

**Міністерство освіти і науки
Рівненський державний гуманітарний університет
Педагогічний факультет
Кафедра теорії і методик початкової освіти**

Лук'яник Л. В.

Основи дефектології та логопедії

Навчально-методичний посібник

Видання 3-тє, уточнене й доповнене

Рівне
Видавець Олег Зень
2023

УДК 376 (07)

Л 84

Рекомендовано до друку рішенням НМК педагогічного факультету
Рівненського державного гуманітарного університету
(протокол № 4 від 20 квітня 2023 р.)

Затверджено на засіданні кафедри
теорії і методик початкової освіти
(протокол № 4 від 11 квітня 2023 р.)

Розробник: Лук'яник Л.В., кандидат педагогічних наук, доцент кафедри теорії і методик початкової освіти РДГУ

Рецензенти:

Грона Н.В., доктор педагогічних наук, доцент, викладач вищої категорії, викладач-методист Комунального закладу «Прилуцький гуманітарно-педагогічний фаховий коледж імені Івана Франка» Чернігівської обласної ради

Сойко І. М., кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри початкової та дошкільної освіти Міжнародного економіко-гуманітарного університету ім. акад. С. Дем'янчука.

Лук'яник Л. В. Основи дефектології та логопедії : навч.-метод. посіб. Видання 3-тє, уточнене й доповнене / Л. В. Лук'яник : Рівнен. держ. гуманіт. університет. – Рівне : О. Зень, 2023. – 164 с.

У навчальному посібнику подано загальні знання про корекційну педагогіку як науку; дітей із порушеннями психофізичного розвитку як об'єкт корекційної освіти; загальну характеристику сучасної системи освітньо-корекційних послуг; зміст і процедуру відбору дітей у спеціальні заклади; методичні рекомендації щодо індивідуального навчання дітей із порушеннями психофізичного розвитку та особливостей індивідуального підходу до них в умовах загальноосвітніх шкіл.

Навчальний посібник може бути використаний як студентами при вивченні основ корекційної педагогіки, так і вчителями, психологами у процесі психолого-педагогічного супроводу дітей з вадами психофізичного розвитку в умовах загальноосвітніх закладів.

Матеріал посібника орієнтує психолого-педагогічний персонал загальноосвітніх закладів на тісну співпрацю з фахівцями-дефектологами.

УДК 376(07)

© Лук'яник Л. В., 2023

ВСТУП
ДО НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
«ОСНОВИ ДЕФЕКТОЛОГІЇ ТА ЛОГОПЕДІЇ»

Аномалії у фізичному і інтелектуальному розвитку збіднюють можливості участі особистості у суспільному житті і значно ускладнюють її навчання та виховання. Виховання і навчання дітей з вадами розумового і фізичного розвитку входять складовою частиною до єдиної державної системи освіти. Науково обґрунтована система спеціальної освіти аномальних дітей, що діє в наш час, розв'язує як єдині із загальноосвітньою школою завдання, так і специфічні, які полягають у створенні найсприятливіших умов корекції аномального розвитку дитини.

Спеціальна педагогіка (дефектологія) передбачає систему цілей без досягнення яких не можлива ні соціалізація ні самореалізація людини з обмеженими можливостями і які реалізуються через корекцію недоліків їх компенсацію педагогічними засобами, а також реабілітацію, в першу чергу соціальну і особистісну. Спеціальний курс «Основи дефектології та логопедії» призначений для вивчення студентами напрямку підготовки «Дошкільна освіта», **метою** якого є:

– сформулювати поняття про особливості теорії і практики спеціальної (особливої) освіти людей із відхиленнями у фізичному й інтелектуальному розвитку, для яких освіта у звичайних педагогічних умовах, при допомозі загальнопедагогічних методів і засобів, утруднена або не можлива;

– забезпечити необхідну теоретичну й елементи практичної підготовки майбутніх спеціалістів із питань, пов'язаних із розумінням особливостей аномального розвитку, комплексного вивчення дітей різних категорій і системного підходу в організації корекційно-педагогічної допомоги.

Компетенції студентів:

– збагатити знання про найпоширеніші дитячі аномалії (порушення слухового і зорового аналізаторів, інтелектуального й мовного розвитку);

– комплексні порушення розвитку (сліпоглухі діти й діти з поєднанням сенсорного й інтелектуального дефектів);

– в залежності від структури порушення і соціально-особистісних умов і прояву визначити компенсаторні можливості конкретної людини з конкретними порушеннями;

– виявляти аномальних дітей із наступним направленням їх через медико-педагогічні комісії до відповідних спеціальних закладів;

– аналізувати причини виникнення того чи іншого аномального розвитку, його особливості, методи виявлення і способи корекції.

Тема 1
Предмет і завдання дефектології як науки
План

1. Предмет, завдання та понятійно-категоріальний апарат дефектології
2. Поняття “реабілітація”.
3. Завдання та діяльність дефектології.
4. Вирішальна проблема дефектології.

1. Предмет, завдання та понятійно-категоріальний апарат дефектології

Дефектологія вивчає закономірності та особливості розвитку, виховання та навчання різних категорій аномальних дітей. Сучасна назва “корекційна педагогіка” або “спеціальна педагогіка”.

Основним предметом дослідження дефектології є діти з різноманітними дефектами психічного чи фізичного розвитку. Забезпечення оптимальних умов їхнього виховання та навчання для сприяння якомога кращій підготовці їх до самостійного активного суспільного корисного життя в нормальному соціальному оточенні.

Визнаючи провідний вплив соціальних факторів на розвиток особистості, дефектологія підходить до питання про можливості соціальної реабілітації аномальних осіб.

Ця мета є основою для теорії і практики дефектології.

Корекційна педагогіка – це педагогічна наука про сутність та закономірності освіти, навчання і виховання дітей з психічними і (або) фізичними порушеннями, шляхи корекції порушень їхнього психофізичного розвитку.

З огляду на це визначення, предметом корекційної педагогіки є освіта, навчання і виховання дітей з психічними і (або) фізичними порушеннями; зміст та методика корекційної роботи з ними.

Корекційна педагогіка як наука розв’язує такі завдання:

- вивчення сутності та закономірностей розвитку особистості дітей з психічними і (або) фізичними порушеннями;
- удосконалення існуючих та розробка нових шляхів і засобів корекції порушень психофізичного розвитку у дітей та дорослих;
- удосконалення змісту й методів корекційної роботи з дітьми при різних типах порушень психічного і (або) фізичного розвитку;
- удосконалення типів і структури спеціальних освітніх закладів для дітей з психічними і (або) фізичними порушеннями;
- розробка стандартів корекційної освіти для дітей з психічними і (або) фізичними порушеннями різного віку і різних ступенів виразності вади;
- удосконалення форм і методів навчання і виховання дітей з психічними і (або) фізичними порушеннями;
- розробка теоретичних засад підготовки фахівців для роботи з різними категоріями осіб з психічними і (або) фізичними порушеннями.

Для реалізації цих завдань корекційна педагогіка використовує сучасні **методи педагогічних досліджень**:

- теоретичний аналіз педагогічних ідей;
- вивчення архівних документів;
- вивчення особових справ учнів і шкільної документації;
- педагогічне спостереження;
- дослідницька бесіда;
- педагогічний експеримент;
- вивчення продуктів навчальної діяльності учнів;
- соціологічні методи дослідження (анкетування, соціометрія тощо);
- вивчення та узагальнення педагогічного досвіду.

Окрім того корекційна педагогіка використовує методи спеціальної психології, математичної статистики, враховує результати клінічних досліджень.

Понятійно-категоріальний апарат корекційної педагогіки

Корекційна педагогіка є педагогічною наукою, тому вона користується багатьма загальними педагогічними поняттями, зокрема, освіта, виховання, навчання, методи, принципи, дидактика. Окрім цього корекційна педагогіка як дефектологічна наука користується загально дефектологічними поняттями, зокрема, корекція, компенсація, реабілітація, інтеграція, адаптація. Понятійно-категоріальний апарат корекційної педагогіки є досить широким, він використовує також певні категорії спеціальної психології, медичні терміни, міжнаукові поняття.

Наведемо визначення окремих важливих для корекційної педагогіки понять.

Освіта - результат завершеного навчання.

Навчання – цілеспрямована взаємодія вчителя і учнів, у процесі якої засвоюються знання, формуються вміння й навички.

Виховання – передача досвіду суспільних стосунків і формування духовної сфери особистості. Використовується як у широкому (соціальному, педагогічному), так і вузькому розумінні.

Формування – процес становлення людини як соціальної істоти під впливом багатьох факторів – екологічних, соціальних, економічних, психологічних, політичних та інш.

Розвиток – процес і результат кількісних і якісних змін в організмі людини.

Соціалізація – становлення особистості людини на основі засвоєння нею елементів суспільної культури і соціальних цінностей.

Діти з порушеннями (вадами) психофізичного розвитку – діти, що мають фізичні і (або) психічні порушення, які відображаються на усьому психофізичному розвитку дитини і перешкоджають засвоєнню нею соціокультурного досвіду без спеціально створених умов.

У якості синонімів використовують: діти, що потребують корекції психофізичного розвитку; аномальні діти; діти з особливими освітніми потребами; неповносправні діти.

Корекція – система педагогічних, психологічних і медичних заходів, спрямованих на послаблення і (або) подолання вад психофізичного розвитку розумово відсталих учнів у процесі навчання і виховання з метою максимально можливого розвитку їхньої особистості.

У вузькому розумінні цей термін означає поліпшення, виправлення вади (від лат. correctio).

Корекційна робота – це діяльність, спрямована на поліпшення процесів розвитку і соціалізації дитини, послаблення або подолання її психофізичних вад у процесі навчання і виховання з метою максимально можливого розвитку її особистості та підготовки до самостійного життя.

Інтеграція – включення дитини з вадами психофізичного розвитку в середовище здорових людей у процесі навчання, виховання, праці, проведення вільного часу.

Інклюзія – це політика й процес, що дає можливість всім дітям брати участь у всіх програмах. Головний принцип інклюзії: *«Рівні можливості для кожного»*.

Інклюзивна освіта – це система освітніх послуг, що ґрунтується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права навчатися за місцем проживання, і передбачає навчання дитини з особливостями психофізичного розвитку в умовах загальноосвітнього закладу.

Реабілітація (згідно визначенню Комітету експертів ВОЗ) – застосування цілого комплексу заходів медичного, соціального, освітнього та професійного характеру з метою підготовки або перепідготовки індивідуума до найвищого рівня його функціональних здібностей.

Термін “реабілітація” є похідним від терміну “абілітація”. Стосовно дітей раннього віку з відхиленнями у розвитку доцільно використовувати термін “абілітація”, оскільки у ранньому віці мова йде не про відновлення здібностей, а про первинне їх формування.

Абілітація – первинне формування функцій і здібностей у дітей раннього віку з проблемами розвитку за рахунок створення спеціальних умов.

Соціальна адаптація – пристосування учня до умов життя і праці.

Корекційна освіта – освіта у спеціальних закладах (школи, класи, реабілітаційні центри), яка надається фахівцями і містить навчальний, виховний і корекційний компоненти.

Спеціальні умови для одержання освіти (спеціальні освітні умови) – умови навчання (виховання), в тому числі спеціальні освітні програми і методи навчання, індивідуальні ТЗН і середовище життєдіяльності, а також педагогічні, медичні, соціальні та інші послуги, без яких є неможливим (ускладненим) засвоєння загальноосвітніх і професійних освітніх програм особами з порушеннями психофізичного розвитку.

Спеціальний (корекційний) освітній заклад – освітній заклад, створений для дітей з порушеннями психофізичного розвитку.

2. Поняття “реабілітація”.

Поняття “реабілітація” (від лат. ре - префікс, що позначає зворотну дію, та *habilitas* – придатність) у медико-педагогічному розумінні означає повернення хворої людини до нормального життя та праці в межах її психофізіологічних можливостей.

Реабілітація досягається здійсненням певних медичних заходів, спрямованих на повне або часткове відновлення порушених хворобою функцій, та системи виховних засобів, що активізують особистість хворого, забезпечують йому сприятливу позицію у налагодженні різноманітних соціальних зв'язків, якісну психологічну та професійну підготовку до виконання доступних видів трудової діяльності.

Позитивно оцінюючи перспективи соціальної та трудової реабілітації аномальних дітей, дефектологія розробляє та науково обґрунтовує практичні шляхи розв'язання цього завдання. З цією метою в Україні створено систему спеціальних закладів для різних категорій аномальних дітей, де навчально-виховна робота максимально враховує особливості розвитку дітей з різними дефектами і спрямована на забезпечення повноцінного включення їх в активну трудову та суспільну діяльність.

Для цього необхідне глибоке з'ясування особливостей побудови навчального процесу в різних спеціальних школах з урахуванням специфіки оволодіння дітьми з тими чи іншими вадами розвитку загальноосвітніми знаннями, вміння та навичками. Тому дефектологія послідовно розробляє питання спеціальної дидактики (теорії навчання аномальних дітей). Дидактичні проблеми, пов'язані зі змістом, принципами, методами, формами організації навчального процесу, розробляються стосовно кожного конкретного типу спеціальних шкіл.

Підготовка учнів спеціальних шкіл до активного суспільно корисного життя потребує ефективного здійснення виховання особистості аномальної дитини, тобто формування в неї тих особистісних якостей, які б забезпечували самостійну соціально нормативну поведінку (тобто таку, що відповідає прийнятним у суспільстві соціальним нормам – правовим, етичним, естетичним тощо). У зв'язку з цим дефектологія досліджує питання виховної роботи в спеціальних закладах для аномальних дітей з усіх напрямів виховання їх особистості (розумового, морального, трудового, фізичного, естетичного, патріотичного та інтернаціонального, правового).

Одне з важливих місць в розробці теорії навчання та теорії виховання аномальних дітей відводиться проблемі трудового навчання та виховання з метою ефективної підготовки вихованців спеціальних шкіл до якісного виконання доступних їм видів праці, зокрема виробничої. В зв'язку з цим визнається коло професій, якими можуть оволодіти різні категорії людей з порушеннями фізичного та розумового розвитку, намічаються і практично

реалізуються шляхи формування у аномальних осіб професійної та психологічної готовності до виробничої діяльності.

У спеціальних школах створюються навчально-виробничі класи-майстерні з необхідною матеріальною базою для здобуття професії, вихованці проходять виробничу практику на підприємствах, проводиться різнобічна робота з їх професійної орієнтації з метою формування інтересу, любові до майбутньої професії.

Важливим напрямком розвитку дефектології є розробка та практичне застосування різноманітних спеціальних технічних засобів, що сприяють підвищенню якості навчання та орієнтації в навколишній дійсності дітей з частковими порушеннями діяльності аналізаторів. Передусім тут треба назвати слухові апарати для дітей з дефектами слуху, оптичні прилади для дітей з недоліками зору, що допомагають продуктивніше використовувати залишкові функції ушкодженого аналізатора. Створюються спеціальні технічні засоби, які полегшують сприймання різного роду зовнішніх сигналів для тотально сліпих, глухих, сліпоглухих дітей. Використання таких технічних засобів значно покращує розвиток аномальних дітей.

Розширено віковий діапазон контингенту аномальних осіб, на яких поширюється сфера діяльності наукової та практичної дефектології. З метою забезпечення якомога більш раннього позитивного впливу на розвиток аномальної дитини розробляються питання ранньої диференційної діагностики відхилень у розвитку, здійснюється дошкільне виховання аномальних дітей у спеціальних закладах.

Посилюється увага дефектології до дорослих людей з порушеннями фізичного та психічного розвитку. Розробляються питання їх після шкільного навчання, входження у соціальне життя, у виробничу та громадську діяльність трудових колективів, підвищення якості трудової діяльності, посилення соціальної активності.

Для науково обґрунтованого розв'язання всіх зазначених питань, пов'язаних з проблемою соціальної реабілітації аномальних осіб, дефектологія глибоко вивчає психофізіологічні особливості людей з вадами фізичного та психічного розвитку. Зроблено, як зазначалося вище, значний внесок у розробку проблеми закономірностей аномального розвитку, зокрема у з'ясування складної структури дефекту з точки зору виявлення первинних його ознак та вторинних відхилень розвитку. Це дає змогу визначити, яким недолікам у розвитку аномальних дітей можна запобігти, які повністю або частково згладити, й спрямувати систему лікувальних та педагогічних впливів на вирівнювання розвитку психіки, що відхиляється від норми.

3. Завдання та діяльність дефектології.

Психологічні дослідження в галузі дефектології дають змогу об'єктивно визначити потенційні можливості розвитку пізнавальної діяльності та особистості в цілому різних категорій аномальних дітей і створити оптимальні умови, за яких ці можливості можуть бути реалізовані найповніше.

Таким чином, дефектологія розв'язує такі завдання:

1. здійснює різнобічне психолого-педагогічне та клініко-фізіологічне вивчення особливостей та закономірностей фізичного і психічного розвитку різних категорій аномальних осіб,

2. визначає структуру дефекту при різних аномаліях і потенційні можливості розвитку різних сторін особистості кожної категорії осіб з фізичними та психічними дефектами,

3. розробляє з психолого-педагогічних позицій класифікацію аномальних дітей, розв'язує задачі диференціації їх навчання та виховання,

4. обґрунтовує принципи створення та розвитку системи спеціальних закладів для виховання та навчання аномальних дітей з метою здійснення оптимального впливу на їх розвиток, формування активної соціально адекватної особистості, підготовку та залучення до самостійної трудової та суспільної діяльності,

5. визначає закономірності та особливості навчально-виховного процесу в спеціальних закладах для аномальних дітей, цілі, задачі, зміст, принципи, форми і методи їх навчання, виховання та трудової підготовки,

6. розробляє спеціальні технічні засоби, що допомагають аномальним особам у їх пізнавальній діяльності та встановленні контактів з оточенням,

7. визначає ефективні шляхи та засоби профілактики аномалій розвитку, попередження дитячої дефективності,

8. вивчає особливості та шляхи поліпшення життя та діяльності аномальних людей у соціальному оточенні (сім'ї, трудових та навчальних колективах тощо).

Уся наукова та практична діяльність, здійснювана дефектологами, спрямована на підвищення ефективності процесу соціалізації (від лат. *socialis* – суспільний) осіб з дефектами розвитку, тобто становлення особистості аномальної людини на основі оволодіння елементами соціальної культури та суспільними ціннісними орієнтирами.

Численні експериментальні дослідження дефектологів і багаторічна практика виховання та навчання аномальних дітей у спеціальних школах переконливо підтверджують обґрунтованість оптимістичних підходів до розвитку таких дітей, оцінки можливостей виховання їх як свідомих і активних членів суспільства.

У наступному буде наведено приклади видатних досягнень людей з вадами розвитку в різних галузях повноцінного творчого життя. Все це свідчить, що різні ознаки їх дефектного фізичного чи психічного розвитку виявились повністю або частково подолані під впливом компенсаторно-корекційних процесів. Компенсація та корекція аномального розвитку – основна проблема дефектології. Визначення ефективних умов, що сприяють цьому, є найважливішим завданням цієї науки.

Розгляньмо суть зазначених понять:

Компенсація (від лат. *compensatio* – відшкодування, врівноваження) в загально біологічному розумінні означає одну з форм пристосування організму

до умов існування при випадінні або порушенні якоїсь його матеріальної структури або функції внаслідок перенесеного захворювання, травми, ушкодження. При цьому відбувається складний процес перебудови функцій. З фізіологічної точки зору основою компенсаторного процесу є мобілізація значних резервних можливостей вищої нервової діяльності. Відомо, що живий організм у цілому та його центральна нервова система мають великі запаси надійності.

У процесі компенсації на основі тісної взаємодії органів і систем організму перебудовуються та заміщуються функції, які спрямовані на відновлення оптимальної взаємодії організму, з середовищем при порушенні тієї чи іншої функції. Це здійснюється різними шляхами: функції дефектних органів заміщуються іншими, які дозволяють організмові підтримувати адекватні зв'язки з навколишнім середовищем, недорозвинені, порушені чи послаблені функції повністю або частково відновлюються, перебудовуються відносини між ними, формуються нові системи тимчасових зв'язків тощо. Внаслідок цього виникають нові способи одержання інформації, дій, поведінки в умовах дефектного функціонування або повного випадіння того чи іншого аналізатора (органа).

Процеси компенсації, як фізіологічної міри, характерні й для тварин: на основі інстинктивно-біологічного пристосування організм тварини при випадінні чи порушенні якоїсь функції прагне до врівноваження з середовищем. Тут спрацьовують закони біологічного пристосування, що розвинулись у процесі еволюції живої матерії.

Розвиток процесів компенсації у людини має якісно інший характер. Суть їх формування полягає не стільки в біологічному пристосуванні організму, хоча й тут ця фізіологічна реакція відіграє важливу роль, скільки в набутті нових способів дій, засвоєнні соціального досвіду в умовах свідомої, цілеспрямованої діяльності. Провідну роль у формуванні процесів компенсації в людини відіграють не елементарні, а вищі психічні функції, компенсація пов'язана з всебічним розвитком людської особистості.

Як підкреслює М.Д. Ярмаченко, в дефектології, на відміну від медико-біологічного розуміння суті компенсації, вона розглядається як процес відновлення суспільно-особистісних функцій людини, а не функцій її окремого органа.

Свого часу Л.С. Виготський принципово поставив питання про необхідність переорієнтації дефектології з позицій біологічної компенсації на ідеї соціальної компенсації дефекту. Він підкреслював, наприклад, що достатній розвиток функцій збережених органів, які компенсують аномальній дитині втрачену можливість діяльності ураженого органа (слух, дотик у сліпих, зір у глухих), пояснюється не вродженою витонченою будовою їх, нібито задалегідь передбаченою "мудрістю природи", а тим, що ці органи посилено функціонують в досвіді аномальної дитини для успішного забезпечення її зв'язків з навколишньою дійсністю. Вказуючи на те, що особливості психічного розвитку дитини з дефектом, а вторинно-соціальними наслідками, викликаними

цим дефектом, Л.С. Виготський вбачав головний шлях подолання відхилень у розвитку аномальних дітей у залученні їх до широкого кола соціальних відношень, спілкування з навколишнім світом, активної участі в загальнокорисній різноманітній діяльності при принциповій орієнтації на збережені можливості їх.

Ці дуже перспективні для теорії та практики дефектології ідеї Л.С. Виготського знайшли підтвердження та науковий розвиток у працях його послідовників, зокрема українських учених-дефектологів І.Г. Єременка, І.С. Моргуліса, Є.Ф. Соботович, І.П. Соколянського, Н.М. Стадненко, М.Д. Ярмаченка та ін.

Слід ураховувати, що не кожний дефект може бути повністю усунений на вищому рівні компенсаторного процесу. Наприклад, при серйозних порушеннях інтелектуальної діяльності у розумово відсталих дітей вищі психічні процеси розвиваються вкрай повільно внаслідок грубих дифузних (від лат. *diffusio* – поширення), тобто розлитих, органічних уражень головного мозку, що охоплюють всю його структуру. Проте у цих випадках за сприятливих умов (головним чином педагогічного характеру) можна досягти значних успіхів у формуванні пізнавальної діяльності та якостей особистості таких дітей. У всякому разі, визнаючи певну обмеженість можливостей розвитку розумово відсталих дітей, не можна говорити про якість заздалегідь визначеної межі їхнього розвитку.

Зауважимо, що вже сформовані компенсаторні процеси за несприятливих умов (надмірні навантаження, погіршення стану здоров'я при хвороботворних впливах тощо) можуть розпадатися, оскільки компенсаторні пристосування мають відносну, а не абсолютну стійкість. Таке явище має назву декомпенсація (від лат. *de* – префікс, що позначає відсутність, недостатність, та *compensatio* – врівноваження), тобто це рецидиви функціональних порушень раніше скомпенсованих. У випадках декомпенсації відмічають серйозні порушення розумової працездатності, зниження темпу розвитку, зміни ставлення до діяльності, людей. Тому тут необхідним є дотримання ряду спеціальних заходів, спрямованих на нормалізацію процесу розвитку.

Від компенсації слід відрізнити **псевдокомпенсацію** (від грец. *pseudos* – неправда, помилка, у складних словах відповідає поняттю “несправжній”), тобто такі уявно пристосовані, шкідливі утворення, які виникають як реакція дитини на ті чи інші небажані прояви до неї з боку оточення. До таких утворень можна віднести різні невротичні риси поведінки аномальної дитини, що формуються внаслідок низьких оцінок її особистості з боку інших людей. Наприклад, відповіддю на вкрай низьку оцінку навколишнього іноді можна пояснити навіть неадекватно завищену самооцінку розумово відсталих. Порушення поведінки розумово відсталою дитиною часто пов'язані з намаганням привернути до себе увагу людей, тому що зробити це іншим шляхом позитивними засобами дитина неспроможна.

Сприятливий розвиток компенсаторних процесів у аномальних дітей залежить від цілого ряду спеціально утворювальних умов, до яких дефектологія

відносить диференціацію навчання та виховання різних категорій аномальних дітей з урахуванням специфіки їхнього розвитку, позитивні взаємовідносини між членами дитячого колективу, педагогами та учнями, органічне поєднання навчальної та трудової діяльності, застосування різноманітних методів навчання, які максимально активізують самостійну пізнавальну діяльність дітей, сприяють свідомому засвоєнню ними навчальної інформації, використання спеціальних технічних засобів, що допомагають покращити сприймання аномальними дітьми різноманітних сигналів ззовні, раціональний режим діяльності дітей, що запобігає перевантаженням і передбачає правильне чергування праці та відпочинку.

У цілому процеси компенсації найвдаліше формуються за допомогою різноманітних заходів, що забезпечують корекційний вплив на розвиток особистості аномальної дитини.

Під **корекцією** (від лат. *correctio* – поліпшення, виправлення) у дефектології в широкому плані розуміють сукупність педагогічних та лікувальних засобів, спрямованих на виправлення недоліків розвитку дитини.

Термін “корекція” використовують також у вузькому значенні – виправлення окремих дефектів. Наприклад, “корекція вимови” – виправлення недоліків вимови дитини, “корекція зору” – застосування оптичних засобів (окулярів) для покращення зорової функції.

Стосовно здійснення позитивних впливів на розвиток особистості аномальної дитини, за допомогою яких певні якості її підлягають коригуванню як вже сформовані неправильно, а інші, які ще не склалися, потребують цілеспрямованого формування, виховання, дефектологія використовує поняття корекційно-виховна робота. Цей процес здійснюється у двох взаємопов’язаних напрямках: а) виправлення недоліків в тій чи іншій сфері розвитку дитини, б) сприяння подальшому розвитку її як цілісної особистості.

Проведення корекційно-виховної роботи є специфічним і дуже важливим завданням спеціальних дитячих закладів, оскільки від якості її багато в чому залежить успішність розвитку компенсаторних процесів. Корекційна робота, пов’язана з навчанням і вихованням аномальних дітей, пронизує всю систему діяльності таких закладів.

Кожен захід, що проводиться у спеціальній школі чи дитячому садку (урок чи позакласна бесіда, гра тощо), розглядають насамперед з погляду його ефективності в корекційно-виховному аспекті.

Дослідження дефектологів свідчать, що корекційна робота дає позитивні результати, якщо вона побудована на змістовному матеріалі, зрозумілому, доступному (але не занадто полегшеному), коли діти усвідомлюють важливість його засвоєння. Тому найдоцільніше проводити таку роботу в процесі формування в дітей загальноосвітніх і трудових вмінь та навичок, передбачених навчальними програмами для різних років навчання у різних типах спеціальних шкіл, а також під час цікавих змістовних виховних заходів, що відповідають віковим особливостям розвитку дітей. Крім зазначених форм навчально-виховного процесу, передбачено також додаткові індивідуально-групові

заняття лікувально-корекційного характеру (заняття з лікувальної фізкультури, логопедичні тощо).

4. Вирішальна проблема дефектології.

Корекційно-виховна робота у спеціальних дитячих закладах передбачає комплексний вплив на різні сторони розвитку аномальної дитини, оскільки наявність певного дефекту не означає ізольованого випадіння тієї чи іншої функції, а створює цілісну картину атипового розвитку, що більш-менш виражено зачіпає різні сфери особистості. Тому корекційні зусилля спрямовуються на усунення недоліків та розвиток пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери, фізичних, моторно-рухових якостей, мови, особистості дитини в цілому.

Засоби корекційного впливу ґрунтуються на максимальному використанні збережених можливостей дитини, що поступово дає змогу активізувати порушені чи недорозвинені функції. Головний акцент треба робити на вихованні у дітей вищих психічних процесів (аналізуючого сприймання, логічного мислення, відтворюючої та творчої уяви, довільного запам'ятовування тощо), оскільки вони відіграють провідну роль у загальному психічному розвитку людини. Навіть в умовах роботи з розумово відсталими дітьми, для яких характерне значне недорозвинення цих процесів, цей напрям корекційної роботи дає найвагоміші результати.

Ефективність корекційно-виховної роботи пов'язана з глибоким знанням педагогами типологічних особливостей розвитку різних категорій аномальних дітей та індивідуальної специфіки розвитку кожної дитини, а також з урахуванням вікових особливостей розвитку дітей у добірї змістовного матеріалу, визначенні методів і прийомів корекційно спрямованого навчання та виховання. Найважливішим є забезпечення свідомого, активного, зацікавленого та самостійного (що не виключає, звичайно, необхідної педагогічної допомоги) виконання дітьми різноманітних навчальних, ігрових і трудових завдань в умовах спеціальної організації їх предметно-практичної, мислительної та мовної діяльності.

Принципове значення має забезпечення постійних дійових зв'язків спеціальної школи з широким соціальним оточенням, а саме залучення аномальних дітей до суспільно корисної діяльності, позакласної та позашкільної роботи, пов'язаної з їх естетичним, фізичним, трудовим, моральним, ідейно-громадським вихованням, до активної та свідомої участі в суспільній роботі, встановлення шефських контактів школи з підприємствами та установами.

Запитання:

1. Що вивчає наука “дефектологія” або “корекційна педагогіка”?
2. Поясніть поняття “реабілітація”.
3. Які завдання вирішує дефектологія?
4. На що спрямована діяльність дефектологів?

Література:

1. Миронова С. П. Педагогіка інклюзивної освіти : навчально-методичний посібник / С. П. Миронова ; Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка. – Кам'янець-Подільський, 2016. – 164 с.
2. Нагорна О. Б. Особливості корекційно-виховної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами : навчально-методичний посібник / О. Б. Нагорна ; НАПН України, ДВНЗ «Ун-т менедж. освіти». – Київ, 2013. – 140 с.
3. Нікого не залишити осторонь. Аналіз вразливості жінок та чоловіків в контексті децентралізації на територіях України, що постраждали від конфлікту : звіт (жовт. 2016 р. – квіт. 2017 р.) / ООН Жінки в Україні. – Київ, 2017. – 70 с.
4. Нічого для нас без нас : poradnik для громадських організацій людей з інвалідністю / Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2016. – 60 с.
5. Нічого для нас без нас : посібник з інклюзивного прийняття рішень для громадських організацій людей з інвалідністю / упоряд.: В. О. Азін, Л. Ю. Байда, П. М. Ждан, [та ін.]; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України ; Британська Рада. – Київ, 2015. – 98 с.

Тема 2

Галузі корекційної педагогіки

План

1. Сучасні галузі корекційної педагогіки України.
2. Місце корекційної педагогіки у системі педагогічних наук, зв'язок із іншими науками.
3. Перспективи розвитку корекційної педагогіки в Україні.

1. Сучасні галузі корекційної педагогіки України.

Корекційна педагогіка є самостійною галуззю у системі педагогічних наук.

Корекційна педагогіка є педагогічною наукою, користується її термінологією, має із загальною педагогікою спільний предмет (виховання і розвиток особистості) і єдину мету. Водночас корекційна педагогіка – це самостійна наука, яка має свою концепцію, розв'язує певні завдання і поділяється на галузі, кожна з яких спрямована на роботу з людьми з певними порушеннями розвитку. **Галузями** корекційної педагогіки **традиційно** є:

- ✓ *сурдопедагогіка* вивчає питання виховання і навчання дітей з порушеннями слуху;
- ✓ *тифлопедагогіка* - питання виховання і навчання дітей з порушеннями зору;
- ✓ *олігофренопедагогіка* - питання виховання і навчання дітей з порушеннями інтелекту;

- ✓ *логопедія та логодидактика* – питання вивчення та виправлення порушень мовлення у дітей та дорослих, особливості навчання й виховання дітей-логопатів.

У *сучасній* корекційній педагогіці як самостійні теорії й педагогічні системи спеціальної корекційно-реабілітаційної освіти виокремились такі *галузі* (виділено й описано В.М.Синьовим) [70, с.17]:

- ✓ навчання і виховання дітей із затримкою психічного розвитку;
- ✓ навчання і виховання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату;
- ✓ навчання, виховання і корекція розвитку дітей з емоційними порушеннями (зокрема, при аутизмі та аутистичних рисах особистості);
- ✓ навчання і виховання дітей із складними, комплексними порушеннями розвитку;
- ✓ навчання і виховання дітей із вираженою девіантною поведінкою.

Сучасні галузі корекційної педагогіки України є на часі в стадії становлення.

2. Місце корекційної педагогіки у системі педагогічних наук, зв'язок із іншими науками.

Клінічними основами корекційної педагогіки слугують: анатомія, фізіологія і патологія людини; психопатологія; невропатологія; генетика; клініка розумової відсталості. Використання знань цих галузей допомагає у проведенні психолого-педагогічної діагностики, розробці корекційних програм, доборі методів роботи з дітьми, що потребують корекції психофізичного розвитку. Досить тісно корекційна педагогіка пов'язана із спеціальною психологією, яка виконує роль психологічного фундаменту у навчанні, вихованні дітей, корекційній роботі з ними.

Корекційна педагогіка використовує знання вікової і педагогічної психології, соціальної педагогіки і психології.

Сама ж корекційна педагогіка слугує базою для спеціальних методик навчання та виховання учнів з психічними і (або) фізичними порушеннями.

3. Перспективи розвитку корекційної педагогіки в Україні

В умовах удосконалення системи освіти, пов'язаного із соціально-економічними процесами, не може бути незмінною і корекційна освіта. Реформація останньої обумовлена як об'єктивними, так і суб'єктивними факторами, зокрема, такими: стрімке входження України у Європейський освітній простір; запозичення закордонного досвіду з проблем надання допомоги дітям з порушеннями психофізичного розвитку; гуманізація української освіти (як загальної, так і корекційної) й орієнтація її на розв'язання особистісних проблем і розвиток кожної людини; активні міждисциплінарні зв'язки з іншими науковими галузями, суб'єктом яких також виступає особа з психофізичними порушеннями; переосмислення дефектології окремих

концептуальних положень. Зміни й оновлення у практичних сферах освіти й виховання дітей з порушеннями психофізичного розвитку потребують передусім теоретико-методологічного підґрунтя. Відповідно перспективними напрямками розвитку вітчизняної корекційної педагогіки є наступні:

- розробка концепцій та відповідного наукового забезпечення щодо новітніх освітньо-виховних закладів для дітей з психічними і (або) фізичними порушеннями;
- розробка новітніх інноваційних технологій навчання і виховання дітей з психічними і (або) фізичними порушеннями;
- дослідження шляхів ефективної інтеграції дітей з психічними і (або) фізичними порушеннями у середовище здорових однолітків та їх науково-методичне й дидактичне забезпечення;
- розробка змісту, форм і методів ранньої корекційної допомоги дітям з відхиленнями розвитку;
- розробка шляхів допомоги дорослим особам з психічними і (або) фізичними порушеннями;
- розробка шляхів співпраці з сім'ями дітей з психічними і (або) фізичними порушеннями;
- удосконалення фахової підготовки спеціалістів для роботи з різними категоріями осіб, що мають психічні і (або) фізичні порушення (для різних типів закладів; для роботи з особами різного віку; для інтегрованого навчання та ін.);
- змістове та науково-методичне забезпечення системи професійної реабілітації неповносправних осіб;
- вивчення та узагальнення історії української корекційної педагогіки.

Контрольні запитання

1. Дайте визначення корекційної педагогіки.
2. Назвіть завдання корекційної педагогіки.
3. На які галузі поділяється корекційна педагогіка?
4. Охарактеризуйте зв'язок корекційної педагогіки з іншими науками.
5. Якими є перспективи розвитку вітчизняної корекційної педагогіки?
6. Розкрийте сутність основних понять корекційної педагогіки.
7. Обґрунтуйте необхідність вивчення корекційної педагогіки майбутніми вчителями загальноосвітніх шкіл, вихователями дошкільних закладів, психологами системи освіти.

Література

1. Миронова С. П. Педагогіка інклюзивної освіти : навчально-методичний посібник / С. П. Миронова ; Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка. – Кам'янець-Подільський, 2016. – 164 с.
2. Нагорна О. Б. Особливості корекційно-виховної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами : навчально-методичний посібник /

О. Б. Нагорна ; НАПН України, ДВНЗ «Ун-т менедж. освіти». – Київ, 2013. – 140 с.

3. Нікого не залишити осторонь. Аналіз вразливості жінок та чоловіків в контексті децентралізації на територіях України, що постраждали від конфлікту : звіт (жовт. 2016 р. – квіт. 2017 р.) / ООН Жінки в Україні. – Київ, 2017. – 70 с.

4. Нічого для нас без нас : poradnik для громадських організацій людей з інвалідністю / Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2016. – 60 с.

5. Нічого для нас без нас : посібник з інклюзивного прийняття рішень для громадських організацій людей з інвалідністю / упоряд.: В. О. Азін, Л. Ю. Байда, П. М. Ждан, [та ін.]; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України ; Британська Рада. – Київ, 2015. – 98 с.

Тема 3

Класифікація порушень розвитку

План

1. Сутність та класифікація порушень психофізичного розвитку
2. Причини порушень психофізичного розвитку
3. Особливості процесу аномального розвитку

1. Сутність та класифікація порушень психофізичного розвитку

Суб'єктом корекційної освіти, на який спрямоване вивчення, виховання, навчання й корекційна психолого-педагогічна допомога, є особистість дитини з вадами психофізичного розвитку.

У нормативно-правовій документації та практиці корекційної освіти використовуються різні терміни для позначення цієї категорії учнів. Наведемо окремі з них.

У понятійно-термінологічному словнику зі спеціальної педагогіки дається наступне визначення: «**Аномальні діти (діти з вадами психофізичного розвитку)** – це діти, які мають суттєві відхилення від нормального фізичного чи психічного розвитку, зумовлені вродженими або набутими дефектами, і потребують спеціальних умов навчання й виховання» [8, с. 25 - 26]. Зауважимо, що не кожна дитина з проблемами здоров'я чи порушеннями фізичного і (або) психічного розвитку вважається аномальною, а лише та, вади якої відображаються на усьому розвитку дитини (складна структура аномального розвитку за Л.С.Виготським) і перешкоджають засвоєнню культурного досвіду (і традиційної освіти водночас) у звичайних умовах життя й виховання. Саме тому для цієї категорії дітей створені заклади системи корекційної освіти.

Найбільш поширеними синонімами до терміну «аномальні діти» на часі є такі: діти з вадами (порушеннями) психофізичного розвитку; діти, що потребують корекції психофізичного розвитку; діти з особливими освітніми потребами; діти з обмеженими можливостями життєдіяльності, неповносправні діти. У освітній галузі України найбільш прийнятними є два перших терміни.

Дітей з вадами психофізичного розвитку поділяють на декілька категорій. У науковій літературі існують різні класифікації, наприклад, залежно від галузі застосування чи мети поділу. Найбільш поширеною у корекційній освіті є класифікація дитячих аномалій за видом порушення, оскільки саме з урахуванням цього визначаються зміст і методи роботи з дитиною, добирається заклад для неї та форма організації навчання і виховання. Відповідно виділяють наступні **категорії порушень психофізичного розвитку у дітей**:

- ✓ виразні та сталі порушення слухової функції (глухі, слабчучі, пізно оглухлі діти);
- ✓ виразні порушення зору (сліпі, слабкозорі діти);
- ✓ важкі мовленнєві порушення (діти-логопати);
- ✓ стійкі порушення інтелектуального розвитку на основі органічного ураження центральної нервової системи (розумово відсталі діти);
- ✓ затримка психічного розвитку (діти із ЗПР);
- ✓ порушення опорно-рухового апарату (діти з вадами опорно-рухового апарату);
- ✓ емоційно-вольові розлади (діти з вадами емоційно-вольової сфери);
- ✓ комплексні порушення декількох функцій (сліпоглухі діти; діти, в яких вади зору, слуху, опорно-рухового апарату поєднуються із розумовою відсталістю).

Порушення слухової функції

За ступенем виразності та складністю порушення слухової функції поділяються на такі види:

- глухота – глибоке стійке двостороннє порушення слуху, вроджене або набуте у ранньому віці до того, як у дитини сформувалось мовлення;
- туговухість – часткова слухова недостатність з різним ступенем виразності, яка є причиною порушень мовленнєвого розвитку;
- пізнооглухлість – втрата слуху після того, як мовлення було сформованим.
-

Порушення зорової функції

Відповідно до ступеня порушення функції зорового аналізатора дітей із стійкими вадами зору поділяють на сліпих і слабкозорих:

- сліпота – зорові відчуття у дітей або зовсім відсутні, або зберігається відчуття світла чи незначний залишковий зір, проте недостатній для звичайної життєдіяльності;
- слабкозорість – виразне зниження гостроти зору або значне порушення інших зорових функцій (наприклад, звуження меж поля зору), або прогресуюче захворювання. Проте навіть сильно порушений зір є провідним аналізатором.

Важкі мовленнєві порушення

Порушеннями мовлення вважаються відхилення від норми, загальноприйнятої у певному мовленнєвому середовищі, які повністю або частково перешкоджають мовленнєвому спілкуванню та обмежують можливості соціальної адаптації людини.

Специфіка та ступінь відхилень залежать від часу їх виникнення, рівня психічного та інтелектуального розвитку дитини, впливу соціального середовища. Порушення можуть виявлятися в усному чи писемному мовленні у різних його компонентах (звукова сторона, лексика, граматики та ін.) або функціях (комунікативна, мотиваційна, регулююча тощо).

Порушення мовлення можуть бути самостійними, у різних сполученнях, а можуть проявлятися при інших аномаліях, як наслідок основного захворювання.

Порушення інтелектуального розвитку

Поняття «розумова відсталість» в українській спеціальній психології розглядається як стійке порушення пізнавальної діяльності на основі органічного ураження центральної нервової системи.

Розумова відсталість поділяється на **два види**: олігофренія і деменція, що відрізняються за часом виникнення та протіканням.

За складністю й виразністю порушення розумову відсталість поділяють на **три ступені**: ідіотія; імбецильність, дебільність.

Згідно сучасної міжнародної класифікації хвороб (МКХ - 10) розумова відсталість поділяється таким чином: розумова відсталість легкого ступеня (дебільність); помірна розумова відсталість (легка імбецильність); важка розумова відсталість (виразна імбецильність); глибока розумова відсталість (ідіотія).

Затримка психічного розвитку(ЗПР)

ЗПР виражається в уповільненому темпі дозрівання різних психічних функцій. ЗПР може бути зумовлена як біологічними, так і соціальними факторами, а також різними варіантами їх поєднання. Особливості психічного розвитку цієї категорії дітей перешкоджають повноцінному засвоєнню ними навчальної програми загальноосвітньої школи без спеціально створених умов. Проте ці діти істотно відрізняються від розумово відсталих, оскільки здатні оволодіти ширшим і глибшим обсягом знань, є спроможними самостійно узагальнювати й застосовувати засвоєні знання, сприймають допомогу. Основними **типами ЗПР** є наступні:

- ЗПР конституційного походження (психічний та психофізичний інфантилізм);
- ЗПР соматогенного генезу;
- ЗПР психогенного генезу;
- цереброастенічна ЗПР.

Ці типи є різними за характеристикою, а діти, відповідно, потребують неоднакової допомоги, часто водночас з педагогічною – психологічною, медичною.

Порушення опорно-рухового апарату

До порушень опорно-рухового апарату призводять різні причини. А саме:

- захворювання нервової системи:
 - дитячий церебральний параліч,
 - поліомієліт;
- вроджені патології опорно-рухового апарату:
 - вроджений звих стегна,
 - кривошия,
 - аномалії розвитку хребта (сколіоз),
 - клишоногість та інші деформації стоп,
 - недорозвиток і дефекти кінцівок,
 - аномалії розвитку пальців кисті,
 - артрогрипоз (вроджене каліцтво);
- набуті захворювання і порушення опорно-рухового апарату:
 - травматичні ураження спинного і головного мозку, кінцівок,
 - поліартрит,
 - захворювання скелету (туберкульоз, пухлини кісток, остеомієліт),
 - системні захворювання хребта (рахіт, хондродистрофія).

Захворювання та порушення опорно-рухового апарату є досить різними, проте у більшості дітей спостерігаються подібні проблеми, зокрема, провідною вадою є рухова (затримка формування, порушення або втрата рухових функцій).

Порушення емоційно-вольової сфери

Відхилення у розвитку дітей, шкільна неуспішність, негативні зміни у поведінці дітей можуть бути обумовлені тяжкими психічними переживаннями дитини, довготривалими несприятливими впливами, різними формами психопатій. До емоційно-вольових розладів, зокрема, відносяться:

- ранній дитячий аутизм;
- реактивні стани;
- конфліктні переживання;
- психопатичні форми поведінки.
-

Комплексні порушення декількох функцій

Ця категорія дітей характеризується поєднанням двох чи навіть декількох виразних психофізичних порушень: зору, слуху, мовлення, рухового й пізнавального розвитку. Наприклад, сліпоглухі діти; діти, в яких вади зору, слуху чи опорно-рухового апарату поєднуються із розумовою відсталістю або затримкою психічного розвитку.

Класифікації дитячих аномалій набувають вагомого значення для визначення закладу та планування індивідуальної програми спеціальної корекційно-педагогічної допомоги.

У всіх вище означених категорій дітей є специфічні труднощі й проблеми розвитку, обумовлені характером і ступенем виразності наявних відхилень, умовами соціально-педагогічного оточення дитини на ранніх етапах її розвитку. Водночас властивими для всіх категорій дітей з вадами

психофізичного розвитку є наступні проблеми розвитку (О.Л.Венгер, О.А.Єкжанова, Н.М.Назарова, О.А.Стребелева):

- соціальна дезадаптованість дитини;
- уповільнене й обмежене сприймання;
- недоліки розвитку моторики;
- вади мовленнєвого розвитку;
- недоліки розвитку мислиннєвої діяльності;
- недостатня у порівнянні із звичайними дітьми пізнавальна активність;
- прогалини у знаннях і уявленнях про навколишній світ, міжособистісні стосунки;
- недоліки у розвитку особистості (невпевненість у собі, невиправдана залежність від оточуючих, низька комунікабельність, егоїзм, песимізм, занижена або завищена самооцінка, невміння керувати власною поведінкою).

Ці особливості призводять до суттєвої затримки розвитку психічних новоутворень на кожному віковому етапі і якісній своєрідності становлення особистості дитини. Вище означені недоліки можуть проявлятися у дітей неоднаковою мірою, у різних комбінаціях.

2. Причини порушень психофізичного розвитку

Відхилення у розвитку дітей можуть бути обумовлені різними несприятливими факторами, які поділяються на *ендогенні* (генетичні або внутрішні впливи) і *екзогенні* (середовищні або зовнішні) впливи. Найчастіше фахівці групують патологічні фактори залежно від періоду впливу на здоров'я дитини: *пренатальні* - причини, що діють на зародок і плід у період внутрішньоутробного розвитку; *натальні* – у період пологової діяльності; *постнатальні* – після народження дитини.

У *внутрішньоутробному* (пренатальному) періоді відхилення у розвитку дитини можуть викликати наступні фактори:

- ✓ спадкові захворювання (наприклад, міопатія – порушення обміну речовин у м'язовій тканині, галактоземія – незасвоєння галактози, що входить у грудне молоко, муковісцидоз – дефект ферменту підшлункової залози, певні типи порушень зорового та слухового аналізаторів, ринолалія та ін.);
- ✓ генетичні захворювання (наприклад, фенілкетонурія, тирозиноз – хвороби, пов'язані з порушенням ферментної діяльності організму);
- ✓ хромосомні порушення (хвороба Дауна, синдром «котячого крику» та ін.);
- ✓ порушення харчування зародку і плоду – ця причина обумовлена неправильним харчуванням вагітної жінки (хаотичним, нераціональним, незбалансованим), в разі якого зародку і плоду не вистачає поживних речовин (білків, жирів, вуглеводів, мінеральних речовин тощо);

- ✓ інтоксикації (хімічний вплив) – безконтрольний прийом вагітною жінкою ліків, алкоголізм майбутньої матері, куріння, наркотичний вплив, радіація тощо;
- ✓ інфекційні захворювання вагітної жінки – токсоплазмоз, мікоплазма, сифіліс, вірусні інфекції (червінка, герпес, грип, цитомегалія, гепатит);
- ✓ травми зародку і плоду (механічний вплив);
- ✓ температурний вплив – переохолодження чи перегрівання вагітної жінки;
- ✓ соматичні та психічні захворювання вагітної жінки – ревматизм, хвороби серця, гіпертонія, цукровий діабет та ін.;
- ✓ несумісність груп крові чи резус-фактору матері та плоду.

Вагітній жінці слід пам'ятати, що самолікування, безконтрольне вживання ліків, голодування, неправильне і нераціональне харчування, хронічні та гострі захворювання важливих органів негативно відображаються на внутрішньоутробному розвитку плоду і можуть призвести навіть до його загибелі. При чому існує прямий зв'язок між часом дії патологічного фактору і негативними наслідками - чим раніше у внутрішньоутробному розвитку пошкоджується ембріон, тим важчими виявляються наслідки.

У **період пологової діяльності** (натальний період) несприятливими можуть бути такі фактори:

- ✓ стрімкі пологи;
- ✓ зтяжні пологи;
- ✓ некваліфікована акушерська допомога.

Дія цих факторів призводить до асфіксії (кисневе голодування) або травм дитини.

У **постнатальному** періоді розвитку можуть діяти як біологічні, так і соціальні фактори:

- ✓ інфекційні захворювання (грип, кір, скарлатина, менінгіт, енцефаліт, поліомієліт, отит та ін.);
 - ✓ інтоксикації (передозування лікарських препаратів (особливо антибіотиків), радіація, алкоголізм чи паління матері, яка годує дитину грудним молоком та ін.);
 - ✓ травми;
 - ✓ порушення харчування дитини;
 - ✓ тривалі соматичні захворювання;
 - ✓ соціальні фактори (соціально-психологічні причини):
- тяжкі переживання дитини, обумовлені несприятливим становищем у сім'ї чи школі, постійними стресами, хронічними соматичними і фізичними дефектами;
 - несприятливі соціально-побутові умови;
 - недостатність мовленнєвого спілкування;
 - наслідування неправильного мовлення;
 - психічні травми;

- педагогічна занедбаність.

Наголосимо, що окремі соціальні фактори впливають передусім на дітей із ослабленою нервовою системою, вразливих, ранимих, із певними характерологічними особливостями (замкнутість, сором'язливість, несамостійність), із відсутністю інтелектуальних інтересів тощо.

Правильне виховання у сім'ї, емоційний контакт із близькими людьми є джерелом повноцінного розвитку дитини.

3. Особливості процесу аномального розвитку

Л.С.Виготський дослідив, що діти з порушеннями психофізичного розвитку розвиваються за тими ж закономірностями, що й нормальні, зокрема: психічний розвиток має поетапний характер, і кожен етап завершується формуванням новоутворень, які є основою для подальшого розвитку. Динаміка розвитку нормальної та аномальної дитини підпорядковується єдиним загальним закономірностям, при цьому кожен вид психофізичних порушень характеризується своїми специфічними особливостями. Проте є й загальні особливості процесу аномального розвитку.

Л.С.Виготський розробив теорію **складної структури аномального розвитку**, яка означає, що дефект не призводить до випадіння чи порушення якоїсь однієї функції, а відображається на всьому розвитку дитини. Складна структура аномального розвитку складається із **первинного дефекту (ядра)**, викликаного певним хворобливим фактором, і **вторинних та супутніх порушень**, що виникають під впливом первинного дефекту у процесі розвитку дитини. Всі структурні компоненти є взаємозалежними, окрім того вторинні ускладнення пов'язані з дією середовищних факторів у розвитку психіки дитини. У складній структурі аномального розвитку вчені виділяють такі закономірності:

- на рівень розвитку дитини суттєво впливає ступінь і якість первинного дефекту (тотальне чи часткове, органічне чи функціональне ураження);

- від ступеня вираження та якості первинного дефекту залежить не лише кількісна, а і якісна своєрідність вторинних відхилень у розвитку аномальної дитини (В.М.Синьов);

- своєрідність розвитку аномальної дитини залежить від часу виникнення первинного дефекту: чим раніше діє хворобливий фактор, тим важчим є ступінь порушення;

- особливості розвитку аномальної дитини визначаються і середовищними факторами, особливо педагогічними умовами;

- чим далі від першопричини знаходиться порушення, тим більше воно піддається виховному і лікувальному впливу (Л.С.Виготський);

- відсутність педагогічних умов, що враховують специфічні особливості дитини, обумовлені первинним дефектом, призводить до дивергенції (розходження біологічного та соціального розвитку), внаслідок чого виникають складні вторинні відхилення;

- чим раніше створюються спеціальні умови для розвитку і виховання дитини з психофізичними вадами, тим менше виникає вторинних ускладнень;
- у корекційній роботі слід враховувати не лише порушення дитини, а і наявні позитивні можливості (опора на збережені функції або «пуди здоров'я» за Л.С.Виготським);
- вагомого значення у розвитку та соціалізації дітей набуває мовлення оточуючих (членів родини, педагогів);
- процес навчання дітей із психофізичними порушеннями має враховувати не лише рівень актуального розвитку, а й ґрунтуватись на потенційних можливостях дитини, тобто зоні найближчого розвитку (навчання має вести за собою розвиток за Л.С.Виготським);
- закономірністю психічного розвитку аномальних дітей є труднощі їхньої соціальної адаптації, складність взаємодії із соціальним середовищем;
- виховання і навчання дітей з психофізичними порушеннями має бути корекційно спрямованим, корекційний вплив має поєднуватись із формуванням практичних навичок і вмінь.

