

Рівненський державний гуманітарний університет
Кафедра дошкільної педагогіки і психології та спеціальної
освіти імені проф. Т.І. Поніманської

**Спеціальна психологія: навчально-методичний
посібник для здобувачів спеціальності
А 6 Спеціальна освіта**

Рівне – 2025

УДК 159.98:61 (072)
С 71

Спеціальна психологія: навчально-методичний посібник для здобувачів спеціальності А 6 «Спеціальна освіта» / Укл. Руденко Н.М. Рівне: РВВ РДГУ, 2025. 75 с.

Рецензенти:

- **Косарева Г.М.** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри дошкільної педагогіки і психології та спеціальної освіти імені проф. Т.І. Поніманської РДГУ;
- **Назарець Л.М.** – кандидат психологічних наук, доцент кафедри вікової та педагогічної психології РДГУ.

Посібник схвалено та рекомендовано до друку кафедрою дошкільної педагогіки і психології та спеціальної освіти імені проф. Т.І. Поніманської (протокол № 8 від 29.08.2025 р.)

Друкується за рішенням Навчально-методичної ради педагогічного факультету РДГУ (протокол № 5 від 29.08 2025р.)

ЗМІСТ

1. Анотація дисципліни	4
2. Загальні вказівки з підготовки до практичних занять та виконання завдань для самостійної роботи	7
3. Комплексне методичне забезпечення практичних занять	11
4. Питання до підготовки до підсумкового контролю (заліку)	62
5. Критерії оцінювання за видами діяльності	64
6. Рекомендована література та інформаційні ресурси	66
Додатки	70

1.АНОТАЦІЯ ДИСЦИПЛІНИ

Дисципліна «Спеціальна психологія» – один з важливих компонентів підготовки фахівців в галузі спеціальної освіти. Вивчення курсу сприяє поглибленому розумінню структури і закономірностей психічної діяльності осіб із порушеннями психофізичного розвитку (ППФР). Дисципліна розкриває причини, механізми, особливості перебігу психічних процесів при ППФР; визначає механізми психічного розвитку та адаптації осіб з порушеннями розвитку; дозволяє виявити особливості пізнавальної та особистісної сфери при різних порушеннях; сприяє формуванню уявлень про зміст практичної роботи з особами з ППФР.

«Спеціальна психологія» у поєднанні з фаховою компетентністю, психолого-педагогічними знаннями, вміннями та навичками мають забезпечити високий рівень професійної, організаційної, методичної та корекційної діяльності майбутнього вчителя-логопеда. Назване зумовлює актуальність викладання дисципліни «Спеціальна психологія» для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти, галузі знань 01 «Освіта/педагогіка», спеціальності А 6 «Спеціальна освіта». Навчальна дисципліна належить до обов'язкових компонентів циклу професійної підготовки.

У ході вивчення дисципліни студенти набувають наступних **програмних компетентностей**:

Інтегральна компетентність (ІК): ІК. Здатність розв'язувати складні спеціалізовані задачі і практичні проблеми спеціальної та інклюзивної освіти у процесі корекційно-педагогічної, діагностико-консультативної, дослідницької та культурно-просвітницької діяльності або у процесі навчання, що передбачає застосування основних

теорій і методів дефектології і характеризується комплексністю та невизначеністю умов.

Загальні компетентності (ЗК):

ЗК-8. Здатність працювати в команді.

ЗК-9. Здатність до міжособистісної взаємодії.

ЗК-10. Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).

Спеціальні (фахові, предметні) компетентності:

СК-3. Здатність застосовувати психолого-педагогічні, дефектологічні, медико-біологічні, лінгвістичні знання у сфері професійної діяльності.

СК-9. Здатність застосовувати теоретичні, емпіричні методи психолого-педагогічного дослідження, статистичні методи обробки отриманої інформації, визначати достовірність результатів дослідження.

СК-10. Здатність до системного психолого-педагогічного супроводу сім'ї, яка виховує дитину з особливими освітніми потребами.

СК-13. Здатність будувати гармонійні відносини з особами з психофізичними порушеннями, їхніми сім'ями та учасниками спільнот без упередженого ставлення до їх індивідуальних потреб.

За результатами вивчення дисципліни «Спеціально психологія» студенти мають знати і вміти:

РН1. Знати сучасні теоретичні основи спеціальної освіти відповідно до спеціалізації, застосовувати методи теоретичного та експериментального дослідження у професійній діяльності, релевантні статистичні методи обробки отриманої інформації, узагальнювати результати дослідження.

