

2. Ложкін Г.В. Проблема суб'єкта як теоретична основа професіоналізації особистості / Г.В. Ложкін, Н.С.Глуханюк, Н.Ю.Воляннюк // Психологія і суспільство. – 2003. – №2. – С. 97-103.
3. Осницкий А.К. Проблемы исследования субъектной активности / А.К. Осницкий // Вопр.психологии. – 1996. – №1. – С.32-44.
4. Решетников П.Е. Психолого-педагогические основы субъектного развития специалиста / П.Е. Решетников [Пособие для переподготовки и повышения квалификации преподавателей высших и средних заведений]. – Белгородский юрид. ин-т. – Белгород, 2001. – 137 с.
5. Хайкин В.Л. Активность (характеристика и развитие) / В.Л.Хайкин. – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: издательство НПО “МОДЭК”, 2000. – 448 с.

The article is devoted to the development of structural-functional model of teacher professional school. Orientation to the subject-active approach in selecting indicators of professionalism of teachers can be attributed to the most important are: pedagogical potential, professional competence, professional self-awareness, reflection, flexibility, and its integrative criterion to consider subjectivity.

**Keywords:** teacher, criteria, indicators, professionalism, conditions, mechanisms, formation.

*Отримано: 23.06.2010*

**удк: 376. 2: 616. 89**

*В.Е. Левицький*

## **Особливості кореляції розвитку особистості підлітка від наявності дизартрії**

Стаття містить результати теоретико-експериментального дослідження проєкції дизартрії на особистісний розвиток дитини підліткового віку.

**Ключові слова:** дизартрія, самооцінка, самоставлення, вади мовлення.

Статья содержит результаты теоретико-экспериментального исследования проєкции дизартрии на личностное развитие ребенка подросткового возраста.

**Ключевые слова:** дизартрия, самооценка, отношение к себе, дефекты речи.

Політичне, економічне ускладнення умов життя в Україні, погіршення екологічної ситуації негативно позначилось на здоров'ї підростаючого покоління. Зокрема, збільшилась частота психофізичних відхилень у розвитку дітей. Постає питання про організацію навчально-виховного процесу з урахуванням обставин, що склались. Для того, щоб перебування у школі сприяло не лише формуванню у дітей нових знань, умінь, навичок, а й забезпечувало виправлення дефектів і профілактику відхилень в особистісному розвитку, необхідно озброїти педагогів знаннями щодо психологічних особливостей розвитку дітей з вадами психофізичного розвитку.

Дизартрію, причини її виникнення та види розглядали М.Б. Ейдінова, А. Куссмауль, Є.М. Мастюкова, Л.Т. Журба; класифікація дизартрії розроблена М.С. Маргулісом, О.В. Правдіною, С.Н. Винарською, І.І. Панченко, Л.А. Щербаковою; шляхи, прийоми корекційної роботи визначили К.А. Семенова, Є.М. Мастюкова, Л.А. Данілова, М.В. Іполітова, Л.В. Лопатіна, Н.В. Серебрякова; особливості психофізичного розвитку дітей-дизартриків аналізували Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, Є.М. Мастюкова, Р.І. Мартинова.

Аналіз літератури свідчить, що, крім мовленнєвих порушень, структура дефекту при дизартрії включає в себе специфічні відхилення у психічному розвитку.

Фактом є те, що найбільш частим проявом дизартрії є наявність псевдобульбарного синдрому, перші ознаки якого можна відмітити вже у новонароджених. Це: слабкість крику чи його відсутність, порушення смоктання, ковтання, відсутність чи слабкість деяких безумовних рефлексів (смоктального, пошукового). Крик у таких дітей тривалий час залишається тихим, погано модульованим, часто у вигляді окремих схлипувань, які відбуваються у момент вдоху.

В міру зростання все більше виявляється недостатня інтонаційна виразність крику, голосових реакцій. Звуки гудіння, лепету відрізняються одноманітністю, появою в більш пізні терміни. Дитина тривалий час не може жувати, кусати, давитися твердою їжею, не може пити з чашки.

Особливості психофізичного розвитку висвітлені в роботах Е.М. Мастюкової, Л.О. Бадалян, Л.Т. Журби, які свідчать про наявність у дітей-дизартриків особливостей пізнавальної діяльності, не різко виражені порушення уваги, пам'яті, інтелектуальної діяльності, емоційно-вольової сфери, легкі рухові розлади та сповільнення формування ряду вищих кіркових функцій [5].

Рухові недоліки зазвичай виявляються у вигляді більш пізніх термінах формування рухових функцій. Порушення загальної моторики – у недостатності координації рухів. Діти незграбні у навичках самообслуговування, відстають від однолітків за спритністю і точністю рухів, відмічається поганий почерк.

