів – 20% і 4 бали – 10% учнів. Це може свідчити про більш критичне відношення дітей до себе. Пояснення свого вибору були значно багатослівнішими, спонтаннішими, жоден учень не обдумував своєї відповіді і не потребував навідних запитань. При цьому половина дітей оцінює себе в залежності від оцінок, отриманих на уроках. Так, Олександра Б. єдина з класу одержала 4 бали і пояснила наступне: “Бо я не дуже добре

відповідаю на уроках”. Для всіх інших більш вагомими є вчинки: “Я вчиняю добре” (Віка Т. 7 балів); “Не завжди роблю гарні вчинки” (Олександр В., 6 балів).

Дослідження мотивів навчання виявило домінування навчального мотиву в обох групах дітей, але у групі дітей із ЗПР вищезазначений мотив отримав 39% виборів, а у групі дітей з масової школи – 55% (табл. 2.1). На другому місці у дітей із ЗПР опинився ігровий мотив (21% виборів), тоді як у контрольній групі – мотив оцінки (34%). Зовнішній мотив не отримав жодного вибору в контрольній групі, а в експериментальній – 7%. Ігровий мотив в учнів масової школи отримав лише 5%, тоді як мотив оцінки у дітей із ЗПР – 19%. Позиційний мотив в обох групах відсутній, а соціальний – 14% і 6% відповідно в експериментальній і контрольній групах.

*Таблиця 2.1*

**Співвідношення мотивів навчання в учнів перших класів, %**

Мотиви навчання	Експериментальна група	Контрольна група
Зовнішній	7	-
Навчальний	39	55
Ігровий	21	5
Мотив оцінки	19	34
Позиційний	-	-
Соціальний	14	6

Пояснення виборів були більш змістовними в учнів ЗОШ №28, діти із ЗПР часто не могли без допомоги відповісти на запитання “Чому?”, хоча вибір вже був зроблений. Це може свідчити про більш свідомий вибір учнів другої групи. Відповіді “Бо хлопчики граються”, “Бо є вільний стілець” дітей із ЗПР досить ситуативні (під впливом схематичних малюнків). Подібно звучало обґрунтування навчального

мотиву в обох групах: “Бо треба вчитися, щоб стати розумним”, “Бо подобається вчитися і отримувати гарні оцінки”.

Процедура проведення “Тесту Люшера” викликала у всіх дітей живий інтерес і бажання продовжити спроби. Перша і друга спроби відрізнялись: в експериментальній групі стійкість вибору виявлена у 16% піддослідних, в контрольній – у 30%. Як діти із ЗПР, так і діти з масової школи досить часто поміщали на перші позиції ахроматичні кольори, а на останні – основні, що свідчить про підвищену тривожність, песимізм. Результати визначення ступеня емоційного неблагополуччя за цією методикою наведені в таблиці 2.2.

*Таблиця 2.2*

**Результати вивчення емоційного стану учнів перших класів  
за методикою Люшера**

Контингент	Ступені емоційного неблагополуччя		
	Слабкий	Середній	Виражений
Учні із ЗПР	5	5	2
Учні масової школи	7	3	-

При якісній характеристиці результатів дітей із ЗПР було з’ясовано, що найяскравіше виражені наступні якості: протест проти обмежень власної незалежності, пригнічена здатність до відстоювання своєї позиції, потреба емоційного комфорту і спокою, а також стеничність.

Крім того, у дітей із ЗПР виявлялись такі характеристики афективної сфери, як підвищена чутливість, емоційна нестійкість, тривожність, залежність, потреба в захисті, самоконтроль для запобігання конфліктам, образливість, самотійність. Певні якості за результатами тесту були притаманні лише одному або двом учням з групи. Наприклад: навіюваність – Дмитро К.; самотність, ізольованість, потреба в співчутті – Роман Ч.; егоцентризм – Даша Д., Ніна С.;

демонстративність – Олена Н.; труднощі адаптації у зв'язку зі своєрідністю – Євген Г.; оригінальність – Юрій Б., Олена Н.; невпевненість – Дмитро К., Євген Г.