РН3. Розуміти закономірності та особливості розвитку і функціонування, обмеження життєдіяльності у контексті професійних завдань.

РН6. Планувати освітньо-корекційну роботу на основі результатів психолого-педагогічної діагностики осіб з особливими освітніми потребами з врахуванням їхніх вікових та індивідуально-типологічних відмінностей.

РН8. Організувати і здійснювати психолого-педагогічне вивчення дітей з особливостями психофізичного розвитку, діагностико-консультативну діяльність.

РН10. Здійснювати спостереження за дітьми з психофізичними порушеннями (інтелекту, мовлення, зору, слуху, опорно-рухових функцій тощо), реалізовувати корекційно-педагогічну роботу з урахуванням їхніх психофізичних, вікових особливостей, індивідуальних освітніх потреб, можливостей та здібностей.

РН12. Аргументувати, планувати та надавати психолого-педагогічні та корекційно-розвиткові послуги (допомогу) відповідно до рівня розвитку і функціонування, обмеження життєдіяльності дитини з особливими освітніми потребами.

РН14. Реалізовувати психолого-педагогічний супровід дітей з особливими освітніми потребами в умовах інклюзії у ролі вчителя-дефектолога, асистента вихователя закладу дошкільної освіти, асистента вчителя закладу загальної середньої освіти тощо.

У ході вивчення освітнього компоненту студенти повинні оволодіти певними знаннями та вміннями.

Здобувачі мають знати:

- основні поняття спеціальної психології;
- методологічні основи спеціальної психології, її історію;
- загальні та специфічні закономірності порушеного розвитку;
- особливості психічного розвитку осіб з порушенням психофізичного розвитку;

- організацію та структуру психолого-педагогічного вивчення дітей з ППФР;
- методи психолого-педагогічної діагностики, що застосовуються в спеціальній психології;
- методи і форми психологічної роботи з дітьми з ППФР;
- теоретичні та методичні основи надання психологічної допомоги дітям з ППФР в закладах спеціальної та інклюзивної освіти;

Здобувачі мають вміти:

- аналізувати особливості психічного розвитку осіб з ППФР;
- застосовувати методи вивчення психічних явищ у осіб з ППФР;
- надавати психологічну допомогу дітям з порушеннями у розвитку;
- проводити психопрофілактичні, просвітницькі, психокорекційні заходи з дітьми з особливими освітніми потребами під час воєнного стану.

2.ЗАГАЛЬНІ ВКАЗІВКИ З ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ ТА ВИКОНАННЯ ЗАВДАНЬ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

Практичні заняття дають можливість розширювати, поглиблювати, уточнювати знання студентів, формувати відповідні уміння та навички.

Робота на практичному занятті передбачає попередню самостійну роботу студента з опрацювання зазначених у плані питань. Підготовка до семінарських занять включає декілька взаємопов'язаних форм роботи:

- *опрацювання теми за підручниками, посібниками, науковими першоджерелами, конспектами*

лекцій;

– **складання плану відповідей** на поставлені запитання;

– **проведення** певних **дослідів**, що відповідають темі заняття;

– **підготовка рефератів** чи доповідей.

Підготовку потрібно розпочинати з аналізу матеріалу, вміщеного у підручниках з логопсихологія для студентів вищих навчальних закладів, що готуються за спеціальністю «Спеціальна освіта». Бажано при вивченні матеріалу користуватися декількома підручниками, що забезпечить більш глибоке засвоєння матеріалу. Після цього переходити до ознайомлення з іншими джерелами, що визначені до кожної теми.

Складання конспекту необхідно здійснювати у зошитах для самопідготовки (зошити мають заповнюватися від руки). У них записується тема, план семінарського заняття, список опрацьованої літератури. З кожного питання складається поширений план відповіді. Він повинен включати перш за все визначення понять, короткий аналіз проблеми. В конспекті бажано записувати цікаву інформацію з основної та додаткової літератури, яка відсутня у підручнику, а також факти з реального життя. Цей етап роботи також може мати вигляд **анотування** – перерахування основних питань, на яких зупиняється автор в тій чи іншій роботі, або **конспектування** – короткого викладу певного розділу, статті, роботи.