Контрольні запитання

1. Дайте визначення поняття «аномальна дитина» та наведіть сучасні наукові синоніми.
2. У чому полягає внесок Л.С.Виготського у дефектологію?
3. Назвіть основні категорії порушень психофізичного розвитку у дітей.
4. Охарактеризуйте причини порушень психофізичного розвитку у дітей.
5. У чому сутність складної структури аномального розвитку?
6. Заповніть таблицю:

№	Категорія порушення	Первинний дефект (ядро)	Вторинні порушення	Супутні порушення
1.	Порушення слуху			
2.	Порушення зору			
3.	Розумова відсталість			
4.	Порушення мовлення			
5.	Порушення опорно-рухового апарату			

7. Обґрунтуйте необхідність знань про дітей з порушеннями психофізичного розвитку для вихователя дошкільних закладів та вчителя загальноосвітньої школи.

Література

1. Миронова С. П. Педагогіка інклюзивної освіти : навчально-методичний посібник / С. П. Миронова ; Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка. – Кам'янець-Подільський, 2016. – 164 с.
2. Нагорна О. Б. Особливості корекційно-виховної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами : навчально-методичний посібник /

О. Б. Нагорна ; НАПН України, ДВНЗ «Ун-т менедж. освіти». – Київ, 2013. – 140 с.

3. Нікого не залишити осторонь. Аналіз вразливості жінок та чоловіків в контексті децентралізації на територіях України, що постраждали від конфлікту : звіт (жовт. 2016 р. – квіт. 2017 р.) / ООН Жінки в Україні. – Київ, 2017. – 70 с.

4. Нічого для нас без нас : poradnik для громадських організацій людей з інвалідністю / Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2016. – 60 с.

5. Нічого для нас без нас : посібник з інклюзивного прийняття рішень для громадських організацій людей з інвалідністю / упоряд.: В. О. Азін, Л. Ю. Байда, П. М. Ждан, [та ін.]; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України ; Британська Рада. – Київ, 2015. – 98 с.

Тема4. Особливості розвитку, навчання та виховання дітей з порушеннями слухової функції

План

1. Роль слуху в розвитку людини
2. Причини виникнення та класифікація порушень слухової функції
3. Навчання і виховання дітей з порушеннями слухової функції у спеціальних закладах
4. Організація допомоги учням з порушеннями слуху в умовах загальноосвітньої школи

1. Роль слуху в розвитку людини

Психічний розвиток дитини відбувається перш за все у процесі чуттєвого сприймання оточуючого світу, що пов'язано з діяльністю різних органів чуттів: зору, слуху, смаку і т.д. Сприйняття оточуючого світу через слух дає можливість “озвучити” все, що відбувається навколо, відобразити його значно повніше, наситити звуковими образами.

Слух є здатністю організму сприймати і диференціювати звуки за допомогою звукового аналізатора. Ця здатність реалізується через слухову систему або слуховий аналізатор людини, який являє собою сукупність нервових структур, що сприймають і диференціюють звукові подразнення і визначають напрямок і ступінь віддаленості джерела звуку, тобто які проводять складну слухову орієнтацію в просторі.

Орган слуху відноситься до тих рецепторних (сприймаючих) апаратів, за допомогою яких відбувається зв'язок і урівноваження організму тварини і людини з зовнішнім середовищем. Ці апарати носять назву аналізаторів. Кожен аналізатор являє собою єдину цілісну функціональну систему, яка складається з трьох відділів: периферійного або рецепторного; середнього або провідникового з проміжними нервовими центрами; центрального або кіркового.

Адекватним подразником слухового аналізатора є звук, який являє собою коливальні рухи середовища (повітря, води, земля тощо). У звуці, як і при будь-якому коливальному рухові, розрізняють амплітуду – розмах коливання, період – час, на протязі якого відбувається коливання, частоту – число повних коливань з 1 сек. До фізичних параметрів звуку відноситься частота звуку, якій відповідає фізіологічна якість, що визначає висоту звуку. Людське вухо здатне сприймати звуки в діапазоні від 16-20 до 16000 – 20000 Гц. Це характеризує значну чутливість слухового сприймання у людей. Найбільш адекватне розуміння звуків людиною відбувається у діапазоні від 1000 до 3000 Гц, в якому переважно й здійснюється мовленнєве спілкування. Другим фізіологічним параметром є інтенсивність звуку, яка відповідає фізіологічному параметру гучності звуку. Третій параметр – тривалість. Важливим параметром є також звуковий спектр.

Наведемо приклад рівнів інтенсивності різних звуків (див. таблицю 1).

Таблиця 1

Рівень інтенсивності різних типів звуків

Звук	Рівень його інтенсивності (дБ)
Дуже тихий звук (поріг гучності)	0
Шелестіння листя	10
Шепітне мовлення	25-30
Шумовий фон в місті ніччю	40
Шум спокійної вулиці днем	50-60
Мовлення середньої гучності	60-70
Оркестр, голосна музика по радіо	80
Шум в поїзді метро	90
Дуже голосне мовлення	90
Удари молотка по сталевій плиті	100
Шум авіаційного мотору	120

Розрізняють природні й технічні звуки, які надають інформацію про положення в просторі об'єктів природи і технічних приладів. Весь комплекс цих звуків забезпечує адекватне уявлення людини про оточуючу дійсність і правильну орієнтацію в просторі.

Особливу групу складають звуки мовлення, які набувають переважно комунікативного навантаження. Звуковий сигнал є одним із основних носіїв інформації під час спілкування людей. Звук як об'єкт слухового сприймання в своїй основі має комунікативну спрямованість. У процесі соціального розвитку людей склалась система звукових кодів мовлення, яку називають фонетичною. Саме вона організовує звуки мовлення, що сприймаються людиною, у складну систему їхнього сприймання. Засвоєння людиною однієї з найважливіших для людини знакових систем (фонематичної) обумовлює активне оволодіння дитиною звуковою стороною мовлення. Звукове мовлення, яке формується на

основі повноцінного звукового сприймання, виступає важливим засобом спілкування і пізнання навколишнього світу.

Порушення слуху та їх наслідки

Серед дітей з порушеннями психофізичного розвитку значну групу складають діти з порушеннями слуху. Дитина, яка має важкі порушення слухового аналізатора, не має змоги самостійно навчитись розмовляти, тобто оволодіти звуковою стороною мовлення, оскільки вона не чітко сприймає звукове мовлення, не має можливості отримати слухові зразки. Вона не контролює свою вимову, внаслідок чого виникає спотворене мовлення, іноді мовлення не розвивається взагалі. Все це негативно відображається на оволодінні всією складною системою мовлення, що не лише обмежує можливості дитини в навчанні і пізнанні оточуючого світу, але й має негативний вплив на весь психічний розвиток особистості, затримуючи або спотворюючи його, оскільки мовлення є знаковою системою і виступає важливим засобом кодування і декодування інформації. Глибокі порушення слуху тягнуть за собою німоту і можуть призвести до соціальної ізоляції дітей, оскільки їхня спільна діяльність з нормально чуючими дітьми є досить обмеженою. Це часто призводить до виникнення у них порушень емоційно-вольової сфери у вигляді агресивності, проявів явищ негативізму, егоїзму, егоцентризму, або навпаки – загальмованості, апатичності, безініціативності.

2. Причини виникнення та класифікація порушень слухової функції

Навчання та виховання осіб з порушеннями слуху є в центрі уваги сурдопедагогіки. **Сурдопедагогіка** (від лат. *surdus* – глухий) – педагогічна наука, яка вивчає особливості розвитку, навчання і виховання осіб з порушеннями слухової функції. Предметом сурдопедагогіки є процеси розвитку, навчання і виховання осіб з порушеннями слухової функції на різних вікових періодах їхнього розвитку.

Як вітчизняна, так і закордонна статистика показує, що кількість людей з порушеннями слухової функції постійно збільшується. Підвищується відсоток осіб з порушеннями слуху в групі населення після 50 років. Проведені масові дослідження в різних країнах показали, що приблизно від 4% до 6% всього населення земної кулі мають проблеми, що утруднюють соціальне спілкування. При цьому біля 2% населення мають двосторонню тяжку туговухість і сприймають розмовне мовлення на відстані до 3 м, а 4% страждають на виразну односторонню туговухість.

Причини порушень слухової функції

Існують різні погляди на причини виникнення порушень слуху. На теперішній час найчастіше виділяють **три групи причин і факторів**, які викликають патологію слуху або сприяють її розвитку.

До **першої** групи відносяться **причини і фактори спадкового характеру**, що призводять до змін у структурі слухового апарату і розвитку спадкового зниження слуху. Спадкові фактори відіграють значну роль у виникненні порушень слуху у дітей. На думку Р.Д.Горлі, Б.В.Конигсмарка, на долю

спадково обумовлених факторів припадає 30-50% дитячої глухоти. При цьому автори підкреслюють, що в двох третинах випадків спадково обумовленої туговухості відмічають наявність синдромальної туговухості у поєднанні із захворюваннями майже всіх органів і систем організму (з аномаліями зовнішнього вуха, захворюваннями очей, кістково-м'язової системи, з патологією нервової, ендокринної систем тощо).

Спадковий фактор набуває значення, якщо слух відсутній або знижений у когось з батьків. Можливість народження глухої дитини у такій ситуації є надзвичайно високою. Захворювання слуху можуть успадковуватись як за домінантними, так і рецесивними ознаками. Рецесивні ознаки проявляються не у кожному поколінні.

Другу групу складають *фактори ендо- або екзогенного* впливу на орган слуху плоду (при відсутності спадково обумовленого фону), що обумовлює прояв вродженої туговухості. Серед причин, які викликають вроджену туговухість, перш за все виділяють інфекційні захворювання матері в першій половині вагітності. Із інфекційних захворювань найбільш небезпечною є червінка (краснуха); також негативно впливають на розвиток слухового аналізатора і його функціонування грип, кір, скарлатина, інфекційний паротит, токсоплазмоз та інші. Одним із факторів, які призводять до виникнення даної патології є інтоксикації вагітної жінки, особливо небезпечним є вживання медикаментозних препаратів, зокрема, антибіотиків. Також до цієї групи шкідливих впливів відносять вживання алкоголю, нікотину, наркотичних речовин, отруєння хімічними препаратами, продуктами харчування тощо. До цієї групи відносяться також травми матері у період вагітності (особливо в перші три місяці), несумісність крові матері і плоду за резус-фактором або групою крові, що викликає розвиток гемолітичної хвороби новонародженого.

Третю групу складають *фактори, які впливають на орган слуху дитини в один із періодів її розвитку* і призводять до виникнення набутого зниження слуху. Ці причини є досить різноманітними. Найбільш часто до порушень слухової функції призводять наслідки гострого запального процесу в середньому вусі (гострий середній отит). У деяких випадках порушення слуху виникає внаслідок ушкодження внутрішнього вуха і стовбура слухового нерва, що виникає через перехід запального процесу з середнього вуха. Також до етіологій стійких порушень слуху в постнатальний період відносяться інфекційні захворювання дитини, серед яких найбільшу небезпеку являють собою менінгіт, кір, скарлатина, грип, епідеміологічний паротит. За даними деяких авторів, понад 50% порушень слуху в дітей виникають внаслідок використання у процесі лікування ототоксичних антибіотиків, до яких відносяться стрептоміцин, мономіцин, неоміцин, канаміцин та ін. Також призвести до порушень слуху можуть травми, особливо в ділянці вушної раковини у скроневих частинах голови, захворювання порожнини носа, особливо аденоїдні розростання тощо.

Визначення причин виникнення порушень слухової функції в деяких випадках є досить складним. Це обумовлюється, *по-перше*, можливим впливом

відразу декількох шкідливих факторів, *по-друге*, одна і та ж причина може викликати спадкову, вроджену або набуту туговухість.

У дітей з порушеннями слуху всіх груп можливі ще й додаткові первинні порушення різноманітних органів і систем. Відомі декілька форм спадкового порушення слуху, яке поєднується з порушеннями зору, шкіри, нирок та інших органів (синдром Ушера, Альстрема, Варденбурга, Альпорта, Пендрела та ін.). При вродженій глухоті або туговухості, яка виникла внаслідок захворювання матері в перші два місяці вагітності червінкою, як правило, спостерігається порушення зору (катаракта) і вроджена кардіопатія (тріада Грига). При цьому захворюванні у народженої дитини може спостерігатися також мікроцефалія і загальна мозкова недостатність.

Водночас складні, комплексні порушення, які включають порушення слуху та інших систем, можуть виникати під впливом різних причин і у різний час. Отже, при комплексних порушеннях у дітей окрім вад слухової функції можуть виявлятися ще й наступні:

- порушення діяльності вестибулярного апарату;
- різні варіанти порушення зору;
- мінімальна мозкова дисфункція, яка призводить до виникнення затримки психічного розвитку;
- дифузне ушкодження мозку, яке призводить до олігофренії;
- порушення мозкових систем, що призводить до виникнення дитячого церебрального паралічу або інших змін у регуляції діяльності рухової сфери;
- локальні порушення слухомовленнєвої системи мозку (кіркових і підкіркових утворень);
- захворювання центральної нервової системи і всього організму, які призводять до психічних захворювань (шизофренія, маніакально-депресивний психоз тощо);
- важкі захворювання внутрішніх органів – серця, легень, нирок, печінки, які призводять до загального ослаблення організму;
- можливість глибокої соціально-педагогічної занедбаності.
-

Класифікація порушень слухової функції

Необхідність диференціації осіб з порушеннями слухової функції обумовлюється практикою побудови навчально-виховного та корекційно-розвивального процесів з ними. Проведення чіткої діагностики і визначення груп дітей з подібними станами дозволить ефективніше організувати роботу з ними, визначить тих із них, які потребують спеціально організованого навчання, і тих, які можуть навчатись у загальноосвітніх школах при створенні там необхідних умов.

В основі деяких класифікацій лежить як здатність дітей з порушеннями слуху сприймати мовлення на різній відстані від розмовного, так і критерії гучності в децибелах. Наведемо приклад класифікації для школи (G.Beckman, 1966) (див. таблицю 2).

Таблиця 2

Типологія школи відповідно до зниження слуху

Зниження слуху (дБ)	Ступінь туговухості	Тип школи
35-40	Перший	Загальноосвітня школа, без слухових апаратів, перша парта
40-60	Другий	Загальноосвітня школа з використанням слухових апаратів
60-90	Третій	Школа для дітей зі зниженим слухом з використанням слухових апаратів
Більше 90	Четвертий	Школа для глухих дітей

Для визначення рівня сприймання розмовного та шепітного мовлення існує таблиця, побудована на перерахунку даних тональної аудіометрії. Так, М. Portmann і Сl. Portmann наводять наступні дані для перерахунку втрати слуху в децибелах на сприйняття мовлення (див. таблицю 3).

Таблиця 3

Перерахунок зниження слуху на сприймання мовлення з метрів у децибелі

Відстань, з якої сприймається мовлення (у м)		Втрата слуху (у дБ)
Розмовне	шепітне	
Норма	норма	До 35
4-5	0,5-0,8	35
2-4	0,25-0,5	35-40
1-2	0,25-0,5	45-50
0,25-1	Біля вушної раковини	50-60
Біля вушної раковини	Не чує	65

У корекційній педагогіці виділяють такі групи дітей у відповідності до ступеня порушення слухової функції і часу виникнення відхилення: глухі, зі зниженим слухом (слабочуючі) і пізнооглухі.

Глухі діти – це діти з цілковитою відсутністю слуху або його значним зниженням, за якого сприймання, розпізнавання і самостійне оволодіння усним мовленням (спонтанне формування мовлення) є неможливим.

Повна відсутність слуху спостерігається рідко. Залишковий слух у дитини дозволяє їй сприймати окремі інтенсивні звуки, фонемі, які вимовляються надзвичайно голосно біля вушної раковини. При глухоті самостійне сприймання розмовного мовлення є неможливим. Діти можуть сприймати розмовне мовлення за допомогою слухового аналізатора лише при слухопротезуванні.

Л.В.Нейман відзначає, що можливості глухих дітей для розрізнення навколишніх звуків, залежать переважно від діапазону частот, які сприймаються. Залежно від об'єму частот, які сприймаються за станом слуху, виділяють чотири групи глухих. Між групою глухоти і можливістю сприймати звуки існує тісна взаємозалежність. Діти з мінімальними залишками слуху

(перша і друга групи) здатні сприймати лише надзвичайно голосні звуки на невеликій відстані від вушної раковини (гудок пароплава, голосний крик, удари в барабан). Глухі діти з третьою і четвертою групи здатні сприймати і розрізняти значно більшу кількість звуків на невеликій відстані, які є більш різноманітними за своїми звуковими характеристиками (звук музичних інструментів, іграшок, голоси тварин, звук телефону тощо). Глухі діти цих груп здатні навіть розрізнити мовленнєві звуки – декілька добра знайомих слів, фраз.

Розрізняють вроджену і набуту глухоту. Вроджена глухота обумовлюється різними несприятливими впливами на слуховий аналізатор у період внутрішньоутробного розвитку. Набута глухота може виникнути у будь-якому віці. Спостерігається також професійна глухота, яка виникає внаслідок тривалого впливу на органи слуху шумових подразників, вібрації під час професійної діяльності.

Глухих дітей інколи ще називають *глухонімими* (проте цей термін у професійному і науковому обігу вважається некоректним). **Глухонімота** – це відсутність або глибоке порушення слуху і, з огляду на це, відсутність мовлення. Від народження або на ранніх етапах розвитку (до 2-3-х років) слух в такої дитини уражується в такій ступені, що не дозволяє самостійно накопичувати словниковий запас і формувати мовленнєві висловлювання. Вроджена глухота відмічається у 25-30% глухонімих. Німота є наслідком глухоти і виступає як вторинне нашарування, обумовлене первинним відхиленням – глухотою. Більшість глухонімих мають залишки слуху, які використовуються у навчально-виховному процесі й дають можливість за умови спеціально організованої корекційної роботи оволодіти певною мірою звуковою стороною мовлення.

За аудіометричними дослідженнями глухота – це не лише втрата слуху понад 80 дБ, але і його порушення або втрата на різних частотах. Особливо несприятливим є втрата або зниження слуху в коридорі частот, до яких належить розмовне мовлення.

Глухота як первинний дефект призводить до цілого ряду відхилень у розвитку психіки. Порушення розвитку мовлення або його відсутність як вторинний дефект має негативний вплив на розвиток всієї пізнавальної сфери глухих дітей. Це обумовлюється тим, що саме через розмовне мовлення передається більша частина інформації про предмети і явища навколишньої дійсності. Відсутність або значне ушкодження слухової аналізаторної системи, яка має сприймати цю інформацію, негативно впливає на формування пізнавальної активності, компетентності таких дітей. Відсутність мовлення або його значний недорозвиток негативно впливає не лише на формування словесно-логічного мислення, яке безпосередньо з ним пов'язане, а й на розвиток наочно-образного та практично-дійового, на психічні процеси в цілому. Незважаючи на те, що у психічному розвитку таких дітей наочно-образні форми пізнання набувають більшого значення, ніж словесно-логічні, зорові образи не отримують у свідомості таких дітей необхідної мовленнєвої підтримки у формі пояснення, характеристики їхніх властивостей та якостей.

Через недостатність усвідомлення інформації про зовнішній світ, його особливості реакції таких дітей на навколишню дійсність є примітивнішими, безпосереднішими, часто не відповідають соціально прийнятним стандартам. Зокрема, у оточуючих формується неправомірна думка про наявність у таких дітей розумової відсталості або затримки психічного розвитку.

Крім того, відсутність слуху і значний недорозвиток або несформованість мовлення виступає часто нездоланною перешкодою у формуванні соціального статусу такої дитини. Діти з нормальним психофізичним розвитком часто не сприймають її, відмовляються від спільної діяльності, гри з нею через неможливість встановлення контактів, відсутність адекватного розуміння один одного. Такі діти, маючи повноцінний інтелект, усвідомлюють свою патологію, на цьому фоні у них можуть розвиватись порушення емоційно-вольової сфери у формі неврозів, афективних реакцій, негативізму, апатичності, формуються егоїстичність та егоцентризм.

Складні вторинні порушення, основними з яких є відсутність мовлення, затримка формування словесно-логічного мислення, призводять до характерного, атипового розвитку особистості глухої дитини.

Пізнооглухлі – це люди, які втратили слух у віці, коли їхнє мовлення було більшою або меншою мірою сформоване. Рівень збереженості мовлення залежить від віку, в якому дитина втратила слух, розвитку її мовлення та умов, за яких формується особистість дитини.

Якщо порушення слуху відбулось у період від 2-х до 5-и років, проте дитина не отримує кваліфікаційну допомогу вона втрачає звуковий склад мовлення, словниковий запас, здатність до конструювання фраз. При втраті слуху після 5-и років зберігаються словниковий запас і здатність правильно висловлюватись. Основний напрямок корекційно-розвивальної роботи у цьому випадку полягає в забезпеченні дитині зворотного зв'язку, уміння слухо-зоровібраційного сприймання та розуміння усного мовлення тих, хто її оточує; у збереженні фонематичної, лексичної та граматичної сторін власного мовлення. При втраті слуху у період після оволодіння дитиною писемним мовленням, за умови організації індивідуальної допомоги, словниковий запас і усне мовлення можуть зберегтись на досить високому рівні. Пізнооглухлі дорослі потребують аналогічної допомоги у забезпеченні умінь та навичок слухо-зоровібраційного сприймання усного мовлення та збереження чіткості власного мовлення. Значної уваги потребує формування у них впевненості, готовності вступати у спілкування, сміливості у задоволенні комунікативних потреб.

Втрата слуху в таких дітей буває різною – тотальна, або близька до глухоти, або така, яка спостерігається у осіб зі зниженим слухом. При цьому у психічному розвитку на перший план виходить важка психічна реакція на те, що вони не чують багато звуків або чують їх спотворено, не розуміють зверненого мовлення. Це інколи призводить до повної відмови від спілкування з однолітками і навіть близькими, може призвести до виникнення психічного захворювання.

Якщо у таких дітей спостерігається достатній залишковий слух, то корекційну роботу з ними можна побудувати з використанням слухових апаратів і формування навичок читання з губів. Оскільки вони вже знають характеристику формування звуків, то цей процес у них відбувається швидше, зрозуміло, за умови подолання психологічного бар'єру.

При виникненні тотальної глухоти необхідно використовувати дактилологію, писемне мовлення і, можливо, жестове. За умови створення сприятливого середовища для виховання і навчання пізнооглухлої дитини розвиток її мовлення, пізнавальних і вольових якостей наближується до нормального.

Діти зі зниженим слухом (слабочуючі) – це діти з частковою недостатністю слуху, що дозволяє їм самостійно накопичити певний словниковий запас (часто неповний, дещо спотворений), оволодіти певною мірою граматичною будовою мовлення, його лексичною стороною, але в цілому призводить до яскраво виразних порушень мовленнєвого розвитку.

Слабочуючою вважається дитина, якщо вона починає чути звуки в області 20-50 дБ і більше (туговухість першої ступені) і якщо вона чує звуки висотою 50-70 дБ і більше (туговухість другого ступеня). Відповідно у різних дітей варіюється і діапазон звуків по висоті. В одних дітей він майже не обмежений, в інших наближається до висотного слуху глухих. У деяких дітей, які розмовляють як слабочуючі, визначають туговухість третього ступеня, як у глухих, при цьому відмічається можливість сприймати звуки не лише низькі, але й середньої частоти (в діапазоні від 1000 до 4000 Гц).

Характеризуючи психічний розвиток цієї категорії осіб, необхідно відмітити певні відхилення від норми. І справа тут не лише в тому, що дитина погано чує, тобто має фізичний недолік, а в тому, що цей недолік призводить до виникнення цілого ряду порушень і відхилень у розвитку. На перший план тут, зрозуміло, виступає недорозвиток мовлення. Варіанти розвитку мовлення при даному відхиленні є досить різноманітними і часто залежать від індивідуальних психофізичних особливостей дитини і тих соціально-побутових умов, в яких вона виховується і навчається. Але при цьому неповноцінний розвиток обумовлюється неповноцінним слухом, що призводить до зміни процесу загального розвитку: порушення слуху – загальний недорозвиток пізнавальної діяльності – недорозвиток мовлення.

Мовленнєвий недорозвиток набуває характеру вторинного відхилення, яке виникає як функціональне на фоні аномального розвитку психіки в цілому. Оскільки мовлення є складною системою, за допомогою якого передається і приймається закодована у словах інформація, то дитина з порушеннями слуху вже з самого раннього розвитку відчуває її недостатність. Бідність словникового запасу, викривлення мовленнєвого розвитку на фоні порушеного слухового аналізатора накладає відбиток на весь хід пізнавальної діяльності. У такого школяра виникають значні труднощі при формуванні навичок читання і письма на перших етапах навчання, в засвоєнні нових текстів, їхньому розумінні та усвідомленні. Викривлення, недостатність, аномальність

словникового запасу часто створює враження, що дитина має розумову відсталість або в кращому випадку значний пробіл у знаннях про навколишній світ. Це ускладнює соціальну взаємодію такої дитини. Оскільки такі діти мають повноцінну інтелектуальну сферу і усвідомлюють свою аномальність, проблемність, це ще більш негативно впливає на формування навичок соціальної взаємодії. Труднощі мовленнєвого спілкування є головною причиною виникнення конфліктних ситуацій з однолітками, формуванню в неї порушень емоційно-вольової сфери, проявів агресивності, егоїзму.

3. Навчання і виховання дітей із порушеннями слухової функції у спеціальних закладах

Навчання дітей з порушеннями слухової функції, як й інших категорій, має бути систематичним і організованим. Ще Л.С. Виготський вказував, що навчання глухих потребує спеціальної педагогічної техніки, використання особливих прийомів і методів. Але при цьому він же зазначав, що потрібно виховувати і навчати не глуху або сліпу дитину, а дитину взагалі. Вчений наголошував: “З біологічної точки зору глухонімота являє собою значно менший недолік, а ніж сліпота, і глуха тварина менш безпомічна, а ніж сліпа. Але у людини глухонімота є значно більшим недоліком, оскільки вона ізолює людину від всякого спілкування з іншими. Глухонімота є недолік соціальний. Вона пряміше, а ніж сліпота, порушує соціальний статус особистості”.

Як зазначалось вище, при порушеннях слуху передусім страждає мовлення дитини; при глухоті та глибокому зниженні слуху дитина без спеціального навчання мовленням практично не оволодіває. Відсутність чи недорозвиток мовлення не лише ускладнюють контакти дитини з оточуючими, а й порушують процес формування її пізнавальної діяльності та особистості в цілому. Відповідно, чим раніше починається корекційний вплив, тим скоріше й ефективніше можна подолати наслідки порушень слухової функції.

Допомога дітям раннього й дошкільного віку

При підозрах батьків на зниження слуху у дитини раннього віку її необхідно обстежити у спеціальному сурдологічному кабінеті медичного закладу. Спеціалісти не лише визначають стан слухової функції, а й по необхідності призначають медичні процедури (лікування, слухопротезування), спрямують можливі педагогічні заходи. Протягом першого – третього року життя дитини корекційна педагогічна допомога надається їй у сім’ї під пильним керівництвом сурдопедагога та лікарів.

Діти з вадами слухової функції дошкільного віку можуть виховуватись та одержувати корекційну допомогу в спеціальних дитячих садках або спеціальних групах при масових дошкільних закладах. Групи для таких дітей створюються з урахуванням не лише віку, а й стану слухової функції (глухота чи зниження слуху), мовлення, рівня психофізичного розвитку. Програми цих закладів адаптовані до рівня розвитку дітей; у навчально-виховному процесі

використовуються спеціальні методи й прийоми, у тісному взаємозв'язку реалізуються освітні, виховні й корекційні завдання.

Спеціальні школи

При організації шкільного навчання також враховується стан слухової функції та мовлення у дітей. Відповідно існує два типи спеціальних шкіл:

- ✓ для глухих дітей – I – III ступенів (I ступінь – підготовчий, 1 - 4 класи; II ступінь – 5 – 10 класи; III ступінь – 11 – 13 класи);
- ✓ для дітей зі зниженим слухом - I – III ступенів (I ступінь – підготовчий, 1 - 4 класи; II ступінь – 5 – 10 класи; III ступінь – 11 – 13 класи).

До спеціальних загальноосвітніх шкіл (шкіл-інтернатів) для глухих дітей приймаються діти, які:

- не реагують на гучний голос;
- не реагують голос розмовної гучності біля вуха;
- розрізняють окремі мовні звуки (а, о, у, р), що вимовляються біля вуха голосом підвищеної гучності.

Такі діти характеризуються середньою втратою слуху у мовному діапазоні понад 80 децибел частоти від 500 до 40000 герц.

До спеціальних загальноосвітніх шкіл (шкіл-інтернатів) для дітей зі зниженим слухом приймаються діти 6 (7) років, які:

- мають середню втрату слуху в діапазоні від 30 до 80 децибел, розрізняють мовлення (слова і словосполучення звичайної розмовної гучності на відстані 3 метрів) і мають унаслідок часткової втрати слуху різні рівні недорозвинення мовлення;
- утратили слух у шкільному або дошкільному віці, але зберегли мовлення (повністю або частково);
- розрізняють мовлення розмовної гучності на відстані 3 метрів від вуха, але мають значний недорозвиток мовлення, що зумовлює труднощі в навчанні таких дітей у загальноосвітньому навчальному закладі.

Залежно від стану сформованості мовлення діти направляються до I або II відділення спеціальної школи:

- ✓ до I відділення приймаються діти зі зниженим слухом, пізнооглухлі діти, які володіють розмовним мовленням з деякими недоліками (недорікуватість, нерізко виразний аграматизм та недоліки на письмі);
- ✓ до II відділення приймають дітей зі зниженим слухом і глибоким мовленнєвим недорозвитком; дітей, які користуються фразовим мовленням, але зі значними порушеннями граматичного оформлення і обмеженим словниковим запасом.

Не зараховуються до спеціальних шкіл (шкіл-інтернатів) для глухих дітей та дітей зі зниженим слухом:

- діти з вадами слуху у поєднанні з тяжкою, глибокою розумовою відсталістю;

- діти з тяжкими порушення мовлення на фоні нормального слуху (алалія, афазія та ін.);

- діти з психопатоподібними розладами;

- діти із стійким денним і нічним енурезом, енкопрезом.

Урок у підготовчих, перших класах шкіл для глухих та дітей зі зниженим слухом дітей триває 35 хвилин, у других – четвертих – 40 хвилин, у п'ятих – тринадцятих - 45 хвилин з обов'язковою фізкультхвилиною. Наповнюваність класу школи для глухих дітей – 8 учнів, школи для дітей зі зниженим слухом – 12 школярів. Освітня робота у школах поєднується із корекційною, яка передусім спрямована на розвиток слухового сприймання та формування вимови у дітей. Окрім того діти оволодівають певною професією.

4. Організація допомоги учням з порушеннями слуху в умовах загальноосвітньої школи

У першому класі загальноосвітньої школи іноді зустрічаються діти, які часто за зовнішніми ознаками не відрізняються від інших: вони є досить кмітливими, розуміють звернене до них мовлення, засвоюють елементарний рахунок, адекватно поводять себе в класі, але при цьому відчують незрозумілі педагогу труднощі в оволодіння грамотою. Під час пояснювального читання така дитина не завжди відповідає на запитання вчителя. Поступово вона замикається в собі, стає боязкою, апатичною, плаксивою, має схильність до невмотивованої впертості, а у деяких випадках здається навіть розумово відсталою. Окремі з цих ознак можуть свідчити про порушення слуху. Суттєвим у таких випадках є те, що дитина, як правило, не жаліється на зниження слуху, а оточуючі помічають це тоді, коли час для проведення ефективних заходів буває вже втраченим.

Вчителю слід бути уважним передусім до мовлення учнів. У дітей з порушеним слухом є помітними такі вади мовлення:

- недоліки вимови;

- обмежений запас слів;

- недостатнє засвоєння звукового складу слова, яке виражається не лише у неточностях вимови, а у помилковому написанні слів;

- неточне розуміння і неправильне вживання слів;

- недоліки граматичної будови мовлення;

- неправильна побудова речення;

- неправильне узгодження всередині речення;

- обмежене розуміння усного мовлення;

- обмежене розуміння прочитаного тексту.

Через ці відхилення у розвитку мовлення діти зі зниженим слухом відчують такі труднощі у шкільному навчання:

1) труднощі засвоєння первинної грамоти (письма й читання);

2) специфічні помилки в диктантах і самостійному письмі;

3) труднощі розуміння пояснень вчителя;

4) труднощі користування підручником внаслідок недостатнього розуміння прочитаного тексту.

Отже, якщо вчитель виявив дитину із такими труднощами, вік має рекомендувати батькам проконсультуватись у шкільного логопеда та лікаря - отоларинголога. Фахівці перевіряють слух дитини (логопед – первинно, лікар – ґрунтовно, за допомогою спеціальної апаратури), стан розвитку мовлення: звуковимову, запас слів, граматичну будову, зв'язне мовлення, читання та письмо.

Постає питання про можливості навчання дітей зі зниженим слухом у масовій школі або переведення у спеціальний заклад. Розв'язання цієї проблеми залежить від таких факторів:

- стан слухової функції дитини (дитина, яка чує розмовне мовлення на відстані понад 3 м від вуха, може навчатись у масовій школі);
- рівень мовленнєвого розвитку дитини;
- умови, які можуть бути створені вдома для навчання і розвитку дитини, зокрема, ретельна допомога батьків у засвоєнні шкільної програми;
- готовність школи надати необхідний психолого-педагогічний супровід.

Повне обстеження дитини та вирішення питання про заклад має здійснюватись у ПМПК. Якщо для дитини виявиться можливим навчання у масовій школі, то воно має ґрунтуватись на індивідуальному підході до такого учня і поєднуватись із корекційним впливом.

Особливості корекційної роботи у навчанні дітей з вадами слухової функції

- робоче місце дитини має бути розташовано так, щоб вона завжди добре бачила обличчя вчителя;
- слід вимагати від дитини, щоб вона завжди дивилась на вчителя у момент його мовлення;
- слід контролювати, чи почула й зрозуміла дитина матеріал. Це можна здійснювати у різних формах, наприклад: «Повтори, що я сказала», «Продовж, будь ласка», «Розкажи, що ми сьогодні вивчали»;
- особливої корекційної спрямованості набувають уроки рідної мови, оскільки вади слуху перешкоджають правильному оволодінню мовою і мовленням. Тому важливого значення набуває граматична правильність мовлення дитини. Слід пропонувати учневі завдання, в яких він міг би вправлятись у складанні словосполучень і речень, коротких текстів у межах теми, що вивчається;
- необхідно приділяти увагу корекції звуко-буквеного складу слів. Вагомого значення у цій роботі набуває використання предметних малюнків, розрізної азбуки. До реалізації цього завдання слід обов'язково залучати батьків, навчаючи їх окремим прийомам такої роботи;

- дуже корисно разом з дитиною усно промовляти слова, після правильного їх прочитання. Багаторазове промовляння допомагає дитині запам'ятати звуковий склад слова;

- якщо дитина припускається помилок на письмі, то їх не просто треба виправити, а й проаналізувати з дитиною звуковий склад слова, записати його правильно декілька разів;

- роботу над звуковим складом слова необхідно проводити з використанням звукопосилючої апаратури або вимовляти слова біля самого вуха дитини;

- для уникнення помилок перед диктантом повідомити учня про що йдеться у тексті; заздалегідь ознайомити із складним для нього звуко-буквеним складом, значенням і граматичним оформленням слів і словосполучень;

- слід спеціально готувати учня до переказу. Наприклад, спочатку пропонують учневі почитати текст про себе, потім послухати, як читає вчитель. Якщо й після цього учневі важко переказувати самостійно, то скласти з ним разом запитання чи план до тексту;

- дитині зі зниженим слухом важливо побільше читати самостійно. Для цього можна користуватись букварем та книгами, випущеними для дітей зі зниженим слухом, або будь-якими книгами, адресованими дітям молодшого віку з виразними й зрозумілими ілюстраціями до тексту. Це допоможе дитині краще розуміти прочитане;

- всі нові слова необхідно давати дитині у писемній формі;

- на уроках математики особливу увагу приділяти розумінню словесної умови задачі, застосовувати наочні засоби;

- на всіх уроках необхідно проводити роботу з розвитку мовлення дитини.

Навчання і виховання дитини з вадами слухової функції має бути поєднаним із оздоровленням, корекційними заняттями сурдопедагога з розвитку слуху і мовлення, по необхідності - із лікуванням, заняттями з психологом.

Контрольні запитання

1. Визначте роль слуху в розвитку дитини.
2. Як впливає порушення слуху на розвиток мовлення в дитячому віці?
3. Назвіть причини порушень слуху?
4. Дайте визначення понять "глухота", "зниження слуху", "пізнооглухлість".
5. Охарактеризуйте особливості мовлення дитини зі зниженим слухом?
6. Як зниження слуху відображається на засвоєнні учнем навчальних програм?
7. Що повинен зробити вчитель загальноосвітньої школи з метою надання допомоги дитині зі зниженим слухом?
8. Які фактори враховуються при визначенні для дитини з порушеннями слуху типу навчального закладу?

9. У чому полягає корекційна спрямованість навчання дітей порушеннями слухової функції?

Література

1. Державна соціальна програма забезпечення рівних прав можливостей жінок і чоловіків на період до 2021 року / Кабінет Міністрів України. – Київ, 2018. – 30 с.
2. Дефектолог : газета / гол. ред. О. Калюжна. – 2017. – № 11 (131), листопад.
3. Дитина з особливими потребами: Інклюзивна освіта. Дефектологія. Корекційна педагогіка : журнал / гол. ред. В. Андрєєва. – 2018.
4. Дітям про Конвенцію ООН : про права людей з інвалідністю / Агенство ООН у справах біжінців ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2017. – 10 с.
5. Доступність є важливою? Чому / Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2012. – 22 с.
6. Доступність та універсальний дизайн : навчально-методичний посібник / В. О. Азін, Л. Ю. Байда, Я. В. Грибальський ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України ; Канадсько-український проект «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні». – Київ, 2013. – 128 с.

Тема 5

Особливості розвитку, навчання та виховання дітей із порушеннями зорової функції

План

1. Порушення зору як психолого-педагогічна проблема
2. Класифікація порушень зорової функції та причини їхнього виникнення
3. Навчання і виховання дітей з порушеннями зорової функції у спеціальних закладах
4. Організація допомоги учням з порушеннями зору в умовах загальноосвітньої школи

1. Порушення зору як психолого-педагогічна проблема

Зір (від лат. *visus* – зір) – це здатність організму сприймати і диференціювати світлові подразнення за допомогою зорового аналізатора, що реалізується через зорову систему або зоровий аналізатор людини, який являє собою сукупність нервових структур, що сприймають і диференціюють світлові подразнення і визначають силу, напрямок, активність світла, його віддаленості, тобто проводять складну зорову орієнтацію в просторі.

Зоровий аналізатор є складною нервово-рецепторною системою. Він складається з рецепторної частини (сітчатки), провідникових шляхів (зорових нервів, хіазми, зорових трактів), зорових центрів (підкіркових і кіркових). Периферійні частина зорового аналізатора – це очне яблуко із захисним (віки, зіниця) і допоміжним (сльозові органи, м'язи очей, кон'юктива) апаратом ока.

Найбільшу кількість інформації про навколишній світ людина отримує через зір. Саме він виступає тією аналізаторною системою, яка дозволяє отримати найбільше вражень про навколишні предмети і явища. Такі ознаки предметів, як світло, колір, форма, відстань, протяжність, розмір ми отримуємо завдяки зору. Розвиток орієнтування в просторі також значною мірою залежить від зорового сприймання. Зорові відчуття забезпечують людину найбільш диференційованими відомостями про те, що її оточує. Зокрема, відомо, що людина протягом дня робить 100000 зорових фіксацій.

Гострота зору – це здатність ока розрізнити дві точки, що світяться, як окремі при мінімальній відстані між ними. Гострота зору перевіряється за допомогою спеціальних таблиць, що містять 10-12 рядків букв або спеціальних знаків. Наприклад, у дітей гострота зору перевіряється за таблицями, на яких зображені різні предмети. Співвідношення знаків кожного наступного рядка порівняно з попереднім відповідає різниці гостроти зору 0,1. величина знака кожного рядка відповідає відстані, з якої весь знак видно під кутом зору в 5° , а окремі його елементи (штрих або розрив) – в 1° . Гострота зору, яка зустрічається у більшості людей і характеризується здатністю бачити деталі предмета під кутом зору в 1° , розглядається як нормальна. Вона дорівнює 1,0. При гостроті зору, яка дорівнює 1,0, досліджуваний визначає знаки десятого рядка таблиці на відстані 5м. Якщо досліджуваний визначає знаки п'ятого рядка – гострота його зору дорівнює 0,5, а якщо лише першого рядка – 0,1. Для перевірки гостроти зору нижче 0,1 користуються перерахунком пальців. Якщо досліджуваний може перерахувати розчепірені пальці на відстані 5м, його гострота зору відповідає 0,09, Гострота зору, яка дорівнює 0,04 приблизно дорівнює рахунку пальців на відстані 2м, 0,01 – на відстані 0,5м, а гострота зору 0,005 – рахунку пальців на відстані 30см. Якщо досліджуваний не розрізняє пальців, а визначає лише світло, його гострота зору характеризується як світловідчуття. Якщо він правильно вказує напрямок світла, його гострота зору визначається як світловідчуття з правильною проекцією світла. Якщо досліджуваний не відрізняє світла від темряви, його гострота зору дорівнює 0. Ступінь порушення гостроти зору є однією з основних ознак, згідно з якою формується контингент шкіл для дітей зі зниженим зором.

Основними захворюваннями, що призводять до розладів зору є аномалії рефракції (міопатія, гіперметропія, астигматизм), патологія кришталика (катаракта, афакія), атрофія зорового нерва, патологія судинної оболонки та сітківки ока, уроджені вади розвитку, глаукома, наслідки травм та опіки очей. У 85-95% випадків важка патологія очей у дітей є вродженою.

Тифлопедагогіка – (від гр. *typhlos* – сліпий) – це наука про навчання і виховання осіб з порушеннями зору. Тифлопедагогіка є частиною спеціальної педагогіки, в завдання якої входить розробка наступних основних проблем: психолого-педагогічне і клінічне вивчення зору і аномалій психічного і фізичного розвитку при цих порушеннях; шляхи і напрямки проведення корекційно-розвивальної та реабілітаційної роботи з даною категорією осіб;

вивчення умов формування та розвитку особистості осіб з даним відхиленням у різні вікові періоди їхнього розвитку.

Необхідно зазначити, що до теперішнього часу у світовій літературі, присвяченій дослідженням порушень зору, не сформувалось єдиного погляду на те, чи близька психіка сліпої дитини і психіка дитини з нормальним психофізичним розвитком. Зараз існує два погляди на дану проблему.

Перший з них приймає за вихідне положення у психічному розвитку дефект зору, його функціональне значення і вплив на весь хід розвитку, що призводить до недооцінки можливостей компенсації дефекту за рахунок інших сенсорних систем. Наявність особливостей психічного розвитку дітей з порушеннями зору відмічали ще на початку ХХ століття. Перебільшення цієї специфіки призвело до того, що пропагувалось твердження про необхідність створення особливого мовлення сліпих, яке б відрізнялось від мовлення людей, які бачать, а в деяких випадках робились неправомірні висновки про те, що в результаті ізолюваного життя сліпих створюється особливий тип людей. Ці автори стоять на позиції створення специфічного стандарту психічного розвитку, як правило значно нижчого порівняно зі стандартом для людей, які бачать (Хайес, 1953; Тиллмен, 1967; Уліз, 1970 та інші).

Інша група науковців (Т.Катсфорт, 1951; Гомулицткй, 1961; Максфілд, 1963; В.Уільямс, 1968; М.Тобін, 1972; М.І.Земцова, В.М.Коган, А.Г.Литвак, Л.І.Солнцева), прослідковуючи динаміку психічного розвитку дітей молодшого віку, дійшли переконання, що помітна різниця в загальному психічному статусі між дітьми з нормальним психофізичним розвитком і дітьми з порушеннями зору поступово згладжується внаслідок покращення динаміки психічного розвитку дітей з відхиленнями. М.Тобін (1972) вказує, що у кожній віковій групі краща дитини з групи незрячих може випередити у своєму розвитку дітей з нормальним зором. Позиція зближення на сучасному етапі дітей з нормальним зором і з його порушеннями поступово переважає, чому сприяє теорія і практика компенсації зорового дефекту.

Часткова або повна втрата зору відображається на розвитку психічної діяльності, викликаючи кількісні і якісні її особливості. **Кількісні** особливості проявляються головним чином у сфері чуттєвого пізнання: у дитини порушуються зорові відчуття та сприймання, що впливає на формування кількості зорових уявлень, образів уяви тощо.

Якісні особливості проявляються практично у всіх сферах діяльності. Зокрема, змінюється система взаємодії аналізаторів, виникають особливості у формуванні образів уявлень, понять, мовлення, порушується співвідношення образного і понятійного у розумовій діяльності, спостерігаються особливості емоційного реагування за зовнішні чинники. Порушення зору відображається і на фізичному розвитку особистості через зниження її активності, невмінні виконувати частину рухів, наявності моторної загальмованості, зниження через відсутність тренування м'язової сили тощо.

Причини виникнення якісних особливостей психічного розвитку у дітей з порушеннями зорового аналізатора полягають в тому, що:

- по-перше, послаблюються або повністю порушуються зв'язки між зоровими та іншими системами, які беруть участь у сприйманні. Порушення в історично сформованій системі взаємодії аналізаторів викликають зміни у процесах чуттєвого пізнання, негативно відображаються на рівнях чутливості окремих аналізаторних систем і на процесах сприймання і формування уявлень. Так, порушується зорово-кінестетичний контроль, який відповідає за якісне поєднання рухів руки, оскільки рука одночасно і виконує рух, і контролює його. Таким чином, глибокі порушення зору впливають на якість отримання інформації, яка надходить через інші аналізатори. Внаслідок компенсаторного пристосування порушена система взаємодії аналізаторів перебудовується і починає адекватніше відображати зовнішні впливи;

- по-друге, при глибоких порушеннях зору сітчатка ока менше працює і поступово замість розвитку зорових відчуттів та сприймань спостерігається їх більше зниження. Одночасно не розвиваються і дотикові сприймання, які мають виконувати компенсаторну функцію, оскільки наявність навіть незначного залишкового зору загальмовує розвиток активного дотику;

- по-третє, найважливішою причиною недостатньої повноти і точності відображення при порушеннях зору є зниження пізнавальної активності.

2. Класифікація порушень зорової функції та причини їхнього виникнення

Порушення зору можуть бути вродженими і набутими.

Вроджена сліпота обумовлюється ушкодженням або захворюванням плоду в період внутрішньоутробного розвитку або виникає внаслідок впливу негативних спадкових факторів.

Набута сліпота в основному виникає внаслідок захворювань органів зору – сітчатки, роговиці або захворювань центральної нервової системи (менінгіт, пухлина мозку, менінгоенцефаліт), ускладнень після загальних захворювань організму (кір, грип, скарлатина), травматичних ушкоджень головного мозку або очей.

Розрізняють **прогресуючі і стаціонарні** порушення зорового аналізатора. При **прогресуючих** порушеннях відбувається поступове погіршення зорових функцій під впливом патологічного процесу. Наприклад, при глаукомі підвищується внутрішньо очний тиск і відбуваються зміни в тканинах очей. Зір знижується під впливом пухлин головного мозку. При недотриманні санітарно-гігієнічних норм при читанні і письмі відбувається розвиток короткозорості та далекозорості.

До **стаціонарних** дефектів зору відносять перш за все вроджені вади: мікрофтальм – природжена аномалія розвитку, що характеризується зменшенням розміру одного або обох очей різного ступеня вираження; колобома – дефект райдужної оболонки або судинної оболонки очного яблука; астигматизм – поєднання в одному і тому ж оці різних видів рефракції; катаракта – помутніння кришталика ока. Причинами цих хвороб можуть стати

наслідки деяких захворювань або операцій, але при цьому сам процес хворобливого зниження зору припинився.

Дітей з порушеннями зору поділяють на дві групи з психолого-педагогічних позицій.

Сліпота – різко виражений ступінь аномалії розвитку і порушень зорового аналізатора, при якому стає неможливим або дуже обмеженим зорове сприймання дійсності внаслідок відсутності зору або глибокого порушення гостроти центрального зору (від 0 до 0,4), чи звуження поля зору (до 10° - 15°) при більш високій гостроті зору. Такий розлад зору призводить до інвалідності.

У соціальному розумінні виділяють:

- *практичну сліпоту* – втрачається здатність орієнтуватись у навколишньому оточенні, пересуватись без сторонньої допомоги поза оселею, хоча людина може володіти світловідчуттям;

- *побутову сліпоту* – різко знижується гострота зору загалом (0,02);

- *виробничу сліпоту* – зір падає настільки, що людина не може працювати навіть за умови застосування будь-яких оптичних засобів;

- *професійну сліпоту* – зір падає настільки, що виконання звичної професійної діяльності стає неможливим.

Сліпі діти – це діти з порушеннями зорового аналізатора, у яких повністю відсутні зорові відчуття або має місце незначне світловідчуття або залишковий зір – до 0,04 на оці, що краще бачить, з використанням засобів корекції. Сліпі діти поділяються на сліпонароджених і осліплених. Сліпонароджені – це діти, які народились сліпими або втратили зір до становлення мовлення, тобто приблизно до 3-х років.

За ступенем порушення зору сліпі діти поділяються на:

1) *абсолютно* (тотально) сліпих, до яких відносяться і діти з залишковим світловідчуттям на рівні розрізнення світла і тіні або зі звуженням поля зору. *Поле зору* – це простір, усі точки якого видно при непорушному погляді. В нормі поле зору дорівнює 180° по горизонталі та 110° по вертикалі, але для червоного, синього та зеленого кольорів та для предметного бачення воно звужується також і в нормі. Звуження поля зору до 10° діагностується як сліпота;

2) *частково* (парціально) сліпих, до яких відносять дітей із залишковим зоровим сприйняттям, яке дозволяє розрізняти на близькій відстані контури предметів; дітей із гостротою зору від 0,01 до 0,04, що дозволяє орієнтуватись під час ходьби, розрізняти на деякій відстані форми предметів та яскраві кольори.

Дослідження залишкового (і ахроматичного, і кольорового) зору у сліпих дітей показало, що залишковий зір не можна розглядати лише як крайній ступінь послаблення нормального зору. Він має неоднакові характеристики залежно від різних клінічних форм. Залишковий зір являє собою деяку інтегральну властивість глибоко ушкодженої зорової системи, особливістю якої є нерівнозначність недостатності різних зорових функцій, лабільність і

нестійкість окремих компонентів зорового процесу в цілому, тенденція до настання швидкої втоми.

Як зазначає у своїх дослідженнях Є.П.Синьова, глибокі порушення зору прямо або опосередковано викликають різні особливості психічного розвитку дітей. Так, сліпі діти не можуть безпосередньо сприймати візуальні та просторові ознаки об'єктів і явищ, що негативно відображається на розвитку їхньої рухової активності, ускладнює орієнтацію в просторі, збіднює чуттєвий досвід, перешкоджає розвитку образного мислення.

Своєрідність становища сліпої дитини у середовищі інших поглиблюється помилками у її вихованні, переважно обумовленими явищами гіперопіки. Водночас спостерігаються і протилежні випадки, коли оточення або не рахується з проблемами незрячого, або, навпаки, завищує вимоги до нього. Це може викликати небажані відхилення в особистісному становленні дитини – низьку самостійність, негативізм, розбещеність, або навпаки, надмірну самовпевненість чи захисні психічні реакції.

Сліпі діти усвідомлюють свій дефект, невдачі у різних видах діяльності та у спілкуванні, зумовлені неможливістю використання у практичній діяльності зору, часто викликають у них тяжкі емоційні переживання.