В ході психолого-педагогічного дослідження дітей з легкою формою дизартрії Р.І. Мартинова встановила, що у дизартриків порівняно з дітьми, що мають нормальне мовлення, є розлади уваги. Аналіз виконання окремих завдань на увагу дозволив виявити знижений рівень стійкості та переключення уваги. Автор висуває припущення, що порушення механізму стійкості і переключення залежить від недостатньої рухливості основних нервових процесів у корі головного мозку.

Слабкість процесу запам'ятовування слів у дітей з легкою формою дизартрії пов'язана не лише з порушенням їх фонематичного слуху, а й з розладом активної уваги.

При дослідженні мислення Р.І. Мартиновою встановлено, що порівняно з дітьми з нормальним мовленням та функціональною дислалією діти-дизартрики дали меншу кількість правильних відповідей, якість їх роботи була нижчою. При виконанні завдань діти були невпевнені, пасивні, швидко втомлювались, проявляли негативізм. Послаблення мисленнєвої діяльності проходило за типом астенізації з виразним зниженням функції уваги і пам'яті, також було виявлено низьку працездатність, порушення пам'яті, уваги, динаміки процесів мислення. Найчастіше зустрічається уповільненість мислення, його інертність, яка поєднується з церебрастенічним синдромом. Для більшості дітей характерним є сповільнене формування просторово-часових уявлень, оптико-просторового гнозису, конструктивного праксису.

Пізній початок мовлення, обмежений мовленнєвий досвід, грубі дефекти вимови призводять до недостатнього накопичення словника і відхиленя в розвитку граматичної будови мовлення. Характерним для дітей-дизартриків є досить непогане орієнтування в оточуючій ситуації, запас певних уявлень і знань, але відсутність мовлення чи обмежене використання його викликає значний розрив між активним і пасивним словником, характерним є також недостатнє оволодіння граматичними засобами мовлення.

При дизартрії часто зустрічається затримка психічного розвитку органічного типу, іноді олігофренія. Спостерігається важка поведінка з нестійким настроєм, що супроводжується плачем, часто бувають афективні спалахи.

Емоційні розлади у дизартриків проявляються у вигляді підвищеної емоційної збудливості, підвищеної чутливості до

звичайних подразників оточуючого середовища, схильності до коливань настрою. Підвищена емоційна лабільність поєднується з інертністю емоційних реакцій [5].

У дітей-дизартриків з ДЦП підвищена збудливість іноді може поєднуватись з радісним, підвищеним настроєм (ейфорією), із зниженням критичності. Досить часто ця збудливість супроводжується страхами.

На першому році життя ці діти неспокійні, багато плачуть, потребують до себе підвищеної уваги. Вони погано пристосовуються до метеорологічних умов, відмічаються порушення сну, апетиту.

У дошкільному і шкільному віці вони схильні до роздратованості, коливання настрою, метушливості, часто виявляють жорстокість, негативізм. Руховий неспокій посилюється при втомі, деякі діти схильні до реакцій істероїдного типу. Інші – лякливі, загальмовані в новій обстановці, уникають труднощів, погано пристосовуються до зміни обставин.

Підвищена емоційна збудливість провокує порушення поведінки у вигляді рухової розгальмованості, афективних вибухів, іноді з агресивними проявами, з реакціями протесту щодо дорослих. Ці прояви посилюються при перевтомі і можуть бути однією з причин шкільної і соціальної дезадаптації. При надмірних фізичних та інтелектуальних навантаженнях, хибному вихованні ці реакції закріплюються, і виникає загроза формування патологічного характеру.

Дослідження мотиваційної сфери особистості дозволило встановити, що у дітей з дизартрією переважають мотиви уникнення невдачі над мотивами досягнення. Це є свідченням того, що підлітки із дизартрією не прагнуть до покращення результатів своєї діяльності, не проявляють наполегливості у досягненні своїх цілей, що викликано страхом зазнати невдачі, зробити щось не так; причиною цього може бути також невпевненість у собі. Переживання у поведінці підлітка мотивів уникнення невдач провокує появу таких особистісних якостей, як пасивність, безініціативність. Порівняно з дітьми-дизартриками діти з нормальним психофізичним розвитком володіють вищим рівнем мотивації досягнення і будуть шукати її, більше впевнені в успішному вирішенні цих ситуацій, наполегливі у досягненні цілей, добре почуваються у ситуаціях змагання.