Підготовлений **реферат** чи **доповідь** може бути **декількох видів**. Основи з них: **критична рецензія** та **аналітичний огляд**. Процес підготовки включає в себе аналіз літератури з обраної проблеми, на основі якого формулюються завдання доповіді чи реферату. Структура реферату визначається його видом. Так критична рецензія може включати обґрунтування актуальності роботи,

короткий виклад теоретичної позиції автора, критичний аналіз позиції і доведень гіпотези автора, висновки, які можна зробити на основі аналізу. Аналітичний огляд може включати історію вивчення певної проблеми, або аналіз сучасного стану дослідження проблеми.

Допускається роздруковувати додатковий матеріал з Інтернету і вклеювати його в зошит. Проте, необхідно обов'язково вказувати автора, назву роботи, URL джерела.

Політика використання ШІ. У межах вивчення дисципліни допускається використання інструментів штучного інтелекту (ChatGPT, Gemini тощо) **як допоміжного ресурсу**, але з обов'язковим дотриманням принципів академічної доброчесності:

Дозволяється використовувати ШІ для пошуку ідей, пояснень, уточнення теоретичного матеріалу.

Не допускається подавати тексти, повністю згенеровані ШІ, як власні оригінальні роботи; використовувати ШІ для створення фальсифікованих чи плагіатних матеріалів; замінювати власний аналіз, критичне мислення та самостійне виконання завдань генерацією відповідей.

Відповіді на питання плану оцінюються до 5 балів. Виконання завдань для самостійної роботи до кожної теми також оцінюються до 5 балів.

Основна література

1 Бочелюк В. Й., Турубарова А. В. Психологія людини з обмеженими можливостями. Навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2024. 264 с.

2 Ванюк Д.В. Основи дефектології : навчально-методичний посібник для здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти. Запоріжжя : ЗДМФУ, 2023. 133 с.

3 Кобильченко В. В., Омельченко І. М. Спеціальна психологія: підручник. Київ : ВЦ «Академія», 2020. 224 с.

4 Концепти та стратегії розбудови інклюзивної освіти у часи війни та повоєнний період : монографія / Колупаєва А. А., Таранченко О. М. Київ, 2025. 450 с.

5 Кушнір Ю. В., Оверчук В.А., Шпортун О.М. Вікова та спеціальна психологія: навчальний посібник. Вінниця: Центр оперативного друку «Документ Принт», 2020. 384 с.

6 Мартиненко І.В. Логопсихологія: курс лекцій. Навчальний посібник. Київ: ДІА, 2019. 120с.

7 Пахомова Н. Г., Кононова М.М. Спеціальна психологія. Полтава : АСМІ, 2015. 389 с.

8 Психологія дітей з інтелектуальними порушеннями. Методичні вказівки до самостійної роботи для студентів денної та заочної форм навчання спеціальності 016 «Спеціальна освіта» першого (бакалаврського) рівня вищої освіти / Укладач О.І. Утьосова. Ужгород: ДВНЗ «Ужгородський національний університет», 2024. 78 с.

9 Спеціальна педагогіка і психологія: сучас. термінол. словник / за ред. Л. Прохоренко, В.Засенка. Київ : Генеза, 2024. 272 с.

Індивідуальні наукові довготривалі завдання (ІНДЗ)

ІНДЗ передбачає підготовку портфоліо з матеріалами психодіагностичної та психокорекційної роботи з особами з порушеннями психофізичного розвитку

Оформлення ІНДЗ. Роботу потрібно виконати в електронному вигляді. На титульному аркуші слід вказати назву ІНДЗ, прізвище, ім'я та по-батькові студента, курс, групу, спеціальність. Текст виконаного завдання повинен бути чітким, розбірливим. Виконання ІНДЗ потребує вміння здобувача вищої освіти використовувати теоретичні знання зі спеціальної педагогіки і психології, спеціальної освіти в практичній діяльності, нестандартних ситуаціях тощо.

Форма захисту — публічна презентація матеріалів психологічного вивчення особливостей психічного розвитку дитини з ПМР.

Оцінювання ІНДЗ. Здобувач може набрати максимальну кількість балів за ІНДЗ – 10.

До критеріїв оцінювання ІНДЗ відносяться:

- відповідність оформлення вимогам;
- своєчасність виконання роботи;
- творчий підхід у виконанні завдань;
- повний обсяг їх виконання;
- якість виконання навчальних завдань.

Максимальна кількість балів, які може отримати здобувач вищої освіти — 10.