На розвиток вищих форм пізнавальної діяльності (логічного мислення і мовлення, довільного запам'ятовування, цілеспрямованої уваги тощо) сліпота відображається опосередковано, викликаючи якісні відмінності, залежно від особливостей зорового сприймання. Спостерігається дисгармонія у взаємодії чуттєвих та інтелектуальних функцій. Так, переважанням словесно-логічної форми пізнання над чуттєвою можна пояснити те, що сліпі діти мають іноді досить великий запас абстрактно-словесних, формально правильних, але не наповнених конкретно-предметним змістом знань, спостерігається також певне відставання у розумінні слів із конкретним значенням.

На відміну від сліпонароджених, діти, що осліпли після певного періоду нормального розвитку, зберігають зорові уявлення, сформовані у них раніше. Такі сліди зорових уявлень залишаються у свідомості дитини завдяки образній пам'яті і відіграють важливу роль у відновленні образів і предметів під час сприймання їхнього словесного опису. Ступінь збереження зорових уявлень залежить від віку, в якому відбулось порушення зору, від змісту і організації пізнавальної діяльності сліпих дітей. Необхідно відзначити, що образні уявлення у них можуть зберігатись досить довго, навіть протягом усього життя.

Як вже зазначалось, втрачена функція зору компенсується у сліпих дітей за допомогою активної діяльності збережених аналізаторів – слухового, тактильного, смакового, шкіряного та ін. У процесі розвитку в сліпих утворюються нові способи сприймання та аналізу дійсності, орієнтування в просторі, що відіграє відповідну роль у їхній пізнавальній діяльності. Велику роль тут набувають спеціально організоване навчання і виховання сліпих дітей, що попереджає і коригує виникнення вторинних відхилень їхнього розвитку, формує та стимулює компенсаторні процеси. Принципово важливим для забезпечення успішного компенсаторного розвитку сліпих є формування у них

високих соціальних мотивів, забезпечення свідомості та активності у різних видах діяльності, виховання настирності та самостійності, оптимізація процесу їхнього спілкування у колективі.

Діти зі зниженим зором – це діти, які мають захворювання очей, що викликає стійке зниження гостроти зору (від 0,05 до 0,4 на оці, що краще бачить, з використанням засобів корекції), або зі звуженням поля зору до 20° від точки фіксації. Крім зниження гостроти зору та звуження поля зору слабкозорі діти можуть мати й інші відхилення в роботі зорового аналізатора – порушення сприймання кольору і світла, периферійний і бінокулярний зір.

Характеризуючи психічний розвиток дітей зі зниженим зором, Є.П.Синьова зазначає, що його особливості пов'язані передусім з тим, що вони, на відміну від сліпих, мають можливість використовувати з метою сприймання предметів і явищ навколишньої дійсності та просторової орієнтації наявний у них залишковий зір. Але досить глибокі порушення зорової функції зумовлюють такі особливості процесів візуального сприймання, як загальмованість, знижена точність, вузькість огляду. Зоровий дефект при слабкозорості певною мірою ускладнює і процес просторової орієнтації. При цьому потрібно мати на увазі, що недоліки зорової функції у слабкозорих не просто кількісно знижують запас вражень, а й викликають якісну особливість образних уявлень, що пов'язано зі специфікою зорового відображення дійсності за різних форм зниження зору. Так, у дитини зі зниженим зором з порушенням кольоророзрізнення формуються збіднені (з погляду багатства їх кольорових характеристик) уявлення про предмети і явища. Діти, які страждають короткозорістю або далекозорістю, можуть не помітити деяких важливих, але невиразних ознак об'єктів або явищ.

Спеціальні спостереження тифлопедагогів свідчать, що у слабкозорої дитини після того, як вона зрозуміла, що бачить не все і погано, виникають проблеми суто психічного характеру: з одного боку вона не відчуває себе сліпою, з іншого – не відчуває себе повністю зрячою. Невдачі та труднощі в навчанні, грі, спілкуванні часто неправильно оцінюються дитиною, викликають роздратованість, замкнутість, негативізм та інші негативні характерологічні риси.

Причини виникнення зорової патології прийнято поділяти на вроджені і набуті.

Вроджені порушення зорової функції обумовлюються генетичними факторами (наприклад спадковими формами вроджених катаракт) а також – хворобливими впливами на організм у період ембріонального розвитку. У цьому аспекті для вагітної жінки небезпечними є такі фактори, що викликають зорову патологію: токсоплазмоз; захворювання червінкою, особливо в перші місяці вагітності, коли у плоду відбувається формування зорової системи; різні патології під час пологів, що викликають крововиливи в мозок у ділянці очей, переломи та зміщення кісток черепа.

У дослідженнях Л.І.Кирилової відмічаються такі спадкові форми зорової патології: спадкові порушення обміну речовин у вигляді альбінізму; спадкові

захворювання, які призводять до порушень розвитку очного яблука – вроджений анофтальм, мікрофтальм; захворювання рогової оболонки – дистрофія роговиці; спадкова патологія судинної оболонки – аніридія, колобома судинної оболонки; вроджені катаракти (мають місце вроджені катаракти генетичного походження); окремі форми патології сітківки, дегенерація Штаргардта, атрофія Вебера, вроджена атрофія.

Зорова патологія вродженого перинатального характеру становить 70% випадків від загальної кількості очних захворювань; зорова патологія, що є наслідком грубого ураження центральної нервової системи – 8%; зорова патологія як наслідок безпосередньої травматизації органу зору – 4%. При цьому зорове порушення вродженого характеру часто поєднується з нервово-психічними розладами: парези кінцівок, зниження слуху, порушення мовлення, розумова відсталість, різні порушення центральної нервової системи. 30% дітей з порушеннями зору мають органічну недостатність центральної нервової системи.

За даними М.С.Лебединської, В.М.Мясищева, Л.А.Новикової, Є.П.Синьової та ін сенсорні відхилення негативно відображаються на протіканні нервових процесів і опосередковують тією чи іншою мірою особливості пізнавальної та поведінкової сфер особистості. Зокрема, при вроджених порушеннях зору у дитини спостерігається відставання у розвитку пізнавальної діяльності, яке набуває характеру вторинних відхилень. Найсуттєвіший вплив відбувається у розвитку уявлень, понять, що необхідно враховувати педагогам під час організації занять з такими дітьми.

Набуті зорові аномалії поширені значно менше, ніж вроджені. У цьому аспекті значну роль відграють досягнення медицини, заходи профілактичного характеру, внаслідок чого практично ліквідовані випадки глибоких порушень зору у дітей, що викликаються різними інфекціями. Проте набуту зорову патологію можуть викликати ускладнення після таких захворювань організму, як грип, туберкульоз, менінгіт, менінгоенцефаліт, віспа, кір, трахома, туберкульоз очей, скарлатина, а також травматичні пошкодження мозку і очей.

Набуті порушення зору не так глибоко відображаються на розвитку особистості. Велике значення має той факт, наскільки у дитини чи дорослого збереглися уявлення про навколишній світ, наскільки є розвиненими навички практичної діяльності.

3. Навчання і виховання дітей з порушеннями зорової функції у спеціальних закладах

Станом на 2017 рік в Україні працюють 6 шкіл для сліпих дітей, в яких навчаються біля 850 учнів; 29 шкіл для дітей зі зниженим зором, в яких навчаються близько 4400 учнів; 102 дошкільних заклади, в яких виховується близько 8000 дітей із зоровими патологіями різної глибини. Дорослих сліпих людей в Україні налічується близько 70 000.

До спеціальних загальноосвітніх шкіл (шкіл-інтернатів) для *сліпих дітей* зараховуються діти 6 (7) років:

- з гостротою зору 0,04Д і нижче на оці, яке краще бачить зі стерпною корекцією;

- з гостротою зору 0,05 - 0,08Д на оці, яке краще бачить зі стерпною корекцією, у разі складних порушень зорових функцій, прогресуючих очних захворювань, що призводять до сліпоти.

До спеціальних загальноосвітніх шкіл (шкіл-інтернатів) для *дітей зі зниженим зором* зараховуються діти 6 (7) років:

- з гостротою зору 0,05 - 0,4Д на оці, яке краще бачить зі стерпною корекцією; при цьому враховується стан інших зорових функцій (поле зору, гострота зору на близькій відстані, форми та перебіг патологічного процесу);

- з більш високою гостротою зору у разі прогресуючих або частих рецидивних захворювань, а також за наявності астенопічних явищ, що виникають під час читання та письма на близькій відстані.

У всіх випадках діти повинні читати шрифт №9 таблиці для визначення гостроти зору зблизька зі стерпною корекцією звичайним оптичним склом на відстані не ближче 15 см.

Не зараховуються до спеціальних шкіл (шкіл-інтернатів) для дітей сліпих, зі зниженим зором діти:

- з розумовою відсталістю помірного, тяжкого та глибокого ступеня;

- з глибокими відхиленнями у поведінці;

- із значними порушеннями рухової сфери, які самостійно не пересуваються і не обслуговують себе;

- із стійким денним і нічним енурезом і енкопрезом.

Спеціальні школи (школи-інтернати) для сліпих та дітей зі зниженим зором мають I - III ступені: I ступінь – підготовчий клас, 1 - 4 класи; II ступінь – 5 – 10 класи; III ступінь – 11 – 13 класи. В основі навчання – програма загальноосвітньої масової школи, адаптована до особливостей психофізичного розвитку (передусім - сприймання) дітей з порушенням зорової функції.

У закладах для сліпих дітей учні користуються спеціальними підручниками, посібниками, оптичними засобами для використання залишкового зору, тифлотехнічними приладами і пристроями, рельєфними посібниками і картами тощо. Наповнюваність класів у цій школі – до 6 дітей.

Зміст навчання у школі-інтернаті для дітей зі зниженим зором більшою мірою відповідає змістові освіти у загальноосвітній школі. Проте терміни вивчення освітнього матеріалу збільшуються. Зміст окремих предметів (трудове навчання, малювання, креслення, фізкультура) зазнає деяких змін. Протягом навчання діти проходять професійно-трудова підготовку і одержують професію. Наповнюваність класів у цій школі – до 12 дітей. Велика увага у закладах приділяється дотриманню спеціальної системи гігієнічних заходів з охорони і розвитку неповноцінного зору, нормативам освітлення, режиму зорового навантаження.

Випускники, які отримують атестати про закінчення цих шкіл, мають право вступати до вищих і середніх спеціальних навчальних закладів на

спеціальності, одержання яких не протипоказано особам з порушеннями зорової функції.

Для сліпих і дітей зі зниженим зором у поєднанні з первинним порушенням інтелектуального розвитку (розумово відсталих легкого ступеня, із затримкою психічного розвитку) створюються спеціальні (допоміжні) класи. Наповнюваність таких класів – до 6 дітей. Навчання таких дітей відбувається за програмами і навчальними планами відповідного інтелектуальному рівню розвитку типу шкіл.

4. Організація допомоги учням з порушеннями зору в умовах загальноосвітньої школи

Діти із нерізко виразними порушеннями зорової функції цілком можуть навчатись в умовах масової школи. Питання про це вирішується з урахування таких факторів, як:

- конкретний зоровий діагноз і відповідні рекомендації лікаря – офтальмолога;
- рівень соціальної адаптації дитини та її орієнтації у просторі;
- психологічна готовність дитини та її родини до спільного навчання із здоровими дітьми;
- можливість створення школою відповідних умов для дитини та фаховий психолого-педагогічний супровід.

Вчителю, який буде навчати дитину з порушеннями зорової функції, необхідно добре знати її психологічні особливості та варіанти їх проявів у освітньо-виховному процесі. Важливого значення набуває й підготовка учнівського та батьківського колективу до перебування у класі дитини з вадами зору. Дітям слід пояснити, чому один з однокласників буде носити окуляри (чи сказати про інші особливості), налаштувати, чим вони можуть допомогти своєму товаришеві, сформувати у них позитивне ставлення до нього. Так само певну підготовчу роботу слід провести й дитиною із вадами зору: вона має бути готовою до подолання труднощів, до співпраці з іншими на рівноправних засадах. У дитини з вадами зору часто виникають труднощі спілкування з іншими людьми, особливо ведення діалогу. Допомогу у подолання цієї проблеми можуть надати і вчитель, і психолог, і логопед. Рівень допомоги та її зміст визначається після повного обстеження дитини та спостереження за нею у процесі навчання й виховання.

При наявності у класі дитини з порушеннями зорової функції вчитель у процесі навчання повинен використовувати й певні корекційні прийоми для реалізації індивідуального підходу. Наведемо деякі з них.

Особливості корекційної роботи у навчанні дітей з вадами зорової функції:

- робоче місце дитини має бути гарно освітленим;
- в організації робочого місця, обсягу матеріалу, наочності й методів навчання необхідно враховувати конкретний зоровий діагноз. Наприклад, короткозору дитину слід посадити ближче до дошки, а далекозору - подалі;

- наочні посібники мають бути чіткими, яскравими, не дрібними. Якщо вчитель показує завдання на дошці, то він має переконатись, що дитина все бачить. Інакше вона виконає завдання неправильно не через його нерозуміння, а внаслідок неповноцінного його сприймання;

- зорову роботу слід чергувати з усною чи дотиковою, враховуючи підвищену втомлюваність зору;

- для зняття зорової втоми після 10-15 хвилин зорового навантаження виконати спеціальні розслаблюючі вправи;

- не перебільшувати обсяг домашніх завдань, щоб не перевантажувати зір. Наголосимо, що ця вимога стосується як дітей з вадами зору, так і здорових учнів. Адже постійне перевантаження зорової функції може призвести до її порушення;

- у роботі з дітьми використовувати не лише зір, а й збережені аналізатори (тобто у процесі обстеження об'єктів, наочності залучати дотик, нюх, слух);

- враховувати повільність дитини при виконанні письмових завдань, читанні. З цією метою коригувати обсяг роботи, щоб учень не відставав від зрячих однокласників; використовувати компенсаторні механізми пам'яті, які сприятимуть підтримці оптимального темпу роботи;

- з метою участі учнів з вадами зору у фронтальній роботі класу для них необхідно підготувати індивідуальний дидактичний матеріал, наприклад, картки, таблиці, схеми;

- слідкувати за поставою дитини: відстань від очей до робочої поверхні має бути не меншою за 30 см, для читання використовувати підставки;

- мовлення вчителя має бути чітким, виразним, зрозумілим; вчитель має вголос коментувати всі свої дії (малювання, показ, письмо та ін.);

- можна використовувати спеціальні адаптивні умови, наприклад, оптичні (окуляри, лінзи, призми), неоптичні (фломастери чорного кольору, кольорові маркери тощо).

Навчання і виховання дитини з вадами зорової функції має бути поєднаним із оздоровленням, корекційними заняттями з розвитку зору, по необхідності - із лікуванням, логопедичними заняттями, психокорекцією.

Контрольні запитання

1. Що таке зір і його гострота?
2. Дайте визначення тифлопедагогіки.
3. Охарактеризуйте сучасні погляди на проблеми осіб з порушеннями зору.
4. Що таке прогресуючі і стаціонарні порушення зорового аналізатора?
5. Охарактеризуйте групи дітей з порушеннями зору.
6. Назвіть причини виникнення зорових порушень?
7. У чому проявляються особливості психічного розвитку сліпих дітей та дітей зі зниженим зором?

8. Дайте характеристику системи корекційно-розвивальної та начальної виховної роботи з дітьми з порушеннями зорової функції в умовах загальноосвітніх спеціальних закладів.

9. Які труднощі можуть виникнути у процесі шкільного навчання у дитини з порушеннями зору?

10. У чому полягає корекційна спрямованість навчання дітей порушеннями зорової функції?

Література

1. Державна соціальна програма забезпечення рівних прав можливостей жінок і чоловіків на період до 2021 року / Кабінет Міністрів України. – Київ, 2018. – 30 с.

2. Дефектолог : газета / гол. ред. О. Калюжна. – 2017. – № 11 (131), листопад.

3. Дитина з особливими потребами: Інклюзивна освіта. Дефектологія. Корекційна педагогіка : журнал / гол. ред. В. Андрєєва. – 2018.

4. Дітям про Конвенцію ООН : про права людей з інвалідністю / Агенство ООН у справах біжінців ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2017. – 10 с.

5. Доступність є важливою? Чому / Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2012. – 22 с.

6. Доступність та універсальний дизайн : навчально-методичний посібник / В. О. Азін, Л. Ю. Байда, Я. В. Грибальський ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України ; Канадсько-український проект «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні». – Київ, 2013. – 128 с.

Тема 6

Диференціація системи закладів для дітей, що потребують корекції психофізичного розвитку

План

1. Система корекційної освіти

2. Можливості інтегрованого навчання та виховання дітей, що потребують корекції психофізичного розвитку

3. Індивідуальне навчання дітей з порушеннями психофізичного розвитку як форма організації корекційно-педагогічного процесу

4. Корекційна спрямованість як основний принцип організації навчання дітей з вадами психофізичного розвитку

1. Система корекційної освіти

Система корекційної освіти – це сукупність різних типів закладів, які забезпечують відповідну освіту, виховання, корекційну роботу, соціальну допомогу дітям з вадами психофізичного розвитку.

Організація спеціальних закладів ґрунтується на певних принципах. Окремі з них є загальними для побудови загальноосвітніх закладів України. Це, зокрема:

- державний характер освіти;
- єдина перспективна мета;
- наступність у ланках освіти;
- загальність і обов'язковість навчання;
- доступність закладів;
- урахування вікових особливостей дитини;
- відокремлення закладів від політики, церкви.

Проте слід враховувати і спеціальні принципи, які стосуються осіб з вадами психофізичного розвитку, зокрема:

- диференційованість закладів залежно від категорії порушення, ступеня інтелекту;
- поєднання загальноосвітнього і професійно-трудового навчання;
- корекційна спрямованість навчання і виховання.

Більша частина спеціальних закладів підпорядковується Міністерству освіти і науки. Другу ланку складають заклади Міністерства праці та соціальної політики; третю – заклади, підпорядковані Міністерству охорони здоров'я. У кожній ланці своя мета, яка передусім зорієнтована на можливості дитини та реалізацію її потреб. Заклади системи Міністерства освіти і науки покликані забезпечувати навчально-виховну і корекційну роботу. Заклади Міністерства праці та соціальної політики проводять соціальну роботу, здійснюють догляд. Заклади, підпорядковані Міністерству охорони здоров'я, передусім оздоровлюють дітей, забезпечують лікувально-корекційну роботу.

У всіх типах закладів діти одержують різнобічну допомогу – педагогічну, психологічну, медичну, соціальну тощо.

При виборі для дитини закладу враховуються такі **показники**:

- вік дитини;
- категорія аномального розвитку (нозологія);
- конкретний клінічний діагноз;
- інтелектуальний ступінь;
- особливості психофізичного розвитку;
- потреби і можливості дитини.

Залежно від цього дитині рекомендують заклад певного типу.

Заклади, підпорядковані Міністерству освіти і науки

- 1) спеціальні дошкільні заклади (групи при масових ДНЗ) (окремо для кожної категорії аномальних дітей);
- 2) спеціальні загальноосвітні школи-інтернати (школи) для дітей з вадами психофізичного розвитку (окремо для кожної категорії аномальних дітей);
- 3) спеціальні (допоміжні) класи при школах-інтернатах для дітей з вадами зору, слуху, опорно-рухового апарату для дітей з комплексними вадами;
- 4) навчально-реабілітаційні заклади для дітей з комплексними вадами;
- 5) спеціальні групи при ПТУ, вищих навчальних закладах (професія з урахуванням виду аномалії).

Заклади, підпорядковані Міністерству праці та соціальної політики

- 1) дитячі будинки та будинки-інтернати для дітей-інвалідів (імбецильність, ідіотія);
- 2) реабілітаційні заклади.

Заклади диференціюються залежно від ступеня інтелекту, віку осіб (дошкільні, шкільні, відділення для дорослих), статі, рівня фізичного та психічного здоров'я дітей.

Заклади, підпорядковані Міністерству охорони здоров'я

- 1) спеціальні групи при будинках малюка для дітей-сиріт з вадами психофізичного розвитку;
- 2) дитячі психоневрологічні санаторії;
- 3) дитячі відділення при психоневрологічних лікарнях;
- 4) заклади для психохроніків (виразна імбецильність, ідіотія);
- 5) реабілітаційні заклади.

Останнім часом в Україні розпочато створення реабілітаційних закладів, які підпорядковуються різним Міністерствам залежно від контингенту дітей і змісту допомоги. Міністерству освіти і науки підпорядковуються навчально-реабілітаційні центри, які керуються у своїй діяльності «Положенням про навчально-реабілітаційний Центр» (1997р.), а навчання дітей відбувається згідно програм, передбачених для певного спеціального освітнього закладу (відповідно до віку і вад дітей).

Згідно Положення **навчально-реабілітаційний центр** – це заклад освіти, який забезпечує умови для відновлення здоров'я, соціальної адаптації, професійної орієнтації дітей, що мають органічні та функціональні захворювання внутрішніх органів та систем або вади психофізичного розвитку.

Найчастіше у таких закладах контингент вихованців складається із дітей із складними вадами, часто комплексними, наприклад, розумова відсталість у поєднанні з вадами опорно-рухового апарату. Відповідно і допомогу діти одержують комплексну – лікувальну, психологічну, педагогічну, соціальну. На відміну від традиційних спеціальних закладів у штаті реабілітаційних значно більше персоналу: не лише вчителі та вихователі, а й лікарі, масажисти, соціальні працівники.

При навчально-реабілітаційних закладах діють різні служби, зокрема, служба роботи з сім'ями вихованців; відділення ранньої абілітації та інші.

Однією із суттєвих відмінностей є співпраця з сім'ями, що виховують дітей з вадами психофізичного розвитку, участь сім'ї у вихованні й соціалізації дитини. У традиційних закладах, більшість з яких є інтернатними, робота з сім'ями проводиться епізодично і не є системною.

Якщо ж за станом здоров'я дитина не може знаходитись у колективі, їй пропонують *індивідуальне навчання за програмою того закладу, який відповідає діагнозу й віку дитини.*

2. Можливості інтегрованого навчання та виховання дітей, що потребують корекції психофізичного розвитку

Перспективним завданням сучасної корекційної освіти постає інтегроване та інклюзивне навчання. Ще Л.С.Виготський у своїх працях говорив про те, що спеціальна школа створює для дитини замкнений світ, у якому все є прилаштованим до дефекту. Внаслідок штучної ізоляції дітей, відриву їх від сім'ї і здорових ровесників формується невпевнена в собі, власних силах і можливостях особистість, яка є невідповідною до життя у суспільстві. Особливо гостро проблема інтеграції та інклюзії постає перед дітьми із легкими (невизначними) вадами у психофізичному розвитку, оскільки вони не охоплені закладами корекційної освіти.

Серед основних завдань розвитку дошкільної і загальної середньої освіти на найближчі навчальні роки Міністерство освіти і науки України вбачає створення умов для інклюзивного та інтегрованого навчання дітей з особливими потребами. Шляхи розвитку інклюзивної освіти, завдання органам управління освітою, які впливають з них визначено у таких нормативних документах:

- наказ МОН України від 11.09. 2009 р. № 855 «Про затвердження Плану дій щодо запровадження інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах на 2009—2012 роки»;
- Наказ МОН України від 20. 01.2010 року « Про затвердження заходів на виконання розпорядження КМУ від 5 жовтня 2009 року № 1622-р «Про затвердження плану заходів щодо розвитку загальної, середньої, дошкільної та позашкільної освіти на період до 2012 року».

Слід розрізняти інтеграцію й інклюзію.

Інтеграція

Інтеграція відображає спробу залучити учнів з особливими потребами до загальноосвітніх шкіл. Учень пристосовується до вимог школи.

Інтегроване навчання має як переваги, так і проблеми. *Переваги*, зокрема, проявляються у:

подоланні ізоляції вихованців;

- можливості отримання освіти за місцем проживання без відриву від сім'ї;
- орієнтації дітей з психофізичними вадами у розвитку на нормальних однолітків;
- реальній соціальній адаптації з раннього віку; оздоровленні емоційної сфери нормальних однолітків;
- навчанні дітей спілкуватися та працювати разом; формуванні у здорових дітей почуття відповідальності за товаришів, які потребують допомоги, емпатії, співчуття.

Процес інтеграції є позитивним ще й через те, що орієнтує педагогів на зміщення акцентів у корекційно-педагогічній роботі з дітьми: *об'єктом впливу* стає не порушення, а *особистість дитини*.

Проте на часі в Україні впровадження інтегрованого навчання гальмується такими *недоліками*:

- недостатня розробленість законодавчо-правової бази;
- слабка інформованість громадськості про проблеми дітей з психофізичними вадами;
- невідповідність спеціалістів до роботи в системі інтеграції;
- труднощі у науково-методичному забезпеченні навчально-виховного і корекційного процесу.

Ще однією проблемою є ставлення родини до спеціальної освіти. Багатьох батьків не влаштовує варіант перебування їхньої дитини у відокремленому закладі з відривом від сім'ї. Саме тому виникає *стихийна інтеграція*, коли батьки попри рекомендації ПМПК залишають дітей з психофізичними вадами у масових школах, де вони навчаються без одержання відповідних особливостей їхнього розвитку освітніх послуг.

Як свідчить досвід багатьох країн, вихідним принципом інтеграції дітей з психофізичними вадами є принцип рівних прав і можливостей в одержанні освіти. При цьому інтеграція здійснюється у двох формах: соціальній та педагогічній.

Соціальна інтеграція передбачає соціальну адаптацію дитини з психофізичними вадами у загальну систему соціальних стосунків передусім у межах того освітнього середовища, в яке вона інтегрується (Л.М.Шипіцина). У окремих країнах такий вид інтеграції називають терміном «мейнстрімінг».

Освітня інтеграція передбачає надання дітям з психофізичними вадами можливості спільного навчання в одній школі чи класі з дітьми, що нормально розвиваються, за програмою масової або спеціальної школи (А.А.Колупаєва).

У «Положенні (тимчасовому) про організацію інтегрованого навчання дітей з особливими потребами в загальноосвітніх (дошкільних) навчальних закладах» (2002р.) визначено, що інтегрована освіта не є альтернативою системі спеціальної освіти дітей з особливими потребами.

Головною метою інтегрованого навчання є створення умов для особистісного розвитку, творчої самореалізації та утвердження людської гідності дітей з особливими потребами.

Завдання інтегрованого навчання:

- забезпечення права дітей з особливими потребами на здобуття середньої загальної освіти в умовах загальноосвітніх навчальних закладів у комплексному поєднанні з корекційно-реабілітаційними заходами;
- різнобічний розвиток індивідуальності дитини на основі виявлення її задатків і здібностей, формування інтересів і потреб;
- збереження і зміцнення морального і фізичного здоров'я вихованців;
- виховання в учнів любові до праці, здійснення їх допрофесійної підготовки, забезпечення умов для їх життєвого і професійного самовизначення;
- виховання школяра як культурної і моральної людини з етичним ставленням до навколишнього світу і самої себе;

- надання у процесі навчання й виховання кваліфікованої психолого-медико-педагогічної допомоги з урахуванням стану здоров'я, особливостей психофізичного розвитку вихованця.

У існуючих нормативних документах та наукових джерелах описано наступні форми інтегрованого навчання:

✓ *повна* – включення дитини з психологічною готовністю до спільного навчання та відповідним віковій нормі рівнем психофізичного і мовного розвитку в масовий заклад як рівноцінної із здоровими однолітками; корекційну допомогу дитина при цьому одержує згідно потреб у спеціалістів за місцем навчання та проживання;

✓ *комбінована* – діти з близьким до норми рівнем психофізичного та мовленнєвого розвитку навчаються у разом із здоровими однолітками, у процесі навчання одержують допомогу вчителя-дефектолога;

✓ *часткова*- перебування дітей з особливими потребами, котрі не спроможні нарівні із здоровими однолітками оволодіти освітнім стандартом, у масових закладах лише частину дня;

✓ *тимчасова* – періодичне об'єднання зі здоровими дітьми для проведення спільних заходів.

В умовах масової школи інтеграція здійснюється шляхом організації спеціальних класів або включенням дітей з психофізичними вадами до звичайних класів. Наголосимо, що **форми інтеграції залежать від рівня розвитку дитини**, а саме: повна і комбінована форми є прийнятними для дітей з високим рівнем психофізичного і мовленнєвого розвитку; часткова і тимчасова форми доцільні для дітей з нижчим рівнем розвитку

В інтегрованих (спеціальних) класах (групах) загальноосвітніх (дошкільних) навчальних закладів можуть перебувати діти з психофізичними вадами таких категорій (за умови відповідного висновку психолого-медико-педагогічної консультації (ПМПК)):

- з порушеннями опорно-рухового апарату (діти з церебральними паралічами, з наслідками поліомієліту у відновному і резидуальному станах, з вродженими і набутими деформаціями опорно-рухового апарату, артрогрипозом, хондродистрофією, міопатією);
- з порушеннями слуху (з втратою слуху від 30-ти і більше децибел);
- з важкими мовленнєвими порушеннями (з ринолалією, заїканням, алалією, афазією, дизартрією при нормальному стані слуху і первинно збереженому інтелекті);
- з порушеннями зору;
- із затримкою психічного розвитку;
- з обмеженими можливостями розумового розвитку (легка форма за умови навчання в спеціальному класі або за індивідуальною нецензовою програмою).

Навчання «інтегрованих» дітей здійснюється за навчальними планами і програмами відповідних типів спеціальних шкіл або за індивідуальними

планами й програмами з урахуванням категорії порушення. Навчально-виховний процес має бути корекційно спрямованим. Залежно від потреб дитини та її проблем з нею працюють різні спеціалісти: вчитель-дефектолог певної галузі, психолог, соціальний педагог, лікар. Ефективність навчально-виховної, корекційно-розвивальної і лікувально-профілактичної роботи залежить від координованості дій усіх фахівців. До спільної роботи обов'язково залучаються й батьки дитини.

Інклюзія

ЮНЕСКО розглядає інклюзію як процес визнання і реагування на різноманітність потреб всіх тих, хто навчається. Інклюзія потребує змін на всіх рівнях освіти, оскільки є особливою системою навчання, що охоплює весь різноманітний контингент учнів та диференціює освітній процес відповідно до потреб учнів усіх груп та категорій.

Інклюзивне навчання передбачає створення освітнього середовища, яке відповідало б потребам і можливостям кожної дитини, незалежно від особливостей її психофізичного розвитку (А.А.Колупаєва).

Інклюзивна освіта є підходом, який допомагає адаптувати освітню програму та освітнє середовище до потреб учнів, які відрізняються своїми навчальними можливостями.

Інклюзивна освіта є позитивною не лише для дітей з порушеннями психофізичного розвитку, а й для їх здорових ровесників.

Переваги інклюзивної освіти:

- розуміння суспільством проблем інвалідності;
- солідарність між дітьми з особливими потребами та їх здоровими ровесниками;
- формування у дитини з вадами розвитку моделі здорового повноцінного способу життя;
- створення умов для соціальної адаптації та найбільш повного розкриття свого потенціалу у дитини з вадами розвитку;
- зосередження уваги на можливостях і сильних сторонах особистості дитини;
- можливість усіх дітей жити разом із родиною;
- виховання у здорових дітей толерантності, комунікабельності, більш адекватної самооцінки, меншої агресії, вміння цінувати своє здоров'я;
- реальна інтеграція та суспільна адаптація.

Існуючі бар'єри:

- архітектурна недоступність шкіл;
- недостатність знань і навіть упередженість адміністрації та педагогів шкіл, батьків здорових учнів щодо проблем дітей з психофізичними порушеннями і неготовність до їхнього включення у колектив здорових однолітків;

- відсутність знань у батьків дітей з психофізичними порушеннями про відстоювання прав дітей на освіту, страх перед системою освіти і соціальної підтримки;
- відсутність у школах достатньої матеріально-технічної бази для інклюзивної освіти (підручники, посібники, ТЗН, спеціальне обладнання);
- методична неготовність педагогів і психологів загальноосвітніх закладів;
- відсутність спеціальних посад (медики, спеціальні психологи, корекційні педагоги) у загальноосвітніх закладах для здійснення психолого-педагогічного супроводу дітей з психофізичними порушеннями.

Принципи інклюзивної освіти:

- ✓ цінність людини не залежить від її здібностей і досягнень;
- ✓ кожна людина є здатною відчувати і думати;
- ✓ кожна людина має право на спілкування й на те, щоб її почули;
- ✓ усі люди потребують один одного;
- ✓ справжня освіта може здійснюватись лише у контексті реальних взаємостосунків;
- ✓ усі люди потребують підтримки і дружби ровесників;
- ✓ для усіх учнів досягнення прогресу скоріше можуть бути у тому, що вони можуть робити, ніж у тому, що не можуть;
- ✓ різноманітність посилює усі сторони життя людини.

Інклюзивна освіта здійснюється через формування спеціального інклюзивного класу, наповнюваність якого має становити не більше 20 учнів. У класі (групі) може бути не більше трьох дітей з психофізичними вадами, при цьому доцільно добирати дітей однієї категорії порушення (нозології).

Як і при інтеграції навчання дітей здійснюється за навчальними планами і програмами відповідних типів спеціальних шкіл або за індивідуальними планами й програмами з урахуванням конкретної категорії порушення. У процесі навчання і виховання реалізуються корекційні завдання.

Ефективність інклюзивної освіти залежить від здійснення психолого-педагогічного супроводу, який має забезпечуватись скоординованими діями команди фахівців: вчитель-дефектолог певної галузі, психолог, соціальний педагог, лікар, батьки дитини.

В цілому для забезпечення ефективного інтегрованого чи інклюзивного навчання дітей, що потребують корекції психофізичного розвитку, є необхідним створення відповідних умов:

- раннє виявлення вад розвитку і започаткування корекційної роботи;
- правильне діагностування розвитку дитини та урахування її можливостей;
- психологічна готовність дитини і її батьків до навчання спільно зі здоровими однолітками;

- тісна співпраця з батьками, надання їм необхідного мінімуму дефектологічних знань, психотерапевтичної і консультативної допомоги;
- відповідна підготовка педагогів загальноосвітніх закладів для здійснення фахового супроводу «інтегрованих» чи «інклюзованих» дітей;
- створення спеціальних умов в класі, школі (необхідне обладнання, охоронний режим тощо);
- підготовка здорових учнів класу до взаємодії з аномальною дитиною;
- супровід інтегрованого учня фахівцем – дефектологом, надання дитині кваліфікованої корекційної допомоги;
- забезпечення психологічного супроводу.

3. Індивідуальне навчання дітей з порушеннями психофізичного розвитку як форма організації корекційно-педагогічного процесу

Відповідно до «Положення про індивідуальну форму навчання в загальноосвітніх навчальних закладах» (2003р.) *індивідуальне навчання* є однією з форм організації навчально-виховного процесу і впроваджується для забезпечення права громадян на здобуття повної загальної середньої освіти з урахуванням індивідуальних здібностей та обдарувань, стану здоров'я, демографічної ситуації, організації їх навчання.

Діти з порушеннями психофізичного розвитку також мають право на таку форму навчання в разі, якщо за медичними показаннями їм протипоказано знаходитись у колективі, наприклад, наявність епілептичних нападів, психотичних розладів, виразних соматичних захворювань тощо. До учнів, які за станом здоров'я не можуть відвідувати спеціальну школу, вчитель приходить додому.

Індивідуальне навчання може бути призначено і дітям, батьки яких відмовляються від їхнього направлення у спеціальну загальноосвітню школу (школу-інтернат).

Індивідуальне навчання здійснюється за індивідуальним навчальним планом, затвердженим директором навчального закладу, який складається на підставі навчального плану тієї школи, що відповідає показникам розвитку дитини (нозологія, конкретний діагноз, вік). Відповідно за основу береться і стандарт освіти для певної категорії дітей. Якщо ж серйозні розлади здоров'я (соматичного, фізичного, психічного) або специфічні вади розвитку (акалькулія, аграфія) перешкоджають дитині засвоїти загальні навчальні програми, то вони для неї індивідуалізуються.

Індивідуальне навчання дітей з порушеннями психофізичного розвитку ґрунтується на принципах спеціальної дидактики, тому обов'язково є **корекційно спрямованим**. Зміст та засоби корекції обумовлюються специфікою наявного порушення, а не формами організації навчання.

Згідно з «Положенням про індивідуальну форму навчання в загальноосвітніх навчальних закладах» індивідуальне навчання має здійснюватись педагогічними працівниками з відповідною фаховою (дефектологічною) освітою. Адже для реалізації корекційного навчання

вчитель має на високому фаховому рівні оволодіти спеціальною психологією, педагогікою та методикою у певній галузі дефектології. Саме тому **вчитель індивідуального навчання повинен мати відповідну дефектологічну освіту.**

Особливості методики корекційного навчання різних категорій дітей з психофізичними вадами

Для успішної організації індивідуального навчального процесу дітей з психофізичними вадами вчитель має добре володіти знаннями особливостей їх психофізичного розвитку, типових труднощів, що виникають при оволодінні навчальним матеріалом і є обумовленими характером захворювання. Педагог має розуміти, на якому етапі й чому виникла та чи інша проблема у навчанні, як це відображається на засвоєнні навчальної програми.

До початку навчально - корекційної роботи вчитель має детально вивчити документацію про дитину; провести детальну бесіду з батьками про інтереси дитини, її схильності, потреби й улюблені заняття; з'ясувати її характерологічні особливості та особливості поведінки; вивчити стосунки у родині.

Для навчання дітей з психофізичними вадами використовуються ті ж методи, що й для навчання дітей з непорушеним розвитком, проте особливості психофізичного розвитку учнів обумовлюють інакші способи застосування цих методів. Зокрема, *методи навчання повинні бути корекційно – розвивальними.* Це найсуттєвіша відмінність спеціальних дидактичних методів, яка означає, що будь-який метод чи прийом окрім дидактичної мети має розв'язувати і корекційну, спрямовану на розвиток учнів. В організації навчальної діяльності враховується рівень знань, темп роботи, динаміка втомлюваності, обсяг пам'яті, стійкість уваги, довільність психічних процесів дитини, рівень розвитку її мовлення та опорно-рухової системи. Це передбачає, наприклад:

- відбір для кожного уроку певної невеликої за обсягом кількості навчального матеріалу;
- максимальну розгорнутість і поділ складних понять і дій;
- уповільненість навчання;
- повторюваність дій;
- наявність пропедевтичних періодів у навчанні;
- опору на чуттєвий досвід учнів;
- керівництво діями учнів;
- поступовий розвиток пізнавальних процесів;
- оптимізацію темпу роботи та динаміки втомлюваності;
- посилення здатності дитини до саморегуляції;
- розвиток самостійності дитини.

Методи слід застосовувати у нерозривній єдності, гармонійно. Це обумовлено характером процесу пізнання, в якому поєднуються безпосереднє сприймання об'єктів і явищ, розумова обробка результатів сприймання і практична діяльність. Тому жодна форма пізнання не може бути абсолютизована, оскільки це негативно вплине на реалізацію корекційних завдань. Гармонійність у поєднанні методів навчання означає не рівномірний розподіл методів на уроці, а поєднання їх у оптимальних пропорціях в

залежності від певного критерію. Так, за аспектом передачі та сприймання навчальної інформації узгоджуються словесні, наочні та практичні методи; за логічним – індуктивні та дедуктивні; за аспектом мислення і розв'язання корекційних завдань – репродуктивні та проблемно-пошукові; за аспектом керування навчанням – методи самостійної роботи і роботи під керівництвом вчителя; за аспектом мотивації – методи стимулювання інтересу до навчання і відповідальності за нього тощо.

У процес навчання *необхідно включати методи, які викликають інтерес до учіння*. Це, зокрема, використання різних видів ігор, створення ігрових моментів, моделювання реальних ситуацій тощо. Ця особливість такого значення у навчанні дітей з нормальним розвитком не набуває, а у навчанні школярів з психофізичними вадами вона пов'язана із пасивністю дітей, зниженням їхнього інтересу до навчання і часто нерозумінням його необхідності, наявними труднощами й невдачами.

Методи мають відповідати принципам спеціальної дидактики. А саме:

- дидактичні методи мають бути спрямованими не лише на формування знань, вмінь і навичок учнів, корекцію їх психофізичного розвитку, а й на їх моральне виховання;

- методи навчання мають бути доступними для учнів і водночас забезпечувати доцільний рівень труднощів з метою стимулювання учнів до розумових дій, докладання вольових зусиль, оптимального розвитку;

- методи слід обирати так, щоб вони забезпечували свідомість і міцність засвоєння знань дітьми, формували у них вміння теоретичні знання застосовувати в практичній діяльності в різних умовах;

- поєднувати методи необхідно так, щоб вони призводили до оволодіння досвідом послідовно і системно;

- методи повинні стимулювати учнів до самостійної роботи, творчості, ініціативи;

- при виборі методів слід враховувати не лише загальні психічні закономірності, властиві дитині з певною аномалією та діагнозом, а й індивідуальні особливості кожної дитини.

Різні категорії дітей з психофізичними вадами потребують специфіки у використанні прийомів корекційного навчання. Опишемо окремі з них, зауваживши, що детальне оволодіння спеціальними методиками можливе лише за умови копіткого вивчення конкретних галузей дефектології.

Оцінювання

Для кожного типу спеціальної загальноосвітньої школи МОН України рекомендовано відповідні критерії оцінювання навчальних досягнень учнів з урахуванням особливостей їхнього психофізичного розвитку та можливостей.

Основними *функціями перевірки і оцінювання навчальних досягнень* учнів усіх типів шкіл є:

- ✓ **контролююча** – визначення рівня засвоєння навчальної програми, виявлення готовності до засвоєння нового матеріалу;

✓ навчальна – стимулювання зусиль учнів до подолання труднощів, повторення, уточнення, систематизації, застосування знань і вмінь; формування в учнів адекватних критеріїв оцінювання якості своїх знань і вмінь;

✓ діагностико-коригуюча – з'ясування причин труднощів, виявлення прогалин у знаннях і вміннях; внесення коректив, спрямованих на подолання цих прогалин у діяльність учнів і вчителя; надання своєчасної допомоги;

✓ стимулюючо-мотиваційна – стимулювання учнів поліпшувати свої досягнення, формування позитивної мотивації до навчання;

✓ розвивально-виховна – формування вмінь цілеспрямованої діяльності, розвиток відповідальності, працелюбності, активності, охайності, самостійності та інших особистісних якостей учнів;

✓ реалізація індивідуального підходу – знаходження відповідного рівня навантаження для кожного учня; вивчення ставлення учня до труднощів, успіхів, оцінки.

Перевірка навчальних досягнень учнів здійснюється у межах матеріалу, визначеного навчальними програмами певного типу школи. При цьому враховуються можливості дітей та особливості їхнього психофізичного розвитку. Оцінювання ґрунтується на позитивному принципі, тобто передусім враховуються досягнення учня, а не його невдачі.

Об'єктами перевірки і оцінювання виступають структурні компоненти навчальної діяльності, а саме:

1. **Змістовий компонент** – знання дітей.

При оцінюванні враховуються такі характеристики знань:

- *повнота* (від фрагментарного відтворення навчального матеріалу до відтворення у повному обсязі);

- *правильність* (від не завжди точного до правильного відтворення навчального матеріалу);

- *усвідомленість* – (від розуміння в основному до вміння пояснити, обґрунтувати);

- *застосування знань* (адекватність, самостійність, різні умови, використання допомоги).

2. **Операційно-організаційний компонент** – дії, способи дій, діяльність:

а) *предметні* (відповідно до змісту основних навчальних предметів);

б) *розумові* (порівнювати, класифікувати, абстрагувати, узагальнювати тощо) та *загальнонавчальні* (аналізувати, планувати, організовувати, контролювати процес і результати виконання завдання, вміння користуватись підручником тощо).

Оцінюються такі характеристики:

- *правильність*;

- *швидкість*;

- *свідомість дій*;

- *новизна умов* (за зразком, аналогічне, нове);

- *самостійність виконання*;

- *якість виконаної роботи;*
- *цілеспрямованість.*

3. **Емоційно-мотиваційний компонент** – ставлення до навчання.

Оцінюються такі характеристики:

- *характер і сила* (байдуже, недостатньо виразне позитивне, зацікавлене, виразне позитивне);
- *дійовість* (від пасивного до дійового);
- *сталість* (від епізодичного до сталого).

Навчальні досягнення учнів спеціальної школи оцінюються за **4-марівнями** і відповідними їм балами:

- 1) Перший рівень – початковий (1 - 3 бали).
- 2) Другий рівень – середній (4 – 6 балів).
- 3) Третій рівень – достатній (7 – 9 балів).
- 4) Четвертий рівень – високий (10 – 12 балів).

Якісні критерії цих рівнів розроблено у відповідності з типами спеціальних шкіл.

Педагогічні умови реалізації індивідуального підходу

Ефективність навчання учнів з психофізичними вадами залежить від того, наскільки вчителю вдасться врахувати індивідуально-психологічні можливості кожного з них і створити відповідні умови. Індивідуальне навчання, як і його колективні форми, передбачає урахування при доборі дидактичних методів і прийомів наступних **особливостей**:

- ✓ клінічний діагноз; структура дефекту: первинний дефект, вторинні відхилення, наявність ускладнень, стан аналізаторів, фізичний стан, збережені сторони психіки;
- ✓ індивідуальні особливості пізнавальних процесів;
- ✓ темп діяльності;
- ✓ динаміка втомлюваності;
- ✓ коло уявлень про навколишнє середовище, рівень знань, зона актуального та найближчого розвитку;
- ✓ самооцінка; ставлення дитини до власного дефекту; компенсаторні можливості;
- ✓ особливості емоційної сфери;
- ✓ характерологічні особливості.

При індивідуальному підході також слід враховувати психологічні **закономірності розвитку особистості на різних вікових етапах**, адже дитина з психофізичними вадами розвивається за тими ж законами, що й нормальна.

Однією з умов реалізації індивідуального підходу є **використання вчителем педагогічної техніки**, зокрема, невербальних прийомів особистого впливу на учня — жести, міміка, виразність мовлення, погляд. Педагогічна техніка індивідуального характеру сприяє встановленню особливого особистісного контакту з учнем і дозволяє в окремих випадках загальмувати негативні прояви поведінки, а в інших — стимулювати його до роботи.

Важливого значення набуває й **правильний підхід до оцінювання**.

Воцінюванні слід дотримуватись таких вимог:

- оцінку слід обґрунтувати, тобто учень має розуміти, за що він одержує саме таку оцінку;
- стимулом для учнів має бути не лише кількісна оцінка (бали), а й якісна – емоційний стан вчителя, його слова;
- при оцінюванні слід враховувати не лише знання, вміння й навички учня, а й ставлення до навчання, рівень докладених зусиль (тобто всі компоненти навчальної діяльності);
- у молодших класах частіше за все слід оцінювати конкретну відповідь, а у старших можна застосовувати й поурочне оцінювання;
- слід враховувати специфічні особливості й труднощі дитини;
- оцінка не повинна принижувати учня чи викликати в нього негативні емоції, а – навпаки – стимулювати до покращення своїх результатів, успіхів, викликати позитивні почуття;
- у першому класі кількісне оцінювання не проводиться. До другого класу учнів переводять на підставі психолого-педагогічних характеристик, у яких визначається загальний рівень засвоєння навчального матеріалу;
- оцінювати треба конкретну відповідь дитини. Вчитель повинен показати учневі перспективи покращення оцінки. При цьому слід орієнтувати оцінку на порівняння з самим собою вчорашнім, тобто на ті зміни, як відбулись у розвитку можливостей дитини протягом певного часу. В оцінюванні обов'язково потрібно враховувати емоційну реакцію дитини на схвалення та зауваження, рівень сформованості самооцінки тощо. Оцінка завжди повинна стимулювати дитину до покращення результатів роботи, заохочувати до подолання труднощів, що виникають у навчанні.

У процесі індивідуального навчання слід передбачати й *реалізувати не лише навчальну, а й корекційну мету*, спрямовану на подолання порушень та розвиток особистості учня.

Важливого значення набуває й *врахування індивідуальних особливостей самооцінки, ставлення до власного дефекту та компенсаторних можливостей учня*. Самооцінка дитини, усвідомлення і ставлення до власного дефекту істотно впливають на успішність її навчання та на психічний розвиток. Вада психофізичного розвитку суттєво впливає на самооцінку дитини. Часто діти недооцінюють або переоцінюють свої можливості. Для того, щоб підвищити ефективність корекційної роботи, необхідно перетворити учня з об'єкта педагогічного впливу на активного співучасника навчально-виховного процесу. Виконання цього завдання можливе за умови, якщо дитина усвідомлюватиме власні вади і, озброєна вірою у власні сили та з допомогою вчителя, буде націлена на їхнє подолання. У дітей із неадекватною самооцінкою слід розвивати критичність мислення, прагнення та вміння об'єктивно оцінювати свої можливості у різних видах діяльності, а також поступово формувати у них усвідомлення того, що для успішної адаптації в суспільстві їм доведеться докладати значно більше зусиль, ніж дітям з нормальним психофізичним розвитком. Варто наголосити на тому, що педагогічна робота повинна

проводитись дуже обережно, щоб не травмувати дитину, щоб у неї водночас із з'ясуванням власних проблем формувалась віра у можливість їх подолання, бачення своїх позитивних сторін.

У процесі індивідуального навчання необхідно орієнтуватись і на *індивідуальні особливості емоційно-вольової сфери учня, його власні потреби та інтереси, індивідуальні особливості характеру*. Педагогу, спостерігаючи за дитиною у різних ситуаціях, необхідно особливу увагу звертати на те, які емоційні реакції у неї викликають ті чи інші стимули і надалі враховувати це у своїй роботі. Варто розвивати вольові зусилля дитини в оволодінні навчальним матеріалом, прагнення до покращення власних результатів. Організацію роботи з учнем слід здійснювати так, щоб він одержував позитивні емоції від процесу навчання. У центр індивідуального навчання слід ставити особистість дитини, враховувати і далі розвиватись її власні потреби, інтереси, нахили, здібності. З метою ефективності індивідуального навчання слід враховувати характерологічні особливості учня, пристосовуючись до окремих з них, коригуючи негативні та формуючи позитивні.

Індивідуальний підхід реалізовується за допомогою різних **приймів індивідуального впливу** на учнів, зокрема:

✓ **Активізація учня.** Учень не повинен бути пасивним учасником навчального процесу. Вчитель має підібрати такий зміст навантаження на індивідуальний урок та методи залучення учня, щоб він був активним і свідомим у засвоєнні знань та вмінь.

✓ **Індивідуалізація завдань.** Залежно від індивідуальних особливостей учня та характеру труднощів, які викликає у нього навчальна діяльність, слід пропонувати завдання у різній формі. Так, наприклад:

– при несформованості фонематичного сприймання (у молодших класах) замість диктанту можна дати списування тексту;

– при труднощах письма за зразком (у період оволодіння грамотою) запропонувати письмо за контуром чи опорними крапками у зошитах;

– при труднощах запам'ятовування словесної інструкції використати наочну: таблиця, умовні позначення тощо;

– при неможливості зрозуміти хід виконання задачі навести аналогічну, розв'язану раніше або запропонувати виконати її у практичному плані.

✓ **Визначення відповідного рівня допомоги.** Кожен учень в залежності від рівня знань, зони актуального та найближчого розвитку потребує різного рівня допомоги. Надмірна допомога призведе до пасивності дитини, а недостатня — до неможливості опанувати відповідним обсягом знань. Вчитель повинен надати учневі спеціальну допомогу, спрямовану на ліквідацію певних прогалин у знаннях, індивідуальних помилок, подолання труднощів. Розрізняють такі рівні допомоги:

– стимулююча, яка полягає у тому, щоб заохотити учня, запевнити його у власних можливостях, підтримати, — надається дітям, які не можуть

самостійно приступити до роботи через невпевненість у собі, загальмованість;

– організуюча — допомога у встановленні послідовності виконання завдання, усунення умов за яких учень відволікається від роботи, повторення інструкції — використовується для школярів, у яких спостерігається порушення цілеспрямованості;

– звуження обсягу виконуваного завдання шляхом розчленування завдання на окремі частини — ефективно для дітей зі звуженим обсягом уваги, зниженням її концентрації;

– виконання допоміжного завдання, яке сприяє розв'язанню основного питання, задачі;

– розчленування складного завдання на поетапне виконання елементарних — часто використовується для школярів з вадами інтелекту, з дуже низькою пізнавальною активністю;

– постановка навідних (підштовхуючих) запитань;

– зміна умов роботи: наприклад, міркувати вголос тощо;

– при виконанні розумових дій опора на практичні дії з наочністю;

– додаткове пояснення;

– багаторазове повторення і показ способу виконання завдання або дії;

– попередження про можливі помилки і способи їх усунення тощо.

Головним при наданні індивідуальної допомоги повинна бути активізація вольових зусиль учня, його самостійності, підтримання інтересу до виконання навчальної роботи. У будь-якому випадку, добираючи навчальний матеріал, не слід усувати труднощі, що виникають в учня, а - створити для нього такі умови, щоб він міг їх долати самостійно.