З результатів дослідження мотивації досягнення видно чіткий контраст між характерами мотивів підлітків з дизартрією та підлітків з нормальним психофізичним розвитком. За методикою М.Ш. Магомед-Емінової 30% відсотків вибірки складають досліджувані, які керуються мотивом уникнення невдачі. Дану групу складають лише

діти з дизартрією. Також 30% досліджуваних характеризуються високим рівнем домагань. Цю групу дітей складають лише діти з нормальним психофізичним розвитком, жоден підліток з дизартрією в цю групу не потрапив. Такі результати дають підстави зробити висновок про те, що у дітей з дизартрією рівень домагань неадекватно занижений через те, що дитина не вважає себе здатною досягти цілей певного ступеня складності.

Емоційно-ціннісний компонент “я-концепції” дітей з дизартрією досліджували за допомогою методики непрямого вимірювання системи самооцінок особистості О.Соколової, яка спрямована на виявлення системи цінностей, які дитина використовує як критерії оцінки інших й себе; загального самоствавлення, яке може бути позитивним, негативним, невизначеним: системи самооцінок у різних сферах життєдіяльності.

Визначення коефіцієнта кореляції за критерієм самоствавлення дозволило встановити, що, порівняно з нормою, у дітей-дизартриків діагностується домінування негативного характеру самоствавлення. Такий характер обумовлений усвідомленням свого недоліку і, очевидно, сформований під впливом оцінок з боку інших. Спільним для обох груп є орієнтовно однакова кількість дітей, що мають невизначене самоствавлення. Негативне самоствавлення поряд з перевагою мотивів уникнення невдачі є основними компонентами комплексу неповноцінності.

Досить цінну інформацію про особистісні властивості дітей-дизартриків дали результати дослідження особистості за “Hand-тестом”. Діти з дизартрією мають високі відсотки за категоріями “агресія” та “директивність”. Це є свідченням вірогідності появи агресії у відкритій поведінці. Середній відсоток відповідей за категорією “афектація”, що відображає прагнення до соціального життя, у дітей з дизартрією складає 3,7% на відміну від дітей з нормальним психофізичним розвитком – 9,6%. Це є доказом того, що діти з дизартрією відчувають дефіцит відвертих емоційних стосунків, у них відсутнє бажання підтримувати емоційний контакт. Досить показовими та інформативними є оцінки за категорією “комунікація”. У дизартриків вони становлять 2,3% у порівнянні з нормальним психофізичним розвитком – 19,1%. Такий розрив пов’язаний з порушенням комунікативної діяльності та спілкування. Про сильне відчуття образи свідчать також показники за категорією “залежність” (дизартрики – 4,6%, з нормальним психофізичним розвитком – 8,0%). Діти з дизартрією, таким чином, потребують допомоги з боку інших людей, вважають, що інші несуть те за них відповідальність. Незначний відсоток відповідей за кате-

горіями “опис” у порівнянні з нормою виражає відсутність мрійливості, творчості, недорозвиток уяви.

Спільний для обох груп досліджуваних є майже однаковий відсоток відповідей за категорією “напруга”, яка виражає тривожність, невротизм, хоча у дизартриків її розмір на 4,5% більший. Частково це є проявом вікових особливостей даного періоду. У дизартриків та дітей з нормальним психофізичним розвитком спільним є високий рівень агресивності та ризик формування психопатії, але такі явища характерні для імпульсивної та невірноваженої поведінки підліткового віку. Незважаючи на те, що агресивність в обох групах висока, в групі дітей з дизартрією вона є вищою. Це означає, що підлітки-дизартрики виявляються більш схильними до відкритих проявів агресивності.

Аналіз категорії MAL – соціальної дезадаптації, свідчить, що 90% дизартриків у порівнянні з 40% підлітків з нормальним психофізичним розвитком є соціально дезадаптованими. Така соціальна дезадаптація поєднується з високим ризиком формування психопатії особистості. За несприятливих соціальних умов дизартрик може потрапити у категорію дітей з психопатією, тому цей момент необхідно врахувати при вихованні дітей.

Для діагностики афективного компонента особистості дітей з дизартрією було використано кольоровий тест М. Люшера [4]. Результати дослідження дають підставу вважати, що у дітей-дизартриків переважає негативний фон настрою, домінуючими емоційними станами в них є: мрійливість разом з неготовністю активно діяти, меланхолійний настрій, тривожність у поєднанні переживанням фізичного дискомфорту. У дітей з нормальним психофізичним розвитком переважаючими емоційними установками є: енергійність, оптимізм, нестриманість; високий рівень домагань, потреба похвали загалом позитивна емоційна спрямованість.

