

11. Munipov V. M. V. M. Bekhterev – rodonachalnik kompleksnogo izucheniya cheloveka / V. M. Munipov // Voprosy psihologii. – 2007. – № 5. – S. 110–126.
13. Trudy 1-go Vserossiyskogo s'ezda po pedagogicheskoy psihologii v Sankt-Peterburge v 1906 g. – SPb., 1906. – S. 240–255.

O. Petrenko. Problems of educational psychology and pedagogy in the creative heritage of V. M. Bekhterev

Abstract. *In the article author describes the contribution of V. M. Bekhterev in the development of educational psychology and pedagogy. We found that scientist formulated the basic rules of early age pedagogy; scientifically substantiated position on the need for targeted development and improvement of the sensory processes of the child from birth; developed a system of sensory education of young children, aimed at creating the necessary foundations of mental education.*

We proved that justifying the idea of social-labor upbringing V. M. Bekhterev formulated a number of provisions, some of which have not lost their value in our days, such as the need to educate the younger generation in the spirit of devotion to progressive social ideals; the requirement to put work into the basis of the educational process, to instill in students the skills of labour for the common good, achieved through collective work of prosperity of man. Author characterizes works of V. M. Bekhterev, which revealed specific features of sex education, part of which is sex education, mind of the scientist that the underestimation of the specificity of sex education is no less dangerous than its hypertrophy, recommendations on medical-pedagogical prevention of various sorts of deviations and perversions of sexual attraction.

Key words: *V. M. Bekhterev, pedagogical psychology, pedagogy, social work education, reflexology, sex education.*

УДК 159.97:376-056.264

Г. Є. СИВИК

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ МОТОРНІЙ АФАЗІЇ

Стаття присвячена аналізу надання психологічної допомоги при моторній афазії у дорослих з відкритими черепно-мозковими травмами (поранені бійці в зоні АТО) та постінсультними станами. В останні десятиліття теоретичні і практичні питання проблем афазії розроблялися переважно в площині роботи з постінсультними хворими. Збільшення кількості моторних афазій внаслідок бойових нейротравм потребує поглибленого вивчення і розробки психолого-педагогічного підходу при відновлювальній роботі. У статті розкривається поняття афазій, особливості розпаду чи втрати мовленнєвої функції. Характеризуються психологічні особливості особистості пацієнтів з моторними афазіями при інсультах і при бойових нейротравмах. У більшості дорослих з моторною афазією спостерігається специфічне відношення до розпаду і стану власної мовленнєвої функції. Психологічна допомога налічує декілька напрямків, що включає в себе орієнтацію хворого на конкретну мету, збільшення мотивації, налагодження конструктивної співпраці з фахівцями. Для вивчення і корекції емоційного стану, мобілізації особистості людини з моторною афазією психологом може застосовуватися арт-терапія. Зображення на площині паперу дає можливість перенести існуючу проблему з внутрішнього плану у зовнішній.

Ключові слова: *афазія, нейротравма, мовлення, інсульт, особистість, психологічна допомога, розпад мовленнєвої функції, психологічна корекція, арт-терапія.*

Статья посвящена анализу психологической помощи при моторной афазии у взрослых с открытыми черепно-мозговыми травмами (раненные бойцы в зоне проведения антитеррористической операции) и постинсультными состояниями. В последние

десятилетия теоретические и практические вопросы проблем афазии разрабатывались, в большинстве случаев, в плоскости работы с постинсультными пациентами. Увеличение количества случаев моторных афазий вследствие боевых нейротравм требует углубленного изучения и разработки психолого-педагогического подхода во время восстановительного периода. В статье раскрывается понятие афазий, особенности распада или утраты речевой функции. Характеризуются психологические особенности личности пациентов с моторными афазиями при инсультах и при боевых нейротравмах. У большинства взрослых людей с моторной афазией наблюдается специфическое отношение к распаду и состоянию своей речевой функции. Психологическая помощь раскрывается в нескольких направлениях: ориентация пациента на конкретную цель, увеличение мотивации, налаживание конструктивного сотрудничества со специалистами. Для изучения и коррекции эмоционального состояния, мобилизации личности пациента с моторной алалией психологом может использоваться арт-терапия. Изображение на плоскости бумаги дает возможность перенести существующую проблему с внутреннего плана во внешний.

Ключевые слова: афазия, нейротравма, речь, инсульт, личность, психологическая помощь, распад речевой функции, психологическая коррекция, арт-терапия.