✓ **Визначення оптимального темпу роботи з урахуванням динаміки наростання втоми.** Працездатність залежить від темпу, точності роботи та динаміки втомлюваності. Дітям зі сповільненим темпом роботи або швидкою втомлюваністю слід спочатку зменшувати обсяг завдань, чергувати навантаження з відпочинком, а згодом поступово прискорювати темп і збільшувати стійкість нервової системи до навантажень. В учнів, у яких точність роботи страждає через її прискорений темп, необхідно формувати навички самоконтролю, уміння помічати і виправляти власні помилки. Якщо дитина надто збудлива, швидка, слід спеціально організувати її працю, уповільнити, давати їй не все завдання одразу, а поетапно, перевіряти при цьому результат виконання кожного елемента.

✓ **Урахування індивідуальних особливостей пізнавальних процесів.** Індивідуальне навчання частонадається дітям, у яких окрім основного порушення наявні й специфічні проблеми, зокрема: нестійка увага; знижена здатність до узагальнення, абстрагування, встановлення причиново-наслідкових зв'язків; акалькулія чи дискалькулія, аграфія чи дисграфія; недостатність рухових умінь, грубі порушення моторики; недостатній розвиток просторових уявлень; грубі порушення пам'яті; порушення зв'язного мовлення. При

виявленні таких проблем вчителю слід узгодити свої дії з психологом, логопедом чи іншим спеціалістом з метою добору правильних корекційних прийомів і відповідного змісту роботи. Наприклад, корекція недоліків уваги досягається тренуванням уваги з допомогою спеціальних вправ; розвитком регулюючої функції мовлення та навичок самоконтролю. Дітям з грубими порушеннями моторики варто дуже ретельно дозувати рухові завдання, вправи з письма. Коригувати вади письма можна шляхом тренування пам'яті з допомогою спеціальних вправ та ігор; формування раціональних прийомів запам'ятовування; опосередкування пам'яті процесами мислення та мовлення. Від учнів із недорозвитком зв'язного мовлення необхідно вимагати відповідей повними реченнями, стимулювати їх міркувати вголос, вголос планувати свою діяльність.

4. Корекційна спрямованість як основний принцип організації навчання дітей з вадами психофізичного розвитку

Найважливіше завдання системи корекційної освіти — це підготовка дитини з психофізичними вадами до повноцінного життя у сучасних соціально-економічних умовах. Певні відхилення у фізичному та розумовому розвитку учнів спеціальної школи створюють труднощі у досягненні загальної освітньо-виховної мети, породжують суперечності між прагненнями учнів і їхніми можливостями. Тому процес навчання і виховання дітей з психофізичними вадами має чітку корекційну спрямованість. Корекція дефектів психофізичного розвитку учнів, розвиток їхньої особистості здійснюється у процесі всієї роботи спеціальної школи. Окремої програми корекції не існує, вона проводиться на навчальному матеріалі всіх предметів, у повсякденному житті. Педагогічні прийоми корекційної роботи стимулюють компенсаторні процеси розвитку дітей з психофізичними вадами і дозволяють формувати у них нові позитивні якості.

Корекційна спрямованість становить сутність навчально-виховного процесу у спеціальній школі і не розглядається як окрема ділянка або додаток до основного змісту роботи школи, а сполучена з ним. Наявне порушення впливає на особистість дитини в цілому, а це означає, що для її розвитку дитини навчання, виховання, розвиток і корекція повинні бути єдиним процесом, який включає корекційні завдання як інтегровану складову частину.

Навчання є основним шляхом корекції недорозвитку психіки дітей з психофізичними вадами, оскільки знаходиться у нерозривній єдності з вихованням і розвитком і може бути спрямованим також на формування новоутворень особистості дитини. Успішне виконання завдань спеціальної школи можливе лише тоді, коли всі педагогічні заходи спрямовуватимуться на послаблення або подолання психічних та фізичних недоліків учнів, на їхній подальший цілісний особистісний розвиток. Саме тому в теорії та практиці корекційної педагогіки вживається термін корекційно - розвивальна робота або корекційно – розвивальний процес навчання.

Система корекційних заходів на учнів має впливати на особистість в цілому і виявлятися у єдності таких її компонентів, як **пізнавальні й емоційно**

– **вольові психічні процеси; досвід (знання, вміння, навички); спрямованість; поведінка;** а також має бути розрахована на тривалий час.

Ефективність корекційної спрямованості навчання можна оцінити за такими **критеріями**:

- якісне і кількісне полегшення структури дефекту;
- виправлення недоліків і перехід скоригованої вади до позитивних можливостей дитини;
- підвищення рівня актуального розвитку і, як наслідок, розширення зони найближчого розвитку;
- свідоме користування дітьми набутим досвідом;
- накопичення і позитивна зміна властивостей особистості.

Розв'язання корекційних завдань є функцією кожного працівника спеціальної школи, тому водночас із навчальною і виховною персонал проводить корекційну роботу.

Корекційна робота – це діяльність, спрямована на поліпшення процесів розвитку і соціалізації дитини, послаблення або подолання психофізичних вад учнів у процесі їх навчання і виховання з метою максимально можливого розвитку їхньої особистості та підготовки до самостійного життя (С.П.Миронова).

Корекційна робота проводиться у системі, **компонентами** якої є:

- єдність педагогічних і медичних впливів на учня;
- взаємодія вчителів, вихователів, психолога, лікарів, батьків учнів;
- дотримання послідовності і наступності у корекційно-виховній роботі;
- суворе дотримання єдиного охоронно-педагогічного режиму в школі та сім'ї.

Корекційні завдання розв'язуються залежно від виду аномалії, конкретного клінічного діагнозу дитини, її потреб і можливостей. З урахуванням специфіки кожної аномалії у різних типах шкіл ці завдання окрім вчителів розв'язують на спеціальних заняттях і вузькі спеціалісти, зокрема, тифлопедагоги, сурдопедагоги, логопеди, психологи, лікарі ЛФК та інші. Ця специфіка передбачена навчальними планами кожного типу спеціальної школи.

Індивідуальне навчання дітей з вадами психофізичного розвитку ґрунтується на принципах спеціальної дидактики, тому також обов'язково є **корекційно спрямованим**.

Контрольні запитання

1. Охарактеризуйте принципи, покладені в основу організації спеціальних закладів для дітей, що потребують корекції психофізичного розвитку.
2. Які показники розвитку дитини покладаються в основу диференційованої системи спеціальних закладів?
3. Визначить мету різних типів закладів для дітей, що потребують корекції психофізичного розвитку, і шляхи її реалізації.
4. Дайте визначення та назвіть завдання інтегрованого навчання.
5. У яких формах може здійснюватись інтегроване навчання?

6. Розкрийте поняття інклюзії та інклюзивної освіти.
7. Що спільного і відмінного між інтеграцією та інклюзією?
8. Які умови слід забезпечити для реалізації інтегрованого та інклюзивного навчання?
9. Яку користь дасть інтегроване та інклюзивне навчання дітям з психофізичними порушеннями та їхнім здоровим одноліткам?
10. Якою є роль вчителя масової школи, психолога у реалізації інтегрованого та інклюзивного навчання?
11. Яку роботу слід провести вихователю, вчителю із батьками здорових дітей для забезпечення інтеграції та інклюзії?
10. Розкрийте сутність індивідуального навчання дітей з порушеннями психофізичного розвитку.
11. Чому індивідуальне навчання дітей з порушеннями психофізичного розвитку має здійснювати вчитель-дефектолог?
12. Обґрунтуйте взаємозв'язок навчання, виховання, розвитку і корекції стосовно дітей з психофізичними порушеннями.

Тема 7

Особливості розвитку, навчання та виховання дітей із порушеннями мовлення

План

1. Психолого-педагогічна характеристика дітей із порушеннями мовлення
2. Навчання і виховання дітей із порушеннями мовлення
3. Особливості роботи вчителя з дітьми, що потребують логопедичної допомоги, в умовах загальноосвітніх шкіл

1. Психолого-педагогічна характеристика дітей з порушеннями мовлення

Основні закономірності розвитку мовлення

Мовлення формується у процесі загального психофізичного розвитку дитини. *Умовами формування нормального мовлення є:*

- збережена центральна нервова система дитини;
- наявність нормального слуху і зору;
- достатній рівень мовленнєвого спілкування дорослих з дитиною.

На першому році життя дитина передусім оволодіває вокалізацією, гулінням, лепетом. Після 6-ти місяців лепетне мовлення активізується, наближається до звуків рідного мовлення, збагачується новими інтонаціями, є відповіддю на голосове звернення дорослих. Відсутність лепетного мовлення вже на ранніх етапах життя може свідчити про порушення у дитини слуху, артикуляційної моторики, інтелекту. На кінець першого року життя дитина розуміє значення багатьох слів і сама вимовляє перші слова. Великого значення вже у цьому періоді (як і впродовж подальшого розвитку) набуває спілкування

дитини з оточуючими (передусім з матір'ю). Недостатність мовленнєвого спілкування, недорозвиток сенсомоторних функцій дитини можуть призвести і до недорозвитку мовлення дитини та затримки психічного розвитку в цілому.

До кінця другого року словник дитини суттєво збільшується, відбувається оволодіння простою фразою, яка поступово ускладнюється. У віці від одного до трьох років мовлення посідає провідне місце у психічному розвитку дитини. Дитина супроводжує мовленням свої ігри та предметні дії, ставить багато запитань і відповідає на запитання дорослих. Поступово мовлення стає провідним засобом спілкування і розвитку мислення.

До п'яти років розвивається координація між диханням, фонацією і артикуляцією, що забезпечує плавність мовлення; формується здатність до звукового аналізу і синтезу. Нормальний розвиток мовлення дозволяє дитині на кінець дошкільного віку перейти до нового етапу – оволодіння писемним мовленням.

Ще у дошкільному віці у дитини розвивається потреба у спілкуванні, яка з віком посилюється. Ця потреба не є вродженою, а формується у процесі взаємодії дитини з оточуючими. Тому так важливо, щоб комунікативна практика відповідала віку й можливостям дитини. Відсутність прагнення до спілкування, як і невідповідність мовленнєвого рівня відповідному віку, може свідчити про певні проблеми у розвитку дитини.

Проте будь-яке відхилення від вікової норми як ізольований фактор не є свідченням порушення мовлення. Оцінювати це необхідно в комплексі, враховуючи цілісні показники психофізичного розвитку дитини.

Порушення мовлення у дітей характеризуються тим, що:

- не відповідають віку того, хто говорить;
- самотійно не зникають, а закріплюються;
- позначаються на подальшому розвитку дитини, затримуючи й ускладнюючи його;
- потребують логопедичної допомоги.

Зауважимо, що до цієї категорії не відносяться діти, у яких мовленнєві відхилення обумовлені віковими особливостями, діалектизмами чи тимчасовими особливостями анатоμο-фізіологічного апарату (випадіння зубів, риніти тощо).

Якщо у дитини є збереженим слух, зір, інтелект, проте наявні значні вади мовлення, що відображаються на усьому психічному розвитку, то можна говорити саме про первинне мовленнєве порушення. Діагностика мовленнєвих порушень здійснюється за трьома аспектами. *Медичний аспект* передбачає визначення часу і причин порушення; їх локалізації. *Логопедичний аспект* передбачає встановлення порушеного елемента мовленнєвої системи, визначення ступеня порушення та його структури. *Психологічний аспект* передбачає виявлення особливостей формування особистості, впливу дефекту на комунікативну функцію мовлення, всебічне вивчення пізнавальних психічних процесів.

Основними *причинами порушень мовлення* є:

- спадкові фактори;
- внутрішньоутробна патологія, зокрема: інфекційні чи соматичні захворювання, травми, несумісність крові за резус-фактором, інтоксикації та ін.;
- пологові травми або асфіксія;
- різні захворювання чи травми у перші роки життя дитини;
- соціально-психологічні фактори: недостатність емоційного і мовленнєвого спілкування з дорослими, двомовність у сім'ї, надмірне стимулювання мовленнєвого розвитку дитини, педагогічна занедбаність, психотравмуючі ситуації.

Порушення мовлення можуть виникати внаслідок дії як однієї причини, так і їх поєднання.

Порушення мовлення у логопедії класифікуються з огляду на *клініко-педагогічний та психолого-педагогічний* підхід. Такий поділ є необхідним для правильної діагностики і корекції мовленнєвої патології, адекватного вибору закладу для дитини.

У *клініко-педагогічній класифікації* виділяють порушення усного та писемного мовлення.

До порушень *усного* мовлення відносяться:

✓ ***порушення фонаційного (зовнішнього) оформлення вимовної сторони мовлення:***

- *афонія, дисфонія* – відсутність або порушення голосу;
- *тахілалія* – патологічно прискорений темп мовлення;
- *брадилалія* – патологічно уповільнений темп мовлення;
- *заїкання* – порушення темпо-ритмічної організації мовлення, обумовлене судомним станом м'язів артикуляційного апарату;
- *дислалія* – порушення вимовної сторони мовлення при нормальному слухові і збереженій іннервації мовленнєвого апарату;
- *дизартрія* – порушення вимовної сторони мовлення, обумовлене недостатньою іннервацією мовленнєвого апарату;
- *ринолалія* – порушення тембру голосу і звуковимови, обумовлене анатомо-фізіологічними дефектами мовленнєвого апарату.

Усі ці вади є різними за причинами, характером, порушеною ланкою (голос, темп, тембр, звуковимова); часто потребують допомоги не лише логопеда, а й інших спеціалістів (лікарів, психолога, фоніатра).

✓ ***структурно-семантичні (внутрішні) або системні порушення мовлення:***

- *алалія* – відсутність або недорозвиток мовлення внаслідок органічного ураження мовленнєвих зон кори головного мозку;
- *афазія* - повна або часткова втрата мовлення, обумовлена локальними пошкодженнями головного мозку.

Це складні вади, при яких страждають не лише усі сторони мовлення, а й особистісний розвиток людини.

До порушень *писемного* мовлення відносяться:

- *дислексія (алексія)* – часткове (повне) порушення процесів читання;
- *дисграфія (аграфія)* - часткове (повне) порушення процесів письма.

Психолого-педагогічна класифікація є необхідною для організації логопедичного впливу в умовах роботи з дитячим колективом (дошкільна група, клас). Мовленнєві порушення при цьому поділяють на дві групи:

✓ **порушення засобів спілкування:**

- *фонетико-фонематичний недорозвиток мовлення(ФФН)* – порушення процесів формування вимовної системи рідної мови у дітей із різними розладами, внаслідок вад сприймання і вимови фонем;
- *загальний недорозвиток мовлення (ЗНМ)* – порушення формування всіх компонентів мовленнєвої системи, що відносяться до звукової і смислової сторін мовлення (звуковимова, лексика, граматична будова, зв'язне мовлення), при нормальному слухові та первинно збереженому інтелекті.
 - **порушення у застосуванні засобів спілкування:**
 - *заїкання;*
 - *прояви мовленнєвого негативізму.*

У цій класифікації порушення письма і читання розглядаються не як самостійні, а у складі фонетико-фонематичного і загального недорозвитку мовлення, як їхні наслідки.

Деякі особливості розвитку дітей з мовленнєвими порушеннями

Психологічні особливості дітей з порушеннями мовлення знаходяться у прямій залежності від клінічного діагнозу, якості та ступеня порушення, його причин. Зокрема, діти, порушення мовлення яких обумовлені органічними ураженнями центральної нервової системи, є виснажливими, швидко втомлюються передусім у розумових видах діяльності. Вони можуть бути дратівливими, збудженими, розгальмованими, неспокійними, непосидючими; їхній настрій швидко змінюється внаслідок емоційної нестійкості. У окремих дітей спостерігається загальмованість, зниження розумової працездатності, зниження уваги. Досить часто мовленнєві порушення цієї категорії дітей викликають нестійкість уваги й пам'яті, недостатність регулюючої функції мовлення, порушення пізнавальної діяльності та розумової працездатності.

Діти з порушеннями мовлення функціонального характеру характеризуються як підвищеною збудливістю, негативізмами, розладами поведінки, так і навпаки - надмірною сором'язливістю, невпевненістю, ранимістю.

У роботі з дітьми, що потребують корекції порушень мовлення, слід брати до уваги, що будь-яке мовленнєве відхилення від норми може призвести до шкільної неуспішності, порушень у поведінці, проблем у спілкуванні як з однолітками, так і дорослими. Такі діти після ретельного обстеження спеціалістами мають одержувати відповідну психолого-педагогічну і (або) медичну допомогу, потребують індивідуального підходу у процесі навчання і виховання.

2. Навчання і виховання дітей з порушеннями мовлення

Логопедична допомога дітям з порушеннями мовлення надається як у загальній, так і корекційній системі дошкільної та шкільної освіти. Тип закладу, форми і методи корекційного впливу залежать від таких *показників*:

- вік дитини;
- етіологія мовленнєвого порушення;
- група мовленнєвого порушення відповідно до психолого-педагогічної класифікації;
- клінічний діагноз;
- ступінь та виразність мовленнєвого порушення;
- рівень розвитку комунікативної функції мовлення;
- ступінь інтелектуального розвитку;
- особливості психофізичного розвитку;
- потреби і можливості дитини.

Дошкільні заклади

У системі дошкільної освіти дитина з порушеннями мовлення може одержувати допомогу у спеціальних логопедичних групах (окремих ДНЗ), які диференціюються таким чином:

- 1) для дітей з ФФН;
- 2) для дітей із ЗНМ;
- 3) для дітей із заїканням.

У ці групи приймаються діти із первинно порушеним мовленням і збереженим слухом та інтелектом. Тривалість перебування у цих групах визначається відповідно до якості мовленнєвого порушення дитини. Основною *метою* спеціальних логопедичних дошкільних закладів (груп) є корекція мовленнєвих порушень у дітей та повноцінна підготовка їх до навчання у масовій школі.

Навчання і виховання здійснюються на основі програм масового дошкільного закладу, адаптованих до особливостей психофізичного розвитку цієї категорії вихованців. Ефективність логопедичної допомоги у дошкільних закладах залежить від комплексного психолого-медико-педагогічного впливу та співпраці з батьками. Безпосередню корекцію мовленнєвих порушень здійснюють *логопеди*. З вихованцями логопедичних груп працюють не лише логопеди, а й *вихователі*, завданням яких є закріплення мовленнєвих навичок, вироблених на логопедичних заняттях, розвиток дітей та формування у них знань відповідно до програми ДНЗ. На заняттях з *музики і фізичного виховання* здійснюється зміцнення здоров'я дітей, розвиток координації рухів і позитивних емоцій, логоритмічний вплив. *Психолог* працює над подоланням недорозвитку окремих пізнавальних процесів, проблем емоційно-вольової сфери і поведінки. По необхідності діти одержують *медикаментозне лікування, фізпроцедури*, беруть участь у заняттях з *ЛФК*. Закріплення одержаних знань, створення позитивної атмосфери для розвитку забезпечують *батьки* дитини.

Логопедичні пункти системи освіти

Школярі, порушення мовлення яких є невиразними, частковими, одержують логопедичну допомогу на заняттях у логопедичних кабінетах при загальноосвітніх школах (іноді - управліннях освіти). Логопедичні заняття набувають корекційно-розвиваючої спрямованості, проводяться одночасно із шкільним навчанням і базуються на навчальних програмах (передусім – рідної мови, математики).

Завдання логопедичної допомоги при загальноосвітній школі:

- своєчасне виявлення порушень і попередження виникнення вторинних відхилень у структурі дефекту дитини;
- виправлення порушень усного й писемного мовлення учнів;
- формування повноцінних знань, вмінь і навичок в галузі рідної мови;
- стимулювання розвитку пізнавальної активності дітей, формування прийомів розумової діяльності, необхідних для оволодіння мовою;
- розвиток мовленнєвої активності учнів;
- пропаганда корекційно-логопедичних знань серед батьків і педагогів;

У першу чергу на заняття зараховуються учні молодших класів, мовленнєві порушення яких перешкоджають шкільному навчання, спричиняють неуспішність, пониження комунікабельності. Корекційна робота проводиться протягом року переважно у групових формах. Групи для занять комплектуються з урахуванням мовленнєвого діагнозу та віку дитини.

Логопед працює у тісному взаємозв'язку із вчителями початкових класів, психологом, батьками дітей. Логопед узгоджує із педагогом навчальне навантаження дитини, повідомляє вчителю та батькам про досягнення на логопедичних заняттях, пропонує варіанти закріплення набутих мовленнєвих навичок. Батьки за наявності бажання можуть бути присутніми на логопедичних заняттях. Якщо вади мовлення учня відображаються на розвитку його пізнавальної діяльності, поведінці, то логопед співпрацює із психологом, який може включати дитину до психокорекційних чи психотерапевтичних занять. Таким комплексним підходом забезпечується результативність корекційно-логопедичного впливу.

Школа для дітей із тяжкими порушеннями мовлення

У тих випадках, коли порушення мовлення набуває виразного характеру і не може коригуватись в умовах шкільного логопункту, а дитина через наявне порушення не може вчитися нарівні із ровесниками у масовій школі, навчання здійснюється у спеціальних загальноосвітніх школах (школах-інтернатах) для дітей із тяжкими порушеннями мовлення. Відповідно нормативних документів до цих шкіл приймаються діти із нормальним слухом та первинно збереженим інтелектом.

Спеціальні загальноосвітні школи (школи-інтернати) для дітей із тяжкими порушеннями мовлення, як правило мають два відділення:

- ✓ до I відділення приймаються діти, які мають загальний недорозвиток мовлення, зумовлений алалією, афазією, дизартрією, ринолалією. При зарахуванні до першого відділення враховується рівень мовленнєвого розвитку;
- ✓ до II відділення приймаються діти із тяжким ступенем заїкання і нормальним мовленнєвим розвитком.

В обох відділеннях наповнюваність класів 10-12 дітей. У кожному класі окрім вчителя загальноосвітніх предметів передбачається посада вчителя-логопеда. Навчання здійснюється за спеціальними корекційно спрямованими програмами, базується на принципах логодідактики із використанням специфічних методів і прийомів корекційно-виховного впливу.

Завданнями корекційної роботи є:

- подолання порушень усного та писемного мовлення на основі індивідуального та диференційованого підходу;
- нормалізація психічного розвитку та комунікативної поведінки учнів;
- забезпечення шкільної успішності в межах стандарту спеціальної освіти з урахуванням можливостей кожної дитини;
- підготовка учнів до самостійного життя, соціально-побутової і трудової інтеграції в суспільствою.

Подолання порушень мовлення забезпечується з одного боку раціональним поєднанням фронтальних, підгрупових та індивідуальних логопедичних занять, а з другого – логопедизацією усього навчально-виховного процесу. Корекція та розвиток мовлення учнів здійснюються, як у навчальному процесі, так і у позакласній діяльності усіма вчителями й вихователями у поєднанні з лікувально-оздоровчою і психологічною роботою.

Отже, успішність навчальної та корекційно-виховної роботи у спеціальній загальноосвітній школі (школі-інтернаті) для дітей із тяжкими порушеннями мовлення забезпечується узгодженими діями логопедів, вчителів, вихователів, психологічного та медичного персоналу, співпрацею з родинами учнів.

Логопедична допомога в системі охорони здоров'я

Діти з порушеннями мовлення можуть одержувати логопедичну допомогу і по лінії Міністерства охорони здоров'я, зокрема:

- у логопедичних кабінетах при дитячих поліклініках;
- у стаціонарах при дитячих лікарнях і психоневрологічних диспансерах (дитячих санаторіях).

Логопед дитячої поліклініки надає допомогу дітям з усіма видами мовленнєвої патології незалежно від рівня інтелекту та збереженості фізичного слуху. Найбільш тісними мають бути зв'язки логопеда із дошкільними закладами, особливо з тими, де відсутні спеціальні логопедичні групи.

У спеціальних відділеннях стаціонарів надається лікувально-оздоровча та психолого-педагогічна допомога дітям, які окрім мовленнєвих порушень мають й інші відхилення у психофізичному розвитку.

3. Особливості роботи вчителя з дітьми, що потребують логопедичної допомоги, в умовах загальноосвітніх закладів

Успішність навчання дитини з порушеннями мовлення залежить не лише від виправлення в неї вад, а й від правильного ставлення вчителя, урахування у навчальному процесі наявних проблем дитини. Зупинимось на деяких особливостях роботи вчителя з такою дитиною.

Передусім дитина-логопат потребує сприятливого режиму навчання, що виражається у доброзичливому ставленні вчителя, розумінні та урахуванні ним у навчальному процесі особливостей особистості дитини (особливо при таких складних діагнозах, як дизартрія, ринолалія, заїкання), психологічній підтримці з боку вчителя – підбадьорювання, заохочення успіхів.

Важливим завданням є стимулювання пізнавальної й мовленнєвої активності дітей, адже у багатьох з них через порушення мовлення комунікативна діяльність є зниженою, вони невпевнені в собі, є пізнавально пасивними. Слід спочатку залучати дітей до таких видів діяльності (як на уроках, так і у позакласній роботі), де можна сформувати ситуацію успіху, віру в себе, організувати позитивне спілкування з однокласниками.

Варто пам'ятати, що в учнів-логопатів можуть бути проблеми і у розумінні мовлення, тому слід давати детальний інструктаж перед виконанням завдань і переконатись, що дитина його зрозуміла. Мовлення педагога має бути зразковим, чітким, емоційно виразним, складатись із коротких зрозумілих речень.

Велику увагу слід приділяти формуванню прийомів розумової роботи, необхідних для оволодіння граматиною; з метою розвитку зв'язного мовлення - вчити дитину міркувати, робити розгорнуті висновки.

Вчитель, як і логопед, має допомагати дитині планувати своє висловлювання, контролювати його, слідкувати за використанням у самостійному мовленні навичок, набутих на логопедичних заняттях.

У багатьох дітей-логопатів виявляються недорозвиненими такі важливі для шкільного навчання функції, як: просторове сприймання і аналіз, просторові уявлення; зорове сприймання, аналіз і синтез; координація системи «око-рука»; складна координація рухів пальців і кисті рук; фонематичне сприймання, фонематичний аналіз і синтез. Ці функції мають стати об'єктом корекційної роботи педагога, яка може здійснюватись як на навчальному, так і позанавчальному матеріалі. При суттєвому порушенні цих функцій дитина може потребувати й спеціального впливу психолога, з яким вчителю також необхідно узгодити зміст і прийоми роботи.

Наголосимо, що індивідуальний підхід до дітей, конкретний зміст і прийоми корекційної роботи залежать від клінічного діагнозу дитини, її психологічних особливостей і мають ретельно узгоджуватись із логопедом, психологом. Наприклад:

- форма опитування дитини із заїканням (усна чи письмова відповідь, з місця чи біля дошки, на уроці чи після уроку) залежить від етапу корекційного впливу;

- при грубих і стійких помилках дитини у письмі й читанні не варто давати додаткові завдання, а узгодити із логопедом спеціальні, що враховують специфіку цих помилок;
- у дітей, що мають фонетико-фонематичний недорозвиток, необхідно розвивати фонематичне сприймання, фонематичний аналіз і синтез.

Навчання і виховання дитини з вадами мовлення має бути поєднаним із оздоровленням, логопедичними заняттями, по необхідності - із лікуванням, психотерапевтичним і психокорекційним впливом, заняттями з ЛФК.

Вагомого значення для включення дітей з порушеннями мовлення у навчальний процес має підготовка учнівського колективу до позитивного сприймання такого однокласника. Вчитель має пояснити, що в класі є дитина, яка невиразно говорить (чи з помилками пише, читає, робить запинки у розмові і т. ін.), що такий учень потребує підтримки й допомоги однокласників, що для подолання мовленнєвих проблем потрібен час. Водночас педагог разом із психологом мають залучати дитину-логопата до колективних форм діяльності, у якій їй буде комфортно й порушення мовлення не висуватимуться на перше місце.

Особливу роботу логопеду, вчителю й психологу слід провести з родиною учня з порушенням мовлення, адже співпраця батьків із спеціалістами є запорукою успішності корекційно-виховної роботи.

Контрольні запитання

1. Охарактеризуйте закономірності розвитку мовлення в онтогенезі.
2. Назвіть причини, які призводять до порушень мовлення у дітей та дорослих.
3. Назвіть сучасні класифікації порушень мовлення.
4. Опишіть особливості розвитку дітей із мовленнєвими порушеннями.
5. Охарактеризуйте заклади для дітей із порушеннями мовлення.
6. Чому заклади для дітей із порушеннями мовлення є диференційованими? Назвіть показники цієї диференціації та корекційні завдання різних типів закладів.
7. Якою є роль вихователя дошкільних закладів у профілактиці та корекції порушень мовлення у дошкільників?
8. У чому полягають особливості роботи вчителя загальноосвітньої школи із дітьми, що потребують логопедичної допомоги?
9. Якою є роль психолога у виявленні та подоланні мовленнєвих порушень у дітей?
10. Які умови виховання дитини слід створити у сім'ї, щоб не допустити порушень мовлення?

Тема 8

Особливості розвитку, навчання та виховання дітей із затримкою психічного розвитку

План

1. Сутність, етіологія та класифікація затримки психічного розвитку
2. Психолого-педагогічна характеристика дітей із ЗПР
3. Навчання і виховання дітей із ЗПР у школах та класах інтенсивної педагогічної корекції
4. Корекційні прийоми реалізації індивідуального підходу до дітей із ЗПР в умовах інтегрованого навчання

1. Сутність, етіологія та класифікація затримки психічного розвитку

Діти, які за своїми психофізичними показниками не відповідали дітям з нормальним психофізичним розвитком і в той же час не належали до розумово відсталих, почали привертати увагу спеціалістів порівняно недавно. Зокрема, на початку ХХ століття відомі дослідники дитячого інтелекту А.Біне і Т.Сімон виділили групу “псевдоненормальних дітей”, які не були розумово відсталими і водночас не могли бути віднесені до норми. Вони описувались як “субнормальні”, діти “граничної межі”, “малограмотні”, “ненормальні”. Незалежно від використовуваної термінології для більшості закордонних дослідників притаманний неклінічний підхід до даної проблеми. Не дивлячись на опис різних розладів, які спостерігаються при граничній інтелектуальній недостатності, у більшості праць клініко-патопсихологічний аналіз тих чи інших форм даної патології заміняється лише кількісним психометричним визначенням рівня інтелектуального розвитку.

Систематичне дослідження цих дітей на території Радянського Союзу було розпочато Г.Є.Сухаревою у 50-і роки, продовжено Т.А.Власовою та М.С.Певзнер у 60-70-і роки. Вони запропонували термін “тимчасова затримка психічного розвитку”, який вказував на те, що через певний проміжок часу ця затримка компенсується, дитина досягне рівня своїх однолітків і її розвиток увійде у нормальне русло. Введення цього підходу на тривалий час визначило основні підходи до корекції і діагностики значного прошарку цих дітей. Затримка психічного розвитку розумілась як сповільнення темпу психічного розвитку.

На відміну від розумової відсталості, де провідною симптоматикою виступає недорозвиток вищих психічних функцій, при граничній інтелектуальній недостатності страждають передусім увага, пам'ять, працездатність, емоційно-вольова сфера, що заважає повноцінному використанню і розвитку інтелектуальних можливостей дитини.

Психічний недорозвиток у дітей не обов'язково набуває характеру одночасного відставання у дозріванні всіх психічних процесів. Часто він має характер асинхронного, коли одні сторони особистості розвиваються нормально, а з боку інших спостерігається відставання і викривлення за структурою.

Під **затримкою психічного розвитку** розуміють збірну за клінічними ознаками групу різних варіантів відставання у психічному розвитку, які не характеризуються загальним психічним недорозвитком (як це має місце при олігофренії), але які мають такі особливості інтелекту й особистості, які передусім не дозволяють дітям своєчасно і якісно оволодіти елементарними шкільними знаннями.

Також можна дати ще одне визначення цієї патології: **затримка психічного розвитку** – це синдром відставання дозрівання психіки дитини в цілому або окремих її функцій (пам'яті, уваги, розумових процесів, емоційно-вольової сфери, мовлення тощо), уповільненого темпу реалізації закодованих у генотипі якостей організму, які є наслідком незначних негативних факторів (наявність ранньої деприваційної ситуації, недостатнього догляду за дитиною, мінімальна мозкова патологія тощо), набувають тимчасового характеру і можуть бути скоригованими.

Етіологія затримки психічного розвитку є досить багатогранною. З одного боку, в генезі їх можуть відігравати роль різні біологічні фактори, в тому числі інтоксикації, інфекції, обмінно-трофічні розлади, травми, які призводять до нерізко виразних порушень темпу розвитку мозкових механізмів і викликають легкі церебрально-органічні порушення; з іншого – соціальні, зокрема: несприятливі умови виховання, дефіцит інформації, недостатність відповідних стимулів у сенситивні періоди розвитку тощо.

Патогенез затримки психічного розвитку вивчений недостатньо. Вважається (Т.А.Власова, В.В.Лебединська, М.М.Певзнер), що основним механізмом затримки психічного розвитку є порушення дозрівання і функціональна недостатність більш молодих і складних систем мозку, які відносяться головним чином до лобних відділів кори великих півкуль головного мозку і забезпечують проведення усвідомлених актів поведінки і діяльності суб'єкта. В одних випадках переважає механізм затримки темпу розвитку більш молодих функціональних систем мозку, в інших (з більш стійкою інтелектуальною недостатністю) – механізми негрубого органічного порушення мозку з випаданням структурних і функціональних елементів, необхідних для виконання більш високого рівня інтелектуальних процесів.

На теперішній час існує багато класифікацій затримок психічного розвитку, де за основу береться психічний розвиток, педагогічна характеристика, клінічні ознаки, етіологія, патогенез розвитку різних груп дітей. Традиційною є **класифікація** на основі етіологічного принципу, в основу якої покладено виділення чотирьох **основних варіантів затримки психічного розвитку**:

- конституційного походження;
- соматогенного походження;
- психогенного походження;
- церебрально-органічного походження.

У клініко-психологічній структурі кожного з перерахованих варіантів затримки психічного розвитку є специфічне поєднання недорозвитку емоційно-вольової та інтелектуальної сфери.

При **ЗПР конституційного походження** (від лат. слова *constitution* – побудова – індивідуальні анатомічні і фізіологічні особливості людини, які складаються в певних соціальних і природних умовах і проявляються в її реакції на різні (в тому числі і хвороботворні) впливи) спостерігається поєднання недорозвитку емоційно-вольової, психічної сфер з інфантильним типом тілобудови, недостатністю моторного розвитку, мовлення, дитячістю пластичності миміки. Ці діти мають менший зріст, меншу вагу, недорозвиток рухової сфери, які притаманні нормальному розвитку дітей молодшого віку. Так, дитина з конституційною ЗПР 6-7-ми років за своїми емоційно-вольовими параметрами подібна на дитину з нормальним психофізичним розвитком 4-5-ти років. Ці діти є невтомними під час гри, в якій проявляють багато творчості й видумки і водночас швидко стомлюються під час цілеспрямованої інтелектуальної діяльності. Тому на початку шкільного навчання у них виникають конфлікти і через недостатню спрямованість на сам процес оволодіння знаннями, і через невміння підпорядковуватись правилам шкільної поведінки й дисципліни. Ця “гармонійність” розвитку особистості утруднює їхню соціальну адаптацію, а несприятливі умови життя сприяють патологічному формуванню особистості за нестійким типом.

Як синонім ЗПР конституційного походження вживають термін психічний або психофізичний гармонійний інфантилізм.

ЗПР соматогенного походження (від гр. *sōma* – тіло, *genos* – рід, походження) характеризується емоційною незрілістю, обумовленою тривалими, хронічними захворюваннями, які призводять не лише до зниження фізичної, а й інтелектуальної працездатності, ослаблюючи клітини головного мозку. До таких захворювань відносяться вроджені й набути пороки соматичної сфери (серця, органів дихання, кишково-шлункового тракту тощо). Хронічні фізична і психічна астенія гальмують розвиток активних форм діяльності, що сприяє формуванню таких рис особистості, як нерішучість, боязкість, невпевненість у своїх силах. Ці ж якості значною мірою обумовлюються і створенням для хворої або фізично ослабленої дитини спеціального режиму заборон, який обмежує її й так недостатню активність і самостійність. Таким чином, до цієї затримки додається і штучно створена інфантилізація, обумовлена фактором гіперопіки.

ЗПР психогенного походження (від гр. *psychē* – душа, *genos* – рід, походження) обумовлена несприятливими умовами соціального оточення, в якому перебуває дитини, неправильністю її виховання. Вже доведено, що несприятливі умови соціального середовища, які починають рано впливати на дитину і мають тривалий, затяжний вплив на психіку дитини, призводять не лише до відставання в отриманні знань та інформації про навколишній світ, але й до стійких порушень її нервово-психічної сфери, обумовлюючи патологічний

розвиток психіки. Залежно від несприятливого соціального впливу виділяють ЗПР психогенного походження, обумовлену:

- по типу *психічної нестійкості* або фактором *гіпоопіки* (недостатністю соціальної допомоги та соціального керівництва в отриманні інформації про навколишній світ) – призводить до невміння гальмувати свої емоції і бажання, імпульсивності, відсутності почуття відповідальності. Тому риси патологічної незрілості емоційно-вольової сфери, підвищеної навіюваності у цих дітей часто поєднуються з недостатнім рівнем знань і уявлень, необхідних для засвоєння навчальних предметів на початку і в процесі шкільного навчання;

- фактором *гіперопіки* (надлишком уваги до дитини, що не дозволяє їй самостійно оволодівати соціально-ціннісними формами і правилами поведінки) – призводить до формування егоцентричних та егоїстичних установок, нездатності до вольового зусилля, праці, спрямованість на постійну допомогу і опіку;

- фактором неправильного виховання по типу *Попелюшки* (явного або прихованого відторгнення дитини батьками або одним із членів сім'ї);

- фактором неправильного виховання по *невротичному* типу (це зустрічається в сім'ях, де культивується агресивне, жорстоке ставлення до дітей або до членів родини) – призводить до відсутності ініціативи і самостійності, нерішучості, низької активності, невпевненості.

Крім несприятливих умов виховання заслуговує на увагу і ще один негативний середовищний фактор, який приєднується пізніше. Це, зокрема, психотравмуюча ситуація, пов'язана з проблемами шкільного навчання. Н.Л.Білопольська зазначає, що відчуття власної неповноцінності пов'язано не лише з об'єктивними труднощами, але й з несприятливою емоційною атмосферою, яка створюється у класі навколо невстигаючих у навчанні дітей. Низька оцінка однолітками їхніх інтелектуальних здібностей неправомірно поширюється й на їхню зовнішність, моральні якості. Довготривала психотравмуюча ситуація призводить до невротичних утворень і викликає у дітей із ЗПР різного генезу негативне ставлення до школи, часто наштовхує на неправильні шляхи самоствердження і сприяє формуванню цілого ряду асоціальних форм поведінки у підлітковому віці (Т.А. Власова, М.С. Певзнер, К.С. Лебединська та ін.).

ЗПР церебрально-органічного походження (від лат. *cerebrum* – мозок, гр. *organon* – знаряддя, інструмент). Цей тип затримки посідає провідне місце у поліморфній групі цієї аномалії розвитку. Він зустрічається частіше інших варіантів, має більшу стійкість і виразність порушень як у емоційно-вольовій сфері по типу органічного інфантилізму, так і у пізнавальній діяльності. Для цієї форми затримки притаманне уповільнення зміни вікових фаз психічного розвитку.

Уповільнення темпу формування пізнавальної сфери у цих дітей значною мірою пов'язане з нейродинамічними розладами. Емоційно-вольова незрілість проявляється у вигляді органічного (церебрально-органічного) інфантилізму. Він характеризується передусім підвищеною стомлюваністю, яка впливає на

порушення працездатності, пам'яті, уваги, інших вищих психічних функцій, уповільненням темпу інтелектуальної діяльності з швидким настанням виснаженості. У цих дітей відсутні жвавість і яскравість емоцій, їм притаманна слабка диференційованість, відсутність зацікавлення в оцінці, низький рівень домагань. Навіюваність має більш грубий відтінок і часто відображає органічний дефект критики. Ігрова діяльність характеризується малою творчістю, уявою, певною монотонністю і одноманітністю, перевагою компонентів розгальмованості. Саме прагнення до гри часто набуває характеру опосередкованого втікання від цілеспрямованої інтелектуальної діяльності, яка викликає в них негативні емоційні переживання.

Ця форма затримки передбачає наявність органічних порушень у корі головного мозку. Саме через це її найскладніше відмежувати від розумової відсталості легкого ступеня. Проте органічні порушення при цій формі ЗПР не лише характеризуються меншою важкістю ушкодження нервової системи, але й іншою клініко-психологічною структурою дефекту. Більш пізні ушкодження призводить до практично обов'язкової наявності порушень систем з більш коротким терміном розвитку. На відміну від олігофреній з тотальним недорозвитком при ЗПР церебрально-органічного походження спостерігається вибірковість порушень.

2. Психолого-педагогічна характеристика дітей із затримкою психічного розвитку

Як ми вже зазначали, ЗПР, особливо нескладних форм, важко диференціюється до початку шкільного навчання. Це обумовлюється рядом причин, і передусім тим, що, *по-перше*, батьки не помічають якихось "незначних" відхилень у розвитку дитини. Вона грається, трохи пізніше починає говорити (але таке буває у багатьох дітей), товариська; за порушеннями емоційно-вольової сфери вони не вбачають якихось значних негараздів. Так, їхня дитина не оволодіває тими знаннями, якими оволодівають більшість дітей дошкільного віку, але вони це відносять до, скоріше, відсутності у них педагогічного досвіду, необхідних навичок організації навчання. Вони думають, що дитина прийде до школи і там вчитель, який володіє необхідними методичними прийомами, краще за них навчить їхню дитину. *По-друге*, як би ми не говорили, для кожного батька та матері їхня дитина є найкращою у світі. І саме тому більшість негараздів у поведінці, інтелектуальному, особистісному розвитку батьки просто не хочуть помічати. Крім того, вони не мають зразків для порівняння, в кращому випадку порівнюють її зі своєю старшою дитиною чи сусідською. І знову ж таки певні труднощі, притаманні молодшому синові або доньці, ними відносяться до відсутності достатнього часу, своєї підвищеного завантаженості, певною вседозволеністю по відношенню до меншої дитини. Знову ж таки, дитина піде до школи, де є дисципліна, проводяться уроки і дитина отримає необхідні навички поведінки і відповідну базу знань.

Що ж помічають вчителі, коли така дитина приходить до школи?

По-перше, це меншу підготовленість до шкільного навчання. Більшість дітей у першому класі вже володіють певними навичками рахунку, обчислення у межах десяти, знають літери і можуть їх показати або записати чи прочитати. Вони у дошкільному віці вивчали віршики, запам'ятовували казки, розповіді про навколишній світ і певною мірою обізнані з його правилами та умовами життя.

У дітей з ЗПР такі знання відсутні, або перебувають на дуже низькому рівні. Вони не володіють навичками рахунку (у кращому випадку технічно завчили цифровий ряд без його усвідомлення), не знають літер, на вміють їх показати. Відсутність достатньої поінформованості про навколишній світ не дає їм можливості адекватно реагувати на певні зміни їхнього соціального статусу, пов'язаного з навчанням у школі; багато речей, про які розповідає вчитель, для них є не зрозумілими.

По-друге, у цих дітей спостерігається відсутність або недостатнє розуміння їхнього нового соціального статусу – статусу учня. Вони не розуміють правил шкільного життя, їм важко всидіти на уроці, дотримуючись при цьому відповідних правил поведінки. Вони можуть встати, ходити по класу, залізти під парту; відмовляються відповідати на запитання вчителя або викрикують відповіді тоді, коли їх не викликають. Накопичення втоми на уроках призводить до зривів у їхній нервово-психічній діяльності: вони починають плакати, сміятись, викрикувати, стають неврівноваженими. Надмірна втома призводить до виникнення ейфорійного, або дисфорійного стану, які легко змінюються і переходять з одного в інший.

Діти із ЗПР спочатку шкільне навчання, як і їхні однолітки, сприймають з задоволенням. Вони дуже хочуть іти до школи, адже всі їхні друзі навчаються. І тому нові покупки, які роблять батьки перед початком шкільного навчання (шкільна форма, портфель, шкільне приладдя, спортивна форма тощо) викликають у них задоволення. Проте коли починається навчання, нові “іграшки” (ті ж самі підручники, олівці, ручки, ранець) швидко набридають. Діти починають приносити на уроки свої іграшки, вже справжні, і, уникаючи негативних емоцій від навчання, починають ними гратися. Вони залазять з ними під парту, граються на підвіконнях. Це провокує конфлікти між вчителем і такою дитиною, між самими дітьми. Через брак знань про навколишній світ пояснення вчителя не розуміються ними, і, як наслідок, не виконуються. Такі діти випадають з загального темпу роботи, поступово накопичуються прогалини у знаннях вже на початку шкільного навчання.

По-третє, в них спостерігається низька пізнавальна активність. У зв'язку з певними хворобливими змінами у функціонування нервової системи, зниженням працездатності діти із ЗПР відрізняються від більшості однолітків значно нижчою пізнавальною активністю, яка є суттєвим показником загального розвитку дитини.

Діти із ЗПР є недопитливими і задовольняються першою ж почутою відповіддю на поставлене запитання. Вони не проявляють настирності у отриманні відповіді. Часто такі діти ставлять багато запитань, але при цьому

вони поверхові, не стосуються сутності предмета або явища і свідчать про обмеженість інтересів, невміння спостерігати. Знижена пізнавальна активність відображається на всіх пізнавальних процесах і, як наслідок, позначається на всій діяльності дитини із ЗПР.

По-четверте, цим дітям значною мірою притаманні розлади працездатності і поведінки. Причиною цього є надмірна виснаженість нервових процесів, їхня інертність, невірноваженість. У таких дітей час продуктивної роботи є надзвичайно коротким – 15-20 хв., після чого настає втома. Прояви її різноманітні: одні діти стають апатичними, безініціативними, бліднішають, лягають на парту, стають сонливими, інші – навпаки, розгальмовуються, переключаються з однієї діяльності на іншу, зачіпають товаришів, не реагують на зауваження, зухвало на них відповідають.

Працездатність характеризується і темпом роботи, і здатністю переключатись на інші види діяльності. Деякі діти відрізняються підвищеною імпульсивністю, переходять від виконання однієї діяльності до іншої не закінчивши першу, потім так само швидко кидають її і починають робити щось інше. Надмірна інертність нервових процесів у деяких дітей цієї групи зумовлює труднощі переходу від однієї діяльності до іншої. Такі діти не можуть працювати разом з класом, відволікаються, не знають, з чого почати, по декілька разів перепитують про це вчителя. Інертність таких дітей є особливо помітною на уроках фізкультури і ритміки: їм важко переключитись з виконання одного руху на інший.

Іноді буває, що розлади працездатності виступають головною причиною, яка перешкоджає дитині вчитися і нормально розвиватися. Такі діти привертають увагу своєю виразною фізичною і психічною ослабленістю, астеничністю, яка пронизує всю їхню діяльність.

Функціональний розлад нервової системи у дітей із ЗПР позначається не лише на їхній працездатності, а й на поведінці в цілому. У окремих дітей помітною є виразність переваги процесів збудження над процесами гальмування, їм важко володіти своєю поведінкою, вони ні на чому не зосереджуються, постійно крутяться, відволікаються, заводять сварки, зачіпають інших дітей.

Хворобливий стан нервової системи цих дітей, її недостатня витривалість до навантажень і напруження призводять до того, що вони недостатньо володіють своєю поведінкою і у конфліктних ситуаціях демонструють бурхливі реакції: плачуть, падають на підлогу, б'ються.

Завданням вчителя є вчасно помітити особливості навчальної та ігрової діяльності цих учнів, їхньої поведінки, поспостерігати за дітьми самому й водночас направити їх до шкільного психолога для всебічного обстеження і встановлення проблем, що призводять до відставань у психофізичному розвитку та труднощів у навчанні.

3. Навчання і виховання дітей із ЗПР у школах та класах інтенсивної педагогічної корекції

Перша школа для дітей із затримкою психічного розвитку відкрилася у 1982 році в Ленінграді, а з 1985 року система шкіл інтенсивної педагогічної корекції починає розвиватись і в Україні.

В Україні існують спеціальні школи (школи-інтернати) для дітей із затримкою психічного розвитку I – II ступенів (спеціальні школи інтенсивної педагогічної корекції) (I ступінь - підготовчий клас, 1-4 класи; II ступінь – 5 – 9 класи). Направленню в ці школи підлягають діти 6 (7) років з уповільненим темпом психічного розвитку, але з потенційно збереженими можливостями інтелектуального розвитку. До цих шкіл зараховуються діти із такими клінічними характеристиками:

- затримка розвитку конституційного походження (гармонійний психічний і психофізичний інфантилізм);
- затримка розвитку соматогенного походження з явищами стійкої соматичної астенії, соматогенної інфантилізації;
- затримка розвитку психогенного походження у разі патологічного розвитку особистості невротичного характеру з явищами психічної загальмованості, психогенної інфантилізації.

Не підлягають направленню до спеціальної школи інтенсивної педагогічної корекції діти з такими клінічними формами і станами:

- розумова відсталість;
- органічна деменція різного походження;
- виразні порушення слуху, зору, опорно-рухового апарату;
- психопатія і психопатоподібні стани різного характеру;
- різні нервово-психічні розлади, що не зумовлюють порушень пізнавальної діяльності;
- педагогічна занедбаність, що не зумовлена порушеннями пізнавальної діяльності.

Учні із ЗПР, які навчаються у 1-4 класах, у міру відновлення здоров'я, досягнення стабільних успіхів у навчанні переводяться у загальноосвітню школу за висновком ПМПК.

Наповнюваність класів в школі інтенсивної педагогічної корекції – до 12 учнів. Тривалість уроку в школах інтенсивної педагогічної корекції: у підготовчому, 1-му класах – 35 хв., у 2-му і наступних – 45 хв. На кожному уроці після 20 хв. занять проводиться 5-ти хвилинна пауза з використанням розвантажувально - корекційних вправ. Для дітей, яким потрібно відновлення сил, передбачається денний відпочинок.

4. Корекційні прийоми реалізації індивідуального підходу до дітей з затримкою психічного розвитку в умовах інтегрованого навчання

Більшість дітей з тими чи іншими варіантами ЗПР навчаються в умовах загальноосвітньої школи, тому педагог має володіти хоча б елементарними знаннями про їхні особливості психофізичного розвитку і враховувати їх у

навчанні й вихованні цієї категорії учнів. Покажемо особливості корекційної роботи у процесі навчання даної категорії дітей:

- оскільки основною характерною рисою дітей з ЗПР є недостатність знань про навколишній світ необхідно акцентувати увагу на розвитку у них спостережливості, досвіду практичної діяльності, формуванні навичок і вмінь самостійно оволодівати знаннями та користуватись ними;

- виявити найбільш типові прогалини у знаннях з метою їх поступового заповнення для недопущення посилення відставання цих учнів інших учнів класу;

- знаючи про недостатню активність і несміливість дітей із ЗПР в оперуванні навіть наявними у них знаннями, максимально стимулювати їхню активність на уроках, підтримувати навіть незначні успіхи і акцентувати на цьому увагу інших школярів з метою створення навколо атмосфери позитивного і дружнього до них ставлення, й постійної підтримки;

- у процесі роботи враховувати недостатнє вміння засвоювати абстрактні знання, постійно, особливо на перших етапах навчання, використовувати наочність і докладне пояснення нових, навіть не досить складних алгоритмів;

- враховуючи труднощі запам'ятовування і порушення працездатності у процесі виконання практичних завдань додатково пояснювати навчальний матеріал, давати можливість виконувати завдання у повільнішому темпі, зменшувати їхню кількість, надавати додаткові запитання з метою глибшого розкриття змісту завдання, наводити вже відомі їм аналогії;

- враховуючи труднощі орієнтування в завданні, використовувати поетапну інструкцію і поетапне узагальнення, поділяти завдання на складові, формувати вміння планувати свою діяльність у процесі його вирішення, словесно звітувати про виконання;

- поступово підвищувати темп роботи і працездатність дитини;

- незважаючи на емоційне вікове відставання цих школярів, ігрові прийоми у процесі їхнього навчання зменшувати поступово, не використовуючи при цьому різких заборон, а поетапно формуючи загальноприйняті прийоми навчальної діяльності;

- підвищувати мотивацію навчальної і пізнавальної діяльності шляхом постійної підтримки і стимулювання, у випадку необхідності зменшувати кількість завдань, які даються на самостійне опрацювання, залучати до роботи з такими дітьми інших спеціалістів школи – логопеда, психолога, спеціаліста з лікувальної фізкультури тощо;

- організувати співпрацю з батьками, пояснити їм особливості психічного розвитку цієї категорії школярів і показати основні напрямки спільної роботи батьків і школи з метою подолання у дітей затримки психічного розвитку.