У дітей з масової школи результати багато в чому подібні до результатів дітей із ЗПР. Вони також прагнуть комфорту і спокою, що може пояснюватись труднощами адаптації до навчальних навантажень і нових соціальних умов, але крім цього у них виражена напруженість, пасивність, образливість, самостійність. Також зустрічається невпевненість, залежність, підвищена чутливість тощо, але у окремих дітей. Наприклад: Олександра Б. – відхід від соціальних контактів, обмеження сфери спілкування; Микола Д. – песимізм, настороженість; Вікторія П. - емоційна напруженість, невдоволення своїм соціальним статусом; Олександр В. – дратівливість, навіюваність, підвищена емотивність; Тетяна М. – неспокій, підвищені вимоги до оточуючих, уражене самолюбство. Спільними якостями для обох груп є прагнення незалежності, потреба спокою, безпеки, захисту.

Методика “Дім – дерево – людина” найбільше сподобалась усім дітям. За результатами дослідження було сформовано 4 групи якостей як для експериментальної, так і для контрольної групи. В першу групу включено якості, які зустрічаються в 75% випадків і більше, в другу групу – від 50% до 74%, в третю – від 25 до 49%, в четверту – менше, ніж в 25% випадків. Результати дослідження викладені в таблицях 2.3 та 2.4.

Результати дослідження, а також спостереження і бесіди з вихователями дозволяють поділити групу дітей із ЗПР на 3 частини в залежності від типу порушень афективної сфери, описаних в розділі 1.

**Результати виявлення особистісних якостей учнів із ЗПР  
за методикою «Дім – дерево – людина»**

Групи	Виявлені якості
I	<ul style="list-style-type: none"> <li>- відкритість, доступність, досяжність;</li> <li>- емоційність;</li> <li>- слабкий контакт з реальністю;</li> <li>- захисні тенденції в поведінці;</li> <li>- незахищеність, малоцінність;</li> <li>- тривожність;</li> <li>- залежність;</li> <li>- напруженість;</li> <li>- здатність гальмувати себе.</li> </ul>
II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- імпульсивність;</li> <li>- бажання любові, розуміння;</li> <li>- агресивність;</li> <li>- ізоляція, замкнутість;</li> <li>- адаптація до середовища;</li> <li>- фіксація на фантазіях;</li> <li>- невпевненість, неадекватність;</li> <li>- грубість;</li> <li>- зверхність, прагнення влади;</li> <li>- рішучість, активність.</li> </ul>
III	<ul style="list-style-type: none"> <li>- відсутність прагнень, безініціативність;</li> <li>- іронічне відношення до життя;</li> <li>- труднощі в соціальних контактах;</li> <li>- сором'язливість;</li> <li>- ворожість;</li> <li>- енергійність;</li> <li>- демонстративність.</li> </ul>
IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- емоційна нестабільність;</li> <li>- підвищена чутливість;</li> <li>- надмірна обережність;</li> <li>- боязнь бути покинутим;</li> <li>- підозрілість;</li> <li>- протест, бунтарство;</li> <li>- недостача рефлексії і контролю;</li> <li>- спритність, винахідливість.</li> </ul>

Так у Романа Г., Євгенка Г., Юрія М., (25%) виражений гальмівний тип, у Даші Д., Олени Н., Євгена С. (25%) – стійка афективна



збудливість (афективно-збудливий тип). Найбільше дітей (50%), а саме: Дмитро К., Юрій Б., Ганна Б., Олександр Н., Ніна С. та Настя Б., характеризувались переважанням явищ психічною нестійкістю. Третя форма афективно-збудливого типу – патологія потягів – виявлена не була.

Описане вище дослідження за допомогою чотирьох методик виявило різницю в розвитку самооцінки, афективної сфери дітей із нормальним інтелектом та дітей із затримкою психічного розвитку. Слід наголосити, що різниця відчувається, але вона не є дуже значною, особливо при оцінці результатів методик Люшера і “Дім-дерево-людина”. Майже всі згадані в розділі якості зустрічаються в обох групах дітей, різниця лише в процентному співвідношенні. Так у дітей із ЗПР, що виховуються в школі-інтернаті, досить яскраво виражене почуття власної нікчемності, малоцінності, бажання добитися незалежності, одночасно невпевненість, тривожність, залежність від оточуючих. Ці якості зможуть бути обумовлені відсутністю батьків, рідних підвищеним контролем з боку вихователів, наявністю правил, яких необхідно дотримуватись. У дітей з масової школи на високому рівні знаходиться тривожність, бажання комфорту, спокою, що викликано постійним шкільним навантаженням, досі ще новим для дітей даного віку. А ось якості, подібні до тих, що є у дітей із ЗПР, зустрічаються в окремих дітей, що викликає підозру в недостатці родинного тепла.