Під час дослідження особистості за факторним особистісним опитувальником Р. Кеттелла звернено особливу увагу на фактори, що виявляють емоційно-вольові та комунікативні риси особистості. Надійність результатів перевіряли за проективною методикою “Дім-Дерево-Людина”. За результатами обстеження було встановлено, що діти-дизартрики у порівнянні з нормою більш тривожні, нестримані, нетерплячі, мають невротичні симптоми, що є свідченням емоційної нестійкості. Також у дітей з дизартрією діагностується схильність до почуття провини, що виявляється у занепокоєнні, боязливості, напруженості, недооцінці себе. Риси ніжності – жорстокості, контролю бажань – імпульсивності мають середнє вираження, хоча група дітей з дизартрією має більшу кількість дітей з низьким

самоконтролем поведінки. Група дітей-дизартриків має вищі оцінки за фрустрованість, що характерно для неврозу, тривожності: дитина знаходиться у стані напруження, важко заспокоюється, почувається втомленою, емоційно нестійка, з переважанням поганого настрою.

При дослідженні комунікативних рис особистості було встановлено, що у дітей-дизартриків існує порушення спілкування через існування таких особистісних рис, як відчуженість, конфліктність; підозрілість, занепокоєність, ригідність, мовчазність; сором'язливість, обережність, чутливість до небезпеки, озлобленість. На відміну від дизартриків група дітей з нормальним психофізичним розвитком характеризується легкістю у спілкуванні, відкритістю, адаптованістю; безтурботністю, життєрадісністю, комунікабельністю, балакучістю; сміливістю, чуйністю, товариськістю, бажанням бути на виду.

Про наявність комплексу неповноцінності у підлітків-дизартриків свідчать симптоми, існування яких було встановлено у порівнянні:

- низька самооцінка, негативне самоствавлення;
- низький рівень домагань;
- високий рівень мотивації уникнення невдачі;
- підвищена тривожність;
- перевага негативного емоційного настрою.

Комплекс неповноцінності у підлітків з дизартрією впливає на появу в їхньому характері таких негативних рис, як:

- агресивність;
- пасивність, безініціативність;
- депресивність;
- труднощі у спілкуванні;
- замкнутість.

Крім того, діти з дизартрією через усвідомлення своєї мовленнєвої вади більш соціально дезадаптовані, що визначає виразність ризику формування психопатії особистості.

Практичне застосування інформації про особливості підлітків з дизартрією дозволяє врахувати їх у психологічній роботі та при вихованні цієї категорії дітей. Порушення мовлення підвищують ризик формування відхилень в особистісному розвитку. Тому учні спеціалізованих шкіл для дітей з тяжкими порушеннями мовлення потребують не лише логопедичної допомоги, а й психологічної. Психолог повинен проводити роз'яснювальну роботу з педагогами про психологічні особливості пізнавальної діяльності та особливості особистості таких дітей [3]. Вчасна психодіагностична робота



дозволить попередити формування та закріплення вторинних відхилень в особистісному розвитку дітей.

#### **Список використаних джерел**

1. Лалаева Р.И. Логопедическая работа в коррекционных классах: Книга для логопеда / Р.И.Лалаева. – М.: ВЛАДОС, 1998. – 224 с.
2. Левченко И.Ю. Патопсихология: Теория и практика: Учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений / И.Ю.Левченко. – М.: Академия, 2000. – 232 с.
3. Логопедия: учебник для студентов дефектологических факультетов педагогических вузов / Под. ред. Л.С.Волковой, С.Н. Шахновской. – М.: ВЛАДОС, 1998. – 680 с.
4. Люшер М. Цвет вашего характера / М.Люшер; Перевод с английского. – М.: РИПОЛ КЛАССИК, 1997. – 240 с.
5. Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии / Е.М.Мастюкова. – М.: ВЛАДОС, 1997. – 124 с.

This article contains the results of theoretiko-experimental research projection of dizarthrii on personality development of childrens of teens.

**Keywords:** dizarthriya, self-appraisal, relation, broadcasting defects.

*Отримано: 13.07.2010*

**УДК 316.6**

*А.І. Лучинкіна*

## **МЕХАНІЗМИ ТА ІНСТИТУТИ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ**

У статті йде мова про перевірку надійності та валідності авторського опитувальника «Механізми та інститути соціалізації». Виокремлено 12 субшкал, що описують 5 основних інститутів соціалізації та 7 механізмів, за рахунок яких соціалізація відбувається.

**Ключові слова:** соціалізація, інститут соціалізації, механізми соціалізації, надійність, валідність.

В статье идет речь о проверке надежности и валидности авторского опросника «Механизмы и институты социализации». Выделены 12 субшкал, описывающих 5 основных институтов социализации и 7 механизмов, за счет которых социализация происходит.

**Ключевые слова:** социализация, институт социализации, механизмы социализации, надежность, валидность.