Контрольні запитання

1. Розкрийте поняття затримки психічного розвитку як психолого-педагогічної проблеми.
2. Поясніть причини виникнення затримки психічного розвитку.
3. Якою є роль вихователя дошкільних закладів у виявленні та подоланні затримки психічного розвитку у дошкільників?
4. Охарактеризуйте різні види затримки психічного розвитку.
5. Які труднощі може помітити вчитель загальноосвітньої школи на початку навчання у дітей із затримкою психічного розвитку?
6. Назвіть діагнози, при яких дітям рекомендують навчання у школі інтенсивної педагогічної корекції?
7. У чому полягають особливості роботи вчителя загальноосвітньої школи із дітьми, що мають затримку психічного розвитку?
9. Якою є роль психолога у виявленні та подоланні затримки психічного розвитку у дітей?
10. Які умови виховання дитини слід створити у сім'ї, щоб не допустити затримки психічного розвитку?

Література

1. Державна соціальна програма забезпечення рівних прав можливостей жінок і чоловіків на період до 2021 року / Кабінет Міністрів України. – Київ, 2018. – 30 с.
2. Дефектолог : газета / гол. ред. О. Калюжна. – 2017. – № 11 (131), листопад.
3. Дитина з особливими потребами: Інклюзивна освіта. Дефектологія. Корекційна педагогіка : журнал / гол. ред. В. Андрєєва. – 2018.
4. Дітям про Конвенцію ООН : про права людей з інвалідністю / Агенство ООН у справах біжінців ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2017. – 10 с.
5. Доступність є важливою? Чому / Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2012. – 22 с.
6. Доступність та універсальний дизайн : навчально-методичний посібник / В. О. Азін, Л. Ю. Байда, Я. В. Грибальський ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України ; Канадсько-український проект «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні». – Київ, 2013. – 128 с.
7. Інвалідність та суспільство : навч.-метод. посібник / кол. авторів: Л. Ю. Байда, О. В. Красюкова-Еннс, С. Ю. Буров [та ін.] ; Канадсько-український проект «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні» ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2012. – 216 с.
8. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю / Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2017. – 64 с.
9. Мартиненко І. В. Особливості комунікативної діяльності дітей старшого дошкільного віку з системними порушеннями мовлення : монографія / І. В. Мартиненко. – Київ : ДІА, 2016. – 308 с.

Тема 9

Особливості розвитку, навчання та виховання дітей із порушеннями інтелекту

План

1. Психолого-педагогічна характеристика дітей із порушеннями інтелекту
2. Навчання і виховання дітей із порушеннями інтелекту у спеціальних закладах
3. Корекційні прийоми реалізації індивідуального підходу до дітей із порушеннями інтелекту в умовах індивідуального навчання

1. Психолого-педагогічна характеристика дітей із порушеннями інтелекту

Для ефективної організації роботи спеціалістів з розумово відсталими дітьми потрібне правильне розуміння феномену розумової відсталості та знання причин її виникнення. Усвідомлене і обережне вживання терміна для називання проблеми - не лише показник високого рівня професійної майстерності, але й важливий чинник створення атмосфери довіри у стосунках з дитиною та членами її сім'ї, спосіб протидії стигмі, пов'язаній з діагнозом. Помилкове визначення розумової відсталості може призвести до зарахування у спеціальні заклади дітей, які знаходяться на значно вищому щаблі інтелектуального розвитку, але мають низькі інтелектуальні показники через порушення мовлення, слухової чи зорової функції, загальну фізичну ослабленість, педагогічну занедбаність. Ця патологія називається "відставання у розумовому розвитку", має тимчасовий характер і може бути компенсована шляхом використання корекційної роботи з розвитку тих чи інших ушкоджених функцій або функціональних систем.

Терміном "**розумова відсталість**" у вітчизняній дефектології прийнято вважати стійке порушення пізнавальної діяльності людини, яке виникає внаслідок органічного пошкодження центральної нервової системи.

Ступінь ураження головного мозку може бути різним за складністю, локалізацією, часом впливу на нього того чи іншого хвороботворного фактору. Це є свідченням того, що етіологія даного патологічного стану може бути надзвичайно різноманітною, що в свою чергу, викликає різноманітні індивідуальні особливості фізіологічного, емоційно-вольового та інтелектуального розвитку такого суб'єкта.

Термін "розумова відсталість" вказує не лише на кількісну, а й на якісну характеристику порушення, що передбачає певний позитивний розвиток дитини, внаслідок організації цілеспрямованого корекційно-розвивального впливу на неї, який враховує її потенційні можливості і опирається на збережені або менш ушкоджені її функції чи функціональні системи.

Розумова відсталість як патологія може бути констатована лише у тому випадку, якщо в одного суб'єкта будуть зразу три **основні ознаки**:

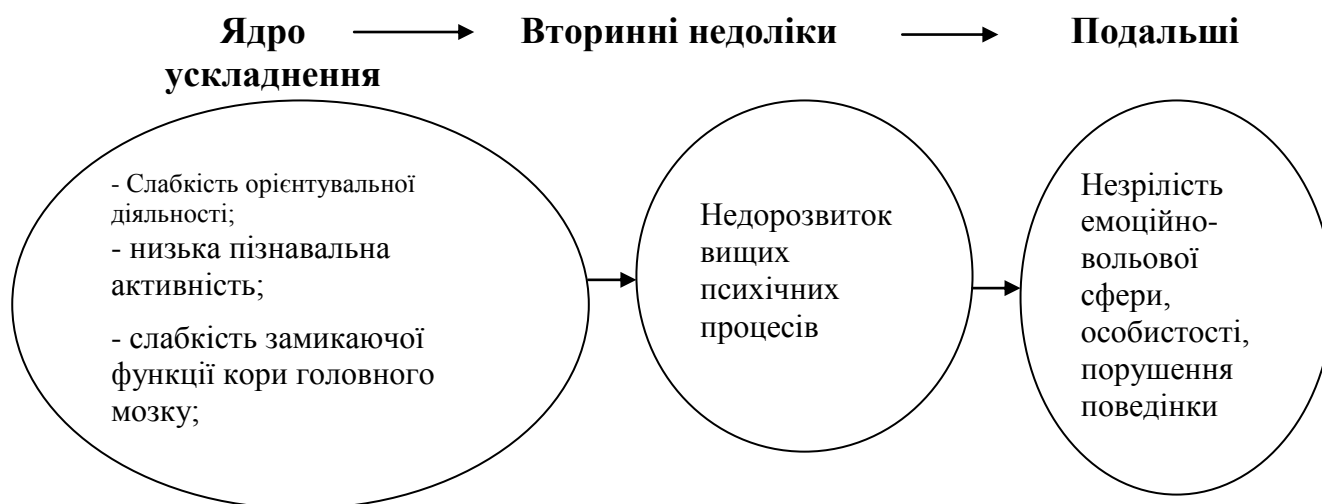
1) органічне ураження головного мозку дифузного характеру (набуте або спадкове);

- 2) порушення пізнавальної діяльності, зокрема, усіх розумових операцій (аналіз, синтез, узагальнення, абстрагування тощо), пам'яті, мовлення;
 3) стійкість порушення або його регресивність.

Через наявні ознаки дитина не може оволодіти програмою загальноосвітньої школи у повному обсязі в усталені терміни.

Структура дефекту у розумово відсталих дітей є достатньо складною. Загальний її аналіз (за Л.Виготським) подамо у вигляді схеми:

Структура дефекту при розумовій відсталості



Визначаючи розумову відсталість далеко недостатньо обмежитись загальною вказівкою порушення, слід обов'язково встановити і його структуру. Це набуває вагомого значення для проведення з дитиною корекційної роботи. Передусім, безумовно, слід враховувати первинні порушення у структурі дефекту. Вони відображаються на розвитку психіки дитини, ускладнюють його. Проте педагогічні зусилля необхідно спрямовувати на вторинні та подальші ускладнення, оскільки саме вони піддаються корекційному впливу.

Класифікація розумової відсталості

Розумова відсталість класифікується за видами, формами, ступенями, діагнозами. Кожен вид, форма чи ступінь розумової відсталості має як спільні, так і відмінні особливості. Урахування сучасних класифікацій дозволяє обрати для дитини відповідний заклад; розробити адекватну програму розвитку; підібрати правильні засоби та методи навчального, виховного і корекційного впливу. Подамо коротку характеристику окремих класифікацій.

До групи розумово відсталих належать особи з клінічними діагнозами, які згідно сучасної Міжнародної класифікації хвороб (МКХ - 10) позначаються відповідними шифрами:

- F*** - розумова відсталість;
- F 70*** - легка розумова відсталість;
- F 71*** - помірна розумова відсталість;
- F 72*** - важка розумова відсталість;
- F 73*** - глибока розумова відсталість;

F 78 - інша розумова відсталість;

F 79 - неуточнена розумова відсталість.

Окрім основного діагнозу можуть бути супутні психіатричні проблеми:

F 7x.0 - мінімальні поведінкові відхилення або їхня відсутність;

F 7x.1 - значні поведінкові відхилення, що потребують уваги або лікувальних заходів;

F 7x.8 - інші поведінкові відхилення;

F 7x.9 - поведінкові відхилення не визначені.

Розумова відсталість поділяється на **два види**: олігофренія і деменція.

Олігофренія виникає в результаті мозкових захворювань у період внутрішньоутробного розвитку, в ранньому дитинстві чи як наслідок пологових травм. У дітей – олігофренів недорозвиненими є вищі форми пізнавальної діяльності. Олігофренія характеризується відсутністю прогресивності, тобто у дитини в процесі її розвитку розумова відсталість не прогресує. За спеціально організованих умов дитина – олігофрен здатна оволодіти певними знаннями, вміннями і навичками, досягнути певного рівня розвитку.

Причинами олігофренії можуть бути:

1) неповноцінність генеративних клітин батьків, обумовлена спадковістю або пов'язана із зовнішніми шкідливостями;

2) шкідливості, що діють на зародок і плід у період внутрішньоутробного розвитку: інфекції (червінка, грип, токсоплазмоз); інтоксикації; гормональні порушення вагітної; несумісність антигенних властивостей крові матері й дитини; механічні впливи на зародок і плід;

3) шкідливості, що діють під час пологів або у перші роки життя дитини: пологові травми; асфіксія; глибока недоношеність чи переносеність дитини; мозкові інфекції (менінгіт, енцефаліт); інтоксикації; травми головного мозку.

Олігофренія поділяється на декілька груп (класифікація М.С.Певзнер), які відрізняються патофізіологічною, клінічною і психологічною характеристикою. Зокрема:

- неускладнена олігофренія;
- олігофренія, ускладнена переважанням збудження над гальмуванням;
- олігофренія, ускладнена переважанням гальмування над збудженням;
- олігофренія, ускладнена грубим порушенням особистості, різкою зміною потреб і мотивів;
- олігофренія, ускладнена частковим порушенням слуху, мовнослухової системи, моторики.

Деменція виникає на більш пізньому етапі розвитку дитини внаслідок перенесеного захворювання центральної нервової системи після трьох років або плинного захворювання мозку, що розпочалося у дошкільному, молодшому шкільному чи підлітковому віці.

Деменція може бути непрогресивною - внаслідок травматичних пошкоджень головного мозку, менінгітів, енцефалітів. Проте є і такі дементні діти, які страждають на плинне захворювання головного мозку. До прогресивних форм деменції відносяться: епілептична; шизофренічна; ревматична; сифіліс головного мозку.

Згідно сучасної Міжнародної класифікації хвороб (МКХ - 10) за складністю й виразністю порушення розумову відсталість поділяють на **чотири ступені**, які співвідносяться з відповідним інтелектуальним коефіцієнтом (IQ):

- легка розумова відсталість (дебільність) (F 70) – IQ = 50 - 69;
- помірна розумова відсталість (легка імбецильність) (F 71) - IQ = 35 - 49;
- важка розумова відсталість (виразна імбецильність) (F 72) - IQ = 20 - 34;
- глибока розумова відсталість (ідіотія) (F 73) - IQ = 0 - 19.

Легкий ступінь розумової відсталості (дебільність)

Діти-дебіли є основним контингентом спеціальної (допоміжної) школи для дітей з порушеннями розумового розвитку, оскільки рівень їхнього розвитку, за умови проведення корекційної роботи, дозволяє їм оволодіти певним освітнім рівнем і нескладними професійними навичками.

Найбільш несформованими (у порівнянні з нормальними однолітками) у дітей з легким ступенем розумової відсталості виявляються вищі психічні процеси (мислення, мовлення, пам'ять), хоча й інші (увага, сприймання, відчуття) - можуть бути недорозвиненими.

У цієї категорії дітей мислення є конкретним, стереотипним, некритичним, обмежується безпосереднім досвідом і необхідністю забезпечення нагальних потреб; операції мислення, вміння встановлювати причинено-наслідкові зв'язки є несформованими.

Діти-дебіли оволодівають мовленням з деякою затримкою, проте здатні використовувати його у своєму щоденному спілкуванні, підтримувати розмови на побутову тематику, брати участь у бесіді. Мовлення цих дітей характеризується загальним недорозвитком, що виражається у порушенні всіх його сторін, зокрема, фонетико-фонематичних та граматичних порушеннях, обмеженні словникового запасу, недостатності розуміння слів та неадекватному їх вживанні, несформованості зв'язного мовлення. Доволі часто системні порушення усного мовлення відображаються й на оволодінні письмом та читанням.

Обсяг запам'ятовування дітей-дебілів є звуженим, мнемічні процеси - уповільненими, нестійкими, через що страждає і якість запам'ятовування: воно є неточним, фрагментарним, поверховим, не опосередковується мисленням.

Довільна увага дітей є недорозвиненою; порушеними є і такі її властивості, як: цілеспрямованість, концентрація, стійкість. Ці діти характеризуються підвищеною розсіяністю, невмінням утримувати увагу на

будь-якій діяльності тривалий час. Це створює їм підвищені труднощі під час оволодіння шкільною програмою, елементами самообслуговування, трудовими операціями.

Недостатній розвиток сприймання цих дітей не дозволяє їм оволодіти правильними уявленнями про навколишній світ, адже їхнє сприймання є фрагментарним, нецілеспрямованим, звуженим, уповільненим, результати сприймання не осмислюються.

Емоції дітей-дебілів є недостатньо диференційованими, часто нестійкими, хоча й адекватними у доступних їхньому розумінню ситуаціях. Через недорозвиток мислення дуже важко і повільно у цієї категорії дітей формуються вищі почуття: гностичні, моральні, естетичні тощо.

Помірний ступінь розумової відсталості (легка імбецильність)

Помірна розумова відсталість характеризується несформованими пізнавальними процесами. Мислення у таких дітей є конкретним, непослідовним, інертним; діти є практично не здатними до утворення абстрактних понять. Вони не вміють своєчасно користуватись вже засвоєними діями, не обдумують свої вчинки, не передбачають результат. Ці діти повільно утворюють логічні зв'язки і зазвичай краще запам'ятовують те, що безпосередньо пов'язується з задоволенням їхніх фізіологічних потреб.

Особи з таким ступенем розумової відсталості мають значний недорозвиток мовлення. Словниковий запас досить бідний, наявні аграматизми. Активний словник є значно меншим, ніж пасивний, але використання з пасивного словника слів дітьми даної групи спостерігається досить рідко. Ці діти краще розуміють звернене мовлення. Самостійно побудувати складну мовленнєву конструкцію не можуть; хоча й здатні повторити мовленнєві висловлювання інших.

Пам'ять у дітей цієї категорії формується досить повільно, матеріал запам'ятовується лише після багаторазових повторень, швидко забувається. Знання погано використовуються на практиці. Поряд з цим у деяких імбецилів відмічають випадки надзвичайно розвиненої пам'яті на цифри, дати, події, імена тощо (так звана гіпертрофія пам'яті).

Спостерігаються й значні порушення уваги. Вона швидко розсіюється, діти повільно концентруються, часто відволікаються на другорядні ознаки, не вміють довго її утримувати на одній діяльності. Слабка активна увага перешкоджає досягненню будь-якої поставленої мети, навіть елементарної.

Розвиток навичок самообслуговування та функцій рухового апарату також відстає, таким людям впродовж всього життя потрібна допомога і контроль. Рухи є уповільненими, вайлуватими; моторна недостатність спостерігається практично у всіх дітей даної групи. Вони мають значні труднощі при переключенні рухів, швидкій зміні поз і дій. Найчастіше виникають труднощі при виконанні дій, які вимагають диференційованих рухів пальців.

Досить яскраво недоліки пізнавальних процесів проявляються у цієї категорії дітей при формуванні у них навичок читання, письма, рахунку.

Вихованці не здатні зрозуміти прочитане (хоча інколи навчаються технічно правильно відтворювати текст), допущені помилки ними не помічаються, і, отже, не виправляються. Вони можуть навчитись рахувати у межах 10, інколи в межах 100 на наочному матеріалі, але абстрактний рахунок, навіть у межах першого десятка, є для них переважно недоступним.

У процесі спеціальної корекційно-виховної роботи діти можуть оволодіти деякими базовими навичками самообслуговування. Спеціально розроблені навчальні програми відповідають сповільненому характеру навчання з невеликим обсягом матеріалу, який потрібно засвоїти. У зрілому віці люди з помірно розумовою відсталістю зазвичай спроможні виконати просту практичну роботу, якщо при цьому їм даються доступні вказівки і організовується контроль її виконання. Повністю незалежне проживання дорослої людини з помірно розумовою відсталістю здебільшого є неможливим. Проте такі люди є цілковито мобільними та фізично активними. Більшість з них здатні встановлювати контакти, спілкуватись з іншими людьми, бути залученими до простих соціальних дій.

Важкий ступінь розумової відсталості (виразна імбецильність)

Ця категорія дітей подібна до групи дітей з помірно розумовою відсталістю за клінічною картиною та ознаками органічного ураження центральної нервової системи. Так само, як і для осіб з помірно розумовою відсталістю, для них характерним є низький рівень засвоєння різних навичок. У більшості з них спостерігаються низький рівень розвитку моторики, порушення координації рухів, наявність інших відхилень, обумовлених органічними порушеннями головного мозку. Частина дітей цієї групи не вміють самотійно пересуватись.

Спостерігається значне порушення вищих психічних функцій. Вони запам'ятовують лише ту діяльність або ті явища чи процеси, які викликають у них позитивні емоційні переживання. Увага не концентрується, вони можуть відволікатись на будь-які, навіть незначні і другорядні подразники. Вони не можуть зробити навіть елементарних висновків або узагальнень. Як правило, інтелектуальні порушення супроводжуються вираженою неврологічною патологією: паралічами, парезами, гіперкінезами.

Ця категорія осіб є нездатною до оволодіння навіть елементарними знаннями з рахунку, письма, читання. Робота з ними полягає у розвитку і простому тренуванні необхідних навичок самообслуговування та санітарної гігієни, соціальної адаптації і виконання елементарних трудових операцій. Проте через моторну незграбність та грубі порушення пізнавальної діяльності їм для цього потрібно набагато більше часу. Частині з них навіть після тривалих тренувань не вдається оволодіти такими дрібними рухами, як застібання гудзиків, шнурування, накладання одного предмету на інший тощо. Самостійно використати навіть натреновані знання діти цієї категорії в більшості випадків не зможуть.

У дітей цієї групи не має достатнього для спілкування словникового запасу, що значно ускладнює їхню соціалізацію. У своєму мовленні вони

використовують лише найбільш знайомі слова і мовленнєві штампи, заучені граматичні конструкції, часто при цьому не усвідомлюючи їхнього змісту. При спілкуванні використовують додаткові невербальні форми комунікації – жести, міміку, окремі звуки, якими висловлюють свої бажання і потреби. Краще ідуть на контакт зі знайомими людьми, завдяки чому після тривалих тренувань у них вдається сформувати елементи соціалізованих емоцій.

Принципова відмінність між помірною та важкою розумовою відсталістю полягає в тому, що у останніх є виразні моторні відхилення або інші клінічні прояви, які свідчать про глибоке органічне ураження. Відхилення, притаманні цій категорії осіб, не дозволяють їм самостійно, без спеціальної опіки, жити у соціальному середовищі.

Глибокий ступінь розумової відсталості (ідіотія)

Це найважчий ступінь розумової відсталості, при якому органічно уражається не лише кора головного мозку, а й частково підкірка, що призводить до грубого порушення фізичного та психічного розвитку.

Більшість з ідіотів є малорухомими або значно обмеженими в моторних можливостях, страждають на хронічні захворювання внутрішніх органів, енурез, енкопрез тощо. Їхні потреби й дії мають примітивний характер, рухові реакції є хаотичними, нецілеспрямованими.

При цьому ступені пізнавальна діяльність є повністю несформованою. Діти ніяк не реагують на оточуючих, навіть сильним звуком і яскравим світлом не можна привернути їхню увагу і утримувати її хоча б деякий час. Вони часто не впізнають рідних, близьких, реагують лише на тих людей, які постійно працюють з ними; здатні розуміти лише прості форми невербального спілкування, в основі яких лежать реакції отримання задоволення, не можуть опанувати елементарними навичками самообслуговування, не вміють піклуватись про себе і потребують постійної допомоги, опіки і контролю. Окремі з них можуть навчитись самостійно їсти.

У них порушені смакові і нюхові відчуття, в результаті чого вони можуть їсти неїстівні предмети і практично не реагувати на різкі запахи. Емоційні реакції у них практично відсутні. Емоції не є показником стану такої дитини. Про її стан не можна зрозуміти за виглядом її обличчя, позою, рухами. У них часто виникають афективні спалахи, під час яких вони можуть битися головою об стіну, кусати собі руки, бити п'ятами об підлогу, викручувати пальці тощо. Через понижену больову чутливість такі рани не викликають у них дискомфорту. Одні з них є апатичними, повільними, інші - навпаки, злобливими, агресивними, дратівливими.

Поведінка дітей-ідіотів повністю залежить від зовнішніх стимулів, є нецілеспрямованою, неусвідомленою (польова поведінка).

2. Навчання і виховання дітей з порушеннями інтелекту у спеціальних закладах

Організація корекційно-виховної роботи у спеціальному дошкільному закладі для дітей з вадами інтелекту

Ранній та дошкільний вік є дуже важливими для розвитку будь-якої дитини. Саме у цьому віці здійснюється інтенсивний розвиток дитини, формування її особистості. Створення у цей період спеціальних умов для корекційно-виховної роботи з розумово відсталою дитиною дозволяє попередити виникнення ускладнень у структурі дефекту; урахувати сензитивні періоди становлення психіки; сприяє гармонійному розвитку особистості дитини; надає можливість підготувати її до навчальної діяльності.

Основною **метою** спеціального дошкільного виховання є забезпечення кожній дитині максимально можливого рівня фізичного, розумового і морального розвитку.

Завданнями корекційно-виховної роботи є:

- 1) подолання і попередження вад розвитку кожної дитини;
- 2) підготовка розумово відсталої дитини до навчання у спеціальній школі з урахуванням її індивідуальних можливостей.

Спеціальні дитячі садки, дошкільні групи при допоміжних школах та дитячих будинках працюють за «Програмою виховання та навчання розумово відсталих дітей дошкільного віку», рекомендованою МОН України.

Програма складається із восьми розділів, у яких визначається зміст корекційно-виховної роботи з провідних для дошкільного віку видів діяльності. Це такі розділи:

- формування елементарних математичних уявлень;
- розвиток мовлення;
- ігрова діяльність;
- образотворче мистецтво;
- конструювання;
- трудове виховання;
- музичне виховання та ритміка;
- фізичне виховання.

У спеціальному ДНЗ працюють: завідувач закладу; вчителі-дефектологи; вихователі; музичний керівник; психолог; вчитель-логопед; медичний персонал (лікарі, медсестри); обслуговуючий персонал. Вони забезпечують виховну, навчальну і корекційну роботу з дітьми, що мають вади інтелекту; дотримання режиму дня; поглиблене вивчення дитини; лікування вихованців; організують роботу з батьками дітей.

Загальноосвітні спеціальні навчальні заклади

Згідно статистичних відомостей МОН України найбільша кількість розумово відсталих дітей охоплена навчанням у загальноосвітніх спеціальних (допоміжних) школах-інтернатах (школах).

Діяльність допоміжної школи регулюється основними нормативними документами України про освіту, одним із яких є «Положення про спеціальну загальноосвітню школу-інтернат (школу, клас) України для дітей з вадами фізичного або розумового розвитку».

Спеціальна загальноосвітня школа-інтернат (школа) 1-2-го ступеня для дітей з вадами розумового розвитку (допоміжна школа) реалізує наступну **мету**

– розвиток і формування особистості, забезпечення соціально-психологічної реабілітації і трудової адаптації учня, виховання у нього загальнолюдських цінностей, громадянської позиції.

Завдання допоміжної школи

1. Створення спеціального режиму дня та системи навчальної, виховної і корекційної роботи.

2. Створення спеціальних умов для корекційної спрямованості навчання, відновлення здоров'я, подолання порушень психічного і фізичного розвитку.

3. Здійснення індивідуального та диференційованого підходу у навчанні та вихованні з урахуванням характеру порушень.

4. Забезпечення умов для розвитку нахилів і здібностей, здобуття учнем соціально необхідного мінімуму обов'язкових вимог до рівня і обсягу загальної середньої освіти.

Окрім освіти допоміжна школа забезпечує дітей професією.

Склад учнів допоміжної школи визначається «Положенням про спеціальну загальноосвітню школу (школу-інтернат) для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку» (2008 р.). Згідно цього документу направленню до спеціальної загальноосвітньої школи-інтернату (школи, класу) для розумово відсталих дітей (допоміжна школа) підлягають розумово відсталі діти, які навчалися у 1-2-х класах загальноосвітньої школи, так і ті, які не навчалися, з такими медичними показаннями:

- олігофренія в ступені дебільності різного походження, в тому числі дебільність при хворобі Дауна;

- органічна деменція негрубого ступеня, що є наслідком інфекційних, інтоксикаційних, травматичних та інших постнатальних уражень головного мозку;

- епілептична деменція (за відсутності денних або частих нічних судомних нападів);

- шизофренічна деменція (за відсутності психотичних розладів);

- помірна розумова відсталість (за умови створення для таких дітей окремого класу).

Направленню до спеціальної загальноосвітньої школи-інтернату (школи, класу) для розумово відсталих дітей (допоміжна школа) не підлягають діти:

- з важкою формою недоумства (олігофренія в ступені виразної імбецильності та ідіотії, в тому числі й при хворобі Дауна; органічна деменція важкого ступеня з виразною дезадаптацією, відсутністю навичок самообслуговування);

- з психічними захворюваннями, у яких крім недоумства спостерігаються інші важкі нервово-психічні порушення;

- з олігофренією або органічною деменцією з виразними і стійкими психопатоподібними розладами;

- з органічним захворюванням головного мозку з денними або частими нічними судомними нападами;

- з шизофренією із стійкими психотичними розладами;
- із різними відхиленнями у психічному розвитку, пов'язаними з первинним порушенням функцій слуху, зору, моторики;
- із затримкою психічного розвитку, пов'язаною із залишковими явищами органічних уражень головного мозку або педагогічною занедбаністю.

Програма допоміжної школи не розрахована на ці категорії учнів. Окрім цього вони потребують певних видів допомоги (лікувальної, психологічної, соціальної), не передбачених цією школою. Названі категорії дітей є контингентом інших закладів: спеціальні школи інших типів, реабілітаційні центри, дитячі будинки-інтернати, лікарні.

Навчання, виховання і трудова підготовка дітей-імбецилів

Залежно від ступеня інтелекту, фізичного здоров'я, можливостей і потреб діти-імбецили перебувають у закладах Міністерства праці та соціальної політики або Міністерства охорони здоров'я. У дитячих будинках (будинках-інтернатах) для дітей-імбецилів, здатних самостійно пересуватись, організовується не лише догляд за вихованцями, а й корекційно-виховна робота.

Метою корекційно-виховної роботи з цією категорією дітей є працевлаштування і подальше пристосування їх до життя в умовах навколишнього соціального середовища. Досягнення цієї мети забезпечується розв'язанням наступних **завдань**:

- розвиток всіх психічних функцій і пізнавальної діяльності дітей у процесі навчання і корекції їхніх недоліків. Основна увага спрямовується на розумовий розвиток учнів;
- виховання глибоко розумово відсталих дітей, формування у них правильної поведінки. Основна увага спрямовується на моральне виховання;
- трудове навчання та підготовка до доступних видів праці; фізичне виховання; самообслуговування;
- побутова орієнтація та соціальна адаптація як підсумок усієї роботи.

Ці завдання відповідають програмі корекційно-виховної роботи закладів.

У дитячі будинки (будинки-інтернати) для фізично здорових глибоко розумово відсталих осіб системи соціального захисту населення (Міністерство праці та соціальної політики) приймаються діти-імбецили віком від 4-х до 18-ти років певної статі (хлопці й дівчата утримуються окремо). Корекційно-виховна робота проводиться у декілька **етапів**:

1-й етап (від 4-х до 8-ми років) – формування санітарно-гігієнічних навичок; розвиток моторики; привчання до адекватної поведінки у їдальні та інших громадських місцях; розвиток мовлення, пізнавальної діяльності; підготовка до шкільного навчання.

2-й етап (від 8-ми до 16-ти років) – закріплення навичок самообслуговування і особистої гігієни; навчання господарсько-побутовій праці; навчання навичкам рахунку і елементарної грамоти; розвиток мовлення.

3-й етап (від 16-ти до 18-ти років) – соціальна адаптація дітей.

У роботі з цією категорією дітей слід враховувати, що вони не вміють переносити набуті знання у життя. Тому важливо не лише сформувати у них певний обсяг знань, а виробити адекватність поведінки й вміння діяти у конкретних життєвих ситуаціях.

Найскладнішим є початковий етап, оскільки глибоко розумово відсталі діти дуже важко адаптуються до нових умов життя. Тому передусім важливо налагодити контакт з дітьми, виховати у них вміння слухати старших, дотримуватись режиму дня і правил поведінки. Поступово дітей включають у колективну діяльність, в тому числі й ігрову. Методи навчання цієї категорії дітей на першому етапі наближені до методів дошкільної і ясельної педагогіки; на другому і третьому – до методики роботи допоміжної школи. Разом з тим, це не механічне запозичення методів, а адаптація їх до можливостей і потреб дітей-імбецилів.

3. Індивідуальний підхід до дітей з порушеннями інтелекту в умовах індивідуального навчання

Навчання дітей з легким та помірним ступенем розумової відсталості має здійснюватись у спеціальних закладах, проте окремим з них перебування у колективі протипоказане (епілептичні напади, психотичні розлади тощо). У таких випадках ПМПК рекомендує індивідуальне навчання, яке здійснюється за програмою допоміжної школи з урахуванням індивідуальних особливостей дитини. При цьому індивідуальне навчання, так само, як і його колективні форми, має бути корекційно спрямованим. Для цього застосовуються такі *корекційні прийоми*:

- адаптація змісту освіти до пізнавальних можливостей учнів, що виявляється в зменшенні обсягу матеріалу, його спрощенні за характером і структурою;
- наочність навчання: використання різних видів наочності, її відповідність рівню розвитку сприймання й мислення дитини, поступове ускладнення (від реальних предметів та об'єктів до символічної наочності), задіявання якомога більшої кількості аналізаторів (слух, зір, дотик), поєднання наочних методів із словесними, практичними;
- уповільненість процесу навчання з урахуванням інертності нервових процесів дітей;
- повторюваність у навчанні та вихованні з метою ліквідації фрагментарності сприймання, недосконалості запам'ятовування. Повторення має бути систематичним, різноваріативним, з різним ступенем залучення дитини;
- включення учня в діяльність, спрямовану на подолання труднощів і перешкод (принцип вправляємості) – всі теоретичні відомості, правила мають бути засвоєні через практичну діяльність різного ступеня труднощів і новизни; без відпрацювання вмінь у практиці

подолати наявний у розумово відсталих учнів розрив між теорією й практикою неможливо;

- спеціальна організація праці – у процесі роботи слід вчити учня планувати свою діяльність, міркувати про послідовність та способи виконання, описувати результати і порівнювати їх із зразком;
- використання гри у навчально - корекційній роботі – з метою підвищення інтересу дитини до навчальної діяльності, подолання її пасивності слід використовувати як дидактичну, так і сюжетно-рольову гру;
- дотримання охоронно-педагогічного режиму з урахуванням конкретного клінічного діагнозу;
- позитивні емоції педагога слугують засобом стимулювання дитини до навчальної діяльності й спілкування, формують її віру у свої можливості.

Навчання і виховання розумово відсталі дитини має бути поєднаним із оздоровленням і лікуванням, логопедичними заняттями, заняттями з психологом, лікувальною фізкультурою.

Контрольні запитання

1. Дайте визначення розумової відсталості.
2. Назвіть сучасні психолого – педагогічні класифікації розумової відсталості.
3. У чому полягає мета різних типів закладів для розумово відсталих дітей і яким чином вона реалізується?
4. Чому в умовах індивідуального навчання дітей з вадами інтелекту потрібен індивідуальний підхід?
5. Назвіть корекційні прийоми реалізації індивідуального підходу у навчанні дітей з вадами інтелекту.

Література

1. Державна соціальна програма забезпечення рівних прав можливостей жінок і чоловіків на період до 2021 року / Кабінет Міністрів України. – Київ, 2018. – 30 с.
2. Дефектолог : газета / гол. ред. О. Калюжна. – 2017. – № 11 (131), листопад.
3. Дитина з особливими потребами: Інклюзивна освіта. Дефектологія. Корекційна педагогіка : журнал / гол. ред. В. Андрєєва. – 2018.
4. Дітям про Конвенцію ООН : про права людей з інвалідністю / Агенство ООН у справах біженців ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2017. – 10 с.
5. Доступність є важливою? Чому / Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2012. – 22 с.
6. Доступність та універсальний дизайн : навчально-методичний посібник / В. О. Азін, Л. Ю. Байда, Я. В. Грибальський ; Нац. Асамблея людей з

інвалідністю України ; Канадсько-український проект «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні». – Київ, 2013. – 128 с.

7. Інвалідність і здоров'я: як покращати послуги для жінок з інвалідністю в сфері охорони здоров'я : практичний посібник. / за ред. О. Красюкової-Еннс ; Корпорація Інститут досліджень та тренінгів. – Київ, 2016. – 64 с.

8. Інвалідність та суспільство : навч.-метод. посібник / кол. авторів: Л. Ю. Байда, О. В. Красюкова-Еннс, С. Ю. Буров [та ін.]; Канадсько-український проект «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні» ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2012. – 216 с.

9. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю / Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2017. – 64 с.

10. Мартиненко І. В. Особливості комунікативної діяльності дітей старшого дошкільного віку з системними порушеннями мовлення : монографія / І. В. Мартиненко. – Київ : ДІА, 2016. – 308 с.

Тема 10

Особливості розвитку, навчання та виховання дітей із порушеннями опорно-рухової системи

План

1. Сутність, етіологія та патогенез порушень опорно-рухової системи.
2. Психолого-педагогічна характеристика дітей із порушеннями опорно-рухової системи.
2. Навчання і виховання дітей з порушеннями опорно-рухової системи у спеціальних закладах.
3. Корекційні прийоми реалізації індивідуального підходу до дітей з порушеннями опорно-рухової системи в умовах інтегрованого навчання.

1. Сутність, етіологія та патогенез порушень опорно-рухової системи

Руховий аналізатор – це нейрофізіологічна система, яка здійснює аналіз і синтез сигналів, що виникають в органах руху людини та тварин. Руховий аналізатор складається з периферійних відділів, специфічних нервових волокон (чутливі нерви, що несуть нервові імпульси до головного мозку), відповідних підкіркових структур і кіркового відділу, розташованих в лобних долях кори головного мозку. Руховий аналізатор бере участь у підтримці постійного тону (напруження) м'язів тіла та координації рухів. У вищих тварин і людини руховий аналізатор моделює рух, створює ніби образ руху, який потрібно здійснити, і постійно зіставляє реальний потік аферентних імпульсів від руху м'язів з попередньо створеним образом – планом. Порушення, які відбуваються у руховому аналізаторі, призводять до певного, атипового розвитку особистості дитини.

Проблема дитячого церебрального паралічу (надалі – ДЦП) є однією з найбільш актуальних на даному етапі розвитку суспільства і організації системи інтегрованого (інклюзивного) навчання. Це обумовлюється, з одного

боку, значною поширеністю даної патології серед населення і відсутністю її своєчасної діагностики, з іншого – недостатністю наявних механізмів надання адекватної допомоги таким дітям на ранніх етапах розвитку – лікарями і спеціалістами з корекційної педагогіки та спеціальної психології. Саме це і обумовлює високу ступінь інвалідизації цієї категорії дітей.

Поширення ДЦП, за даними різних авторів, варіюється в межах від 2 до 5-9 випадків на 1000 новонароджених. В останній час кількість новонароджених з церебральними паралічами помітно збільшилась. За даними Державного комітету статистики в Україні у 2006 році налічувалось 168128 дітей-інвалідів віком до 18 років. У структурі дитячої інвалідності відповідно до даних МОЗ України органічні порушення центральної нервової системи посідають перше місце (47,9%), причому більшу частину з них займають різні форми дитячого паралічу.

Параліч (від гр. *paralio* – розслаблюю) – повне випадіння рухових функцій, яке залежить від ураження рухового апарату центральної або периферійної нервової системи. Паралічі діляться на функціональні і органічні. **Функціональні паралічі** не супроводжуються анатомічними змінами в нервовій системі, частіше всього є істеричними і виникають внаслідок розвитку стійкого осередку гальмування в ділянці рухового аналізатора кори головного мозку. Вони виникають раптово, так само раптово зникають і не залишають зовні видимих наслідків. Неповний ступінь паралічу, або параліч у стадії зворотного розвитку, називається *парезом*. **Органічні паралічі** залежно від місця ураження нервової системи поділяються на периферійні і центральні. При *периферійних* паралічах уражуються рухові клітини передніх рогів спинного мозку або ж периферійні нервові стволи; випадають всі рухи і падає тонус м'язів (в'ялий параліч), м'язи атрофуються, сухожильні рефлекси і рефлекси шкіри згасають. При *центральных* паралічах спостерігається ураження пірамідної системи і порушення можуть виникати у різних відділах головного і спинного мозку. При ньому окремі м'язи кінцівок ушкоджуються неоднаково; м'язовий тонус підвищується (спастичний параліч); рухові функції випадають не повністю: довільні рухи стають неможливими, а сухожильні рефлекси різко зростають; з'являються патологічні рефлекси.

Проблемою дитячих церебральних паралічів почали займатись досить давно. Перший клінічний опис дитячого церебрального паралічу зроблений В.Д. Литтлем (1810-1894), який сам страждав на лівосторонню клишоногість. У 1853 році ним опублікована робота, яка називалась “Про природу і лікування людського каркасу”. Він доповів про це на засіданні Королівського медичного клубу, а потім опублікував свої спостереження над дітьми, у яких після перенесених під час пологів травм розвивались паралічі кінцівок. Майже 100 років це захворювання називалось хворобою Литтля.

Термін “дитячий церебральний параліч” належить З.Фройдю. У 1893 році він запропонував об'єднати всі форми спастичних паралічів внутрішньочеревного походження з подібними клінічними ознаками в групу церебральних паралічів. У 1958 році на засіданні ВООЗ в Оксфорді відповідно

до 8 перегляду класифікацій хвороб цей термін було затверджено і запропоноване визначення: **Дитячий церебральний параліч** – непрогресуюче захворювання головного мозку, яке вражає ті його відділи, що відповідають за рухливість і положення тіла, і виникає на ранніх етапах розвитку головного мозку.

ДЦП виникає внаслідок патологічних процесів, які відбуваються у нервовій системі матері і дитини до, під час і після пологів. Хоча ці порушення мають непрогресивний характер, але з віком вони стають все більш помітними. Рухові розлади можуть бути мінімальними, помітними лише при інтенсивних фізичних навантаженнях (біг, точність, сила, координація рухів тощо) або значними, які призводять до інвалідності. Часто паралічі поєднуються з іншими відхиленнями, наприклад з епілептичними нападами, порушеннями мовлення або інтелектуальними розладами. Прогнози є різними. У деяких випадках правильне лікування і надання адекватної медичної та реабілітаційної допомоги на ранніх етапах протікання патології може допомогти дитині вести практично нормальне життя у соціальному середовищі.

При аналізі причин розвитку ДЦП вчені визначають зв'язок ДЦП з тим чи іншим періодом розвитку з використанням терміну *період ризику*. Порушення формування мозкової діяльності на ранніх етапах онтогенезу, які призводять до ДЦП, є результатом цілого ряду факторів. За часом впливу на мозок хвороботворного чинника їх поділяють на: пренатальні, натальні та постнатальні. За даними ряду дослідників вирішальна роль у виникненні ДЦП належить пренатальним факторам – від 37% до 60%, натальним – від 27% до 40%, постнатальних – від 5% до 25%. Водночас окремі автори не надають такого значення пренатальним факторам. Так, на думку Дешесни лише у 30% випадків причини ДЦП лежать у пренатальному періоді, 60 % – у натальному, і лише 10% – після народження у ранньому віці. Але при цьому переваги того чи іншого періоду, напевно, є вторинними, а головне значення мають окремі етіологічні фактори, вплив яких проявляється в певні періоди розвитку плоду і новонародженого.

До пренатальних факторів відносять: конституцію матері; її соматичні, інфекційні, ендокринні захворювання у період вагітності; інтоксикацію її організму (вживання алкоголю, нікотину, наркотичних речовин, отруєння продуктами харчування, медикаментозними препаратами, хімічними речовинами тощо); ускладнення попередньої вагітності; діабет; неправильне кріплення плаценти; несумісність крові матері і плоду; негативний вплив факторів навколишнього середовища (проживання або праця на екологічно забруднених територіях, підприємствах, радіоактивних зонах, біля підприємств хімічної, видобувної, металургійної галузей тощо). До цих факторів можна віднести і несприятливі попередні пологи; лікування тиреоїдними гормонами під час вагітності; кровотеча в пізні періоди вагітності; вживання матір'ю екстрогенних гормонів, внутрішньо маточні ушкодження. Також до цих факторів відносять і маленьку вагу новонародженої дитини (до 1500 г. - відсоток ДЦП серед таких дітей в межах 43-50%, що в 6 разів більше, ніж у

дітей з нормальною вагою тіла); ненормальну позицію плоду; малу вагу плаценти; вагітність терміном менше 37 тижнів; виражений дефект пологів; аномалії кінцівок; мікроцефалію; генетичні фактори (приблизно у 2%).

До натальних факторів відносяться: недоношеність; асфіксія під час пологів (частота випадків ДЦП серед дітей, які народились з асфіксією в межах від 3 до 20%, при цьому чіткий зв'язок прослідковується порівняно з дітьми, які народились передчасно); механічні порушення під час пологів; неправильне попереднє положення плоду; швидкоплинні пологи; тривалі пологи; слабкість пологової діяльності; стимулювання пологів тощо.

До постнатальних факторів відносяться: травми черепа, кісток, субдуральні гематоми, травми шиї; інфекційні захворювання: менінгіт, енцефаліт, абсцес мозку тощо; інтоксикації: медикаментозними препаратами, хімічними речовинами, продуктами харчування, наркотиками, алкоголем свинцем, миш'яком тощо; киснева недостатність; при новоутвореннях та інших набутих відхиленнях в мозку: кіста, гідроцефалія, пухлина тощо.

У світовій літературі запропоновано більше 20 класифікацій ДЦП. В своїй основі вони містять етіологічні ознаки, клінічні прояви, патогенетичні особливості. У дітей з ураженням рухових систем головного мозку можуть розвиватись: параліч чотирьох кінцівок – тетраплегія (відсутність або послаблення рухів всіх кінцівок з переважанням проблем у руках); диплегія (при переважанні паралічу ніг); геміплегія (параліч однієї половини тіла); нижня параплегія (ураження ніг). У вітчизняній практиці роботи використовується класифікація К.А.Семенової (1979): двойна геміплегія; спастична диплегія; геміпаратична форма; гіперкінетична форма; атонічно-астатична форма.

Спастична форма церебрального паралічу зустрічається у 70% випадків. Для неї характерні підвищення сухожильних рефлексів, рефлексу розтягування м'язів, судоми, які швидко змінюються, м'язова слабкість, недорозвиток ушкоджених кінцівок, реакція м'язів у відповідь на подразнення, тенденція до контрактур. Дитина з церебральним паралічем в основному пересувається на носочках, ставлячи одну ногу навперехрест з іншою.

Атетойдна форма церебрального паралічу зустрічається приблизно у 20% випадків і проявляється у довільних рухах – кривлянні, повільних, вичурних рухах пальців рук, тіла, швидких посмикуваннях. В основному більше виражені порушення у рухах верхніх кінцівок; довільні рухів м'язів обличчя здатні ускладнити мовлення. Стрес посилюється довільними рухами, під час релаксації вони послаблюються і повністю зникають під час сну.

Атаксична форма церебрального паралічу зустрічається приблизно у 20% випадків. Вона характеризується порушенням координації рухів, особливо рухів рук, зростанням рефлексів, швидкими рухами очних яблук, м'язовою слабкістю, тремором. В ранньому дитинстві рухи ніг дитини обмежені. Коли вона починає ходити – широко розставляє ноги. Неузгодженість роботи м'язів призводить до неможливості виконувати точні і спонтанні рухи.

Характеризуючи ДЦП як основну патологію необхідно зупинитись і на інших патологічних станах або захворюваннях, які призводять до порушень опорно-рухового апарату.

Прогресуючі м'язові атрофії – це велика група спадкових захворювань, що характеризуються постійним збільшенням м'язової слабкості і атрофії. Їх умовно розділяють на первинні і вторинні форми. Вторинні, або нейрогенні атрофії залежать від ураження периферійного рухового нейрону, їх також називають аміотрофіями. При первинних м'язових атрофіях спинний мозок і нерви залишаються інтактними, спостерігається первинне ушкодження м'язів внаслідок порушення в них обміну речовин. Ці атрофії ще називають прогресуючими м'язовими дистрофіями.

Прогресуюча м'язова дистрофія (або міопатія) – це клінічно і генетично гетерогенна група спадкових захворювань м'язів, основними ознаками яких є: зниження м'язового тону; зниження або відсутність сухожильних рефлексів; зміни в біоелектричній активності м'язів. Поширеність прогресуючої м'язової дистрофії складає біля 200 випадків на 1 млн. населення, що дозволяє віднести їх до групи найбільш поширених спадкових захворювань. До теперішнього часу немає засобів, які виліковують м'язову дистрофію. Розрізняють чотири основних види цієї патології. Найбільш часто зустрічається дистрофія Дюшена (50% випадків). Захворювання починається у ранньому віці і хворий помирає приблизно у 20-річному віці. М'язова дистрофія Беккера розвивається повільніше – хворі помирають приблизно у 40-річному віці. Плече-лопаточно-лицьова і кінцівочно-пояснична не впливають на тривалість життя.

До порушень опорно-рухового апарату призводить таке захворювання, як **поліомієліт** (від гр. *polios* – сірий, *mielos* – мозок) – гостре інфекційне захворювання, що вражає головним чином сіру речовину спинного мозку. У 50-60-ті роки ХХ століття це захворювання було досить поширеним, на теперішній час за наявності вакцинації воно практично не зустрічається. Хворіють діти віком від 2-х до 7-ми років. Зараження відбувається через травний апарат, рідше – через дихальні шляхи. Процес починається з симптомами гострого респіраторного захворювання, потім уражає передні роги спинного мозку. Тому в дітей розвиваються в'ялі паралічі кінцівок з атрофіями і відсутністю рефлексів.

Ще однією патологією, яка призводить до виникнення порушень опорно-рухового апарату є **сколіоз** – бокове викривлення хребта, яке може проявлятися у його різних відділах. Хребет може бути викривлений вправо (частіше в плечовому відділі) або вліво (частіше в поясничному відділі). Хребет може скручуватись навколо вертикальної осі, що призводить до деформації грудної клітини. Сколіоз часто поєднується з такими деформаціями, як “кругла спина” і горб.

Деформація хребта при сколіозі може бути стійко фіксованою або функціональною, коли хребет тимчасово викривляється внаслідок неправильної осанки або різної довжини ніг.

Фіксований сколіоз може бути наслідком вродженого дефекту, наприклад клиноподібного хребта, зрощених ребер або хребців. Паралітичний або м'язово-скелетний сколіоз може розвиватись через декілька місяців після одностороннього паралічу в результаті поліомієліту. Найбільш поширена форма сколіозу – ідіоматична, походження якої ще недостатньо зрозуміле. Ця форма поділяється на інфантильну – частіше спостерігається у хлопчиків віком до 3-х років; ювенільна – у хлопчиків і дівчаток віком від 4-х до 10-ти років; підліткова – в основному у дівчаток у віці від 10 років і до настання зрілості.

Спостерігаються й такі порушення опорно-рухового апарату, як **остеоартрит, остеомієліт, артрогрипоз, хондродистрофія, міопатія, патологічний кіфоз** та інші. Але оскільки вони зустрічаються значно рідше порівняно з попередніми описувати і характеризувати їх ми не будемо.

2. Психолого-педагогічна характеристика дітей із порушеннями опорно-рухової системи

Всю багатогранність психічних відхилень і розладів, властивих дітям з ДЦП умовно можна розподілити на 4 групи: 1) *відносно легкі психічні розлади неспсихотичного рівня*; 2) *виразні психічні розлади неспсихотичного типу*; 3) *тяжкі психічні розлади психотичного типу*; 4) *інтелектуально-мнестичні розлади*.

Виникнення у дитини з ДЦП тих чи інших варіантів порушення психічного здоров'я, різноманітності їхнього поєднання є результатом одночасного або послідовного впливу на її організм різних несприятливих факторів, які вступають у взаємодію з позитивними, компенсаторними механізмами. До останніх можна віднести і позитивне ставлення до дитини в сім'ї, сприятливий морально-економічний клімат, прагнення батьків до адекватності надання допомоги таким дітям, організація ранньої діагностики і, як наслідок, адекватної корекційної допомоги, залучення відповідних фахівців. Ці фактори сприятимуть зменшенню або й запобіганню різних негативних вторинних відхилень, які можуть негативно впливати на формування особистості такої дитини і посилення первинних дефектів. Не менш важливу роль відіграють правильно організоване харчування дітей, відповідний режим праці й відпочинку, дозування фізичних навантажень, необхідних медикаментозних препаратів і фізіотерапевтичних процедур. Необхідно також зазначити, що в кожному віковому періоді характер клінічних проявів психічних розладів у дітей з ДЦП може мати свої особливості. Причому, чим меншим є вік дитини, тим простіші у неї психопатологічні прояви. Це говорить на користь ранньої діагностики і, відповідно, початку ранньої корекційно-реабілітаційної роботи з такими дітьми.

До першої групи – *відносно легкі психічні розлади неспсихотичного рівня* відносяться діти з такими провідними проявами а) цереброастенічного синдрому; б) неврозоподібного синдрому; в) вторинних невротичних синдромів.

Провідним проявом *цереброастенічної симптоматики* у хворих з ДЦП є синдром “дратівливої слабкості”. Він об’єднує в собі, з одного боку, підвищену стомлюваність, виснаженість психічних процесів дитини, зниження працездатності, з іншого – наявність підвищеної дратівливості, схильність до афективних спалахів, немотивованих змін поведінки. Для цих дітей притаманні розсіяність та труднощі переключення уваги, значні труднощі при необхідності зосередження на певній діяльності. Розумові процеси уповільнені, відчуваються труднощі при виконанні аналітико-синтетичної діяльності, розумова працездатність знижена. Пам’ять недорозвинена, дитина погано запам’ятовує і утримує матеріал, відчуває значні труднощі у процесі його пригадування. На патологічний розвиток психічних процесів впливає і недостатній розвиток просторового гнозису. Ці діти відчувають труднощі у сприйнятті форми предметів, співвіднесенні елементів у просторі. Також спостерігається затримка формування мовлення, наявність різних варіантів мовленнєвих відхилень: від нескладних порушень звуковимови аж до моторної алалії.

При *неврозоподібних* розладах у дітей з ДЦП також відсутні грубі порушення психіки, але при цьому спостерігаються різні варіанти цереброастенічних розладів. Ці діти мають знижений фон настрою, для них притаманні немотивовані фобічні реакції: від страху темряви, води, самотності до страху за своє здоров’я. Це часто формує у них підвищену увагу до свого здоров’я, санітарно-гігієнічних умов середовища і на цьому ґрунті провокуються конфлікти. У деяких випадках фобічні реакції мають яскраві прояви: підвищене серцебиття, пітливість, часте дихання, зниження температури тіла, порушення сприймання власного тіла. Часто виникають істероїдні реакції, які більше притаманні дівчаткам. Можуть спостерігатись приступи афективно-рухового розгальмування, збудження, немотивований сміх, плач, крики тощо.

Вторинні невротичні синдроми виникають у дітей зі збереженою психікою у підлітковому вівці. Такі діти усвідомлюють свою фізичну неповноцінність і при відсутності активної психолого-педагогічної корекції і допомоги у них можуть виникати невротичні зриви, клініка яких є різноманітною, але переважно з тими ж симптомами, що і при неврозоподібних розладах.