Постановка проблеми. Реабілітація хворих з церебральним інсультом лежить у площині відновлення порушених функцій, соціальних контактів, професійних навичок, а також повернення людини у соціум. Одним із симптомів інсульту є часткова або повна втрата мовлення, у зв'язку з чим виникають вторинні психологічні наслідки. Дорослій людині важко прийняти стан своєї мовленнєвої функції, яка характеризується розпадом вже сформованої мовленнєвої навички. Негативний психологічний фон ускладнює процес відновлення.

У зв'язку з антитерористичною операцією, що ведеться на сході нашої держави, збільшилася кількість дорослих людей з нейротравмами, одним із наслідків яких є моторна афазія. Бойові травми головного мозку і відновлення мовленнєвої функції вимагають специфічних методів логопедичної і психологічної корекції. Гостро постає питання раннього втручання в умовах польових госпіталів. Внаслідок обмеження мобільності відновлювальна робота з такими хворими відтермінується в часі, що збільшує кількість резидуальних явищ. Основним завданням фахівців, що працюють з пацієнтами з моторними афазіями є максимальне відновлення їхньої життєдіяльності.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. В останні десятиліття теоретичні і практичні питання проблем афазії розроблялися переважно в площині роботи з постінсультними хворими. Недостатність досліджень з проблеми виникнення та подолання афатичних розладів у дорослих внаслідок черепно-мозкових травм, відсутність методичної літератури з проблеми потребують поглибленого вивчення і розробки диференційованої психолого-педагогічної роботи з обґрунтуванням принципів, напрямків і прийомів корекційно-відновлювальної роботи. Теоретичні та практичні аспекти проблеми афазії глибоко досліджені в роботах багатьох авторів (Т.В. Ахутіна, Т.Г. Візель, О.Р. Лурія, В.В. Опель, Л. С. Цветкової тощо). Серед вітчизняних науковців питання афазії вивчає А. М. Савицький [5].

Формулювання цілей статті. Метою даної статті є теоретичний аналіз особливостей психологічної допомоги дорослим з моторною афазією.

Виклад основного матеріалу дослідження. Афазія – це системне порушення мовлення, що виникає при органічних ураженнях мозку, охоплює різні рівні організації мовлення, впливає на його зв'язки з іншими психічними процесами і призводить до дезінтеграції всієї психічної сфери людини. Вона найчастіше зумовлюється крововиливом в мозок, його травмою, пухлиною, абсцесом тощо. При афазії звичайно порушуються всі мовні функції (усне мовлення, писемне, читання, сприйняття на слух) [6].

Причинами виникнення афазії є порушення мозкового кровообігу (ішемія, геморогія), травми, пухлини, інфекційні захворювання головного мозку. Афазії судинного генезу найчастіше виникають у дорослих людей. В результаті розриву аневризми судин головного

мозку, тромбоемболії, викликаних ревматичним пороком серця, і черепно-мозкових травм. Афазії нерідко спостерігаються у підлітків та осіб молодого віку [5]. Афазія виникає приблизно в третині випадків порушень мозкового кровообігу, найбільш часто спостерігається моторна афазія. У дітей афазія виникає рідше, як результат черепно-мозкової травми, пухлинного утворення або ускладнення після інфекційної хвороби [4; с.400]. Афазія – одне з найбільш важких наслідків мозкових уражень, при якому системно порушуються всі види мовної діяльності. Складність мовленнєвого розладу при афазії залежить від локалізації ураження (наприклад, розташування вогнища ураження при крововиливі в підкіркових відділах мозку дозволяє сподіватися на спонтанне відновлення мовлення), величини осередку ураження, особливостей залишкових і функціонально збережених елементів мовленнєвої діяльності, при ліворукості. Реакція особистості хворого на мовне порушення і особливості преморбідної будови функції (наприклад, ступінь автоматизації читання) визначають фон відновного навчання [1].

В основі будь-якої афазії лежить та чи інша первинно порушена нейрофізіологічна і нейропсихологічна передумова (наприклад, порушення динамічного або конструктивного праксису, фонематичного слуху, апраксії апарату артикуляції і тощо, яка веде до специфічного системного порушення розуміння мовлення, письма, читання, рахунку). При афазії специфічно системно порушується реалізація різних рівнів, сторін, видів мовленнєвої діяльності (усне мовлення, мовна пам'ять, фонематичний слух, розуміння мови, писемне мовлення, читання, рахунок тощо). Великий внесок у розуміння порушення мовлення при афазії внесений як нейрофізіологією, так і нейропсихологією і нейролінгвістикою [5].