Висока самооцінка є нормальною для дітей даного віку. А ось різниця в поясненні відповідей свідчить про кращий психологічний розвиток, про вищий інтелект і критичність дітей з масової школи. Можна звернути увагу також на більший словарний запас і кращий розвиток зв'язного мовлення дітей з нормальним інтелектом.

*Таблиця 2.4*

**Результати виявлення особистісних якостей учнів масової  
школи за методикою «Дім – дерево – людина»**

Групи	
I	<ul style="list-style-type: none"> <li>- відкритість, доступність, досяжність;</li> <li>- слабкий контакт з реальністю;</li> <li>- невпевненість, нерішучість;</li> <li>- тривожність, пов'язана з мисленням;</li> <li>- недостача енергії, скованість;</li> <li>- впертість;</li> <li>- здатність усвідомлювати свій досвід;</li> <li>- здатність гальмувати і контролювати свої дії</li> </ul>
II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- агресивність, що не проявляється і приховується;</li> <li>- захисні тенденції в поведінці;</li> <li>- почуття невідповідності, неадекватності в соціальних ситуаціях;</li> <li>- грубість, черствість;</li> <li>- гарна адаптація до середовища;</li> <li>- іронія, зневажливі установки;</li> <li>- фіксація на фантазіях</li> </ul>
III	<ul style="list-style-type: none"> <li>- недостача психологічної теплоти;</li> <li>- зверхність, прагнення влади;</li> <li>- підозрілість, ворожість;</li> <li>- чутливість, винахідливість;</li> <li>- сильні, тілесні імпульси;</li> <li>- залежність;</li> <li>- хороший контроль і рефлексія</li> </ul>
IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- демонстративність;</li> <li>- вимушена привітність;</li> <li>- пошук надійного положення в своєму колі;</li> <li>- почуття недостатності досягнутого;</li> <li>- почуття вини, недостача життєрадісності;</li> <li>- відсутність прагнень, безініціативність;</li> <li>- заглиблення в себе</li> </ul>

Нижчий відсоток навчального мотиву у дітей із школи-інтернату може свідчити про їх особистісну незрілість. Таке враження підкріплює високий показник ігрового мотиву (21%). В цей самий час у дітей із ЗОШ №28 навчальна мотивація виражена досить яскраво – 55%. Це означає більш свідоме відношення до навчання як провідної діяльності дітей 7-8 років.

А ось відношення до дослідника, до самого процесу дослідження у дітей обох груп однакове – позитивне, активне, зацікавлене. Діти виконували завдання, дотримувались правил інструкції. Жодна дитина не відмовилась виконувати вимоги, навпаки: були бажані продовжити роботу.

Вивчення особливостей афективної сфери учнів першого класу із ЗПР показало як деякі загальні риси, що відрізняють їх від учнів масової школи, так і наявність значних індивідуальних відмінностей, а також дозволило виявити проблемні моменти особистісного розвитку, що потребують спеціально організованого корекційно-виховного впливу. Вдосконалення афективної регуляції учнів із ЗПР повинно розглядатись як один з важливих напрямків підвищення ефективності їх навчання та виховання.

## ВИСНОВКИ

На основі вивчення літературних джерел та аналізу результатів проведеного дослідження можна зробити наступні висновки:

1. Затримка психічного розвитку являє собою уповільнення темпу розвитку дитини, що проявляється порушеннями у структурі так званих “передумов інтелекту”, які охоплюють працездатність, пізнавальну активність, емоційно-вольові компоненти діяльності, увагу, пам’ять, сенс моторні процеси, тоді як “власне інтелект” – різні форми мислительної діяльності, особливо словесно-логічне мислення, зберігають досить високу здатність до розвитку.