До другої групи – ***виразні психічні розлади неспсихотичного типу*** – відносять тих хворих на ДЦП, клінічна картина яких містить яскраво виражені різноманітні варіанти порушення поведінки та особистісні девіації. До другої групи психопатичних проявів у дітей з ДЦП можна віднести 5 наступних варіантів, які по-різному проявляються у різні вікові періоди: 1) синдром невропатії; 2) синдром РДА; 3) гіпердинамічний синдром; 4) різні варіанти патологічного формування особистості; 5) органічні психопатії і психопатоподібні синдроми.

Синдром невропатії, або “врожденної дитячої нервовості” є досить поширеною психопатологічною ознакою у дітей з явищами органічного ушкодження головного мозку, що виникає досить рано. Центральне місце у

структурі цього синдрому посідає різко підвищена збудливість дитини і виражена нестійкість її вегетативних функцій, порушення формули сну і неспанья, а також апетиту. Вони поєднуються з загальною гіперстезією хворого і його швидкою виснаженістю. Характерними є підвищена тривожність, наявність фобічних реакцій, особливо перед всім новим. Цей синдром в основному діагностується у дітей перших 2-х років життя. Надалі, при відносно позитивному протіканні, він пом'якшується і трансформується у цереброастенічні прояви. У більш тяжких випадках він поступово набуває рис гіпердинамічного синдрому або ж стає основою для формування у дитини з ДЦП психопатій і психопатоподібних форм реагування гальмівного кола.

Основним проявом синдрому *раннього дитячого аутизму* (РДА) є виражена недостатність або повна відсутність потреби у спілкуванні, емоційна холодність по відношенню до близьких людей. Для таких дітей притаманний страх нового, будь-яких змін у навколишній обстановці, одноманітна поведінка зі схильністю до стереотипних рухів, відсутність мовлення або наявність різноманітних його порушень. Мовлення, вірніше небажання дитиною його використовувати, відсутність елементарних орієнтовних рефлексів, реакцій на зовнішні подразники створюють ілюзію про наявність у неї порушень аналізаторних систем. Поведінка таких дітей одноманітна. Вони можуть годинами виконувати одні і ті ж маніпуляції з іграшками, перекладати їх з одного місця на інше, але помітити при цьому ігрові дії, сюжетно-рольову гру буває надзвичайно складно. Ці діти надають перевагу самотності. На самоті вираз їхнього обличчя задоволений, у присутності інших людей – невдоволений, без емоційний. Найбільш часто цей синдром проявляється у віці від 2 до 5 років, хоча його окремі прояви можуть виникати і раніше. У дітей з ДЦП синдром ОДА спостерігається надзвичайно рідко, та в окремих хворих і при відсутності спеціальних психокорекційних заходів може сприяти формуванню у дитини з ДЦП ознак аутистичної (шизоїдної) психопатії.

Основними проявами *гіпердинамічного синдрому* виступають загальна рухова тривожність дитини, її непосидючість, недостатня цілеспрямованість, а часто й імпульсивність вчинків, надмірна відволікаємість, порушення концентрації уваги. Інколи в таких дітей спостерігається агресивність, схильність до руйнівних дій (вона все розкидає, ламає іграшки, розбирає предмети, розриває книжки тощо), наявність явищ негативізму. Цим дітям притаманні явища дратівливості, швидке виникнення афективних спалахів, тенденції до різких, немотивованих змін настрою. Частим явищем цього синдрому, особливо у хворих на ДЦП, виступають труднощі засвоєння навичок письма і порушення просторового синтезу. Цей синдром зустрічається у діапазоні від 1,5 до 15-ти років, але частіше всього у період дошкільного та початку шкільного навчання. При несприятливому протіканні і відсутності психокорекційних засобів може сприяти фіксації і розвитку у хворих на ДЦП ознак психопатії і психопатоподібних форм поведінки збудливого кола.

Ще одними з порушень при ДЦП є різні варіанти *патологічного формування особистості та органічні психопатії і психопатоподібні*

синдрому. Під ними розуміється набуття людиною в дитячому та підлітковому віці під впливом несприятливих соціально-побутових факторів деяких досить стійких негативних якостей характеру, які негативно впливають на процес соціалізації особистості. У своїй основі вони містять особливості психогенезу порушень характеру, який формується і клінічні особливості провідного “синдрому” патологічних змін характеру. Частіше всього у дітей з ДЦП зустрічаються афективно-збудливий, гальмівний, істероїдний і нестійкий варіанти патологічного розвитку особистості. За механізмами свого формування патологічний розвиток особистості дітей з ДЦП відбувається за дефіцитарним типом – тобто пов’язаним з наявністю у підлітків різноманітних фізичних дефектів, до яких відносяться і порушення опорно-рухового апарату. Саме вони стають основою набутої дитиною з ДЦП психопатії відповідного кола – афективно-збудливого, гальмівного, істероїдного тощо). При правильному підході ці стани поступово можуть згладжуватись. Характерними відмінностями при поєднанні ДЦП і психопатій та психопатичних форм поведінки є патологічні механізми їх формування, переважно спадкові і резидуально-органічні – при психопатіях, і психогенні – при психохарактеріологічних формуваннях. Оскільки в реальному житті у більшості випадків можна говорити про вплив на дитину і тих, і інших факторів таких розподіл особистісних девіацій набуває ще більш умовного характеру. Але наявність органічного ушкодження головного мозку у хворих на ДЦП дозволяє розглядати властиві їм особистісні аномалії як ознаки органічної психопатії (якщо ушкодження відбулось у період вагітності або під час пологів) або психопатоподібного резидуально-органічного синдрому (якщо ушкодження відбулось на ранніх етапах постнатального розвитку).

Третя група психопатичних проявів – **тяжкі психічні розлади психотичного типу** – включає в себе випадки екзогенного типу психопатологічних реакцій, які виникають у дітей з різним ступенем вираження резидуально-органічних ушкоджень головного мозку. У більшості випадків психотичні порушення розвиваються у хворих на ДЦП під впливом додаткових несприятливих факторів (психічна або фізична травма, важка загальна нейроінфекція, інтоксикація, ураження струмом тощо) і проявляються у вигляді епізодичних короткочасних розладів свідомості. Характер їх клінічної симптоматики багато в чому залежить від особливостей екзогенних факторів, які провокують загострення захворювання. Частіше у таких хворих розвиваються короткочасні розлади свідомості по типу деліріозного стану, рідше – по типу агентивного стану або стану помутніння свідомості. Можливий розвиток істеричного, депресивного, маніакального або гебефренічного синдрому. Під час проведення необхідного симптоматичного антипсихотичного лікування у хворих на ДЦП відносно швидко відбувається усунення психотичного епізоду, внаслідок чого настає стан відносної психічної компенсації.

Четверту групу психічних проявів при ДЦП складають **інтелектуально-мнестичні розлади**. Основним психічним проявом при цих станах виступає

інтелектуальна недостатність. Залежно від її вираження виділяють такі клінічні варіанти розладів: граничні форми інтелектуальної недостатності, розумова відсталість легкого, помірного, тяжкого та глибокого ступеня.

Діти з ДЦП з граничними формами розумової відсталості (за тестом Векслера IQ – 71-89 балів) в основному характеризуються ознаками незрілості емоційно-вольової сфери, відрізняються недостатньою продуктивністю будь-якої сфери діяльності, де вимагається вольове зусилля. Ці діти надають перевагу грі, заняттям ЛФК, емоційно та інтелектуально інфантильні. У поведінці завжди переважають мотиви безпосередніх задовольень і бажань. Часто звертають на себе увагу надмірною залежністю від матері, несамостійністю, страхом перед медичною апаратурою, лікарями. Вони важко адаптуються до дитячого колективу, підвищено плаксиві, часто капризують. У школі важко зосереджуються на завданні, легко відволікаються, швидко стомлюються. За умови організації активної адекватної педагогічної допомоги можуть засвоїти програму загальноосвітньої школи, отримати відповідний їхньому вікові багаж знань і вмінь. Мовлення є достатньо правильним, словниковий запас відповідає віку дитини.

Діти з ДЦП з легким ступенем розумової відсталості (за тестом Векслера IQ – 50-70 балів) характеризуються перш за все конкретністю свого мислення, низькою здатністю до узагальнень, абстрагувань. Переважно вони є непогано адаптованими в сім'ї, сусідському оточенні, легко знаходять вирішення елементарних побутових проблем, орієнтуються у знайомих ситуаціях соціального оточення. Але при цьому програму загальноосвітньої школи у тому темпі й на тому рівні, які це притаманно дітям з нормальним психофізичним розвитком, засвоїти не можуть. Вони не вміють творчо гратись, фантазії їхні бідні і одноманітні. Через свою неуспішність вони стають об'єктами глузувань з боку однолітків, що призводить до небажання відвідувати школу, формування агресивності, апатичності, створює підвищену конфліктність. Неусвідомлення їхнього стану педагогом призводить до виникнення конфліктів з учителями і, як наслідок, негативного ставлення до самого процесу навчання. Діти цієї категорії мають навчатись у спеціальних загальноосвітніх школах. Діти з ДЦП з помірним, тяжким, глибоким ступенем розумової відсталості в загальноосвітній школі не навчаються.

3. Навчання і виховання дітей з порушеннями опорно-рухової системи у спеціальних закладах

На Україні існує мережа спеціальних шкіл (шкіл-інтернатів) для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату I – III ступенів (I ступінь - підготовчий клас, 1-4 класи; II ступінь – 5 – 10 класи; III ступінь – 11 – 13 класи). *Направленню* в ці школи *підлягають* діти 6 (7), які самостійно пересуваються, не потребують індивідуального догляду, з такими захворюваннями:

- 1) церебральні паралічі;
- 2) наслідки поліомієліту у відновному і резидуальному станах;

3) артрогрипоз, хондродистрофія, міопатія, наслідки інфекційних поліартритів;

4) інші вроджені і набуті деформації опорно-рухового апарату.

Діти, у яких крім рухових розладів, констатується затримка психічного розвитку та розумова відсталість, виокремлюються в окремі класи у складі цієї школи.

Не зараховуються у школи цього типу діти, які:

1) страждають на часті епілептичні напади;

2) мають стійкий енурез та/або енкопрез унаслідок органічного ураження центральної нервової системи;

3) страждають на терапевтично-резистентні судомні напади, шизофренію з наявністю продуктивної симптоматики, тяжкі порушення поведінки, небезпечні для дитини та оточення;

4) мають тяжку, глибоку розумову відсталість;

5) яким за станом здоров'я протипоказано перебування у дитячому колективі.

Тривалість уроку в школах для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату I – III ступенів: у підготовчому класі – 30 хв., у 1-2-му класах – 35 хв., у 3-му і наступних – 40 хв. На кожному уроці після 20 хв. занять проводиться 5-ти хвилинна пауза з використанням лікувально - коригуючих вправ.

У навчальних закладах здійснюється низка заходів щодо профілактики посилення основного дефекту:

- специфічна медикаментозна терапія, спрямована на запобігання декомпенсації стану хворого організму;

- допомога педагогам і вихователям у дозуванні навантажень;

- медичний контроль за дотриманням рухового та ортопедичного режиму на уроках і в позаурочний час.

4. Корекційні прийоми реалізації індивідуального підходу до дітей з порушеннями опорно-рухового апарату в умовах інтегрованого навчання

Діти з нерізко виразними порушеннями опорно-рухового апарату, які можуть самостійно пересуватись і себе обслуговувати, мають збережений інтелект, можуть навчатись у загальноосвітній школі. Проте їхня успішність та соціальна адаптація багато в чому залежатимуть від індивідуального підходу вчителя. Зупинимось на деяких особливостях роботи педагогів з такою дитиною. Зокрема:

- слід визначити оптимальне дозування виконання письмових робіт з урахуванням порушень загальної та дрібної моторики пальців рук;

- передбачати варіативність письмових робіт – не лише самостійне письмо, а й роздаткові картки з друкованою основою; не лише ручка, а магнітна дошка, комп'ютер;

- давати більше часу на виконання письмових завдань або замінити частину з них на усні;

- при наявності порушень просторових відносин і несформованості зорово-просторової координації слід використовувати наступні прийоми:
 - спеціально вказати (ручкою, олівцем) рядок і місце, де потрібно починати писати, малювати;
 - позначати відстань між рядками чи частинами завдання;
 - при виконанні арифметичних дій у стовпчик можна розфарбувати клітинки олівцем, наприклад, сотні – зеленим, десятки – синім, одиниці – червоним;
 - використовувати перфокарти;
 - при читанні використовувати спеціальні закладки з прорізами для фіксування слова, словосполучення чи речення;
 - оцінюючи дитину, не знижувати бали за повільну відповідь, недостатню інтонаційну виразність, особливості письма.

Навчання і виховання дитини з вадами опорно-рухового апарату має бути поєднаним із оздоровленням і лікуванням, логопедичними заняттями, заняттями з психологом, лікувальною фізкультурою, масажем.

Контрольні запитання

1. Що таке органічні та функціональні паралічі?
2. Охарактеризуйте ДЦП, його форми та причини виникнення.
3. Дайте характеристику поліомієліту та прогресуючих м'язових атрофій?
4. Охарактеризуйте різні варіанти психічних розладів, які виникають при наявності ДЦП.
5. Назвіть заклади, у яких можуть навчатись діти з порушеннями опорно-рухової системи.
6. Опишіть корекційні прийоми реалізації індивідуального підходу до дітей з порушеннями опорно-рухової системи у процесі їхнього навчання.

Література

1. Дефектолог : газета / гол. ред. О. Калюжна. – 2017. – № 11 (131), листопад.
2. Дитина з особливими потребами: Інклюзивна освіта. Дефектологія. Корекційна педагогіка : журнал / гол. ред. В. Андрєєва. – 2018.
3. Дітям про Конвенцію ООН : про права людей з інвалідністю / Агенство ООН у справах біжінців ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2017. – 10 с.
4. Доступність є важливою? Чому / Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2012. – 22 с.
5. Доступність та універсальний дизайн : навчально-методичний посібник / В. О. Азін, Л. Ю. Байда, Я. В. Грибальський ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України ; Канадсько-український проект «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні». – Київ, 2013. – 128 с.

6. Інвалідність і здоров'я: як покращати послуги для жінок з інвалідністю в сфері охорони здоров'я : практичний посібник. / за ред. О. Красюкової-Еннс ; Корпорація Інститут досліджень та тренінгів. – Київ, 2016. – 64 с.

7. Інвалідність та суспільство : навч.-метод. посібник / кол. авторів: Л. Ю. Байда, О. В. Красюкова-Еннс, С. Ю. Буров [та ін.]; Канадсько-український проект «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні» ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2012. – 216 с.

8. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю / Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2017. – 64 с.

9. Мартиненко І. В. Особливості комунікативної діяльності дітей старшого дошкільного віку з системними порушеннями мовлення : монографія / І. В. Мартиненко. – Київ : ДІА, 2016. – 308 с.

Тема 11

Психолого-педагогічна допомога дітям із порушеннями емоційно-вольової сфери

План

1. Психолого-педагогічна характеристика дітей із порушеннями емоційно-вольової сфери
2. Організація корекційної роботи з дітьми, що мають порушення емоційно-вольової сфери

1. Психолого-педагогічна характеристика дітей із порушеннями емоційно-вольової сфери

Відмінність порушень емоційно-вольової сфери від інших вад психофізичного розвитку

Порушення емоційно-вольової сфери це вид дизонтогенезу, який вирізняється від інших видів порушень психофізичного розвитку як з наукової, так і з практичної точки зору. По-перше, вади емоційно-вольової як ніякий інший вид порушення досліджується не лише з позицій корекційної педагогіки і психопатології, а й з позицій загальної педагогіки, вікової, педагогічної, соціальної та практичної психології. При цьому кожна галузь, описуючи ті ж самі явища поведінки та переживань дитини, користується різним категоріальним апаратом, трактує їхню сутність по-різному (наприклад, розуміння сутності раннього дитячого аутизму, затримки психічного розвитку відрізняється у медицині, педагогіці, психології, а таке явище в поведінці дитини як розгальмованість, нездатність до самоконтролю має різні назви – “мінімальна мозкова дисфункція”, “синдром гіперактивності з дефіцитом уваги”, “імпульсивність поведінки”, “порушення динаміки нервових процесів” тощо). Попри те, в самій дефектології відсутня єдність поглядів щодо класифікації видів порушень емоційно-вольової сфери та їх місця серед інших нозологій. Так, за нейропсихологічною класифікацією А.В.Семенович діти з вадами емоційно-вольової сфери відносяться до двох груп: функціональна

несформованість префронтальних (лобних) відділів головного мозку; функціональна дефіцитарність підкіркових утворень (базальних ядер); за класифікацією Г.Н.Коберника, В.М.Синьова (1984) – до трьох: діти з астенічними, реактивними станами та конфліктними переживаннями; діти з психопатоподібними формами поведінки; діти з початковими проявами психічних захворювань (епілепсія, шизофренія). В.А.Лапшин, Б.П.Пузанов об'єднують вади емоційно-вольової сфери в одну групу під назвою - діти зі спотвореним (дисгармонійним розвитком). За В.В.Лебединським існує дві групи: викривлений розвиток; дисгармонійний розвиток.

За сучасною класифікацією Н.Я.Семаго, М.М.Семаго, яка є відображенням розвитку ідей В.В.Лебединського, виділяються такі види розладів емоційно-вольової сфери:

- ✓ Недостатній розвиток – парціальна несформованість вищих психічних функцій з переважанням недостатності регуляторного компоненту;
- ✓ Асинхронний дисгармонічний розвиток екстрапунітивного, інтрапунітивного та аптичного типів;
- ✓ Асинхронний викривлений розвиток - спотворення розвитку переважно емоційно-вольової сфери.

По-друге, при вивченні емоційно-вольових розладів важко виділити чітку межу між нормою і патологією не лише на практичному, а й на теоретичному рівні, оскільки ті ж самі поведінкові явища дитини можуть розглядатися як вікові особливості, як тимчасовий прояв, зумовлений конкретною ситуацією, як відхилення в емоційно-вольовій сфері, як якість характеру, як індивідуальна особливість (наприклад, негативізм, тривожність, агресивність, імпульсивність, некомунікабельність і т.п.). При цьому залежно від соціальних впливів тимчасовий прояв у поведінці дитини може перетворитись і на якість характеру, і на патологію і, навпаки, перші паростки відхилень в емоційно-вольовій сфері за належного ставлення з боку оточення з часом нівелюються або трансформуються в індивідуальну особливість в межах адаптивної норми.

По-третє, на відміну від етіології інших нозологій, провідним чинником формування порушень емоційно-вольової сфери виступають несприятливі соціальні умови.

По-четверте, у дітей з вадами інтелекту та сенсомоторики спостерігаються порушення емоційно-вольової сфери вторинного характеру, як реакція на формування комплексу неповноцінності. З іншого боку недостатність емоційно-вольової сфери негативно позначається на розвитку інтелекту та успішності навчання.

По-п'яте, для дітей з вадами емоційно-вольової сфери не існує спеціальних освітніх закладів. Діти з відхиленнями в емоційно-вольовій сфері зі збереженим інтелектом перебувають у масових освітніх установах, оскільки до основних умов оптимізації їхнього розвитку і корекції відхилень є спілкування з однолітками з нормальним психофізичним розвитком, заняття з психологом, емпатичне ставлення педагога, бажання батьків забезпечити своїй дитині сприятливі умови.

По-шосте, у практиці спостерігається виразна дисоціація між потенційними можливостями оптимізації психічного розвитку таких дітей і реальними досягненнями. Педагоги часто сприймають дезадаптивну поведінку вихованця як прояв неслухняності, педагогічною занедбаності, сприяють формуванню негативного ставлення до нього однокласників, чим ще більше посилюють дезадаптацію, часом прагнуть позбутися незручного учня, радячи батькам перевести його до іншого закладу, у відповідь батьки докладають значних зусиль до того, щоб втиснути своїх “особливих” дітей у рамки “норми”, що зазвичай призводить лише до загострення проблеми і формування негативних особистісних новоутворень, появи схильності до девіантної поведінки.

Характеристика різних видів порушень емоційно-вольової сфери

Розглянемо характеристику різних видів порушень емоційно-вольової сфери, користуючись класифікацією вад психофізичного розвитку, розробленою Н.Я.Семаго, М.М.Семаго. Ці автори виділяють три типи вад психофізичного розвитку – недостатній, асинхронний, пошкоджений. Всередині кожного типу виділяються різні види дизонтогеній. Специфікою *недостатнього* розвитку виступає низький рівень сформованості усіх (тотальний недорозвиток) або окремих (парціальний недорозвиток) психічних функцій. Парціальна недостатність регулюючої функції кори головного мозку, зокрема, призводить до недорозвитку вольової сфери. Асинхронний розвиток – це порушення принципу гетерохронії, коли спостерігаються складні поєднання недостатності, прискорення та спотворення розвитку. Асинхронний тип розвитку, в свою чергу, Н.Я.Семаго, М.М.Семаго поділяють на дисгармонійний та викривлений. Дисгармонійний психічний розвиток – це така форма порушення, для якої характерною є недостатність емоційно-вольової та мотиваційної сфери особистості при відносній збереженості інших структур. При викривленому розвитку психіки спостерігається поєднання загального недорозвитку, затримки, пошкодження та прискореного розвитку окремих функцій.

Недорозвиток емоційно-вольової сфери внаслідок недостатності регулюючої функції лобних відділів кори головного мозку характеризується імпульсивністю поведінки. Поведінка дитини виявляється залежною від безпосередніх внутрішніх імпульсів або випадкових зовнішніх подразників. Причиною імпульсивності є слабкість кори головного мозку, яка не може підпорядкувати собі діяльність підкірки. Розвитку імпульсивності поведінки і слабкості самоконтролю сприяє сімейне виховання за типом гіпопротекції, коли вихованням дитини мало опікуються, ігноруються її потреби, разом з тим вона немає ніяких обов'язків, їй нічого не забороняють, від неї нічого не вимагають, дитиною ніхто не цікавиться, її ніхто не контролює.

Ієрархія мотивів у таких дітей в молодшому шкільному віці не вибудовується, тому вони не можуть відмовитись від безпосередньо бажаного задля чогось більш важливого. Інтереси у них дуже нестійкі, до активності їх

стимулюють ігрові, яскраво емоційно забарвлені мотиви. Мотивація досягнення успіху виявляється зниженою, переважає прагнення уникнення невдач.

Дитина не спроможна організувати свою діяльність, визначати цілі, здійснювати орієнтацію в умовах, планувати, передбачати результати, здійснювати контроль за відповідністю проміжних цілей кінцевій меті, не може долати щонайменші труднощі, докладати зусилля; може бути метушливою, неохайною. Невдачі викликають різку втрату інтересу. Відмічається виразне прагнення уникати труднощів, знімати з себе відповідальність за їх подолання. Перешкоди на шляху досягнення бажаного викликають негативні афективні реакції, призводять до відмови від мети і переключення на інший вид діяльності. Схильність таких дітей до енерговитрат зумовлює швидку виснажливість нервової системи і наростання втоми. Вони погано почуваються в умовах більш менш тривалої діяльності, яка складається з декількох ланок і вимагає зосередженості.

У дітей із переважанням збудження відмічаються значні труднощі у формуванні внутрішнього гальмування, яке лежить в основі здатності до довільної регуляції поведінки. Грубо порушеною виявляється у них цілеспрямованість діяльності. Такі учні довго не можуть приступити до виконання завдання – крутяться, гублять необхідні знаряддя, займаються сторонніми справами, а далі “з місця” включаються в роботу без необхідної орієнтації в умовах. Ці діти часто не вислуховують інструкції до кінця, виконуючи завдання, сповзають на сторонні асоціації. втрачають мету, не доводять розпочату справу до кінця, відволікаючись на інші стимули. Через неорганізованість вони часто не справляються з доступними для них завданнями і тому іноді складають враження дітей з недостатнім рівнем інтелектуального розвитку.

Особливістю цих дітей є знижена чутливість до зауважень і похвали. Похвала, винагороди не викликають прагнення повторювати схвалені дії або удосконалюватись. Зауваження, покарання не стають пересторогою, не сприяють затримці безпосередніх імпульсів. Дитина може щиро шкодувати про те, що її поведінка призвела до негативних наслідків. У неї і не було прагнення зробити щось погане - “так сталося”, і станеться ще не раз. Поведінка імпульсивної дитини їй самій не належить, тому вона не спроможна відповідати за її наслідки.

Спроби дорослих впливати на активність такої дитини часом приносять лише тимчасовий результат, а часом виявляються взагалі марними. Ні власне мовлення, ані слова дорослих не виконують регулюючої функції. Дитина може зрозуміти і засвоїти інструкцію, проте не керуватись нею у своїй поведінці. Батьками, педагогами поведінка імпульсивної дитини сприймається як неслухняність, як свідоме небажання виконувати їхні настанови. Тому від настанов, умовлянь, пояснень, переконань вони переходять до більш директивних заходів – покарань, обмежень, негативного оцінювання. Дитина це переживає як неприйняття, як свою неспроможність заслужити любов батьків.

Такі умови стають сприятливими для дисгармонійного розвитку особистості екстрапунітивного типу і формування девіацій.

Не просто складаються стосунки імпульсивної дитини і з однолітками, оскільки вона не вміє підпорядковувати свою активність правилам гри, рахуватись з прагненнями і переживаннями інших, орієнтуватись на групові цілі та цінності. Такі діти часто мимохіть виявляються в епіцентрі конфліктів і сутичок серед однолітків.

Відмінною рисою розвитку пізнавальної сфери виступає несформованість довільності вищих психічних функцій. Страждають довільне запам'ятовування і відтворення, здатність обирати адекватний задачі спосіб розв'язування, організація розумової діяльності загалом. Особливо порушеною виявляється увага, яка характеризується низькою стійкістю, мимовільністю, залежністю від сторонніх подразників. За умов зовнішньої організації діяльності та контролю діти здатні до виконання задач пізнавального характеру.

На уроці імпульсивна дитина швидко втрачає інтерес, виявляє бажання вийти з класу, часто відволікається на сторонні подразники, може заважати іншим учням, почувається втомленою, допускає велику кількість помилок через неухважність. Своїх помилок такі учні не помічають і не виправляють. Навчальні навички формуються у них сповільнено. Часом їм важко виконати самі прості навчальні операції, на зразок, відкрити книжку на потрібній сторінці, записати домашнє завдання в щоденник, приготуватись до уроку. Зошити таких учнів неохайні, з великою кількістю виправлень, з незавершеними письмовими завданнями. Імпульсивні діти без нагадування не беруться за виконання домашніх завдань. Намагаються читати швидко, демонструють здогадуюче читання, пропускають букви, перестрибують через рядок. Пишуть за поля, з великою кількістю помилок через неухважність (недописування слів, пропуск, перестановка, заміна букв, багаторазове повторення букв та їх елементів), при цьому при списуванні помилок може бути більше, ніж при письмі під диктовку.

Перехід до поскладового читання у них буває складним, слова часто читаються ними за здогадкою. Великі труднощі спостерігаються на письмі. Вони недбало пишуть окремі елементи букв, втрачають ці елементи, або приписують зайві, переміщають букви з кінця слова на початок, двічі пишуть одне слово або склад, пропускають голосні, пишуть слова разом.

Особливо великі труднощі виявляються в процесі навчання цих дітей рахунку. Перерахунок предметів є для них ускладненим через імпульсивність і відсутність установки на завдання. Так, наприклад, якщо дитині пропонувалось з 10 лічильних паличок взяти тільки певне число, то вона може взяти усі або будь-яку іншу кількість паличок.

Основні діагнози: органічний інфантилізм, синдром гіперактивності з дефіцитом уваги, мінімальна мозкова дисфункція, гіперкінетичні розлади, F-90 (за МКХ-10).

До *асинхронного дисгармонійного* розвитку можна віднести такі психічні захворювання як психопатії та неврози. **Психопатія** – це патологія характеру,

яка проявляється в усіх сферах життєдіяльності (тотальність), в усіх вікових періодах (стабільність) і призводить до соціальної дезадаптації. Психопатія зумовлена поєднанням тривалих несприятливих соціальних впливів зі спадковими або набутими внаслідок раннього пошкодження головного мозку особливостями вищої нервової діяльності. Залежно від причин психопатії поділяються на дві групи: 1) конституційні (шизоїдні, епілептоїдні, циклоїдні, психастенічні, істероїдні), ступінь виразності яких залежить від особливостей соціального середовища; 2) органічні, зумовлені шкідливими впливами на незрілий мозок внутрішньоутробних та ранніх післяпологових чинників (травми, інтоксикації). Для кожного виду психопатій є свій критичний вік, в якому інтенсивно розгортаються психопатичні риси. Незалежно від виду психопатія характеризується зниженою критичністю щодо власної особистості та наявністю подвійних стандартів щодо оцінки своїх та чужих вчинків.

За визначенням Б.Д.Карвасарського, **невроз** – психогенний (конфліктогенний) нервово-психічний розлад, який виникає внаслідок порушення особливо значущих для людини взаємин, проявляється в емоційно-афективних та соматовегетативних розладах за відсутності психотичних симптомів (розладів свідомості). На відміну від психопатій при неврозах страждає лише частина особистості (парціальність порушень), зберігається критичність щодо хвороби та власної особистості загалом.

Етіологічні чинники дитячих неврозів детально розглядає А.Співаковська. Це – 1) психічна травма, 2) преневротичні патохарактерологічні радикали, 3) порушення системи взаємин, предусім, сімейних; 4) дисгармонія сімейного виховання. Психічна травма – це зовнішні подразники, що хворобливо впливають на психіку індивіда. Це можуть бути надсильні подразники, які викликають переляк, раптові гострі конфлікти у родині, школі, дитячому садку; або хронічні порівняно слабкі але тривало діючі подразники. Слід зазначити, що патогенним виявляється не сам по собі зовнішній подразник, а його значущість для дитини. Той самий подразник може бути неважливим і непомітним для однієї дитини і психотравмуючим для іншої.

До преневротичних патохарактерологічних радикалів можна віднести: сензитивність (емоційна чутливість та вразливість); безпосередність; виразність почуття “я”; внутрішній тип опрацювання емоцій; суперечливість розвитку через несумісність окремих рис темпераменту та характеру; нерівномірність психічного розвитку. Вірогідність формування неврозу у дитини можуть посилити наявність невропатії, домінанта розвитку однієї з півкуль кори головного мозку. Проте, якщо обсяг соціальних вимог не перевищує можливостей дитини, якщо її сприймають такою, як вона є, прояви невропатії зникають до 9-10 років. Якщо ж виховання в родині та освітніх закладах не зорієнтоване на індивідуальні особливості дитини, мають місце надмірні суперечливі вимоги, гіперсоціалізація, тоді невропатія переходить у невроз. Отже, основним патогенним чинником дитячих неврозів виступає порушення системи сімейних взаємин.

Т.М. Мішина виділяє три основних типи невротичних взаємин у сім'ї: суперництво – прагнення самоствердитись за рахунок іншого, псевдоспівробітництво – демонстрація турботи про іншого, за якою ховається байдужість, ізоляція – емоційна відокремленість кожного члена сім'ї. Дисгармонія подружніх взаємин і сімейного виховання (невідповідність виховання можливостям дитини та досвіду становлення її “я”) створюють несприятливий фон для емоційного розвитку дитини.

Визначальну роль в патогенезі невроту відіграє переживання внутрішнього конфлікту особистості, який не має шляхів вирішення. Це можуть бути конфлікти:

- між бажаннями дитини та реаліями життя, які роблять неможливим задоволення бажаного;
- суперечливого ставлення до близької людини (одночасне переживання любові та агресії);
- між вимогами і можливостями; між цінностями та конкретно-особистісним ставленням.

Внутрішній конфлікт породжується неконструктивно вирішеною зовнішньою суперечністю між особистістю дитини та значущими для неї вимогами та можливостями дійсності. Дитина несвідомо сприймає норми та ідеали своїх батьків і намагається їм відповідати. Якщо ж це суперечить особливостям її нервової системи, темпераменту, інтелектуальним та фізичним можливостям, виникає неузгодженість між бажаннями та досягненнями дитини. В результаті назріває внутрішній конфлікт між власними потребами та нав'язаними ззовні цілями.

Конфлікт посідає центральне місце у житті невротизованої дитини, створює афективне напруження, сприяє хворобливій фіксації переживань, дезорганізує вольові зусилля.

Залежно від клінічних проявів виділяється 3 основних види невротів: неврастенія, неврот нав'язливих станів, істерія.

Невротичний розвиток особистості може поступово перейти в ту чи іншу форму психопатії. Диференційна діагностика невротів і психопатій потрібна медикам для визначення засобів лікування. Для психолого-педагогічної практики ефективнішою є ідиференціація видів дисгармонійного розвитку, розроблена М.Семаго, Н.Семаго, яка дає змогу зрозуміти соціальні причини відхилень в особистісному розвитку, особливості поведінки, та механізми педагогічного впливу.

Асинхронний дисгармонійний розвиток екстрапунітивного типу – це такий вид порушення емоційно-вольової сфери, при якому на перший план виступають реакції емансипації, демонстративності, негативізму. Реакція емансипації - прагнення дитини до незалежності, бажання звільнитись від опіки старших, робити все по-своєму. Негативізм – це установка чинити опір пропозиціям інших, робити все навпаки, всупереч вказівкам інших. Негативізм відображає прагнення дитини до самостійності. Демонстративність – прагнення будь-що бути у центрі уваги. Якщо не вдається викликати захоплення,

здивування, співчуття, то влаштовує і ненависть, обурення щодо себе, тільки не байдужість. Прояви реакції емансипації, негативізму і демонстративності в ранньому дитячому та підлітковому віці розглядаються як нормальне вікове, хоч і кризове, явище. У дітей з ознаками дисгармонійного розвитку екстрапунітивного типу реакція емансипації, негативізм і демонстративність у гострій формі зберігаються і в інші вікові періоди.

Література

1. Державна соціальна програма забезпечення рівних прав можливостей жінок і чоловіків на період до 2021 року / Кабінет Міністрів України. – Київ, 2018. – 30 с.

2. Дефектолог : газета / гол. ред. О. Калюжна. – 2017. – № 11 (131), листопад.

3. Дитина з особливими потребами: Інклюзивна освіта. Дефектологія. Корекційна педагогіка : журнал / гол. ред. В. Андрєєва. – 2018.

4. Дітям про Конвенцію ООН : про права людей з інвалідністю / Агенство ООН у справах біжінців ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2017. – 10 с.

5. Доступність є важливою? Чому / Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2012. – 22 с.

6. Доступність та універсальний дизайн : навчально-методичний посібник / В. О. Азін, Л. Ю. Байда, Я. В. Грибальський ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України ; Канадсько-український проект «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні». – Київ, 2013. – 128 с.

7. Інвалідність і здоров'я: як покращити послуги для жінок з інвалідністю в сфері охорони здоров'я : практичний посібник. / за ред. О. Красюкової-Еннс ; Корпорація Інститут досліджень та тренінгів. – Київ, 2016. – 64 с.

8. Інвалідність та суспільство : навч.-метод. посібник / кол. авторів: Л. Ю. Байда, О. В. Красюкова-Еннс, С. Ю. Буров [та ін.]; Канадсько-український проект «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні» ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2012. – 216 с.

9. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю / Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2017. – 64 с.

10. Мартиненко І. В. Особливості комунікативної діяльності дітей старшого дошкільного віку з системними порушеннями мовлення : монографія / І. В. Мартиненко. – Київ : ДІА, 2016. – 308 с.

Тема 12

Особливості розвитку, навчання та виховання дітей з РДА

План

1. Сутність поняття РДА
2. Корекційно-педагогічна робота з дітьми-аутистами

1. Сутність поняття РДА

Одним із варіантів названого виду дизонтогенезу є **ранній дитячий аутизм** (надалі **РДА**). Аутизм, як відсутність реакції на подразники зовнішнього світу, занурення у внутрішній світ, це симптом, який може входити до складу різних синдромів. Наприклад, аутизм є одним із симптомів шизофренії, часом проявляється у дітей з вродженою сліпотою. Ранній дитячий аутизм виникає внаслідок генетично обумовленого порушення обміну речовин в організмі. Перші ознаки РДА проявляються досить рано, ще до року. Це відсутність контакту очей та фіксації погляду на обличчі іншої людини, затримка у розвитку локомоторних функцій, сповільненість формування навичок самообслуговування і при цьому ранній розвиток фразового мовлення. В основі дефекту при РДА лежить гіперсензитивність, зниження порогів чутливості. У таких дітей страх викликає кожен новий подразник, навіть якщо його інтенсивність не висока – шелест паперу, дотик руки, поява нових предметів. Тому найбільш комфортно така дитина почувається за відсутності подразників – у темноті та тиші. Залежно від виразності РДА формуються різні механізми захисту від тривоги і фобій – уникнення будь-яких контактів з оточенням, агресія; відгородження від зовнішнього світу, занурення у власні фантазії, схильність до сетереотипій (надання переваги тим самим іграм, їжі, одягу, режиму дня, вияв опору і напруження за щонайменших змін у способі життя, одноманітне багаторазове повторення певних рухів, фраз); перевтілення в образ якоїсь істоти, від імені якої легше контактувати з оточенням (наприклад, дитина у психотравмуючій для неї ситуації уявляє себе орлом і поводитися відповідно до своїх уявлень про особливості життя цієї тварини); виконання різноманітних когнітивних операцій, пов'язаних з абстрагуванням, узагальненням, класифікацією; засвоєння штампів поведінки, формування зразків правильної поведінки у певних ситуаціях, намагання бути “хорошими”, виконувати вимоги батьків.

В.Лебединський, О.Нікольська виділяють 4 ступеня виразності РДА. При найважчому 1-му ступені спостерігається польова поведінка, відсутність емоційного контакту навіть з батьками, повна відмова від мовлення як засобу спілкування, уникнення впливу подразників, схильність до емоційної перенасичуваності. Дитина з 2-м ступенем виразності РДА прагне збереження стабільності в навколишньому середовищі. Вона контактує лише з батьками, не переносить щонайменших змін у звичному способі життя, зокрема, таких як перестановка меблів, зміна одягу, нова страва, інша заставка у телепередачі тощо. Важливою умовою відчуття стабільності і захищеності є постійне перебування з матір'ю. Симбіотичний зв'язок з матір'ю проявляється у тому, що дитина не може відійти від неї ні на мить, мати повинна бути постійно у її полі зору. Для стимуляції органів відчуттів такі діти вдаються до стереотипних рухів – перегортання сторінок книжки, перекладання предметів, розгойдування, стрибки тощо. Спілкуються вони, використовуючи однотипні мовні штампи, часто у безособовій формі (“Треба їсти”, “У дві години прогулянка на свіжому повітрі”, “Не можна сміятися”), з допомогою яких повідомляють про свої потреби. Розуміння зверненого мовлення залежить від актуального стану

дитини, конкретної ситуації та співрозмовника. Дитина 2-ї групи РДА може виконувати нескладні прохання матері.

Дітей з 3-м ступенем РДА вирізняє надмірна захопленість власними стійкими інтересами, що проявляються у стереотипній формі. Роками вони можуть гратися в ту саму гру, малювати ті самі малюнки, говорити те саме. Зміст інтересів часто може бути пов'язаним з чимось страшним, неприємним, асоціальним. Захоплені своїм заняттям вони бурхливо негативно реагують на спроби дорослих урізноманітнити їхню активність або залучити їх до іншого виду діяльності.

Діти цієї групи демонструють високий рівень сформованості мовлення, мають великий словниковий запас, користуються складними граматичними конструкціями. Проте, спілкуючись, вони не орієнтуються на співрозмовника, не реагують на його запитання і повідомлення. Вони можуть визначити мету і розгорнути програму дій, спрямованих на її досягнення, але ця програма виявляється негнучкою, нечутливою до змінних умов. Порушення ж реалізації планів зумовлює деструктивний зрив у поведінці.

Висока ерудиція та інтелектуальні здібності при 3-му ступені виразності РДА поєднуються з моторною незграбністю, побутовою непристосованістю. Ці діти нікого не наслідують, активно відмовляються виконувати щось нове, тому для формування навичок відповідні дії необхідно виконувати їхніми руками. Вони є соціально наївними, погано розуміють те, що відбувається, не відчують підтексту ситуації. Можливість здійснювати мислительні операції стає для них джерелом аутостимуляції. Вони одержують задоволення від здійснення математичних обчислень, відтворення певних логічних схем.

Дитина погано переносить зміни у своїх життєвих програмах. Все нове, запропоноване іншою людиною, викликає негативізм та агресію вербального характеру, яку важко витримувати навіть близьким людям.

Для аутостимуляції діти з 3-м ступенем виразності РДА вдаються до відновлення лякаючих неприємних вражень: говорять про пожежі, вбивства, малюють піратів, щурів і т.п. В такий спосіб вони намагаються справитись зі своїми страхами.

Прив'язаність до батьків, як гарантів стабільності і захищеності, поєднуються з прагненням жорстко контролювати взаємини з ним, домінувати, нав'язувати свою волю, з неспроможністю поступитися, пожаліти.

При 4-му найлегшому ступені виразності аутизму на перший план виступають вже не механізми захисту у вигляді рухових та вербальних стереотипів, а підвищена вразливість, загальмованість в контактах, несформованість навичок комунікації, неможливість взаємодіяти з людьми. Щонайменші перешкоди у спілкуванні призводять до його негайного припинення. Діти з 4-м ступенем виразності РДА спроможні на нетривалий контакт очей зі співрозмовником. За труднощів спілкування з однолітками вони активно шукають захисту у близьких, зберігають постійність середовища за рахунок засвоєння штампів поведінки, формування зразків правильної поведінки у певних ситуаціях, намагаються бути "хорошими", виконувати

вимоги батьків. Така дитина легко засвоює складні наукові поняття але відчуває труднощі у формуванні рухових навичок, у практичному застосуванні знань, у накопиченні та використанні життєвого досвіду взаємодії з іншими людьми; легко опановує складними граматичними конструкціями і виявляє дезорієнтацію у просторі власного тіла. Її поведінка є негнучкою, одноманітною. Стереотипність проявляється у педантичному прагненні точно дотримуватись правил, робити так, як навчили. Надмірна правильність, надмірна орієнтованість на дорослого, емоційна залежність від дорослого можуть сприйматись як тупість. Діти 4-ї групи можуть виявляти здібності у конструюванні, музиці та інших невербальних видах творчості.

Основні діагнози: ранній дитячий аутизм (F-84.0), синдром Аспергера (F-84.5).

У залежності від розуміння психологічної сутності РДА та концептуальних засад психотерапії існує декілька поглядів щодо корекційного впливу. *Найпоширенішими з них є поведінковий підхід* (біхевіористична психотерапія) *за якими формування навичок у дітей здійснюється маленькими кроками.* Навичка розбивається на окремі ланки, виконанню яких навчають дітей. Кожна дія, кожен рух у правильному напрямку позитивно підкріплюється і стимулюється. На основі закріпленого руху чи дії вибудовується наступний, доки не буде сформованим потрібне вміння.

Інший підхід до корекції РДА розроблений, на основі глибинного аналізу структури дефекту російськими авторами О.С.Нікольською, Є.Р.Баєнською, М.М.Ліблінг, В.В.Лебединським.

2.Корекційно-педагогічна робота з дітьми-аутистами

Особливості корекційної роботи залежать від ступеня виразності РДА. Так, наприклад, якщо поява страхів та моторних стереотипів при РДА 4-го ступеня свідчить про регрес і погіршення стану дитини, то при РДА 1-го ступеня це є ознакою розвитку, появи вибіркового ставлення до середовища. Тому корекційній роботі обов'язково має передувати ретельна діагностика структури дефекту, ступеня його виразності та сильних сторін особистості дитини.

У випадку глибокого ступеня РДА, загострення страхів добре зарекомендував себе *метод холдінг-терапії*, розроблений М.Уелч. Його сутність полягає в тому, що матері пропонують взяти дитину на руки і, попри її агресивний спротив, обнімати її, гладити, притискати до себе. Дитина при цьому вириватиметься, кусатиметься, царапатиметься. У відповідь мати ще дужче обіймає і переконує дитину у своїй любові. Зрештою дитина виснажується і заспокоюється. Холдінг проводиться щодня. Поступово періоди конфронтації та відторгнення скорочуються в часі і зводяться на нівець. В такий спосіб досягаються довірливі взаємини дитини з матір'ю, на основі яких можна вибудовувати подальшу корекційну роботу.

Основним завданням корекційної роботи є розвиток у дитини здатності взаємодіяти з навколишнім світом. Фахівці з проблем РДА

О.С.Нікольская, Є.Р. Баєнская, М.М.Ліблінг застерігають від типових помилок в організації корекційного впливу, до яких, зокрема, відносять: фіксацію на питаннях “Хто винен?”, “Що чекає дитину у майбутньому?”; прагнення зробити дитину “зручною”; підведення дитини до шаблонів вікової норми; установку на те, що окреме досягнення дитини кардинально вирішить всі проблеми.

Першим завданням корекційного впливу при РДА, від якого залежить успішність всієї роботи, є встановлення емоційного контакту з дитиною. Спочатку за підтримки матері вона повинна призвичаїтись до приміщення, в якому проходять заняття, переконатись в тому, що їй тут нічого не загрожує. Дитину можуть налякати голосні розмови, різкі рухи, надмірна активність та метушливість дорослого; неприємними можуть бути пряме звернення, запитання, активні спроби повернути увагу, настирні пропозиції щось подивитись, тілесні контакти, зазираєння в очі. Ознакою того, що дитина призвичаїлась до обстановки може бути її прагнення дослідити приміщення або його окремі об'єкти. Дорослий доброзичливим поглядом, посмішкою підтримує щонайменші прояви активності дитини, невербальними засобами виказує готовність допомогти (підняти іграшку, що впала під стіл; подати руку для опори, якщо дитина хоче вилізти на стілець, щоб подивитись у вікно тощо). Дорослий терпляче очікує, коли дитина сама підійде до нього і виявить готовність до взаємодії. Важливо, щоб дитина відчувала, що сама контролює ситуацію спілкування: дистанцію, засоби, тривалість та інтенсивність контакту. Можна терпляче вислуховувати шаблонні розповіді дитини, даючи їй цим самим досвід комфорту у спілкуванні. Можна встановлювати контакт опосередковано через батьків, спілкуючись з ними у присутності дитини на цікаві для неї теми. В процесі спілкування слід стежити за наростанням моторної напруженості, метушливості, іншими різкими змінами у поведінці, які можуть бути сигналами наростання тривоги. У такому випадку дорослий повинен негайно знизити свою активність і пошукати приємнішу для дитини тему. Встановивши довірливі взаємини, можна переходити до спільних ігор, малювання та інших видів активності, які приносять задоволення дитині, в яких вона відчувається успішною

Наступним завданням корекційної роботи є розвиток активного осмисленого ставлення до світу. На заваді цьому стоїть схильність дітей з РДА до одноманітного повторення тих самих рухів, фраз, дій. Стереотипії не можна усунути, оскільки вони виступають у якості захисту від тривоги та засобу аутостимуляції. Дорослий може прийняти нав'язливу поведінку дитини, приєднатися до неї і трансформувати її з середини. Так, до сюжету агресивної фантазії дитини можна ввести доповнення неагресивного побутового характеру. Розширення і ускладнення стереотипів дитини перетворює їх із випадкового набору в систему зв'язків з оточенням. Усвідомлення життєвого стереотипу як звичної послідовності окремих подій дає дитині можливість навчитись чекати, заглядати в майбутнє, а отже планувати.

Впливати на поведінку дитини з РДА можна через відповідну організацію простору. Так, відкрита книга спонукає до того, щоб погортати її, роздивитись малюнки; встановлені качелі – щоб на них погойдатись; відкрита коробка з пластиліном – щоб поліпити тощо.

Діти з РДА потребують постійної емоційної підтримки, особливо при появі несподіваних подразників, труднощів та перешкод. Дитина повинна відчувати впевненість дорослого у тому, що вона хороша, попри невдачі. Позитивну та негативну оцінку слід надавати дуже обережно. Про помилки в діяльності можна говорити як результат спільного неуспіху, який спільними ж зусиллями обов'язково буде виправлений іншим разом.

Формування навчальної діяльності дитини з РДА залежить від успішності психокорекційної роботи, спрямованої на соціалізацію. Тому *описані вище напрямки роботи повинні передувати навчанню.*

Найчастіше дитина з РДА не може навчатись в колективі. Це є підставою для призначення індивідуального навчання. Наведемо особливості реалізації індивідуального підходу у навчанні аутичних дітей.

Особливості реалізації індивідуального підходу у навчанні аутичних дітей

- для організації навчання повинно бути обладнане спеціальне постійне місце;
- педагог повинен проводити заняття в той самий час;
- перш ніж приступати до навчання педагогу необхідно встановити контакт з дитиною;
- передусім слід виявити рівень актуальних знань дитини, адже розвиток при РДА може бути настільки нерівномірним, що навчати дитину з таким діагнозом за певною програмою виявляється недоцільним. З кожного предмета даються ті знання, які дитина спроможна засвоїти. Навчаючи дитину з РДА, важливо постійно орієнтуватись на її актуальний стан;
- поява напруження, стереотипних рухів, інших проявів неадекватної поведінки є ознакою підвищення тривожності. Тому ні в якому разі не можна дитину карати за таку поведінку. У співробітництві з психологом вчитель може виробити конкретні прийоми усунення таких станів або їх попередження;
- у процесі навчання не варто фіксуватись на унікальних здібностях дитини до обчислень, механічного запам'ятовування тощо;
- слід стежити за тим, щоб учень усвідомлював практичну значущість одержаних знань, вмів застосовувати їх у своїй діяльності;
- навіть якщо дитина з РДА спроможна навчатись в умовах класу, вона часто «випадає» з фронтальної роботи, тому потребує постійної підтримки та заохочення;
- опитування такої дитини краще проводити індивідуально;
- учню з аутизмом слід допомогти встановити контакт з однокласниками;

- клас необхідно налаштовувати на підтримку комфортного самопочуття такої дитини.

Контрольні запитання

1. Проаналізувати специфічні особливості вивчення та організації навчання і корекційної роботи з дітьми, що мають порушення емоційно-вольової сфери
2. Охарактеризувати структуру дефекту при недорозвитку емоційно-вольової сфери внаслідок недостатності регулюючої функції лобних відділів кори головного мозку
3. Охарактеризувати структуру дефекту при асинхронному дисгармонійному розвитку екстрапунітивного типу
4. Охарактеризувати структуру дефекту при асинхронному дисгармонійному розвитку інтрапунітивного типу
5. Охарактеризувати структуру дефекту при асинхронному дисгармонійному розвитку апатичного типу
6. Розкрити сутність поняття “психопатія”
7. Розкрити сутність поняття “невроз”
8. Проаналізувати психологічні механізми формування неврозів та психопатій
9. Порівняти ознаки психопатії та неврозу
10. Охарактеризувати структуру дефекту при ранньому дитячому аутизмі
11. Охарактеризувати шляхи виховної роботи дітей з вадами емоційно-вольової сфери, спрямовані на розвиток самосвідомості
12. Охарактеризувати шляхи виховної роботи дітей з вадами емоційно-вольової сфери, спрямовані на розвиток волі
13. Охарактеризувати шляхи виховної роботи дітей з вадами емоційно-вольової сфери, спрямовані на розвиток мотиваційної сфери
14. Охарактеризувати шляхи виховної роботи дітей з вадами емоційно-вольової сфери, спрямовані на розвиток позитивних звичок
15. Визначити напрямки корекційної роботи при недорозвитку емоційно-вольової сфери внаслідок недостатності регулюючої функції лобних відділів кори головного мозку
16. Визначити напрямки корекційної роботи при асинхронному дисгармонійному розвитку екстрапунітивного типу
17. Визначити напрямки корекційної роботи при асинхронному дисгармонійному розвитку інтрапунітивного типу
18. Визначити напрямки корекційної роботи при асинхронному дисгармонійному розвитку апатичного типу
19. Визначити напрямки корекційної роботи при ранньому дитячому аутизмі.

Тема 13

Добір дітей у спеціальні заклади

План

1. Принципи добору дітей у спеціальні заклади
2. Організація роботи психолого-медико-педагогічних консультацій
3. Участь педагогів загальноосвітніх закладів у розв'язанні проблеми добору дітей.

1. Принципи добору дітей у спеціальні заклади

Комплектування спеціальних закладів, подальша доля дитини з психофізичними вадами напряду залежить від правильності здійснення відбору, який має здійснюватись на основі таких принципів:

✓ **Комплексність обстеження дитини.**

Кваліфікована постановка діагнозу і визначення закладу для дитини має здійснюватись на підставі спільного висновку різних спеціалістів (корекційних педагогів, лікарів, психологів);

✓ **Всебічність і цілісність.**

Вивчаються причини, що призвели до відхилень у розвитку дитини; аналізуються особливості всіх пізнавальних процесів; встановлюється рівень розвитку мовлення; досліджуються: просторова орієнтація, емоційно-вольова сфера, інтереси, критичність, самостійність, розумова працездатність, фізичний розвиток, сформованість знань, вмінь і навичок. Встановлюється не лише діагноз, а визначається структура дефекту дитини і збережені особливості.

✓ **Динамічність обстеження.**

Виявляють не лише наявні знання та здібності дитини, а й її потенційні можливості. Тобто слід встановити у процесі обстеження як рівень актуального, так і зону найближчого розвитку дитини.