При ураженні мовних зон відбувається порушення так званої первинної передумови, що здійснює специфічну діяльність відповідної аналізаторної системи. На основі первинного аналізаторного порушення виникає вторинний, також специфічний, розпад всієї функціональної системи мови і мовлення. Виникає порушення всіх видів мовленнєвої діяльності: розуміння мовлення, усного та писемного мовлення, рахунку тощо. Характер і ступінь порушення розуміння мовлення, його експресивної форми, читання та письма залежать насамперед не від величини осередку ураження в корі головного мозку, а від тих гностичних (кінестетичного, акустичного або оптичного) передумов, які по-різному вносять свій внесок у реалізацію різних мовних процесів [1].

Мовленнєві розлади, що виникають при моторній афазії, нерідко супроводжуються когнітивними порушеннями, депресивними і невротичними реакціями на хворобу, що в значній мірі ускладнює формування у хворого позитивної установки під час періоду відновлення. Уявлення людини про захворювання впливає на формування внутрішньої картини хвороби, а розуміння хворим завдань реабілітації створює активну позицію хворого по відношенню до лікування, що в цілому сприяє позитивній динаміці.

У зв'язку з цим велике значення має психологічна допомога в реабілітації дорослих з моторною афазією. Це сприяє створенню активної спрямованості особистості на подолання розладів, корекції відносин до хвороби і до лікування, створення оптимістичної лікувальної та життєвої перспективи, формування позитивного ставлення до лікування та до хвороби [1].

У частини дорослих з моторною афазією, отриманій внаслідок бойових нейротравм, можна спостерігати переоцінку власних можливостей, «витіснення» хвороби. Надмірна відповідальність, взята на себе за результат захворювання, супроводжується тривогою, виснажливими заняттями «через не можу». Домінують установки «я повинен швидко поправитися», «мені ніколи хворіти». У частини постінсультних хворих відзначається знецінення власних зусиль по відновленню порушених функцій. Тривале лікування призводить до розчарування, до астено-депресивної реакції на хворобу, частіше – у хворих з тривалістю захворювання більше року. У іншій частини хворих спостерігалася недовіра до фахівців. Дорослі пацієнти відмовлялися від ряду процедур, наполягали на призначенні інших процедур, з їх точки зору більш корисних, нерідко протипоказаних їм за станом здоров'я. Недооцінка тяжкості захворювання хворими призводить до необгрунтовано раннього розширення режиму нервово-психічного та фізичного навантаження. Ще в одній частини дорослих з моторною афазією спостерігалася установка на мінімізацію зусиль:

«поспішай повільно», «тихіше їдеш, далі будеш». Переоцінка захворювання і зниження активності в лікуванні поєднувалися у них з острахом повторного інсульту, з астено-фобічною реакцією на хворобу. Вони справно виконували процедури, але додаткових зусиль по розробці м'язів артикуляційного апарату, щодо самостійних занять з відновлення мовлення, побоюючись погіршення стану. Ці нераціональні установки перешкоджали формуванню у дорослих адекватної мотивації та залучення в процес лікування; перешкоджали взаємодії з персоналом. Логопедом та психологом здійснювалося інформування хворих про характер захворювання і особливості виниклих порушень, а також роз'яснялися завдання відновлювальної терапії. Психологом проводилося консультування хворих та психологічна корекція [1].

Заняття проводилися індивідуально і в групі. Вони були спрямовані на усвідомлення хворими своїх почуттів і можливостей; на прийняття відповідальності на себе, подолання опору; на вивчення і корекцію неадекватних установок хворих по відношенню до порушення і до відновлення. Зважаючи на фізичний стан дорослих при моторній афазії (після інсульту чи внаслідок черепно-мозкової травми заняття проводилися в кабінеті і в палаті, два-три рази на тиждень, протягом 40-50 хвилин.

Індивідуальна психологічна корекція може проводитись в палаті переважно з пацієнтами з вираженими руховими порушеннями. З хворими з помірними когнітивними порушеннями – мовлення, зорового і слухового гнозису; праксису, а також з сенсорними порушеннями (зниження гостроти слуху та зору) – заняття доцільно проводити в кабінеті.

В процесі індивідуальної роботи можна працювати над:

- звуженням і конкретизацією мети діяльності;
- формуванням партнерства з персоналом;
- звуженням зони власного порушення;
- розширенням зони власного порушення.