2. Адаптацію і здатність до навчання дітей із ЗПР ускладнюють особливості емоційно-вольової сфери, які пов’язані зі зниженням можливостей довільної регуляції поведінки. Це проявляється або в підвищеній збудливості, або в підвищеному гальмуванні поведінки. В свою чергу збудливий тип має різні форми: поведінка з переважанням стійкої афективної збудливості, розгальмованості потягів, явищ психічної нестійкості.

3. Проведене порівняльне дослідження учнів перших класів із затримкою психічного розвитку та з нормальним інтелектом виявило як спільні риси, так і виражені відмінності в розвитку афективної сфери, самооцінки та мотивації.

4. У дітей експериментальної групи виявлені яскраво виражене почуття власної нікчемності, малоцінності, бажання добитися незалежності, невпевненість, тривожність, залежність. В учнів масової школи на високому рівні знаходиться тривожність, бажання комфорту, спокою, що викликано постійними шкільними навантаженнями.

5. Самооцінка виявилась високою в усіх, в той же час різниця в поясненнях відповідей свідчить про кращий психологічний розвиток, вищий інтелект і критичність дітей з масової школи.

6. Аналіз співвідношення мотивів навчальної діяльності свідчить про підвищене значення для дітей із ЗПР ігрового та зовнішнього мотивів при зниженні ролі навчального мотиву і мотиву оцінки, що свідчить про недостатню особистісну зрілість.

7. Проведене дослідження дозволило розподілити учнів 1 класу із ЗПР за типом порушення афективної сфери. При цьому більшість дітей (50%) характеризувались психічною нестійкістю, 25% належали до афективно-збудливого, 25% - до гальмівного типу. Вивчення та корекція порушень афективної сфери повинно розглядатись як один з важливих напрямків підвищення ефективності навчання та виховання дітей із затримкою психічного розвитку.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Аболин Л.М. Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека. Казань: Изд-во Казанского университета, 1987. 262 с.
2. Актуальные проблемы диагностики задержек психического развития детей / Под ред. К.С.Лебединской. М.: Педагогика, 1982. 128 с.
3. Архангельский А.Е. Общая психопатология. СПб.: Образование, 1994. 154 с.
4. Аспекти діагностики ЗПР. / За ред. О.Н. Рибицької. К., 1997.– 181 с.
5. Астапов В.М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. М.: Международная педагогическая академия, 1994. 216 с.
6. Бодалев А.А. Общая психодиагностика. М.: Московский университет, 1987. 304 с.
7. Бондар В.І., Бех І.Д. Проблеми аномальної дитини *Педагогіка і психологія*. 1995. № 2. С. 127-134.
8. Бреслав Г.М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве: норма и отклонения. М.: Педагогика, 1990. 144 с.
9. Венгер А.Л., Цукерман Г.А. Психологическое обследование младших школьников. М.: Владос-Пресс, 2001. 160 с.
10. Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии. М., 1973. 256 с.
11. Вовцев С.Р. Воспитание детей с ЗПР. *Дефектологія* 1999. №2. С. 17-22.
12. Возрастная и педагогическая психология / Под ред. М.В. Гамезо, М.В. Матюхиной, Т.С. Михальчик. М., 1984. 302 с.

13. Волковская Т.Н. Генезис проблемы изучения задержки психического развития у детей. *Коррекционная педагогика*. 2003. № 2. С.5-17.

14. Выготский Л.С. Основы дефектологии. Собрание сочинений в 6 т. М.: Педагогика, 1983. Т. 3. 368 с.

15. Выготский Л.С. Проблемы развития психики. Собрание сочинений в 6 т. М.: Педагогика, 1983. Т. 3. 368 с.

16. Галанов А.С. Психодиагностика детей. М.: Сфера, 2002. 128 с.

17. Герман О.Р. Соціалізація дітей із ЗПР / За ред. Л.Н. Ступної. К., 1990. 300 с.

18. Готовность к школьному обучению детей с задержкой психического развития / Под ред. В.И. Лубовского, Н.А. Цыпиной. М.: Просвещение, 1989. 147 с.

19. Данилина Т.А., Зедгенидзе В.Я., Степина Н.М. В мире детских эмоций: Пособие для практических работников ДОУ. М.: Айрис-Пресс, 2004. 160 с.

20. Дети с временным задержками развития /Под ред Т.А. Власовой. М., 1984. 256 с.