✓ **Індивідуальний підхід.**

У процесі обстеження слід встановити контакт з дитиною, враховувати її стан, поведінку, індивідуальні особливості.

✓ **Якісний аналіз результатів обстеження.**

Оцінюються не лише кінцеві результати виконання дитиною завдань, а й самостійність та використання допомоги, прийоми роботи, поведінка під час обстеження, вияв інтересу до роботи, цілеспрямованість, раціональність, планомірність, тобто ті показники, які дають змогу точно встановити чи диференціювати діагноз.

2. Організація роботи психолого-медико-психологічних консультацій

В Україні з 1993 року існують психолого-медико-педагогічні консультації (ПМПК), створені для виявлення, обліку та діагностики дітей і підлітків з проблемами у розвитку, відбору їх до спеціальних навчально-виховних і лікувальних закладів відповідного типу, консультування батьків (осіб, що їх замінюють), педагогів з питань надання медико-психологічної допомоги таким дітям. Психолого-медико-педагогічні консультації

підпорядковуюються управлінням освіти (обласним, районним, міським) і керуються у своїй діяльності “Положенням про центральну та республіканську (Автономна Республіка Крим), обласні, Київську та Севастопольську міські, районні (міські) психолого-медико-педагогічні консультації” (прийнято у 2004 р.).

У психолого-медико-педагогічні консультації направляються діти з ініціативи батьків; за рекомендацією освітніх закладів, закладів охорони здоров'я чи соціального захисту за згодою батьків. Обстеження дитини проводиться в обов'язковій присутності батьків (осіб, що їх замінюють). Якщо вирішується питання про направлення дитини у спеціальний заклад у психолого-медико-педагогічну консультацію мають бути представлені наступні документи:

- свідоцтво про народження дитини;
- історія розвитку (хвороби) дитини;
- розгорнута психолого-педагогічна характеристика із дитячого закладу, в якому перебувала дитина, яка відображає детальний аналіз розвитку дитини, її навчання, зазначає види педагогічної допомоги і їхню ефективність;

- письмові роботи, малюнки, які розкривають динаміку розвитку дитини.

До складу психолого-медико-педагогічної консультації входять:

- завідувач ПМПК (кваліфікований дефектолог);
- лікарі (психіатр, невропатолог, педіатр);
- психологи (із питань девіантної поведінки й інтелектуального розвитку);
- педагоги-дефектологи (олігофренопедагог, сурдопедагог, тифлопедагог, логопед, дефектолог дошкільного закладу);
- юрисконсульт;
- секретар.

Наявність таких спеціалістів дозволяє здійснювати процес обстеження дітей організовано, продуктивно, послідовно, комплексно; надає можливість проведення ранньої діагностики, одержання точних результатів.

Функції ПМПК

Згідно “Положення про центральну та республіканську, обласні, Київську та Севастопольську міські, районні (міські) психолого-медико-педагогічні консультації” їх діяльність спрямовується на:

- виявлення, облік, діагностичне обстеження дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку віком до 18 років;
- рекомендація дітям спеціальних дошкільних та загальноосвітніх навчальних закладів, лікувальних закладів відповідного типу, установ та закладів системи праці та соціального захисту населення;
- надання індивідуальної корекційної допомоги та добір відповідних програм навчання дітей з вадами психофізичного розвитку;

- консультування батьків (осіб, які їх замінюють), педагогів, психологів, медичних працівників з питань навчання, виховання, соціальної адаптації та інтеграції у суспільне життя дітей з відхиленнями у психофізичному розвитку;
- просвітницьку діяльність серед населення.

Основними завданнями районних та міських психолого-медико-педагогічних консультацій є наступні:

- здійснення психолого-медико-педагогічного обстеження дітей з метою виявлення особливостей їхнього розвитку; встановлення діагнозу і визначення адекватних умов навчання, виховання, працевлаштування;
- підтвердження, уточнення і зміна раніше встановленого діагнозу для визначення відповідного типу навчально-виховного і лікувального закладу та доцільності перебування в ньому дитини;
- своєчасне виявлення й облік дітей з вадами у розвитку різних категорій;
- консультативно-методична допомога батькам (особам, що їх замінюють), педагогам, лікарям, працівникам правоохоронних органів з питань навчання, виховання і лікування дітей з вадами розвитку, порушеннями поведінки, труднощами навчання;
- проведення роз'яснювальної роботи серед населення, працівників закладів освіти, охорони здоров'я, соціального захисту про необхідність своєчасного виявлення дітей і підлітків з проблемами розвитку з метою надання їм кваліфікованої психолого-медико-педагогічної допомоги;
- організація, координація, консультативно-методична допомога шкільним ПМПК та контроль за їх роботою;
- участь у розвитку мережі спеціальних навчально-виховних закладів;
- направлення дітей і підлітків до науково-дослідних центрів та лікувально-профілактичних закладів для поглибленого і динамічного вивчення їх захворювання чи проблеми у розвитку.

3. Участь педагогів загальноосвітніх закладів у розв'язанні проблеми добору дітей

Найпершими, хто помічає проблеми і труднощі у розвитку дитини, є батьки, лікарі-педіатри, педагоги. Тому дуже важливо, щоб вони не зволікали, не чекали на спонтанне усунення вади, а звернулись до фахівців. Консультацію щодо раннього розвитку дитини, створення необхідних для неї умов, а по необхідності й допомогу можна одержати у ПМПК. Для цього батькам не потрібно ніяких направлень і дозволів. Вони можуть відвідати ПМПК з власної ініціативи. Чим раніше дитина одержить необхідну допомогу (педагогічну, психологічну, медичну), тим легшим буде структура її дефекту, тим краще вона розвиватиметься.

Важливо, щоб і вихователі дошкільних закладів, і вчителі шкіл вчасно помічали проблеми поведінки дітей, труднощі у навчанні і радили батькам відвідати спеціалістів ПМПК. Саме вони допоможуть визначити, що спричинило труднощі чи вади у розвитку дитини, призвело до проблем шкільного навчання; порадять, які умови створити в сім'ї, дитячому садку,

школі; нададуть корекційну допомогу або порадять спеціальний заклад для цього.

Вагомого значення для правильної постановки діагнозу, вибору форми організації навчання, реалізації індивідуального підходу набуває психолого-педагогічна характеристика на дитину, написана педагогами закладу, у якому вона перебувала (дитячий садок, школа). Адже у процесі систематичного навчання і виховання дитини найбільш яскраво виявляються її здібності, труднощі й проблеми. До складання цього документу може бути залучений і психолог, якщо він системно працював з дитиною. Зауважимо, що для дитини, яка не була у системі організованого навчання й виховання, характеристика не складається.

Психолого-педагогічна характеристика має відповідати наступним **вимогам**:

- підсумок спостережень - характеристика має бути результатом цілеспрямованих довготривалих спостережень, а не одномоментного дослідження; необхідно показати як позитивну, так і негативну динаміку перебування дитини у закладі;
- добір фактів - характеристика має ґрунтуватись на фактичному матеріалі; слід описувати найбільш яскраві й типові приклади поведінки дитини, її труднощів, позитивного досвіду; не зазначати випадкові факти; уникати суб'єктивності й однобічності у доборі фактичного матеріалу; не нагромаджувати одноманітних фактів;
- систематизація фактів і висновки педагога – викладати факти слід послідовно, систематизовано; висновок має бути логічним завершенням системи описаних фактів;
- характер викладу – викладати слід просто, зрозуміло, уникати складних формулювань і незрозумілих громіздких термінів;
- позитивні сторони дитини – у характеристиці слід писати не лише про труднощі й проблеми дитини, а й, **обов'язково**, про її позитивні, збережені можливості («пуди здоров'я» за Л.С.Виготським);
- індивідуальна робота з дитиною – слід зазначити, хто із фахівців (вчитель, вихователь, логопед, психолог та ін.) працював з дитиною індивідуально, яка допомога надавалась, і якими є її результати;
- обсяг характеристики – психолого-педагогічна характеристика має бути короткою, але переконливою.

У **психолого-педагогічній характеристиці** мають бути відображені наступні **відомості** про учня:

- ✓ загальні відомості:
 - прізвище, ім'я, школа, клас;
 - скільки років навчається у цьому класі;
 - соціально-побутові умови в сім'ї;
 - у скільки років вступив до школи і як був до неї підготовлений;
- ✓ стан шкільних знань і навичок дитини:

- успішність з кожного предмета окремо, що саме утруднює дитину у засвоєнні того чи іншого предмета;
- ставлення дитини до невдач у навчанні;
- види допомоги, які надавались дитині у подоланні прогалин та труднощів, і якими є наслідки цієї допомоги;
 - ✓ працездатність та поведінка дитини у класі:
- розуміння дитиною вимог вчителя;
- участь у роботі класу;
- стан працездатності дитини у класі (цілеспрямованість, ступінь розвитку уваги, темп роботи, наполегливість, доведення розпочатої роботи до завершення, що саме втомлює дитину);
 - ✓ загальна характеристика особистості дитини:
- негативні та позитивні риси характеру дитини;
- загальний рівень розвитку;
- інтереси та потреби;
- взаємини з колективом (з ким товаришує; якщо конфліктує з однолітками, то зазначити причини конфліктів).

У підсумку викладу вчитель може зауважити свої припущення щодо причин, які обумовлюють відставання дитини у розвитку, труднощі та прогалини у навчанні. Проте ніяких діагнозів, навіть у якості припущення, педагог не формулює, оскільки вада дитини, її конкретний клінічний діагноз встановлюються колегіально працівниками ПМПК, на підставі ґрунтовного вивчення матеріалів особової справи, картки розвитку дитини, медичних документів, продуктів навчальної діяльності, психолого-педагогічної характеристики та результатів дослідження дитини.

Контрольні запитання

1. Назвіть принципи відбору дітей у заклади корекційної освіти?
2. Яку документацію слід зібрати батькам для ПМПК?
3. Охарактеризуйте функції ПМПК?
4. Якою є роль вихователя ДНЗ, вчителя та психолога загальноосвітньої школи у розв'язанні проблеми відбору дітей у спеціальні заклади?
5. Яким вимогам має відповідати психолого-педагогічна характеристика на дитину, що готується на ПМПК?
6. Розкрийте зміст психолого-педагогічної характеристики на дитину, що готується на ПМПК?

Література

1. Державна соціальна програма забезпечення рівних прав можливостей жінок і чоловіків на період до 2021 року / Кабінет Міністрів України. – Київ, 2018. – 30 с.
2. Дефектолог : газета / гол. ред. О. Калюжна. – 2017. – № 11 (131), листопад.

3. Дитина з особливими потребами: Інклюзивна освіта. Дефектологія. Корекційна педагогіка : журнал / гол. ред. В. Андреева. – 2018.

4. Дітям про Конвенцію ООН : про права людей з інвалідністю / Агенство ООН у справах біжінців ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2017. – 10 с.

5. Доступність є важливою? Чому / Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2012. – 22 с.

6. Доступність та універсальний дизайн : навчально-методичний посібник / В. О. Азін, Л. Ю. Байда, Я. В. Грибальський ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України ; Канадсько-український проект «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні». – Київ, 2013. – 128 с.

7. Інвалідність і здоров'я: як покращати послуги для жінок з інвалідністю в сфері охорони здоров'я : практичний посібник. / за ред. О. Красюкової-Еннс ; Корпорація Інститут досліджень та тренінгів. – Київ, 2016. – 64 с.

8. Інвалідність та суспільство : навч.-метод. посібник / кол. авторів: Л. Ю. Байда, О. В. Красюкова-Еннс, С. Ю. Буров [та ін.] ; Канадсько-український проект «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні» ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2012. – 216 с.

9. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю / Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2017. – 64 с.

10. Мартиненко І. В. Особливості комунікативної діяльності дітей старшого дошкільного віку з системними порушеннями мовлення : монографія / І. В. Мартиненко. – Київ : ДІА, 2016. – 308 с.

Тема 14

Психолого-педагогічна корекція девіантної поведінки

План

1. Поняття про девіантну поведінку
2. Соціально-психологічна характеристика видів девіантної поведінки
 - 2.1. Характеристика делінквентної поведінки
 - 2.2. Характеристика адиктивної поведінки
 - 2.3. Характеристика суїцидної поведінки
3. Біологічні, соціальні та психологічні детермінанти відхилень у поведінці
4. Психологічна характеристика важковиховуваності як основи формування девіацій
5. Психолого-педагогічна корекція девіантної поведінки школярів у навчально-виховному процесі
 - 5.1. Превенція девіантної поведінки
 - 5.2. Психолого-педагогічна інтервенція девіантної поведінки.

1. Поняття про девіантну поведінку

Девіантна поведінка – це один із видів дезадаптивної поведінки, який являє собою систему вчинків, що суперечать прийнятим у суспільстві правилам або моральним нормам і наносять шкоду суспільству або самій особистості.

Девіантна поведінка займає свою особливу нішу серед психологічних феноменів. Вона існує поряд з такими явищами, як психічна хвороба, патологічний стан, невроз, психосоматичні розлади і т.п. Названі феномени розглядаються з точки зору медичної норми на осі “здоров’я - хвороба”. Девіантна поведінка не може розглядатись з позицій патопсихології або дефектології, оскільки вона виражає соціально-психологічний статус особистості на осі “соціалізація – дезадаптація - ізоляція”.

О.В.Змановська виділяє специфічні особливості девіантної поведінки:

- Не відповідає загальноприйнятим або офіційно визнаним соціальним нормам.

- Викликає негативну оцінку з боку оточуючих, яка може мати форму осуду, соціальних санкцій аж до кримінального покарання. Слід взяти до уваги, що санкції, виконуючи функцію попередження небажаної поведінки, можуть призводити до такого негативного явища, як стигматизація особистості – навішування на неї ярликів. Поступово ярлики девіанта формують девіантну ідентичність, посилюють ізоляцію, перешкоджають позитивним змінам, зумовлюють рецидиви.

- Наносить реальну шкоду самій людині та оточуючим, тобто може бути деструктивною або аутодеструктивною. Названій ознаці не відповідають такі соціальні явища як радикалізм, креативність та маргінальність. Тому їх не можна відносити до девіантної поведінки. Хоч вони також є відхиленням від соціальних норм і викликають роздратування у консервативно налаштованої частини населення, але є швидше корисними для суспільства, ніж небезпечними. Так, радикальні особистості прагнуть корінних перетворень в суспільстві, що стимулює прогресивні зміни в ньому. Креатори, відрізняючись нестандартністю, оригінальністю, виступають у якості дослідників і першовідкривачів. Маргинали протиставляють себе більшості, розширюючи таким чином межі соціальних норм.

- Її можна охарактеризувати як постійну, тривалу, багаторазову. Так, якщо дитина одного разу поцупила якусь річ, визнання такої поведінки як девіантної буде не коректним. Дана ознака має винятки. Наприклад, навіть одноразова спроба самогубства є небезпечною і розцінюється як девіація.

- Повинна відповідати загальній спрямованості особистості. У походженні девіантної поведінки велику роль часто відіграють по-перше, дефекти правової та моральної свідомості, по-друге, егоїстичний зміст потреб особистості, по-третє слабкість волі, емоційна нестійкість і вразливість, негативні звички та якості характеру. Така поведінка не може бути наслідком нестандартної або кризової ситуації, наслідком самооборони.

- Знаходиться в межах медичної норми. Девіантна особистість може займати будь-яке місце на осі “здоров’я – передхвороба - хвороба”.

- Супроводжується різними проявами соціальної дезадаптації.
- Має виразну індивідуальну, вікову та статеву своєрідність.

Індивідуальні відмінності зачіпають мотиви, форми прояву, динаміку, частоту та виразність поведінки, а також ставлення особи до власних девіацій – як до небажаних, неприємних для себе, тимчасових, чи як до привабливих. Термін девіантна поведінка може використовуватись щодо дітей тільки з 9-10-тирічного віку, оскільки в більш ранньому віці самоконтроль та необхідні уявлення про соціальні норми відсутні. Так, не можна назвати девіантною поведінку трьохрічної дитини, яка повторює десь почуті нецензурні слова.

Девіантна поведінка поєднується з хорошим знанням норм моралі та законів. Але розуміння того, що так поводитись не можна, не зупиняє індивіда, який обрав саме такий спосіб самоствердження.

При цьому девіантні дії виступають:

- у якості засобу досягнення значущої мети (крадіжки);
- як засіб психологічної розрядки, заміщення заблокованої потреби і переключення діяльності (вживання алкоголю та наркотиків);
- як самоціль, що задовольняє потребу у самоствердженні (знущання над тваринами).

Девіантна поведінка найбільш яскраво проявляється у підлітковому віці і пояснюється порівняно невисоким рівнем інтелектуального розвитку, особистісною незрілістю, залежністю від вимог групи і прийнятих в ній ціннісних орієнтацій, наявністю великої кількості суперечностей соціально-психологічного характеру у цьому віковому періоді. Девіантна поведінка у підлітків може виступати у якості засобу самоствердження, протесту проти дорослих. Девіантні підлітки часто виявляють цілий ряд особливостей, які свідчать про значні емоційні порушення. Вони, зазвичай, імпульсивні, дратівливі, запальні, агресивні, конфліктні.

Найбільш повною та зручною є класифікація девіацій О.В.Змановської, за якою виділяється дві групи: деструктивна (антисоціальна та асоціальна поведінка) та аутодеструктивна (адиктивна та суїцидна поведінка).

Антисоціальна поведінка суперечить правовим нормам, погрожує соціальному порядку та оточуючим людям. У дорослих людей вона проявляється у формі правопорушень, які караються законом. У підлітків переважають такі види як хуліганство, крадіжки, пограбування, вандалізм, фізичне насилля, торгівля наркотиками. У віці від 5 до 12 років найбільш поширеними є: насилля щодо молодших, жорстокість до тварин, дрібне хуліганство, руйнування майна, підпали, крадіжки.

Асоціальна (аморальна) девіація - це порушення моральних норм, що загрожує благополуччю міжособистісних взаємин. Може проявлятися в агресії, сексуальних девіаціях (безладні статеві зв'язки, проституція, зваблення, вуайеризм, ексгібіціонізм), азартних іграх на гроші, бродяжництві, утриманстві. У підлітковому віці найбільш поширеними є: втечі з дому, бродяжництво, шкільні прогули, брехня, агресивна поведінка, промискуїтет (безладні статеві

зв'язки), графіті, субкультурні девіації (сленг, татуювання). У дітей частіше зустрічаються втечі з дому, бродяжництво, шкільні прогули, агресивна поведінка, брехня, крадіжки, жебракування, здирство.

Аутодеструктивна девіація відхиляється від медичних або психологічних норм і загрожує цілісності та розвитку самої особистості. Саморуйнуюча поведінка зустрічається у таких формах: суїциди, хімічна залежність, фанатизм (наприклад, участь в деструктивно-релігійному культі), віктимність (психологічна схильність до того, щоб стати жертвою).

Специфікою аутодеструктивної поведінки підлітків є її опосередкованість груповими цінностями. У підлітків зустрічається: наркозалежність, самопорізи, комп'ютерна залежність. У дитячому віці можуть бути: куріння, токсикоманія.

Розглянемо детальніше особливості різних видів девіантної поведінки.

2. Соціально-психологічна характеристика видів девіантної поведінки

2.1. Характеристика делінквентної поведінки

Термін делінквентність походить від латинського *delinquens* – “провинність”. У психології делінквентною називається поведінка, яка порушує суспільні норми як морально-етичні, так і правові. Відповідно можна виділити дві форми делінквентної поведінки: асоціальну та антисоціальну, які розглядаються і як етапи становлення протизаконної поведінки, і як відносно незалежні прояви.

Вікова динаміка проявів делінквентної поведінки. Порушення соціальної поведінки на ранніх етапах онтогенезу свідчать про проблеми психічного розвитку або про перехідні невротичні реакції. Наприклад, крадіжки дошкільника можуть бути пов'язані з гіперактивністю, невротичною потребою в увазі, інтелектуальною неповноцінністю тощо.

Ситуація принципово міняється зі вступом дитини до школи. Тут починається інтенсивна соціалізація особистості. Перед дитиною ставляться певні вимоги і правила, яких вона повинна дотримуватись. У молодшому шкільному віці делінквентна поведінка може проявлятися у таких формах: дрібне хуліганство, порушення шкільних правил і дисципліни, прогулювання уроків, втеча з дому, брехливість, крадіжки.

Протиправні дії у підлітковому віці є ще більше свідомими і довільними. Характерні для цього віку порушення – це крадіжки, хуліганство – у хлопчиків, крадіжки, проституція – у дівчат. Набули поширення останнім часом торгівля наркотиками, зброєю, рекет, сутенерство, напади на бізнесменів та іноземців, шахрайство. За статистикою більшість злочинів, скоєних підлітками, є груповими. У групі знижується страх покарання, посилюється агресія і жорстокість, знижується критичність до того, що відбувається, і до себе. Показовим прикладом групової протиправної поведінки є хуліганські вчинки вболівальників після футбольного матчу.

В.В.Лунієв пропонує розглядати наступні провідні мотиви протиправних дій: корисливо-зажерливий, насильницько-егоїстичний, анархістсько-індивідуалістичний, легковажно-безвідповідальний, боязливо-малодушний.

При **насильницькому** типі має місце прагнення до самоствердження, бажання продемонструвати свою силу, справедливість, чуйність, готовність прийти на допомогу. Проте, уявлення про справедливість у таких осіб спотворені. Типовим для них виступає груповий егоїзм, жорстокість, культ сили, переконаність у правильності своєї поведінки.

Представники **анархістсько-індивідуального** типу не визнають суспільних норм та законів, іноді відносять себе до особливої касти, якій усе дозволено, зверхньо ставляться до інших. Аморальний вчинок або злочин сприймається ними як доказ власної унікальності.

Наявність **корисливо-зажерливих** мотивів означає, що особа прагне за будь-яку ціну задовольнити свої потреби, не зважаючи при цьому на інтереси інших людей. Для такого типу делінквентів соціальне прийняття та схвалення є неактуальними. Вони повністю усвідомлюють протиправний характер своїх дій. Їх відрізняє скритність, аморальність. Окремими мотивами, що спонукають до протиправних дій, можуть бути: прагнення негайно одержати задоволення, бажання самоствердитись, прагнення до комфорту, високого соціального статусу, агресія та садистичні нахили, наслідування соціальних стереотипів і традицій, потреба відчувати належність до групи і одержувати її схвалення, нудьга, прагнення до ризику і гострих відчуттів, фрустрація.

Основною характеристикою **легковажно-безвідповідальних** делінквентів виступає імпульсивність поведінки, низький рівень особистісної саморегуляції, неспроможність протистояти спокусам, відсутність схильності планувати своє майбутнє, передбачати наслідки своєї поведінки. Такі особи живуть сьогодишнім днем, прагнуть без зусиль одержувати задоволення, не замислюючись над його ціною та наслідками.

Боязливо-малодушні особи потрапляють до розряду делінквентів через слабкість волі, нездатність протистояти тиску. Вони внутрішньо глибоко переживають невідповідність власних вчинків суспільним нормам, проте перебувають у полі залежності від сильнішої особистості і не можуть вирватись з цього поля, побоюючись моральної чи фізичної розправи.

О.В.Змановська виділяє чотири основні групи причин, які зумовлюють протиправну поведінку, і відповідні типи делінквентної особистості, а саме: ситуативний, субкультурний, патопсихологічний, антисоціальний.

Ситуативний (тимчасовий) тип делінквентності зумовлений загостренням суперечностей психічного розвитку індивіда у підлітковому віці, коли бажання бути дорослим, самостійним, незалежним, поєднується з особистісною незрілістю та невмінням прогнозувати наслідки своїх вчинків, відповідати за них. Переживання такими підлітками наслідків своїх аморальних чи протиправних вчинків сприяють докорінній перебудові особистості, яка зокрема полягає у домінуванні соціальних цінностей та зміцненні імунітету щодо негативних впливів.

Якщо психічний розвиток індивіда розгортається в умовах і під впливом асоціального оточення, то цінності цього оточення сприймаються ним як норма, привласнюються і відтворюються у поведінці. Таким чином формується *субкультурний* тип делінквентної особистості.

В основі становлення схильності до порушень соціальних норм може лежати *патологія психічного розвитку*, зумовлена невротичними та психотичними розладами, органічним пошкодженням кори головного мозку. Такі особи характеризуються порушеннями свідомості, імпульсивністю, емоційною нестійкістю, нездатністю контролювати свої дії, наявністю патологічних потягів, таких як kleptomania, pyromania, dromomania, гіперсексуальність тощо.

Проте схильність до делінквентної поведінки виникає не лише під впливом хвороби або несприятливого антисоціального оточення. Якщо у індивіда з негативною “я-концепцією” виявляються несформованими вищі почуття такі, як совість, відповідальність, прив’язаність до близьких, це зумовлює формування *асоціального* типу делінквентної особистості, яка свідомо обирає асоціальний спосіб життя.

Поняття про соціопатію. Психологічне вивчення делінквентності зумовило появу особливого терміну – соціопатія, який означає нечутливість до соціальних санкцій позитивного чи негативного характеру.

Дитина одразу після народження виявляється повністю залежною від соціального оточення, що сприяє формуванню потреби в афіляції, тобто прагнення бути прийнятим, захищеним, одержувати і надавати допомогу. З двох місяців дитина потребує постійного контакту з батьками; починаючи з 2-3-х років виключно важливим регулятором поведінки для неї стає схвалення дорослого; потреба у контактах з однолітками примушує дошкільника вчитись поступатись, стримуватись, розуміти і враховувати інтереси інших. Привертають увагу діти, які не прагнуть заслужити похвалу, не переживають провини, не шкодують про свої вчинки. Таким чином проявляється схильність до соціопатії, яка розвиваючись може призвести до делінквентності. Причини соціопатії є різними.

Конституційною передумовою соціопатії може бути, наприклад, велика базальна агресія або знижена реактивність нервової системи. Особлива конституція може пояснювати постійне прагнення таких людей до гострих відчуттів, знижену здатність сприймати педагогічний вплив і навчатись соціально-прийнятній поведінці, неспроможність одержувати задоволення від звичних для інших людей речей – музики, природи, хорошої роботи. Гіперактивна, вимоглива, незосереджена дитина потребує значно більшої участі батька у вихованні. Дитина, енергійніша ніж її батьки, може засвоїти, що можна ігнорувати потреби інших людей, роблячи все, що заманеться, маніпулюючи поведінкою інших. Ставлення до таких дітей з боку батьків характеризується: нестабільністю, відсутністю дисципліни, потуранням, емоційним нерозумінням, експлуатацією, а іноді жорстокістю. Дитинство антисоціальних людей часто відрізняється безпритульністю, наявністю

небезпек та хаосу (хаотична суміш суворої дисципліни і потурання; слабка мати і запальний садистичний батько; алкоголізм та наркотики у сім'ї; сімейні розриви). У таких нестабільних і загрозливих умовах дитина не одержує почуття захищеності, що може підштовхнути її витратити решту життя на пошук підтвердження власної всемогутності. Для сімей антисоціальної особистості є нетиповим розуміння і промовляння своїх почуттів (алекситимія). Якщо більшість з нас використовують слова для вираження власної особистості, соціопати використовують їх для маніпуляцій. Батьки виявляються неспроможними відповідати на емоційні потреби дитини. Вони можуть також підсвідомо проявляти непокору і ненависть до авторитетів (педагогів), які намагаються обмежити поведінку їхньої дитини. Загалом батьки виявляються залученими в демонстрацію дитиною сили, а соціопат має серйозні труднощі щодо досягнення самоповаги нормальним шляхом через переживання любові та гордості батьків за нього. Антисоціальний індивід, напевно, ніколи не відчував прив'язаності і взаємної любові. Він не ідентифікувався з тими, хто турбувався про нього. Замість цього виявилась можливою ідентифікація з ворожим об'єктом, який переживається як хижий. Відсутність первинної ідентифікації з батьками перешкоджає ідентифікації з суспільством і людською культурою загалом.

Через відсутність повноцінного супер-Его не існує ніяких внутрішніх вимог, які б викликали почуття провини. При цьому індивід добре розуміє наслідки поведінки. Негайне задоволення є важливішим ніж покарання у майбутньому.

Соціопати відкрито вихваляються своїми злочинами, якщо думають, що можуть ними вразити, продемонструвати свою силу. Злочинці часто зізнаються у вбивствах, розповідаючи подробиці, і приховують менші злочини, які на їх думку можуть бути розцінені як слабкість.

Отже, основним механізмом саморегуляції соціопатичної особистості виступає відреагування назовні внутрішнього напруження і негативних почуттів. При цьому у таких людей виникає негайне спонукання до дії. Вони не мають досвіду підвищення самоповаги через контроль за власними імпульсами. Соціопат настільки швидко відреагує тривогу, що оточуючі не встигають її помітити.

Прояви делінквентної поведінки. Делінквентна поведінка проявляється у різних формах. Розглянемо деякі з них.

- *Втечі з дому та бродяжництво.* Бродяжництво є однією з крайніх форм аутсайдерства. Соціальні аутсайдери – це люди, які через об'єктивні або суб'єктивні причини не змогли знайти собі місця в суспільстві і опинились “на дні”. Бродяжництво це специфічний спосіб життя, який формується в ході поступового розриву соціальних зв'язків особистості, і часто поєднується з іншими видами девіантної поведінки.

Ґрунтуючись на даних А.У.Нураєвої, А.Є.Лічко в залежності від мотивації виділяє наступні типи втеч з дому: емансиповані, які здійснюються задля прагнення позбутися опіки та контролю з боку батьків та вихователів і

поєднуються з крадіжками, алкоголізацією та наркоманією; імунітивні, які відображають прагнення позбутися жорстокого поводження; демонстративні, що зумовлені прагненням привернути до себе увагу; дромоманічні, детерміновані невмотивованим потягом до зміни місця перебування та вражень.

Потенційними безпритульними і бродягами є випускники дитячих будинків та інтернатів у тому випадку, якщо вони не можуть знайти роботу та житло. Особливу групу бродяг складають “вуличні діти”, які втекли з дому. Число таких дітей останнім часом зростає і наближається до показників 1918-1920 років.

Однією з форм делінквентної поведінки виступає *вандалізм* – безглузде знищення культурних та матеріальних цінностей, різноманітні види руйнуючої поведінки. Більшість актів вандалізму здійснюється особами чоловічої статі 11-25 років. Попри існуючі уявлення соціально-психологічне дослідження не виявило кореляції між схильністю до вандалізму у підлітків і їхнім рівнем інтелекту та належністю до соціальних груп з низьким рівнем освіти та культури.

Класифікація мотивів вандалізму пропонується Д.Кантером: 1) корисливі цілі; 2) помста; 3) гнів, як вияв нездатності іншими засобами справитись зі стресом; 4) нудьга, яка породжує прагнення розважитись, набути нових вражень, пережити гострі відчуття, пов’язані з небезпекою та порушенням заборон; 5) дослідження; 6) естетичні переживання; 7) екзистенційні дослідження – засіб самоствердження, визначення меж власних можливостей, привернення до себе уваги.

Однією з форм вандалізму за Ю.А.Клейбергом є *графіті*. Термін походить від італійського “graffito” - “писати каракулі”, “нашкрябати”, і означає недозволені написи, знаки, зроблені на об’єктах громадської та приватної власності (на будинках, парканах, у транспорті, ліфтах, туалетах, на столах тощо). Графіті містять різноманітні повідомлення, вислови, малюнки, символи, які можуть носити нецензурний, непристойний характер. Тією мірою, якою графіті виражають деструктивні імпульси людської природи, вони сприяють засвоєнню зразків агресивною поведінки.

Мотиви, що спонукають підлітків до публічних малюнків різноманітні. Це і прагнення ствердити особистісну або групову ідентичність, висловити протест проти соціальних та культурних норм, пізнати свою сексуальність, розважитись, і бажання виразити свою озлобленість, і прояв творчості.

На думку Ю.А.Клейберга, графіті так само як і розбите скло, сміття сприймаються як симптом деградації, ослаблення механізмів соціального контролю, що породжує у людей почуття незахищеності. Крім того, відчуття безладу знижує поріг стримування від деструктивних дій, що в свою чергу збільшує вірогідність подальших руйнувань.

Разом з тим, графіті виступає одним із яскравих прикладів того, як девіантна поведінка трансформується у вид мистецтва, у творчість.

2.2. Характеристика адиктивної (залежної) поведінки

Життєдіяльність та розвиток людини залежні від багатьох чинників. Об'єктом залежності виступають їжа, яку ми вживаємо, повітря, яким ми дихаємо, певні умови та спосіб життя, до яких ми звикли, коло соціальних контактів тощо. Схильність до залежності є універсальною особливістю людини. Проте, за певних умов нейтральні об'єкти перетворюються для неї у життєво важливі. У деяких випадках спостерігається надмірна залежність, яка породжує адиктивну поведінку. Коло предметів залежності змінюється і розширюється з розвитком технічного прогресу у галузі харчової промисловості, фармацевтичної індустрії, комп'ютерної та ігрової техніки, які створюють все нові й нові потенційні об'єкти залежності. До найпоширеніших предметів адикції належать: психоактивні речовини (наркотики), алкоголь, їжа, азартні ігри, секс (зокрема такі його перверзії як зоофілія, фетишизм, пігмаліонізм, трансвестизм, ексгібіціонізм, вуайеризм, некрофілія, садомазохізм), релігія (наприклад, релігійний фанатизм, властивий індивідам, залученим до секти). Сьогодні дуже швидко поширюється комп'ютерна залежність (гемблінг). Водночас деякі форми поступово втрачають ярлик девіантності. Так, гомосексуалізм у сучасній соціальній ситуації не відноситься до відхилень у поведінці.

Отже, **адиктивна поведінка** – це одна з форм аутодеструктивної девіантної поведінки особистості, яка пов'язана із зловживанням чимось або кимсь з метою саморегуляції, зміни психічного стану або адаптації. Ступінь виразності адиктивної поведінки може бути різним – від практично нормальної до важких форм біологічної залежності, які супроводжуються виразною соматичною і психічною патологією. У зв'язку з цим деякі автори розрізняють адиктивну поведінку і просто шкідливі звички, які не є загрозливими. Наприклад, куріння або переїдання хоч і є залежними формами поведінки, але не вважаються девіантними.

О.В.Змановська виділяє загальні ознаки адиктивної поведінки:

1. Наявність постійного імпульсивного ненасичуваного, нездоланного потягу до зміни психофізичного стану, якому індивід не в змозі протистояти.

2. Процесуальний та циклічний характер адикції, яка має свій початок, індивідуальний перебіг і завершення та проходить через певні фази:

- наявність внутрішньої готовності до адиктивної поведінки;
- посилення бажання і напруження;
- очікування і активний пошук об'єкту адикції;
- одержання об'єкта і досягнення специфічних переживань;
- розслаблення;
- фаза ремісії, після якої все починається спочатку.

3. Результатом адикції виступає трансформація особистості та соціальна дезадаптація. Особа поступово втрачає колишні інтереси та соціальні зв'язки, здійснюється перебудова ієрархії її цінностей, все сприймається та оцінюється нею через призму адиктивної потреби. Остання набуває адцінного емоційного

забарвлення, стає метою існування. Життєвий простір звужується до ситуації одержання об'єкта. Все інше – колишні моральні цінності, інтереси, взаємини – втрачають значущість. Залежність настільки домінує, що індивід здатен подолати будь-які перешкоди. Спостерігається зниження критичності, людина виправдовує свою поведінку, знаходить причини, які перешкоджають їй відмовитись від предмету залежності. Характерною ознакою адиктивної поведінки є анозогнозія – заперечення хвороби, небажання визнати наявність залежності. З'являється недовіра до людей (до родичів, друзів, до спеціалістів, які можуть надати допомогу), які намагаються надати допомогу. Людина вдається до брехні. Посилюється агресивно-захисна поведінка, наростають ознаки соціальної дезадаптації.

Причини виникнення. Раніше причини адиктивної поведінки пов'язувались слабкістю волі, гріховністю та моральною недосконалістю. Згодом її почали вважати хворобою, яка зумовлена іманентною схильністю до залежності від екзогенних речовин. Одна із сучасних концепцій розглядає адиктивну поведінку як результат звички.

Відповідно до системно-особистісної моделі залежна поведінка зумовлена порушеннями значущих для індивіда стосунків. Наприклад, причиною алкоголізму може бути втрата близької людини, вживання наркотиків може бути засобом встановлення контактів підлітка з референтною групою.

Серед чинників, що визначають появу схильності до залежної поведінки, неабияку роль відіграють макро- та мікро-соціальні умови життя індивіда.

Причиною формування адиктивної поведінки у підлітковому віці досить часто виявляється, властиві цьому віку, з одного боку, відчуження від батьків, які не визнають свою дитину дорослою, обмежують її самостійність, не розуміють її, а з іншого боку – потреба відповідати, так званому, підлітковому кодексу честі і спотвореному образу дорослості, в якому в якості важливої ознаки виступає вживання алкоголю та наркотиків.

Для деяких соціальних груп залежна поведінка є проявом групової динаміки. Наприклад, вживання наркотиків виступає в ролі перепустки до субкультури підлітків, формує почуття належності до групи, створює середовище для неформального спілкування, дає можливість відреагувати сексуальні та агресивні потяги, не спрямовуючи їх на людей, допомагає регулювати емоційний стан, реалізує креативний потенціал через експерименти з різними речовинами.

Провідна роль у походженні адиктивної поведінки приписується сім'ї. В ході численних досліджень був виявлений зв'язок між поведінкою батьків і формуванням залежності у дітей. Особливо чутливим у цьому розумінні є немовлячий вік. У багатьох адиктів в анамнезі відмічається наявність важкої психологічної травми у самі ранні періоди життя. Травма може бути пов'язана з фізичною хворобою, втратою матері, з нездатністю матері розуміти і задовольняти базові потреби немовляти, з несумісністю темпераментів матері та дитини, з надмірною вродженою збудливістю малюка. Батьки, зазвичай, не

здогадуються про травмуючий характер своїх дій. Так, наприклад, вони можуть з найкращих намірів привчати малюка до жорстокої регламентації режиму харчування, забороняти собі “балувати” дитину, наполегливо ламати її впертість. Таким чином, базова потреба немовляти у захищеності виявляється зафрустрованою, що в свою чергу зумовлює формування низької афективної толерантності: дитина уже в старшому віці неспроможна переносити відчуття небезпеки і очікування неприємностей. Такі особи, з одного боку, не вміють піклуватись про себе і гостро потребують когось, а з іншого боку не довіряють людям, не підпускають їх близько до себе. У цьому випадку неживий об’єкт може замінити людські взаємини.

Сім’я може не дати дитині необхідної любові і не навчити любити себе, що призводить до відчуття нікчемності, непотрібності, до зневіри в себе. Позбутися негативного ставлення до себе допомагає залежна поведінка.

Часто батьки адиктивних дітей самі мають емоційні розлади, які супроводжуються алекситимією – нездатністю виражати свою почуття з допомогою слів (розуміти, позначати, проговорювати). Дитина не лише заражається в сім’ї негативними почуттями, а й навчається у батьків замовчувати свої переживання, пригнічувати їх і навіть заперечувати їхнє існування. Ще одним негативним сімейним чинником виступає відсутність меж між поколіннями, надмірна психологічна залежність членів сім’ї один від одного. М.Маллер акцентувала увагу на важливості для нормального розвитку дитини процесу сепарації – поступового відокремлення від матері та індивідуалізації дитини. У сім’ї з розмитістю кордонів адиктивна поведінка виступає одним із засобів впливу на поведінку інших.

Сім’я відіграє суттєву роль не лише у походженні, а й в підтримці адиктивної поведінки. Родичі самі можуть мати різні психологічні проблеми, через що вони часто провокують рецидиви адикту. В свою чергу залежна поведінка одного з членів сім’ї може сприяти появі проблем психологічного характеру у інших родичів – розвивається стан співзалежності. Співзалежність – це негативні травматичні зміни в особистості і поведінці родичів через залежну поведінку когось із членів сім’ї. Співзалежність підтримує залежність. Утворюється, таким чином, замкнуте коло сімейних психологічних проблем. З членами сім’ї відбуваються наступні зміни: - втрачається власне “Я” через фіксацію на вживанні наркотиків; поведінка адикта повністю визначає емоційний стан інших членів сім’ї; переважають афекти люті, провини, відчаю; знижується самооцінка і самоповага; посилюються псевдоролі жертви або рятувальника; переживаються стани апатії, емоційної тупості, наступає ізоляція; на фоні хронічного стресу неухильно погіршується здоров’я: загострюються соматичні хвороби, розвивається депресія.

Наприклад, все життя родини наркозалежного підлітка крутиться навколо циклу вживання наркотиків. Сім’я живе міфами, взаємними обіцянками та ілюзіями. Після чергового зриву підліток щиро кається і дає щедрі обіцянки. Батьки готові обманювати себе знову і знову, що все найстрашніше позаду. Родина вибудовує різноманітні захисні механізми, серед яких проекція,

заперечення, замовчування проблеми, ізоляція. Самі того не усвідомлюючи, родичі підштовхують адикта до зривів. У період “невживання” в сім’ї поступово наростає напруження, тривога, посилюються підозри. Нарешті напруження стає таким високим, що хтось не витримує і провокує конфлікт. Все повторюється спочатку. Парадоксальним є той факт, що адикція згуртовує сім’ю, дає ілюзію близькості.

У рамках взаємин співзалежності часто зустрічається ситуація неофіційної домовленості: “я закриваю очі на твою адиктивну поведінку, а ти робиш те й те”. Бувають також стосунки за типом паралельного існування, коли кожен член сім’ї живе своїм життям і не втручаються в проблеми один одного.

У сім’ї зі співзалежністю завжди виявляється порушенням розподіл ролей та відповідальності. Відповідальність за життя адикта і провину за його залежну поведінку беруть на себе родичі.

Разом з тим, особливості поведінки та особистісного розвитку дитини не можна назвати однозначно залежними від сімейних умов. Так, далеко не завжди дитина, що зростає у сім’ї алкоголіків стає сама алкоголіком. Очевидно, що не менш важливу роль відіграють індивідуальні особливості конкретної особистості.

Адиктивна поведінка може бути зумовлена невротичними розладами особистості. Важливим індивідуальним чинником, що впливає на поведінку людини, може виступати знижена здатність справлятися зі стресами. Адиктивна поведінка часто виникає при порушенні копінг-функції (здатності у певний спосіб вирішувати проблеми, справлятися зі стресами). Наприклад, наркозалежні підлітки демонструють такі реакції на стрес, як уникнення розв’язання проблем, заперечення їх наявності, ізоляція.

Хімічна залежність

Це залежність від вживання будь-яких психоактивних речовин, які поділяються на легальні (тютюн, алкоголь, ліки) та нелегальні (кокаїн, похідні коноплі, опіанти). Вживання наркотиків незрілою особистістю породжує значні соціально-психологічні проблеми: неможливість нормального соціально-психологічного і фізичного розвитку, шкільну дезадаптацію, проблеми вибору професії, труднощі у створенні партнерських стосунків, асоціальність.

Для синдрому фізичної залежності характерні наступні клінічні ознаки: - непереборне бажання вжити психоактивні речовини; знижений контроль за дозуванням; ігнорування інших задовольень заради прийому наркотиків; наявність психічних розладів, руйнування соціальних проблем.

Соціальна деградація проявляється передусім у зниженні успішності в навчанні, відмові від навчання та професійної діяльності, у конфліктах з соціальним оточенням, в появі проблем з законом, у відчуженні від сім’ї та друзів, звуженні спілкування до наркотичного кола, ізоляції.

Паралельно з соціальною деградацією відбувається виразна зміна характеру. Особа втрачає колишні інтереси (амотиваційний синдром). Заперечення стає стилем поведінки. Адикт заперечує буквально все: факти вживання наркотиків, правила, свої вчинки, свою відповідальність, наявність

проблеми, залежність та необхідність її лікування. Спроби оточуючих допомогти або знецінюються, або викликають агресію. Реальність повністю замінюється фантазіями, ілюзіями, нездійсненими обіцянками. Світ наркозалежної людини – це світ міфів: “я можу вколотися тільки один раз”, “я можу контролювати дозу”, “інші не вживають тому, що не знають, що це таке”, “лікарі нічого в цьому не розуміють”, “ломку пережити неможливо”.

Серед мотивів первинного вживання наркотиків можна виділити: - атарактичні (досягнення психологічного комфорту та релаксації); субмісивні (прагнення належності до групи і її схвалення); гедоністичні (одержання специфічного фізичного задоволення); гіперактивації (підвищення тону та самооцінки); псевдокультурні (демонстрація якоїсь якості, наприклад, дорослої поведінки); пізнавально-дослідницькі (цікавість, прагнення до нових вражень).

Причиною популярності наркотиків та алкоголю є те, що з їхньою допомогою можна домогтися певних психологічних та соціальних ефектів. Так, вони сприяють послабленню фізичного болю, подоланню душевних хвилювань, втоми. Зокрема, психостимулятори послаблюють депресію та гіперактивність, анальгетики-опіанти знижують лють, почуття провини та сорому, галюціногени допомагають подолати депресію та відчуття порожнечі. Психологія пояснює наркотизм як форму втечі від проблем та конфліктів. Іноді у такий спосіб підлітки демонструють свій протест проти стосунків, які їх не влаштовують.

Психологічне вивчення підлітків з наркотичною залежністю виявило у них наступні особливості: слабкий розвиток самоконтролю, самодисципліни, низьку стійкість до несприятливих впливів, високу навіюваність, невміння долати труднощі, емоційну лабільність, невміння конструктивно розв'язувати конфлікти. Іншим особистісним порушенням, пов'язаним з наркотиками, є порушення здатності турбуватись про себе.

Зловживання наркотичними засобами починається в групі. Тут спрацьовує властива підлітковому віку зорієнтованість на референтну групу. Потреба за всяку ціну бути прийнятим штовхає на відповідні вчинки. Так, вживаючи алкоголь, підліток п'є, не орієнтуючись на самопочуття, йому важливо не відстати від інших. У підліткових асоціального спрямування компаніях заведено пити до “відключки”. Вживання великих доз спиртного пригнічує контроль організму за кількістю випитого і швидко призводить до виникнення алкогольної залежності.

У формуванні наркотичної залежності виділяються певні стадії. **Перше вживання наркотиків** зазвичай зумовлене цікавістю або прагненням бути як всі. Якщо завдяки наркотикам підлітку вдається змінити психічний стан з негативного, пригніченого на позитивний, піднесений, він починає активно шукати нагоди спробувати нові наркотичні засоби. Вживання наркотиків стає частішим, формується свій стереотип використання психотропних речовин. Так виникає наступна стадія – **пошуковий полінаркотизм**. На цій стадії потяг до наркотиків поки що відсутній. Адиктивна поведінка тут виступає як стандарт групової поведінки, як ситуативна (групова) залежність, коли бажання вжити ту чи іншу психотропну речовину виникає тільки в певній ситуації і в певному

оточенні і є компонентом приємного дозвілля. Далі настає стадія **колекціонування**, коли підліток прагне познайомитись з дією різноманітних наркотичних засобів, що призводить до **фонового полінаркотизму**. Щоб досягти бажаного результату потрібні вже сильнодіючі засоби, а також збільшення дози. Захисні рефлекси організму зникають, індивід стає залежним від наркотиків як психічно, так і фізіологічно.

2.3. Характеристика суїцидної поведінки

До аутодеструктивної девіантної поведінки крім адикцій відноситься і суїцид - схильність до самогубства. **Самогубство** – явище суто антропологічне і не спостерігається у тварин. Це свідоме позбавлення себе життя. Самогубство слід розглядати у рамках комплексної проблеми суїцидної поведінки, яка включає суїцидні думки, суїцидні приготування, наміри та власне акти позбавлення себе життя. **Суїцидні дії** включають суїцидну спробу – цілеспрямоване оперування засобами позбавлення себе життя, яке не завершується смертю, і завершений суїцид – дії, що призводять до смерті. Суїцидні прояви включають **суїцидні думки** – пасивні фантазії на тему своєї смерті (на зразок: “добре було б заснути і не прокинутись”), переживання, суїцидні тенденції (задуми – продумування способу, часу та місця самогубства, та наміри – коли до замислу приєднується вольовий компонент і з’являється готовність перейти до реалізації наміченого). Період від виникнення суїцидних думок до спроб їхньої реалізації називається **пресуїцидом**. Він може тривати від декількох хвилин до декількох місяців.

Суїциди поділяються на істинні, демонстративні, приховані. **Істинний суїцид** спрямовується бажанням вмерти. Йому завжди передують пригнічений настрій, депресія, переживання щодо сенсу життя. **Демонстративний суїцид** не є пов’язаним з бажанням померти, а виступає у якості шантажу або засобу звернути увагу на свої проблеми. Смерть в останньому випадку може бути лише випадковою. **Прихований суїцид** - це дії, які супроводжуються високою вірогідністю смерті, це поведінка пов’язана з ризиком, грою зі смертю. А.Є.Лічко крім названих виділяє ще **афективну форму**, яка виникає під впливом сильної психотравмуючої ситуації.

Чинники ризику суїцидної поведінки особистості:

- наявність попередніх спроб суїциду в людини;
- сімейна історія суїциду;
- кризова ситуація (невиліковна хвороба, смерть близької людини, безробіття та фінансові проблеми, розлучення);
- сімейний чинник (депресивність батьків, дитячі травми, хронічні конфлікти, дизгармонійне виховання);
- емоційні порушення (передусім, депресія);
- психічні захворювання (алкоголізм, наркоманія, шизофренія);
- соціальне моделювання (демонстрація суїциду, засоби масової

інформації, зображення в літературних творах – “ефект Вертер” (Гете “Страждання молодого Вертера”)

Суїцид може бути проявом гострих або хронічних психічних розладів. Високий ризик самогубства відмічається у людей, з депресивним або психотичним станом.

Депресія переживається суб’єктивно як пригнічений настрій, як стан безнадійності, безпорадності, провини. У якості провідного для діагностики депресії дослідниками називається соматичний синдром. У конкретної особи не менше двох тижнів повинні мати місце три і більше її ознак:

- зниження інтересів або задоволення від діяльності, зазвичай приємної;
- відсутність реакції на діяльність, події, які в нормі її викликають;
- пробудження вранці за дві та більше години до необхідного часу;
- виразна зовнішня психомоторна розгальмованість та ажитація;
- помітне зниження або підвищення апетиту;
- зниження ваги;
- помітне зниження лібідо;
- зниження енергії;
- підвищена втомлюваність.

Додатково до соматичних виділяються психологічні ознаки депресії: зниження самооцінки; безпідставне почуття самоосуду; надмірне неадекватне почуття провини; думки про смерть, що повторюються, суїцидна поведінка; нерішучість, порушення ясності та ефективності мислення, яке може бути настільки виразним, що приймається за органічну деменцію, спотворене сприймання реальності – фіксація на проблемі, “тунельне бачення” – феномен звуженої свідомості, коли індивід сприймає все через призму психотравмуючої ситуації, інше втрачає для неї будь-який сенс.

На особливості суїцидної поведінки істотно впливає вік. Так, підвищена суїцидна готовність відмічається у юнацькому та похилому віці. Суїцидна активність виразно зростає до 14-15 років і досягає максимуму у 16-19-тирічному віці.

Самогубство у дитячому віці спонукається гнівом, страхом, бажанням покарати себе або інших, а також депресивними станами. Ознаками депресії у дітей можуть бути: смуток, порушення сну, апетиту, зниження ваги, соматичні скарги, страх невдачі, зниження інтересу до навчання, почуття неповноцінності або відторгнутості, надмірна самокритичність, замкнутість, занепокоєння, агресивність, знижена стійкість до фрустрацій.

Іншу картину суїцидної поведінки ми спостерігаємо у підлітків. У них спроби самогубства зустрічаються значно частіше, ніж у дітей, переважно мають демонстративний характер, при цьому лише незначна частина з них (1%) досягає своєї мети. У 49% підлітків (за даними А.Є.Лічко та А.А.Александрова) суїцидні дії були зумовлені гострою афективною реакцією. У групі підлітків також зростає роль психічних розладів, зокрема, депресії. До

дитячих ознак депресії у підлітковому віці додаються ще наступні: почуття нудьги і втоми, фіксація уваги на дрібницях, схильність до бунту та неслухняності, зловживання алкоголем та наркотиками.

Значною мірою на суїцидну поведінку підлітків впливають міжособистісні стосунки з однолітками та батьками. Важливим чинником виступає також підліткова субкультура. У зв'язку з цим О.В.Змановська у якості прикладу наводить випадок самогубства декількох дівчат, які цим наслідували свого кумира відомого співака. У молодому віці суїцидна поведінка часто пов'язана з інтимно-особистісними стосунками, наприклад, з нещасним коханням.

Психологічним новоутворенням юнацького віку є формування світогляду, пошуки сенсу життя. Іноді роздуми про власне існування під впливом серії невдач у різних сферах провокують депресивні стани. Виразність депресії часто є показником серйозності суїцидної загрози.