Звуження і конкретизація мети діяльності застосовується при установках з переоцінкою тяжкості свого стану, зі знеціненням власних можливостей, а також при негативізмі. Через недостатнє вміння хворого диференціювати свої зусилля у відновленні функцій і усвідомлювати свої актуальні можливості мета лікування здувається дорослому з афазією аморфною, нечіткою. Неконкретизована мета при зіставленні її з реальними можливостями розцінювалася хворим навряд чи досяжною, що робило бажання її досягти слабо вираженим.

З іншого боку, спроби втілення нереальних зараз цілей, не підкріплених реальними можливостями (наприклад, артикуляційної моторики) приводили до ускладнень (неможливості вимовити слово, збільшення кількості ембол у мовленнєвому потоці) [5]. В цьому випадку в процесі індивідуальної корекції проводиться конкретизація мети. Психологічний вплив спрямований на усвідомлення хворим власних можливостей. Це досягалося за рахунок формування реально досяжної мети відновлення порушених функцій, за рахунок конкретизації та звуження масштабу мети. Так, замість далекої і умовно нереальної мети – «знову нормально розмовляти» – перед дорослим ставиться більш реальна і досяжна мета: «навчитися вимовляти окремі звуки, склади тощо». Вирішення цього завдання може бути забезпечено реальним станом артикуляційної моторики хворого. Наступним етапом формується завдання: «вимовляти слова відзеркалено», потім – «вимовляти фрази відзеркалено»; потім – «вимовляти слова, фрази самостійно, але з початковим стимулюванням». І лише потім – «активно використовувати мовлення для комунікації», тобто самостійно. Таким чином, формуються сходинки реального наближення до головної мети: «навчитися розмовляти». Досягнення цих проміжних цілей вселяє надію і зміцнює мотивацію до одужання і до продовження занять і до лікування.

Прийом формування партнерства з персоналом необхідний при недовірі до допомоги фахівців (наприклад, логопеда), при переоцінці власних можливостей. У разі підвищеної відповідальності хворого за результат лікування його вимоги, що пред'являються до себе, були вище реальних можливостей організму. Психологічним завданням в цьому випадку є зниження почуття відповідальності дорослого з моторною афазією, підвищення терпимості до надання йому допомоги іншими людьми. Можна проводити демонстрацію корисності тих

прийомів, яким навчають фахівці; формуються установки прийняття партнерства з логопедом, ерготерапевтом і іншими фахівцями.

Об'єктом впливу цього партнерства є порушена функція або навичка. У пацієнта формується терпляче ставлення до своїх невдалих дій, що сприяє самоприйняттю і інтеграції образу «Я» [2].

Звуження зони власного порушення використовується у випадку знецінення власних зусиль. У разі переоцінки хвороби психологічним завданням є доведення до свідомості хворого вже наявних досягнень у відновленні мовлення. Для цього використовуються переконання, навіювання, демонстрація вправності мовленнєвих функцій хворого, здатності його організму до вироблення нових умовних рефлексів і можливості свідомого управління новим навиком. На заняттях пропонуються завдання на виконання різних дій, запам'ятовування слів, орієнтацію в просторі; підкреслюється поліпшення виконання їх від заняття до заняття. Принцип наочності допомагає хворому більш об'єктивно оцінювати свої досягнення.

Розширення зони власного порушення застосовується при недооцінці захворювання, при неприйнятті допомоги персоналу, негативізм. У разі крайньої недооцінки мовленнєвого порушення ставиться за мету доведення до свідомості хворого наявності вади, корекція якої буде реальною і може стати найближчим завданням відновлення.

Заняття може проводитися в процесі природного експерименту, який переходить в навчальний експеримент і формування навички. Пропонуються завдання для моторної координації м'язів артикуляційного апарату (статичні і динамічні вправи: утримання язика, губ в певному положенні), для стимуляції мовленнєвої активності (назвати своє ім'я тощо).

Родичі пацієнта з моторною афазією також потребують допомоги психолога з метою оптимізації своїх відносин з хворим; в разі негативізму, його відмови від процедур або агресивної поведінки. Дуже часто безпорадний стан дорослого з моторною афазією, його відношення до порушення, пригнічений емоційний фон викликають у родичів почуття жалості. Зазвичай хворі маніпулюють цим, намагаючись уникати виконання завдань для відновлення мовленнєвої функції.