21. Дети социального риска и их воспитание. Учебно-методическое пособие / Под научн. ред. Л.М.Шипициной. СПб.: Речь, 2003. 144 с.

22. Заброцький М.М. Вікова психологія. К.: МАУП, 1998. 92 с.

23. Занков Л.В. Развитие учащихся в процессе обучения. М.: АПН РСФСР, 1999. 78 с.

24. Запорожец О.В. К вопросу о генезисе, функции и структуре эмоциональных процессов у ребенка / Избранные психологические труды: В 2-х т. Т. 1. М.: Педагогика, 1986. С. 260-275.

25. Зейгарник Б.В. Очерки по психологии аномального развития личности. М.: Изд-во МГУ, 1980. – 160 с.

26. Зимняя И.А. Педагогическая психология. М.: Владос, 2000. 304 с.
27. Изард К.Э. Психология эмоций. СПб.: 1999. 464 с.
28. Ілляшенко Т.Д., Стадненко Н.М. Аномальна дитина в школі. К., 1995. 135 с.
29. Ілляшенко Т.Д., Бастун Н.А., Сак Т.В. Діти із затримкою психічного розвитку та їх навчання. К.: Ун-т змісту і методів навчання, 1997. – 128 с.
30. Исаев Д.Н. Психическое недоразвитие у детей. – Л.: Медицина, 1982. – 224 с.
31. Капитанец Е.Г. К вопросу о коррекции эмоций и чувств детей с нарушением интеллекта / *Психолог в детском саду*. 2004. № 4. С. 47-52.
32. Карпова Г.А., Артемьева Т.П. Диагностика особенностей поведения учащихся / *Психология детей с задержкой психического развития: Хрестоматия*. СПб.: Речь, 2003. С. 210-216.
33. Коберник Г.Н., Синев В.Н. Введение в специальность «Дефектология». К.: Вища школа, 1984. 144 с.
34. Ковалёв В.В. Проблема факторов риска в возникновении нарушений психического здоровья у детей / *Психология детей и подростков*. М.: 1985. С. 50-57.
35. Кодонов Б.И. Эмоции как ценность. М.: Политиздат, 1978. 272 с.
36. Кондрашин В.И. Влияние особенностей развития детей-сирот с задержкой психического развития на их социальную адаптацию в условиях школы-интерната / *Психология детей с задержкой психического развития: Хрестоматия*. СПб.: Речь, 2003. С. 179-187.
37. Конопко О.А. Соціально-емоційний розвиток особистості. К.: Освіта, 1998. 320 с.



38. Кочубей Б.И., Новикова Е.А. Эмоциональная устойчивость школьника. М.: Знание, 1998. 80 с.
39. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. М., 1989. 104 с.
40. Лугова В.Н. Погляд на проблему ЗПР. *Дефектологія*. 2000. №1. С. 5-9.
41. Максименко Н.В. Помощь аномальным детям: Л., 1999. 153 с.
42. Мухина В.С. Детская психология. М., 1985. 272 с.
43. Никошина Н.А. Педагогическое изучение детей с задержкой психического развития. *Дефектологія*. 1977. №3. С. 3-9.
44. Обучение и воспитание детей с нарушениями познавательной деятельности. Под ред. В.И. Селиверстова. М., 1982. 231 с.
45. Особливості розумового розвитку у дітей із затримкою психічного розвитку / За ред. Ж.І Шиф. М.: А ПН, 1961. 184 с.
46. Переслени Л.И., Мастюкова С.М. Задержка психического развития: вопросы дифференциации и диагностики. *Вопросы психологии* 1989. №1. С. 52-62.
47. Петрова В.Г. Практическая и умственная деятельность детей с задержанным развитием М.: Просвещение, 1968. 157 с.
48. Причины нарушений дисциплины у детей с умственными отклонениями / Под ред. П.К. Зубного. М.: Просвещение, 1987. С. 83-95.
49. Смирнова Л.Ф., Яструбова А.В. Учителю о детях с задержанным развитием. М.: Просвещение, 1985. 144 с.
50. Солнцева Л.И. Развитие компенсаторных процессов у детей младшего дошкольного возраста. М., 1980. С. 93-97.
51. Спеціальні заклади для дітей із ЗПР / За ред. О.М. Гунтаревої. К.: Освіта, 1988. 301 с.