Соціологи відмічають зв'язок між частотою суїцидних спроб у суспільстві та соціальними умовами. Так, згуртованість суспільства, яка має тенденцію зростати в умовах загальної небезпеки (наприклад, війни) або загальної спрямованості на досягнення певних цілей, знижують частоту самогубств. Коли ж згуртованість суспільства слабне, індивід відходить від соціального життя і ставить свої особисті цілі вище прагнення до загального блага, що може стати причиною рішення піти з життя. Так, посилюють схильність до самогубства економічні кризи.

В екстремальній ситуації одні особи за рахунок пластичності та наявних резервів зберігають попередній загальний рівень адаптації, інші - тимчасово знижують рівень, але без руйнування основних напрямків адаптації. У цьому випадку дезадаптація не призводить до хвороби, не породжує патологічних форм адаптації.

Якщо ж екстремальні навантаження поєднуються з індивідуальними проблемами (наприклад, неврозами), зниженням пластичності, вірогідність порушення значно зростає. Тоді соціально-психологічна дезадаптація веде за собою якісну трансформацію процесу пристосування, появу патологічних форм адаптації. Конфлікт, який перевищує поріг дезадаптації особистості, є кризовим. В умовах неможливості реальним способом змінити конфліктну ситуацію єдиною реакцією, яка замінює собою усі інші дії, виявляється суїцид як засіб усунення всякої діяльності.

А.Є.Лічко відмічає зв'язок між типом акцентуації характеру підлітка та суїцидною поведінкою. Так, суїцидні демонстрації у 50% випадків поєднуються з істероїдним, нестійким, гіпертимним типами, а суїцидні замаху – з сенситивним та циклоїдним типами. А.Є. Лічко відмічає низьку суїцидну активність шизоїдів. В.Т.Кондрашенко, навпаки, наводить данні на користь шизоїдного, психастенічного, сенситивного, збудливого та епілептоїдного типів. Автори сходяться на думці, що практично не схильні до суїцидів підлітки з астенічним, гіпертимним, нестійким типами акцентуації характеру.

Опишемо узагальнений психологічний портрет суїцидента. Це сенситивна, емпатійна людина зі зниженою здатністю переносити біль. Її відрізняє наявність глибокого внутрішнього конфлікту між низькою самооцінкою та високою потребою у самореалізації, який, в свою чергу, посилює тривожність, пригніченість, відчуття безпорадності, схильність фіксуватися на проблемах. Активному виходу з депресивного стану, докладанню зусиль для подолання проблем, з одного боку, перешкоджає песимізм, а з іншого – слабкість вольової регуляції. Ускладнює ситуацію амбівалентне ставлення до суїциду та схильність до аутоагресії. Варто підкреслити, що наведений портрет є прямо протилежним характеристиці антисоціальної особистості.

Слід зауважити, що суїцид змінює життя усієї родини, робить її заручником. Частина емоційних переживань людей, близьких суїциденту, є тимчасовими, інші тривають декілька років, деякі – все життя. Кожний член сім'ї платить за це певну психологічну ціну. К.Лукас та Г.Сейген називають це угодою (оборуткою). Спостерігаються наступні моделі небажаної поведінки у відповідь на самогубство близької людини:

- пошук людей, які можуть бути відповідальними за смерть самогубця – замість прийняття того, що сталось, як особистої волі суїцидента;
- прийняття трауру на довгі роки - замість того, щоб продовжувати жити;
- переживання провини та самозвинувачення, картання себе;
- соматизація – занурення в хворобу замість спонтанного вираження почуттів;
- самообмеження – уникнення радості життя;
- втеча в роботу, в сексуальні зв'язки, в адикцію – замість того, щоб визнати та виразити свої почуття;
- нарешті, новий суїцид – “ти помер, отже помру і я”.

Отже, до основних видів девіантної поведінки відносяться деструктивна, яка наносить шкоду суспільству та його членам, й аутодеструктивна, яка в першу чергу негативно впливає на самого девіанта. Проте усі форми аутодеструктивної поведінки – і залежність, і схильність до суїцидів, і віктимність, так чи інакше руйнують впливають на соціальне оточення девіантів. Так, вікtimi провокують злочинців до антисоціальних вчинків; адикти руйнують сім'ї, залучають інших осіб до вживання наркотиків чи алкоголю, самі вдаються до злочинів задля одержання продукту залежності; суїциденти залишають близьких людей з довічним почуттям провини, можуть спровокувати спроби самогубства в інших людей.

3. Біологічні, соціальні та психологічні детермінанти відхилень у поведінці

Можна виділити біологічні, соціальні та психологічні причини

виникнення схильності до девіантної поведінки. До **біологічних причин** відносять ті чинники, які травмують нервову систему і через це зумовлюють відхилення в особистісному розвитку, а саме: травми, інфекції, інтоксикації нервової системи, спадковість, тип нервової системи.

Пошкодження кори головного мозку, особливо лобних долів, досить часто відмічається у людей, схильних до правопорушень. У.Пірс в результаті генетичного дослідження, проведеного у середині 60-х років прийшов до висновку, що наявність зайвої ігрек хромосоми у чоловіків зумовлює схильність до кримінального насильства. Серед інших біологічних детермінант девіантної поведінки називають вплив гормонів, зокрема, тестостерону. Даббс та Морріс на прикладі вивчення 4 тисяч ветеранів війни прийшли до висновку про наявність зв'язку між рівнем тестостерону та схильністю до антисоціальної поведінки. Х.Айзенк, вивчаючи в'язнів, визначив, що екстраверти більше схильні до здійснення злочинів, ніж інтраверти, а це в свою чергу зумовлено типом нервової системи.

Слід зауважити, що успадковується не якась конкретна форма девіантної поведінки, а певні індивідуально-типологічні властивості нервової системи, які збільшують вірогідність формування відхилень; що саме по собі пошкодження нервової системи не визначає формування асоціальних якостей характеру, а лише утворює основу, на якій під впливом несприятливих соціальних факторів, через неврахування індивідуальних особливостей індивіда відбувається викривлення особистісного розвитку. Такого викривлення можна уникнути, якщо виховання буде зорієнтоване на створення спеціальних умов психічного розвитку, необхідних саме для такої дитини з пошкодженою нервовою системою або з особливими властивостями нервової діяльності.

До несприятливих **соціальних** умов, через які може виникнути схильність до девіантної поведінки, можна віднести неправильне виховання в сім'ї (коли дитина почувається відторгнутою, непотрібною в родині, коли батьки зловживають такими методами впливу на дітей, як покарання, коли дитина виховується в умовах вседозволеності), асоціальні сім'ї, нехтування проблемами учня у школі, наявність тісних контактів з девіантними однолітками або старшими. Вплив сімейного виховання на особистісний розвиток індивіда визначається наступними чинниками: рівень протекції, ступінь задоволеності потреб дитини, кількість та якість вимог до неї в сім'ї, послідовність стилю виховання.

Рівень протекції в процесі виховання визначається тим, скільки сил, уваги, часу приділяють батьки вихованню дитини. Можна виділити два рівня протекції, які призводять до порушення процесу виховання, а саме: надмірна (гіперпротекція) та недостатня (гіпопротекція). У випадку *гіперпротекції* батьки приділяють дитині дуже багато сил, часу, уваги. Виховання дитини стає для батьків найважливішою центральною справою. *Гіпопротекція* це ситуація, коли дитина опиняється на периферії уваги батьків, до неї "не доходять руки". За неї беруться лише тоді, коли трапиться щось серйозне.

Ступінь задоволеності потреб дитини це міра спрямованості діяльності

батьків на задоволення матеріально-побутових (їжа, одяг, розваги) та духовних (спілкування, відчуття психологічного комфорту) потреб дитини. У ступені задоволення потреб може бути два варіанта відхилення: *потурання* – максимальне і некритичне задоволення будь-яких бажань; *ігнорування* потреб – недостатнє прагнення батьків задовольняти потреби дитини, зокрема, духовні.

Вимоги до дитини виступають, по-перше, у вигляді її обов'язків, по-друге, - це вимоги-заборони, які визначають, чого дитина не повинна робити. Форми порушення системи вимог різноманітні: *надмірність/недостатність вимог-обов'язків*; *надмірність/недостатність вимог-заборон*, які визначають рівень самостійності дитини; *надмірність/мінімальність санкцій* (покарань) за порушення вимог. Надмірність вимог-обов'язків може призвести до психотравматизації дитини, а недостатність – до формування таких якостей характеру як безвідповідальність, інфантильність, егоцентризм. Надмірність вимог-заборон у стеничних дітей викликає протест і прагнення до емансипації, а в астенічних – розвиток рис сенситивної та тривожно-надумливої акцентуації. Сімейне виховання, при якому дитині “все дозволено”, і навіть незначний перелік заборон вона може порушити, знаючи, що її за це не покарають, стимулює розвиток гіпертимного, нестійкого типів характеру. Схильність батьків вдаватись до суворих покарань навіть за найменшу провину зумовлює у стеничних дітей формування агресивності, негативізму, а в астенічних – невротизацію особистості.

Відсутність *послідовності у вихованні*, перехід від суворих до ліберальних засобів, нестійкість вимог до дитини, мінливість ставлення до неї сприяє формуванню упертості, схильності протистояти будь-якому авторитету. Нестійкість стилю виховання найчастіше зустрічається в сім'ях, діти яких виявляються схильними до девіантної поведінки.

Варіанти поєднання описаних вище чинників сімейного виховання дають велику кількість типів. Розглянемо ті з них, які сприяють формуванню схильності до девіантної поведінки у дітей.

Потураюча гіперпротекція (гіперпротекція, потурання, недостатність вимог-обов'язків та вимог-заборон, мінімальність санкцій) – коли дитина знаходиться в центрі уваги сім'ї, яка прагне максимально задовольнити її потреби, що зумовлює формування демонстративних та гіпертимних рис характеру.

Домінуюча гіперпротекція (гіперпротекція, надмірність-вимог-заборон) – коли дитина знаходиться в центрі уваги, батьки віддають її вихованню багато сил, обмежують її самостійність. Такий тип виховання призводить до формування надмірної реакції емансипації, агресивності та інших загострених афективних реакцій екстрапунітивного типу у дітей з сильним типом нервової системи і до посилення астенічних рис та невротизації дітей з чутливим типом нервової системи.

Емоційне відторгнення (гіпопротекція, ігнорування потреб, надмірність санкцій) – виховання за типом Попелюшки, посилює інертно-імпульсивну (епілептоїдну) акцентуацію, призводить до декомпенсації і до формування

невротичних розладів у дітей з емоційно-лабільною, сенситивною та астено-невротичною акцентуацією характеру.

Підвищена моральна відповідальність (гіпопротекція, ігнорування потреб, надмірність вимог-обов'язків) – поєднання високих вимог зі зниженою увагою до дитини, що стимулює розвиток тривожно-надумливої акцентуації характеру.

Гіпопротекція (гіпопротекція, ігнорування потреб, недостатність вимог-обов'язків і вимог-заборон) – коли дитиною ніхто не цікавиться, її ніхто не контролює. Такий стиль є особливо несприятливим для гіпертимного, нестійкого, конформного типів акцентуації.

До психологічних причин негараздів у сімейному вихованні можна віднести: відхилення характеру самих батьків; особистісні проблеми самих батьків, які вони вирішують за рахунок дитини, а саме: розширення сфери батьківських почуттів, небажання дорослішання дитини, невпевненість у собі, як у вихователі, фобія втрати дитини, несформованість батьківських почуттів, проекція на дитині власних небажаних якостей, винесення конфліктів між подружжям у сферу виховання, зсув в установках батьків щодо дитини в залежності від її статі.

Акцентуація характеру батьків часто визначає певні порушення у вихованні. За нестійкої акцентуації батьки схильні до гіпопротекції, зниженому задоволенню потреб дитини, недостатньому рівню вимог до неї.

Інертно-імпульсивна (епілептоїдна) акцентуація батьків частіше ніж інші зумовлює домінування, жорстоке ставлення до дітей. Стиль домінування також може бути зумовлений сенситивним або конформним типами.

Демонстративна акцентуація характеру та істероїдна психопатія часто призводять до суперечливого типу виховання: демонстративна турбота і любов до дитини за наявності глядачів та емоційне відторгнення за їх відсутності.

Розширення сфери батьківських почуттів виникає найчастіше тоді, коли подружні стосунки між батьками виявляються порушеними: за відсутності чоловіка (смерть, розлучення); в умовах, коли подружні взаємини не задовольняють одного з батьків. При цьому мати або батько, самі того не усвідомлюючи, прагнуть до того, щоб дитина стала для них чимось більшим ніж просто дитиною. Батьки хочуть, щоб дитина задовольнила хоча б частину потреб, які у звичайній сім'ї повинні бути задоволені в психологічних стосунках подружжя. Мати часто відмовляється від реальних можливостей повторного одруження. З'являється прагнення віддати дитині – частіше протилежної статі – “усі почуття”, “всю любов”.

Небажання дорослішання дитини детермінує порушення виховання у вигляді потураючої гіперпротекції, яка стимулює розвиток психічного інфантилізму. У цьому випадку у батьків спостерігається прагнення ігнорувати дорослішання дітей, стимулювати збереження у них таких дитячих якостей, як безпосередність, наївність, грайливість. Для таких батьків дитина є завжди маленькою. Часто вони відкрито визнають, що маленькі діти їм подобаються більше, що з великими вже не так цікаво.

Невпевненість у собі, як у вихователі зумовлює потураючий стиль виховання, знижений рівень вимог. У цьому випадку відбувається перерозподіл влади між батьками і дитиною на користь останньої.

Фобія втрати дитини детермінує такий тип порушення виховання, як потураюча або домінуюча гіперпротекція. “Слабке місце” – підвищена невпевненість, страх помилитися, перебільшені уявлення про “тендітність” дитини, її хворобливості і т.п.

Несформованість батьківських почуттів зумовлює гіпопротекцію, емоційне відторгнення, жорстоке ставлення щодо дітей і проявляється в небажанні мати справу з дитиною, поганій терпимості до її товариства, поверховості інтересу до її справ. Причиною нерозвиненості батьківських почуттів може бути відторгнення самого батька у дитинстві його батьками, те, що він сам у свій час не відчув батьківської теплоти. Іншою причиною можуть бути особливості характеру батька, наприклад, виразна шизоїдність. Батьківські почуття часто виявляються значно слабшими у дуже молодих батьків. У цьому випадку при важких, напружених, конфліктних стосунках в сім’ї на дитину часто перекладається значна частина батьківських обов’язків, підвищена моральна відповідальність, або до дитини виникає дратівливо-вороже ставлення.

Проекція на дитину власних небажаних якостей детермінує емоційне відторгнення, жорстоке ставлення до неї. В дитині один з батьків бачить риси характеру, які відчуває але не визнає в собі. Це може бути агресивність, ледачість, потяг до алкоголю, негативізм, нестриманість.

Перенесення подружнього конфлікту в сферу виховання зумовлює суперечливий тип виховання – поєднання потураючої гіперпротекції одного з батьків з відторгненням або домінуючою гіперпротекцією іншого. Батьки висловлюють незадоволення виховними методами один одного, але кожного з них хвилює не стільки питання виховання, скільки прагнення ствердити свою правоту у виховних суперечках.

Збільшується, як показує статистика, ризик формування схильності до девіантної поведінки у дитини, яка виховується у неповній сім’ї. Проте, слід зазначити, що сама по собі неповна сім’я не виступає безпосередньою причиною відхилень у соціальному розвитку. Неприйняття соціальних норм найчастіше виникає у тих дітей з неповної сім’ї, які у своїй родині не мають статево-рольового зразка для поведінки.

Суб’єктивною причиною порушення поведінки може виявитись ставлення самого індивіда до соціальних норм. Наприклад, щоб звільнитися від моральних вимог і виправдати себе, людина може нейтралізувати дію норм наступним чином: послатися на вищі поняття (дружбу, відданість групі), заперечувати наявність жертви, шкоди від своєї діяльності, або свою відповідальність.

Ризик зростання девіацій у суспільстві збільшується у періоди економічної та політичної нестабільності, коли недостатньо приділяється увага ідеології та пропаганді здорового способу життя як на рівні держави, так і на

рівні сім'ї. Тоді коло інтересів значної частини підростаючого покоління звужується до задоволення прагматичних потреб, стає непрестижною продуктивна праця, тоді вживання алкоголю та наркотиків, спілкування з використанням нецензурної лексики, самоствердження через приниження інших і т.п. стають модним способом проведення дозвілля, тоді попитом користується кінопродукція з відображенням різноманітних форм насильства та агресії.

До **психологічних** причин виникнення схильності до девіантної поведінки можна віднести депривацію потреби у самореалізації та прагнення бути прийнятим референтною групою, наявність внутрішніх конфліктів, особистісну незрілість, надмірне загострення суперечностей підліткового віку, порушення психічного розвитку.

Варто зазначити, що перераховані біологічні, соціальні та психологічні чинники сприяють формуванню лише готовності до девіантної поведінки. Щоб ця готовність була реалізована, потрібна відповідна ситуація, яка виступає у ролі “пускового механізму”. Це може бути значущий для підлітка конфлікт у родині чи в школі, стимуляція до антиморальних чи антиправових дій з боку референтних осіб, наявність проблем, шлях розв'язання яких підліток бачить тільки в порушенні соціальних норм.

До психологічних механізмів формування схильності до девіантної можна віднести:

- негативний життєвий досвід – негативні звички, девіантний досвід, ригідні поведінкові стереотипи, психологічні травми, досвід насилля;
- когнітивні спотворення – дисфункціональні думки, стереотипи мислення, обмежені знання, неадекватні установки;
- проблеми саморегуляції – порушення здатності ставити цілі і досягати їх, неадекватна самооцінка, надмірний або недостатній самоконтроль, низька рефлексія, низькі адаптивні можливості, дефіцит позитивних ресурсів особистості;
- емоційні проблеми – тривога, депресія, негативні емоції, труднощі розуміння і вираження емоцій;
- деформації у ціннісно-мотиваційній системі особистості – девіантні цінності, ситуативно-егоцентрична орієнтація, фрустрованість потреб, внутрішні конфлікти, малопродуктивні механізми психологічного захисту;
- духовні проблеми – відсутність або втрата смислу життя, несформованість моральних цінностей, блокування потреби в самореалізації.

Кожна новонароджена дитина виявляється цілковито залежною від батьків, які дбають про неї, оскільки жодна її фізіологічна потреба не може бути задоволена без участі дорослих. На фоні цієї залежності поступово формується соціальна потреба бути захищеним і прийнятим спочатку в родині, а згодом і в більш ширшому соціальному оточенні. Дитині дуже важливо відчувати, що її люблять, що її поведінку схвалюють, що вона завжди може розраховувати на підтримку і допомогу. Тому вже в дошкільному віці, попри

особистісну незрілість та несформованість переконань, виникає прагнення поводитись відповідно до соціальних норм, бути хорошим, добре вчитись у школі. Успішна реалізація цих прагнень викликає схвалення дорослих і супроводжується позитивними емоціями. І, навпаки, ситуації, в яких дошкільник або молодший школяр не зміг відповідати очікуванням батьків чи педагогів, викликають глибокі негативні переживання.

Проте, на відміну від дорослих, дитина ще не володіє механізмами саморегуляції, тому її поведінка їй не належить і визначається не стільки прагненнями, скільки природними задатками. Так, школяру з флегматичним типом темпераменту значно простіше дотримуватись дисципліни на уроці, ніж холерику; учень з високою розумовою працездатністю швидше засвоїть програмний матеріал, ніж дитина з виснажливою нервовою системою. Дитина, яка не може ствердитись в одному виді діяльності, шукає себе в іншому. Наприклад, неприємності у школі можуть бути компенсовані успіхами у спорті, мистецтві або ж спілкуванням з друзями чи у родинному колі. І, навпаки, сімейні конфлікти стають для дитини менш руйнівними, якщо їй вдається проявити себе у навчанні. Якщо ж дитина не може реалізувати своє бажання “бути хорошою” у жодній сфері життєдіяльності, якщо вона не може розраховувати на підтримку і розуміння ні з боку батьків, ні з боку педагогів, тоді виникає інше прагнення – уникати негативних емоційних переживань.

Таким чином, якщо дитина не має досвіду позитивних емоційних переживань у зв'язку з досягненням успіху в значущій для неї суспільній діяльності, формується унікаюча мотивація. Учень не усвідомлює себе суб'єктом власної діяльності, стає пасивним, не вважає можливим якось вплинути на своє життя. Неможливість задоволення потреб у самореалізації зумовлює пошук зовнішніх штучних засобів переживання задоволення, що зрештою призводить до асоціальної поведінки.

У житті кожної дитини рано чи пізно виникають ситуації перешкод у задоволенні соціальних потреб. Більшість дітей долають їх шляхом тимчасової відмови від мети або через заміщення іншим видом діяльності. Долання труднощів полегшується, якщо дитина може розраховувати на підтримку дорослих, або якщо у її попередньому досвіді уже були успішно розв'язані подібні ситуації. Незрілу ж, інфантильну особистість перешкоди не стимулюють до активності, спрямованої на їхнє подолання. Учень не може вийти з кризи через саморозвиток. Тому діяльність його свідомості спрямовується шляхом найменшого опору, що й детермінує виникнення захисних механізмів, які виконують функцію захисту “я” від травмуючих переживань. Захисні механізми відгороджують внутрішнє благополуччя особистості від зовнішніх травм. Це система уникнення зовнішніх впливів шляхом специфічних бар'єрів, перешкод, які свідомо чи неусвідомлено будуються на шляху усіх впливів, що йдуть від дорослих.

Школяр пояснює свої поразки необ'єктивним ставленням дорослих до себе, знецінює цілі, які йому не вдається досягти, відмовляється від загальноприйнятих цінностей. Стан емоційного благополуччя досягається

шляхом викривленого сприймання дійсності. Мета психологічного захисту досягається ціною дезінтеграції поведінки, виникнення негативних особистісних новоутворень, що спотворюють нормальний перебіг процесу соціалізації. Ці новоутворення є гальмом у розвитку особистості. Більше того, скасовуючи необхідність діяльності суб'єкта у напрямку перетворення дійсності і самовдосконалення, ці нові “функціональні органи” детермінують поведінку, яка начебто задовольняє соціальні потреби індивіда. Уникаюча мотивація приводить підлітка до асоціальних угруповань, де з'являються почуття емоційної захищеності, нові засоби самореалізації, можливість заслужити позитивну оцінку.

Поглиблення соціальної дезадаптації від важковиховуваності призводить до делінквентності поведінки, тобто до здійснення дрібних правопорушень, за які завдяки гіперпротекції батьків підлітків досить рідко карають. Підліток ніби шукає “межі доступного” у своїх діях. Взагалі цей пошук доступного властивий усім школярам середнього віку, але в нормі це обмежено моральними заборонами, вимогами батьків, вчителів. Для педагогічно занедбаний учнів ці межі розширені до статей Кримінального кодексу. Щоб зняти напруження, зумовлене виходом із зони нормальної поведінки, підлітки вдаються до таких засобів захисту: 1) якщо моральна заборона є особистісно значущою, то нейтралізуються такі внутрішні структури, як совість, каяття; 2) знецінюються, ігноруються самі соціальні норми.

Отже ознакою психологічної готовності дитини до девіантної поведінки є наявність негативних особистісних новоутворень, одні з яких виступають у вигляді бар'єрів щодо будь-якого спрямованого впливу, а інші забезпечують спотворене сприймання дійсності і себе в ній.

Розглянемо види негативних особистісних новоутворень, які зумовлюють схильність до девіантної поведінки.

1. **Смисловий бар'єр** виникає, коли прийняття якогось приводу означає для індивіда зміну думки про себе у несприятливий бік, що призводить до значного зниження самооцінки. Цьому індивід і чинить опір. Дитина не чує, не розуміє того, що говорить їй дорослий. Смисловий бар'єр може існувати щодо конкретного дорослого або щодо конкретної вимоги.

2. **Емоційна холодність, нечутливість.** Це механізм захисту від “проникаючих” впливів, адресованих до совісті. Іноді правопорушники навмисно культивують у собі таку нечутливість. Вони вважають усякий прояв почуттів слабкістю.

3. **Афект “неадекватності”** – негативна реакція на невдачу, поразку, що проявляється або в ігноруванні самого факту неуспіху, або в небажанні визнати себе винним і супроводжується проявами грубої образи, агресії. Так само учень може реагувати у відповідь на звернення, зауваження, вимоги педагога, батьків. На відміну від звичайного афекту, як реакції на сильні подразники, тут спостерігається афективний вибух з незначного приводу. Це своєрідна відлякуюча заява про себе, прагнення відгородити себе від будь-якого наближення вихователя, створити своєрідну “безпечну зону” шляхом

попередження про неприємні наслідки.

4. *Проявом афекту неадекватності у сфері спілкування* є феномен “неадекватного спокою”. Учень, який є відторгнутим у колективі однолітків, впевнений в тому, що його всі люблять і поважають.

5. *Розбіжність ставлень* – це неспівпадання уявлень про взаємини у домінуючих сферах (ставлення до себе, до інших, до діяльності) з реальним змістом та проявами цих взаємин. Учень не помічає своїх негативних якостей і тому не сприймає вимог педагога змінитись.

6. *Негативізм*, у якому простежується антагоністична позиція щодо дій, вимог, пропозицій дорослого незалежно від їхнього змісту та спрямованості, а також тенденція діяти засобами протилежними вказівкам і командам дорослого. При цьому об’єктивна причина для такої негативістичної позиції відсутня. На відміну від негативізму, який виникає у кризові періоди розвитку і зумовлений потребою самоствердження, у даному випадку йдеться про ставлення до дорослого як до ворога і тоді актуалізується принцип “Не роби того, що вигідно ворогу”.

7. *Конструктивна брехня*. Програмується заздалегідь для захисту від покарання перед скоєнням негативного вчинку. Це свідомо заплановане уникнення відповідальності.

8. *Феномен схильності до адиктивної поведінки*, тобто поведінки, обтяженої вживанням наркотичних засобів. Уникаюча мотивація, хронічне переживання негативних емоцій, неспроможність відчувати себе суб’єктом власної діяльності, нездатність до продуктивного виходу з фруструючої ситуації, неефективність засобів психологічного захисту утворюють психологічну готовність до наркотичної залежності, оскільки породжують прагнення пережити позитивні емоції не через діяльність, а штучно. Метою вживання наркотичних засобів є зміна психічного стану, заглушення негативних переживань, пригнічення докорів сумління.

4. Психологічна характеристика важковиховуваності як основи формування девіацій

Передумовою делінквентної та адиктивної поведінки виступає **важковиховуваність** - активне неприйняття дитиною педагогічного впливу, спрямованого на її соціалізацію.

Заслуговує на увагу підхід до розуміння психологічної сутності важковиховуваності, який належить грузинському психологу Ф.В.Гобечія. Вчений вважає, що однією з причин опірності педагогічним впливам окремих підлітків виступає загострений випереджаючий розвиток потреб у престижі, свободі та самостійності. Якщо формування цих прагнень здійснюється на фоні недостатнього розвитку соціальних інтересів та інтелектуальних можливостей, то така дисгармонійність може лягти в основу конфлікту підлітка з дорослими і спонукати його до правопорушень. Низький рівень соціальної заангажованості створює сприятливий ґрунт для загострення і поглиблення егоїстичних потреб індивіда. Суб’єктивна цінність цих потреб виявляється настільки сильною, що,

з одного боку штовхає підлітка на необдумані імпульсивні вчинки, а з іншого – викликає обурення і агресію у випадку їхньої фрустрації. У важковиховуваних підлітків формується деформоване відчуття справедливості (справедливим є все те, що відповідає його інтересам, а несправедливим – те, що їм суперечить) та власної гідності (дотримання соціальних вимог, доброзичливе ставлення до інших, відмова від власних примх або докладання зусиль задля досягнення соціальних цілей і т.п. є негідним). Основними чинниками, що зумовлюють важковиховуваність, Ф.В.Гобечія вважає недостатність волі та соціальних потреб.

Важковиховуваність в залежності від причин її виникнення та від особливостей і виразності прояву поділяється на чотири види: 1) ситуативна важковиховуваність, 2) соціально-педагогічна занедбаність, 3) важковиховуваність, що виникла через відхилення в особистісному розвитку, 4) власне важковиховуваність.

Ситуативна важковиховуваність виникає внаслідок невмілих виховних дій з боку батьків або педагогів і проявляється в негативізмі, відкритому протесті, небажанні дотримуватись правил. При цьому усі негативні прояви поведінки дитини мають тимчасовий характер, не призводять до глибинних порушень особистісного розвитку і за умови зміни педагогічних прийомів впливу зникають.

Ситуативна важковиховуваність може виникнути також при різкій зміні умов життєдіяльності. Наприклад, перехід дитини з одного колективу в інший, зміна місця проживання, розлучення батьків, зміна родини тощо. Особливо високим ризик появи важковиховуваності є у період вікових криз, під час яких здійснюється зміна соціальної ситуації розвитку дитини. Слід зазначити, що у дорослих учасників виховного процесу також бувають свої кризи, які не можуть не позначитись на їхніх стосунках з дітьми.

Соціально-педагогічна занедбаність – це тривалий несприятливий для розвитку особистості стан дитини, пов'язаний з недостатнім, суперечливим або негативним впливом на неї соціального мікросередовища. Явище соціальної і педагогічної занедбаності виникає через відсутність або обмеженість соціальних умов, необхідних для нормального розвитку дитини. Попри всю різноманітність несприятливих сімейних умов (гіпопротекція, потураюча гіперпротекція, асоціальні сім'ї тощо), які призводять до соціально-педагогічної занедбаності, спільним і визначальним є відсутність спілкування, яке б сприяло моральному та інтелектуальному розвитку дитини, а також системи сімейних цінностей, які б визначали права, обов'язки, обмеження поведінки дитини і забезпечували формування у неї здатності до довільної саморегуляції.

Соціально-педагогічна занедбаність виникає там, де дитина не одержує достатньої свободи для прояву своєї активності у взаємодії з предметним та соціальним середовищем. Психологічним механізмом її виникнення є гіперусамітненість, яка виражається у посиленні позиції “не такий як усі”.

Перші проблеми у соціально-педагогічно занедбаних дітей з'являються при вступі до школи, до навчання у якій вони ні психологічно, ні педагогічно,

ні соціально не готові. Педагогічно занедбаний першокласник не прагне бути школярем, мотиви навчальної діяльності йому не доступні, не володіє необхідним обсягом знань, умінь навичок, не вміє докладати зусилля, усі його психічні функції виявляються незрілими, його розумова працездатність знижена. Крім того такій дитині часто бракує досвіду позитивного спілкування з однолітками. Оскільки, засвоївши негативні стереотипи стосунків у сім'ї (відсутність емпатії, довіри, взаємоповаги), учень підсвідомо переносить їх на спілкування з ровесниками.

Соціальна дезадаптація таких дітей починається з неуспішності в навчанні. Перші невдачі, викликаючи негативні емоції, каналізуються в агресію, фіксуються як образа, несправедливість. Погані оцінки призводять до погіршення стосунків з вчителькою, батьками, однокласниками. Під впливом негативних зовнішніх оцінок, постійних зауважень, нарікань у дитини формується унікаюча мотивація, невпевненість у собі, низький рівень самоповаги.

Особистість соціально-педагогічно занедбаної дитини характеризується нерозвиненістю властивостей суб'єкта спілкування, діяльності, самосвідомості, а також неадекватною активністю у взаємодії з оточенням. Суб'єктивно ці особливості переживаються дитиною як особливий образ "я". Головна суперечність такої особистості полягає у тому, що, з одного боку вона прагне до визнання та успіху, а, з іншого боку є соціально дезадаптованою. Немоżliвість розв'язати цю суперечність породжує внутрішню та зовнішню конфліктність дитини, актуалізацію компенсаторно-захисних реакцій, комплекс неповноцінності.

Соціально-педагогічно занедбані діти є недовірливими, образливими, впертими, егоцентричними, негативістичними, невпевненими у собі. У них слабка інтуїція щодо міжособистісних взаємин, примітивний підхід до розв'язання власних проблем, загострена реакція на неуспіх, нестійкий настрій, відсутній страх у ситуаціях підвищеного ризику. Вони важко адаптуються до нових умов, легко виводяться зі стану рівноваги, сповнені передчуття неприємностей, схильні ігнорувати соціальні вимоги і культурні норми поведінки. У стосунках з дорослими соціально-педагогічно занедбані діти надмірно чутливі до оцінок та погроз, сором'язливі. Невдоволеність потреби бути особистістю здійснює на них руйнівний вплив і компенсується агресією, схильністю до ризикованих вчинків, прагненням за будь-які ціну привернути до себе увагу.

Соціально-педагогічно занедбана дитина вважає себе нерозумною, поганою, неприємною, нелюбимою. Це підвищує її тривожність, знижує рівень домагань. Вона безуспішно намагається різними неадекватними способами домогтися соціального визнання, а в результаті виявляється відторгнутою.

У залежності від характеру та глибини ознак можна виділити латентну, початкову та виражену соціально-педагогічну занедбаність.

Латентний ступінь занедбаності характеризується кількісною динамікою, незначним відхиленням у соціальному та моральному розвитку

дитини, в особистості якої переважають позитивні якості, а негативні є однорідними і проявляються епізодично через один негативний домінуючи чинник. Ступінь прояву ознак занедбаності – слабкий або середній. Дитина добре почуває себе в сім'ї і намагається адаптуватись у групі однолітків. Її ставлення до навчання можна назвати невиразним. Проте вже мають місце перші ознаки відставання у психічному розвитку, недостатність соціального досвіду, які, в свою чергу, зумовлюють перші прояви неуспішності в навчанні.

Середній ступінь занедбаності визначається поглибленням відхилень у соціальному та моральному розвитку. Збільшується частота негативних проявів поведінки, урізноманітнюються ситуації, в яких вони мають місце. Поглиблюється, стає хронічною неуспішність в навчанні, що зумовлює дезадаптацію дитини у шкільному середовищі. Формується невпевненість, незадоволення собою, які супроводжуються негативними переживаннями. Дитина відчуває негативне ставлення до себе з боку педагогів, однокласників, батьків. Проте, дитина ще сподівається на зміну ситуації на краще, зберігає позитивні якості особистості.

Виразний ступінь занедбаності супроводжується переходом кількісної динаміки у якісну. Позитивні якості особистості втрачають свою глибину, оскільки не одержують підкріплення у процесі спільної діяльності і спілкування з дорослими і однолітками. Ознаки занедбаності стають виразними, проявляються різнопланово. Ставлення до навчальної діяльності стає байдужим. Спостерігається погіршення стосунків у сім'ї.

Проте значних викривлень у формування особистості, які б стали функціональними органами в таких учнів не відмічається. Їхня негативна поведінка є суто реактивною. Вони здатні до усвідомлення своєї проблеми, прагнуть її позбутися, але самостійно, без допомоги і постійної підтримки цього зробити не можуть.

Якщо несприятливі умови виховання є хронічними, а дитина постійно знаходиться в ситуації неприйняття, негативних переживань через депривацію потреби у самореалізації, тоді занедбаність набуває інтегративного характеру, формується **власне важковиховуваність**, яка характеризується наявністю негативних особистісних новоутворень, описаних вище, і психологічною готовністю до девіантної поведінки.

А.І.Кочетов визначає сутність власне важковиховуваності як об'єднання особистісних недоліків навколо певного провідного негативного утворення. Наявність негативного утворення в структурі особистості (найчастіше це – егоїстична спрямованість) не обов'язково породжує важковиховуваність. Існує певна критична точка, коли через різку зміну взаємин з оточуючими, переживання цілої низки невдач, загострення незадоволення собою та іншими, негативне утворення інтегрується з іншими недоліками особистості й починає проявлятися в порушеннях поведінки.

Література

1. Державна соціальна програма забезпечення рівних прав можливостей жінок і чоловіків на період до 2021 року / Кабінет Міністрів України. – Київ, 2018. – 30 с.
2. Дефектолог : газета / гол. ред. О. Калюжна. – 2017. – № 11 (131), листопад.
3. Дитина з особливими потребами: Інклюзивна освіта. Дефектологія. Корекційна педагогіка : журнал / гол. ред. В. Андрєєва. – 2018.
4. Дітям про Конвенцію ООН : про права людей з інвалідністю / Агенство ООН у справах біжінців ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2017. – 10 с.
5. Доступність є важливою? Чому / Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2012. – 22 с.
6. Доступність та універсальний дизайн : навчально-методичний посібник / В. О. Азін, Л. Ю. Байда, Я. В. Грибальський ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України ; Канадсько-український проект «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні». – Київ, 2013. – 128 с.
7. Інвалідність і здоров'я: як покращити послуги для жінок з інвалідністю в сфері охорони здоров'я : практичний посібник. / за ред. О. Красюкової-Еннс ; Корпорація Інститут досліджень та тренінгів. – Київ, 2016. – 64 с.
8. Інвалідність та суспільство : навч.-метод. посібник / кол. авторів: Л. Ю. Байда, О. В. Красюкова-Еннс, С. Ю. Буров [та ін.] ; Канадсько-український проект «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні» ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2012. – 216 с.
9. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю / Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2017. – 64 с.
10. Мартиненко І. В. Особливості комунікативної діяльності дітей старшого дошкільного віку з системними порушеннями мовлення : монографія / І. В. Мартиненко. – Київ : ДІА, 2016. – 308 с.

Тема № 15

Особливості розвитку, навчання та виховання дітей із гіперактивним синдромом План

1. Сутність поняття СДУГ
2. Корекційно-педагогічна робота з дітьми, які мають СДУГ

1. Сутність поняття СДУГ

Гіперактивні діти часто не виконують настанови педагога через те, що не можуть стримати безпосередні імпульси, загальмувати реакції на сторонні подразники. Якщо кожному такому прояву слабкості процесу гальмування давати негативну оцінку, то в учня швидко сформується негативне ставлення до себе (тоді усі його вчинки, що не відповідають нормам суспільного життя, усі невдачі будуть інтерпретуватись ним за формулою: “Нічого іншого від мене

чекати не можна: я ж поганий”, сприйматись як неминуче). Можливий також інший варіант реакції такої дитини на постійні зауваження: коли захисні механізми зумовлюють виникнення негативного ставлення не до себе, а до джерела переживання неприємних емоцій, зокрема, до педагогів, які сприймаються як несправедливі, прискіпливі.

Вихід із цієї ситуації полягає у тому, щоб без усякого оцінювання припиняти імпульсивні реакції дитини і повертати її у русло виконуваної роботи. До усвідомлення імпульсивних дітей слід доводити, що їм необхідно вчитися зосереджуватись, стримуватись, не відволікатись, не поспішати, і кожен щонайменший прояв зусиль дитини у цьому напрямку треба підтримувати, заохочувати, позитивно оцінювати. Тут необхідно враховувати таку обставину: якщо збудлива дитина виявляється спроможною зосередитись на навчальній діяльності лише протягом 1/3 уроку, допускає через неухважність до 10 помилок у одній письмовій роботі, ці факти самі по собі можуть оцінюватись як негативні. Проте, якщо відомо, що, наприклад, місяць тому учень на уроці міг продуктивно працювати протягом 5-ти хвилин, допускав у письмових роботах більше 20 помилок, то у цьому випадку фіксуються виразні позитивні зміни щодо корекції порушень нейродинаміки, на яких обов'язково фіксується увага учня. Це зміцнить його віру у свої сили, переконає в ефективності спільної роботи з вчителем, спрямованої на подолання надмірної імпульсивності у поведінці.

Для імпульсивних дітей важливим є не лише знак, а й *форма стимуляції*. Так, наприклад, навіть позитивна оцінка на початку уроку може викликати сильне емоційне збудження, через яке дитина вже не зможе працювати протягом уроку. Тому іноді варто оцінку повідомляти таким чином, щоб не спровокувати бурхливих емоційних реакцій.

Розвитку довільності психічних процесів цих дітей сприятиме суворе *дотримання режиму та встановлених правил*, а також *організація спеціальних ігор за правилами*, порушення яких означає програш; *ігор, спрямованих на розвиток довільності уваги та поведінки*.

Щоб сповільнити темп роботи цих дітей, від них треба вимагати спочатку промовляти все, що вони хочуть зробити, складати план, тобто підпорядковувати власні дії мовленню. *Сповільнення темпу мовлення* може забезпечити використання такого прийому, як викладання фішок після кожного сказаного слова.

2. Корекційно-педагогічна робота з дітьми, які мають СДУГ

Корекція асинхронного дисгармонійного розвитку екстрапунітивного типу

Позитивно на поведінку таких дітей впливає наявність постійної системи правил та вимог, систематичного контролю. Важливо, щоб педагог, будуючи взаємини з ними, був стриманим, спокійним, вимогливим, справедливим, авторитетним. Водночас учень повинен відчувати, що його поважають як особистість, розуміють і рахуються з його станом та потребами.

На етапі “пристосування до дефекту” рекомендується нехтувати незначними порушеннями правил шкільного життя. У таких випадках слід переключати дитину на ті види активності, які її найбільше приваблюють, або зосередити увагу на стані її здоров’я (тут використовуються властиві таким школярам підвищена сугестивність та страх захворіти). Діти повинні знаходитись під постійним наглядом, оскільки вони можуть образити когось із однокласників, вступити в контакт з підозрілими особами. Найкращий спосіб контролю — це навантаження учня різними корисними та цікавими справами.

Для учнів, схильних до агресивних спалахів, слід *створити канал виходу негативної енергії*. Ефективним у цьому плані є залучення до різних видів діяльності, які потребують значних енерговитрат (фізична праця, некомандні види спорту, танці тощо).

Педагогічний вплив сприймається учнями в залежності від того, як вони ставляться до вчителя, який з ними спілкується. Якщо вчитель користується авторитетом, довірою, дає відчуття вихованцям, що рахується з ними як з особистостями, то його стимулюючі впливи, незалежно від знаку, дають очікуваний результат. Якщо ж вчителю не довіряють, вважають його несправедливим, то навіть позитивна оцінка з його вуст може бути сприйнята неадекватно.

Демонстративним учням слід надавати можливість привертати до себе увагу соціально схваленим шляхом, досягненнями у навчанні або інших видах діяльності. Якщо така дитина не може бути успішною на уроках, обов'язково потрібно віднайти такий вид активності, в якому вона могла б компенсувати свій неуспіх і самореалізуватись.

На другому етапі корекційної роботи великого значення набувають *індивідуальні бесіди психотерапевтичного характеру*, спрямовані на доведення до свідомості учня його проблем і зародження у нього прагнення навчитись володіти собою. Інший напрямок індивідуальної роботи — виховання соціальних інтересів та здатності до емпатії, співчуття, моделювання ситуацій, в яких учень переживає позитивні емоції через те, що комусь допоміг, когось підтримав. Добре, якщо з такими дітьми працюють у напрямку розвитку самосвідомості, довільної регуляції поведінки, формування навичок виведення негативної енергії соціально прийнятним шляхом.

Корекція асинхронного дисгармонійного розвитку інтрапунітивного типу

Навчання торпідних учнів стає можливим за умови поступового встановлення контакту з ними, зниження рівня тривожності, підвищення самооцінки, зміцнення процесу збудження, формування довільної саморегуляції, створення для них ситуацій успіху.

У процесі корекційно-виховної роботи необхідно враховувати сором'язливість, замкненість, розгубленість, некомунікабельність, образливість, вразливість, схильність до псевдонегативізму.

На перших порах вчителю варто уникати оцінок на адресу таких дітей і докласти зусиль до того, щоб поступово, дуже обережно *скоротити*

психологічну дистанцію з ними, створити для них комфортний психологічний клімат у класі, відчуття захищеності, прийняття. Процес встановлення контакту може бути тривалим, його не можна форсувати, оскільки успіх корекційної роботи залежить від того, чи буде учень почуватись затишно у присутності вчителя.

Будь-яку діяльність загальмовані учні починають із запізненням, тому вони потребують *постійної стимуляції, активізації уваги, залучення до колективної роботи класу, розвитку активного словника.* Разом з тим, коли дитина знаходиться у стані загальмованості, слід дати їй можливість відпочити з метою відновлення працездатності. На етапі “пристосування до дефекту” можна, враховуючи її сповільненість та швидку втомлюваність, зменшити обсяг роботи на уроці. У моменти виснаження не слід ставити дітям погані оцінки, оскільки після необхідного відпочинку вони приходять до норми і працюють відповідно до вимог вчителя.

Корекція сповільненості розумової та практичної діяльності забезпечується за рахунок *поступового збільшення обсягу завдань, а також шляхом автоматизації навичок, необхідних у навчанні.*

Щоб підвищити впевненість торпідних дітей у собі, необхідно збагатити їхній досвід успішності і зменшити, знецінити значущість неуспіху. Для цього можна використовувати, наприклад, такі прийоми, як авансована позитивна стимуляція (вчитель пропонує доступне завдання і висловлює впевненість у тому, що дитина неодмінно з ним дуже добре впорається); амортизація поразки (попередження про те, що завдання є складним і не всі діти впораються з ним — тоді неуспіх не буде таким страшним, а успіх сприятиме підвищенню самооцінки); ігри, мета яких зводиться до того, щоб програти, а не виграти тощо.

Опитування тривожних, невпевнених у собі, із заниженою самооцінкою школярів на початкових етапах навчання *краще проводити індивідуально*, коли клас займається іншими справами. Відповідаючи на запитання, така дитина повинна відчувати *повну підтримку вчителя*, готового у будь-яку мить допомогти. Загальмована дитина іноді може виконувати найпростіші завдання, наприклад, під час фронтального опитування на уроці повторити правильну відповідь за однокласниками. Дуже поступово завдання, які їй пропонуються, ускладнюються (це дає можливість пережити радість від подолання труднощів). Згодом її можна готувати до відповідей перед усім класом, біля дошки. Спочатку загальмованого учня попереджають про те, яке саме завдання він одержить на уроці, заздалегідь готують його з допомогою ділової гри до виконання цього завдання. У діловій грі проводиться детальна репетиція уроку. Поступово самостійність дитини у підготовці до уроків збільшується.

Взагалі у спілкуванні з торпідними дітьми слід уникати зауважень, негативних оцінок і користуватись кожною слушною нагодою, щоб похвалити, підтримати. Жоден *щонайменший успіх, прояв активності такого учня не повинен бути непоміченим.* Якщо ж виникає ситуація, у якій не можна обійтись

без негативної стимуляції, вказівка на помилки в поведінці повинна здійснюватись на загальному позитивному оптимістичному фоні.

Добре, якщо позитивну стимуляцію і підтримку діти одержують не лише від вчителя, а й від однокласників. Важливо допомогти неконтактним учням встановити позитивні міжособистісні взаємини з однолітками, заохочувати їх до спільної діяльності, взаємодопомоги та підтримки, вчити радіти успіхам один одного.

Дітей, невпевнених у собі, поступово слід схилити до того, щоб вони самі давали оцінку своїй успішності у тому чи іншому виді діяльності.

Тактика підтримки, створення ситуацій успіху потрібна не лише у школі, а й сім'ї.

Торпідні діти потребують спеціальної психологічної допомоги, спрямованої на *зниження тривожності*. Так само, як і для гіперактивних учнів, винятково важливим є застосування охоронного режиму та впровадження системи заходів щодо загартовування нервової системи. Підвищують тонус кори, сприяють оптимізацію самооцінки, знижують тривожність заняття танцями, некомандними видами спорту (гімнастика, акробатика, легка атлетика тощо).

Література

1. Державна соціальна програма забезпечення рівних прав можливостей жінок і чоловіків на період до 2021 року / Кабінет Міністрів України. – Київ, 2018. – 30 с.
2. Дефектолог : газета / гол. ред. О. Калюжна. – 2017. – № 11 (131), листопад.
3. Дитина з особливими потребами: Інклюзивна освіта. Дефектологія. Корекційна педагогіка : журнал / гол. ред. В. Андрєєва. – 2018.
4. Дітям про Конвенцію ООН : про права людей з інвалідністю / Агенство ООН у справах біжінців ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2017. – 10 с.
5. Доступність є важливою? Чому / Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2012. – 22 с.
6. Доступність та універсальний дизайн : навчально-методичний посібник / В. О. Азін, Л. Ю. Байда, Я. В. Грибальський ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України ; Канадсько-український проект «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні». – Київ, 2013. – 128 с.
7. Інвалідність і здоров'я: як покращити послуги для жінок з інвалідністю в сфері охорони здоров'я : практичний посібник. / за ред. О. Красюкової-Еннс ; Корпорація Інститут досліджень та тренінгів. – Київ, 2016. – 64 с.
8. Інвалідність та суспільство : навч.-метод. посібник / кол. авторів: Л. Ю. Байда, О. В. Красюкова-Еннс, С. Ю. Буров [та ін.]; Канадсько-український проект «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні» ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2012. – 216 с.

9. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю / Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2017. – 64 с.
10. Мартиненко І. В. Особливості комунікативної діяльності дітей старшого дошкільного віку з системними порушеннями мовлення : монографія / І. В. Мартиненко. – Київ : ДІА, 2016. – 308 с.
11. Прикладна корекційна психопедагогіка: олігофренопедагогіка : навчальний посібник / за ред. О. В. Гаврилова, В. О. Липи. – Кам'янець-Подільський : ТОВ «Друк-Мервіс», 2014. – 592 с.
12. Програми з корекційно-розвиткової роботи для підготовчих, 1-4 класів спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для дітей з тяжкими порушеннями мовлення: «Корекція мовлення», «Корекція розвитку» / за ред. Е. А. Данілавичюте, А. А. Колупаєвої, Л. І. Трофименко, Ю. В. Рібцун. – Київ ; Чернівці : Букрек, 2017. – 152 с.
13. Реалізація оновленого змісту освіти дітей з особливими потребами: початкова ланка : навчально-методичний посібник / Н. Б. Адамюк, Л. Є. Андрусичина, О. О. Базилевська та ін. ; НАПН України, Ін-т спец. педагогіки ; за ред. В. В. Засенка, А. А. Колупаєвої, Н. О. Макарчук, В. І. Макарчук, В. І. Шинкаренко. – Київ, 2014. – 336 с.
14. Репродуктивне здоров'я жінок та чоловіків з інвалідністю : питання і відповіді / Інститут досліджень та тренінгів ; Агенство США з міжнародного розвитку. – Київ, 2016. – 24 с.
15. Сухіна І., Риднер І., Скрипник Т. Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом : посібник / І. Сухіна, Т. Скрипник / за ред. І. В. Сухіної. – Київ ; Чернівці : Букрек, 2017. – 192 с.
16. Універсальний дизайн : практичні поради для кожного / автори: І. Виртосу, Т. Печончик ; упоряд.: Л. Байда, А. Стеценко, К. Баграмян ; Програма розвитку ООН ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ. – 39 с.
17. Універсальний дизайн в медичних закладах : метод. посібник / автори-упоряд.: Л. Байда, О. Іванова ; ПРООН в Україні, Спільна Програма «Сприяння інтеграційній політиці та послугам для людей з інвалідністю в Україні. – Київ : Ваіте, 2019. – 59 с.
18. Формування політики раннього втручання : тренінговий модуль / кол. авторів : Л. Ю. Байда, Є. Б. Павлова, О. Л. Іванова, Г. В. Кукуруза ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ, 2017. – 60 с.

Зміст

Тема 1. Предмет і завдання дефектології як науки.....	4
Тема 2. Галузі корекційної педагогіки	14
Тема 3. Класифікація порушень розвитку	17
Тема 4. Особливості розвитку, навчання та виховання дітей з порушеннями слухової функції.....	25
Тема 5. Особливості розвитку, навчання та виховання дітей із порушеннями зорової функції.....	39
Тема 6. Диференціація системи закладів для дітей, що потребують корекції психофізичного розвитку	50
Тема 7. Особливості розвитку, навчання та виховання дітей із порушеннями мовлення	68
Тема 8. Особливості розвитку, навчання та виховання дітей із затримкою психічного розвитку	77
Тема 9. Особливості розвитку, навчання та виховання дітей із порушеннями інтелекту	87
Тема 10. Особливості розвитку, навчання та виховання дітей із порушеннями опорно-рухової системи.....	99
Тема 11. Психолого-педагогічна допомога дітям із порушеннями емоційно-вольової сфери.....	111
Тема 12. Особливості розвитку, навчання та виховання дітей з РДА.....	118
Тема 13. Добір дітей у спеціальні заклади.....	125
Тема 14. Психолого-педагогічна корекція девіантної поведінки.....	130
Тема 15. Особливості розвитку, навчання та виховання дітей із гіперактивним синдромом	158

Навчальне видання

ЛУК'ЯНИК Людмила Василівна

ОСНОВИ ДЕФЕКТОЛОГІЇ ТА ЛОГОПЕДІЇ

Навчально-методичний посібник

Технічний редактор Олег Борилюк-Міський

Підп. до др. 21.04.2023. Формат 60x84 1/16. Папір офсетний. Друк цифровий.
Гарнітура Таймс. Ум. друк. арк. 9,4. Обл. вид. арк. 9,4. Наклад 300 прим.

Видавець: Олег Зень

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
серія РВ № 26 від 6 квітня 2004 р.
вул. Кн. Романа, 9/24, м. Рівне, 33022,
068 025 067 4; olegzen@ukr.net