Для вивчення і корекції емоційного стану, мобілізації особистості людини з моторною алалією психологом може застосовуватися арт-терапія. Арт-терапія заснована на механізмі сублімації. Сублімація – це підсвідомий психічний процес, який полягає в перенаправленні психічної енергії від травмуючого переживання до соціально прийняттого виходу, найчастіше – творчості [2].

Якщо у людини накопичилися емоційні переживання і психічне напруження, вона може висловити їх через творчість (малюнок або виріб, вірш, казку) і відчувати полегшення. Це і є арт-терапія, але тільки перший крок: намалювати те, що хвилює. Крок другий: прямо на малюнку змінити ситуацію. Змінюючи малюнок, людина одночасно змінює і своє внутрішнє уявлення, знаходить варіанти виходу з найбільш безвихідної ситуації.

Зображення на площині паперу дає можливість перенести існуючу проблему з внутрішнього плану у зовнішній. Цей метод психотерапії допомагає побачити і вивільнити негативні емоції, внутрішні переживання цивілізовано, без шкоди для оточуючих людей і речей. Він дозволяє пережити їх і змінити, тим самим знявши вантаж важкої життєвої ситуації і полегшивши життя.

Психокорекція з використанням творчості може проводитися декількома способами. Наприклад, робота з пацієнтом за певною схемою. У цьому випадку перед людиною ставиться певне завдання – створити малюнок (виріб) за певним шаблоном на задану тему. Тут приділяється увага поєднанню і яскравості колірною оформлення, формам і нюансам у виконанні деталей. Іншим способом проведення арт-терапії є спілкування «на вільні теми». Він передбачає вільний вибір теми, матеріалу, сюжету і інструментів для самовираження. В кінці такого заняття оцінці підлягають саме критерії вибору пацієнта і манера виконання завдання.

На сьогодні існують наступні види арт-терапії: ізотерапія (лікування малюванням), ігротерапія, музикотерапія, данстерапія (лікування танцем), казкотерапія, пісочна терапія, фототерапія, кольоротерапія, відеотерапія, мульт-терапія, маскотерапія, драматерапія (лікування театральним мистецтвом), бібліотерапія (лікування книгами). Крім того, лікування творчістю може проходити активно (за допомогою самостійного створення творінь) і пасивно (з використанням вже створених чимось витворів). Воно може відбуватися самостійно, індивідуально або в групі [4].

Висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок. Таким чином, дорослі люди з моторною афазією поряд з логопедичною допомогою мають отримувати і психологічну. Оскільки це сприяє позитивній динаміці під час відновлення мовлення, підвищує мотивацію пацієнтів, знижує негативізм і збільшує ефективність під час корекційного процесу.

Список використаних джерел

1. Демиденко Т. Д. Основы реабилитации неврологических больных / Т. Д. Демиденко, Н. Г. Ермакова. – СПб.: Фолиант, 2004. – 304 с.
2. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Практикум по креативной терапии. / Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева, Т. М. Грабенко. – СПб.: Речь, 2003. – 400 с.: ил.
3. Копытин А. И. Методы арт-терапии в преодолении последствий травматического стресса / А. И. Копытин. – М.: Когито-центр, 2014. – 208 с.
4. Копытин А. И. Современная клиническая арт-терапия. Учебное пособие / А. И. Копытин. – М.: Когито-центр, 2015. – 528 с.
5. Логопедія. Підручник, друге видання, перероблене та доповнене / За ред. М. К. Шеремет. – К.: Видавничий дім «Слово», 2010. – 672 с.
6. Логопедия: Учеб. для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. заведений / Под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. – 680 с. – (Коррекционная педагогика).

References

1. Demidenko T.D., Ermakova N.G. Osnovy reabilitatsii nevrologicheskikh bol'nykh / T.D. Demidenko, N.G. Ermakova. – SPb.: Foliant, 2004. – 304 s.
2. Zinkevich-Evstigneeva T.D. Praktikum po kreativnoj terapii. / T.D. Zinkevich-Evstigneeva, T.M. Grabenko. – SPb.: Rech', 2003. – 400 s.: il.
3. Kopytin A.I. Metody art-terapii v preodolenii posledstvij travmaticheskogo stressa / A.I. Kopytin. – M.: Kogito-centr, 2014. – 208 s.
4. Kopytin A.I. Sovremennaja klinicheskaja art-terapija. Uchebnoe posobie / A.I. Kopytin. – M.: Kogito-centr, 2015. – 528 s.
5. Logopediya. Pidruchny`k, druge vy`dannya, pereroblene ta dopovnene / Za red. M.K. Sheremet. – K.: Vy`davny`chy`j dim «Slovo», 2010. – 672 s.
6. Logopedija: Ucheb. dlja stud. defektol. fak. ped. vyssh. ucheb. zavedenij / Pod red. L.S. Volkovoj, S.N. Shahovskoj. 3-e izd., pererab. i dop. – M.: Gumanit. izd. centr VLADOS, 2002. – 680 s. – (Korrekcionnaja pedagogika).