52. Степанюк С.О. Спілкування – важливий чинник вироблення соціальної позиції у дітей із затримкою психічного розвитку . *Психолог.* 1998. №3. С. 25-30.

53. Ульєнкова У.В. Об особенностях саморегуляции и интеллектуальной деятельности детей с задержкой психического развития. *Дефектология.* 1998. №4. С. 62-70.

**ДОДАТОК**  
**КОДЕКС АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ**  
**ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ ХЕРСОНЬСЬКОГО**  
**ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

Я, Свищ Яна Олександрівна, учасник(ця) освітнього процесу Херсонського державного університету, **УСВІДОМЛЮЮ**, що академічна доброчесність – це фундаментальна етична цінність усієї академічної спільноти світу.

**ЗАЯВЛЯЮ**, що у своїй освітній і науковій діяльності **ЗОБОВ'ЯЗУЮСЯ**:

– дотримуватися:

- вимог законодавства України та внутрішніх нормативних документів університету, зокрема Статуту Університету;
- принципів та правил академічної доброчесності;
- нульової толерантності до академічного плагіату;
- моральних норм та правил етичної поведінки;
- толерантного ставлення до інших;
- дотримуватися високого рівня культури спілкування;
  - надавати згоду на:
- безпосередню перевірку курсових, кваліфікаційних робіт тощо на ознаки наявності академічного плагіату за допомогою спеціалізованих програмних продуктів;
- оброблення, збереження й розміщення кваліфікаційних робіт у відкритому доступі в інституційному репозитарії;
- використання робіт для перевірки на ознаки наявності академічного плагіату в інших роботах виключно з метою виявлення можливих ознак академічного плагіату;
  - самостійно виконувати навчальні завдання, завдання поточного й підсумкового контролю результатів навчання;
  - надавати достовірну інформацію щодо результатів власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використаних методик досліджень та джерел інформації;
  - не використовувати результати досліджень інших авторів без використання покликань на їхню роботу;
  - своєю діяльністю сприяти збереженню та примноженню традицій університету, формуванню його позитивного іміджу;
  - не чинити правопорушень і не сприяти їхньому скоєнню іншими особами;
  - підтримувати атмосферу довіри, взаємної відповідальності та співпраці в освітньому середовищі;
  - поважати честь, гідність та особисту недоторканність особи, незважаючи на її стать, вік, матеріальний стан, соціальне становище, расову належність, релігійні й політичні переконання;
  - не дискримінувати людей на підставі академічного статусу, а також за національною, расовою, статевою чи іншою належністю;
  - відповідально ставитися до своїх обов'язків, вчасно та сумлінно виконувати необхідні навчальні та науково-дослідницькі завдання;
  - запобігати виникненню у своїй діяльності конфлікту інтересів, зокрема не використовувати службових і родинних зв'язків з метою отримання нечесної переваги в навчальній, науковій і трудовій діяльності;
  - не брати участі в будь-якій діяльності, пов'язаній із обманом, нечесністю, списуванням, фабрикацією;
  - не підроблювати документи;
  - не поширювати неправдиву та компрометуючу інформацію про інших здобувачів вищої освіти, викладачів і співробітників;
  - не отримувати і не пропонувати винагород за несправедливе отримання будь-яких переваг або здійснення впливу на зміну отриманої академічної оцінки;
  - не залякувати й не проявляти агресії та насильства проти інших, сексуальні домагання;
  - не завдавати шкоди матеріальним цінностям, матеріально-технічній базі університету та особистій власності інших студентів та/або працівників;
  - не використовувати без дозволу ректорату (деканату) символіки університету в заходах, не пов'язаних з діяльністю університету;
  - не здійснювати і не заохочувати будь-яких спроб, спрямованих на те, щоб за допомогою нечесних і негідних методів досягати власних корисних цілей;
  - не завдавати загрози власному здоров'ю або безпеці іншим студентам та/або працівникам.

**УСВІДОМЛЮЮ**, що відповідно до чинного законодавства у разі недотримання Кодексу академічної доброчесності буду нести академічну та/або інші види відповідальності й до мене можуть

бути застосовані заходи дисциплінарного характеру за порушення принципів академічної доброчесності.

\_\_\_\_\_ (дата)



Свищ Яна Олександрівна