G. Syvyk. FEATURES OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT IN CASES OF MOTOR APHASIA.

The article is devoted to the analysis of psychological assistance in motor aphasia in adults with open craniocerebral traumas (wounded soldiers in the area of the antiterrorist operation) and post-stroke condition. In recent decades, theoretical and practical problems of aphasia have been developed, in most cases, in the working plane with post-stroke patients. The increase in the number of cases of motor aphasias due to combat neurotrauma requires an in-depth study and development of a psychological-pedagogical approach during the recovery period. The article reveals the concept of aphasias, features of the decay or loss of speech function. Characterized by the psychological characteristics of the personality of patients with motor aphasia in stroke and in

combat neurotrauma. Most adults with motor aphasia have a specific attitude to decay and the condition of their speech function. Psychological help is revealed in several directions: the patient's orientation toward a specific goal, increasing motivation, establishing constructive cooperation with specialists. To study and correct the emotional state, mobilize the personality of a patient with motor aphasia, a psychologist can use art therapy. The image on the plane of the paper makes it possible to transfer the existing problem from the internal plan to the external one.

Key words: *aphasia, neurotrauma, language, stroke, personality, psychological help, disintegration of speech function, psychological correction, art therapy.*

УДК 37-057.875:376.1

О. І. СИДОРОВИЧ

МОДЕЛЬ ПРОФЕСІЙНОЇ САМОСВІДОМОСТІ МАЙБУТНЬОГО ДЕФЕКТОЛОГА

У статті висвітлено питання побудови теоретичної моделі розвитку професійної самосвідомості майбутніх дефектологів, згідно з якою цілісне вивчення процесу формування останньої в навчально-професійній діяльності, розкриття її сутності як специфічного особистісного утворення передбачає чітке уявлення про структурні компоненти та чинники розвитку професійної самосвідомості. Аналізуючи питання структури, окреслено три рівні: перший рівень – налаштованість індивідуальної свідомості на моральні вартості життя, другий рівень – ціннісні орієнтації, третій рівень – сенсоутворення. На кожному із зазначених рівнів описано чинники (налаштованість на вартості життя, рефлексивність, самоствавлення, емпатійність, самоактуалізація, самоефективність, готовність до інновацій).

Ключові слова: *професійна самосвідомість, модель професійної самосвідомості, рівні професійної самосвідомості, чинники професійної самосвідомості.*

В статье освещены вопросы построения теоретической модели развития профессионального самосознания будущих дефектологов, согласно которой целостное изучение процесса формирования последней в учебно-профессиональной деятельности, раскрытие ее сущности как специфического личностного образования предполагает четкое представление о структурных компонентах и факторах развития профессионального самосознания. Анализируя вопросы структуры, определены три уровня: первый уровень – настроенность индивидуального сознания на моральные жизненные ценности, второй уровень – ценностные ориентации, третий уровень – смыслообразования. На каждом из указанных уровней описано факторы (настроенность на ценности жизни, рефлексивность, самоотношение, эмпатийность, самоактуализация, самоэффективность, готовность к инновациям).

Ключевые слова: *профессиональное самосознание, модель профессионального самосознания, уровне профессионального самосознания, факторы профессионального самосознания.*

Постановка проблеми. В умовах сучасних реалій надзвичайно актуальною є проблема підготовки висококваліфікованих фахівців у галузі спеціальної освіти. В інклюзивному просторі сучасної освіти діяльність педагога-дефектолога залишається однією із найбільш затребуваних. Специфіка цієї професії обумовлює відповідні вимоги до дефектолога, зокрема щодо його професійного і особистісного розвитку. Лише фахівець з розвинутою професійною самосвідомістю здатен до постійного саморозвитку та ефективного виконання власних професійних функцій.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. В останні кілька років у сучасній психології та педагогіці науковці досліджують проблему професійної самосвідомості в різних аспектах. Було розглянуто проблематику формування професійної самосвідомості майбутніх педагогів