3. КОМПЛЕКСНЕ МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

Змістовий модуль 1. Теоретичні засади спеціальної психології

Практичне заняття № 1

Тема: «Теоретичні засади спеціальної психології» – 2 год.

План:

1. Предмет, завдання, принципи спеціальної психології. Міжпредметні зв'язки спеціальної психології.

2. Методи психолого-педагогічної діагностики, що застосовуються в спеціальній психології.

3. Історія становлення спеціальної психології.

4. Загальна характеристика порушень психофізичного розвитку та їх причини

Теоретичний блок

Спеціальна психологія - це галузь психологічної науки, що досліджує особливості й закономірності психічного розвитку, навчання та виховання, соціальної адаптації осіб із порушеннями психофізичного розвитку (ППФР). Предметом спеціальної психології є особливості та закономірності психічного розвитку індивіда з порушеннями психофізичного розвитку (ППФР). Спеціальна психологія - — галузь психології, яка вивчає психологічні особливості дітей і дорослих з порушеннями, які зумовлені органічним ураженням головного мозку (порушення інтелекту), порушенням аналізаторів (глухі, туговухі, слабозорі, сліпоглухі), тяжкими порушеннями мовлення при збереженні слуху. Спеціальна психологія з'ясовує зміни у перебігу психічних процесів порівняно з нормою, їх причини і механізми, розробляє спеціальні методи корекції порушень, аналізує результати, які досягаються в ході спеціально організованого навчання і виховання (насамперед у дитячому віці).

Структура спеціальної психології включає вивчення психологічних особливостей осіб з інтелектуальними порушеннями (олігофренопсихологія), порушеннями слуху (сурдопсихологія), зору (тифлопсихологія), опорно-рухового апарату (ортопсихологія) та мовлення (логопсихологія).

До основних *завдань* спеціальної психології відносять:

- вивчення закономірностей та особливостей психічного розвитку дітей та дорослих із ППФР в різних умовах,
- розробка методів психологічної діагностики та корекції відхилень психічного та соціального розвитку,

- психологічне обґрунтування змісту навчання та виховання в системі спеціальних та інклюзивних освітніх установ;

- психологічна оцінка ефективності змісту та методів навчання дітей із ППФР в різних освітніх умовах;

- психологічне вивчення соціальної адаптації осіб із ППС психологічна корекція дезадаптації;

- розробка методів диференційної діагностики.

Основні *принципи спеціальної психології*:

- принцип відображення,

- принцип детермінізму,

- принцип розвитку,

- принцип єдності свідомості (психіки) і діяльності.

Понятійно-термінологічний словник логопеда дає таке визначення поняттю «дизонтогенез» — це порушення індивідуального розвитку організму. Дизонтогенез — в ширшому значенні — розвиток із відхиленням від умовно встановленої норми. Психічний дизонтогенез — це порушення розвитку психіки в цілому та окремих її складових, а також порушення співвіднесення темпів і термінів розвитку окремих сфер й різних компонентів. Вперше термін «дизонтогенія» використав Швальбе в 1927 р. для позначення відхилень пренатального формування структур організму. Пізніше цей термін почали використовувати ширше, позначаючи і постнатальний період розвитку організму. Поняттям «постнатальний дизонтогенез» почали позначати легші форми відхилень у розвитку, не лише структурні, а й функціональні. Синонім терміну «дизонтогенез» — розвиток із відхиленнями.

Спеціальні психологи частіше оперують терміном «психічний дизонтогенез». Термін «психічний дизонтогенез» має свою історію. Психіатри вживають цей термін у випадках визначення хворобливих варіантів

онтогенезу. Відомі вітчизняні дитячі психіатри ще з 1986 р. розглядали дизонтогенез як розвиток з відхиленнями, який може відноситися до усього періоду життя людини. Психічний дизонтогенез, на думку психіатрів, — це порушення психічного розвитку у дітей з різноманітними типами відхилень у розвитку. Психіатри виділяли такі типи психічного дизонтогенезу: ретардація, асинхронія, регрес, акселерація.

У вітчизняній спеціальній психології виділяють наступні психологічні параметри дизонтогенезу:

1. Перший параметр пов'язаний з функціональною локалізацією порушення, в залежності від якої розрізняють два основних види дефекту: частковий, зумовлений дефіцитарністю окремих функцій гнозису, праксису, мовлення; загальний, пов'язаний з порушенням регуляторних систем.

2. Другий параметр дизонтогенезу пов'язаний з часом пошкодження. Характер аномалії буде різним в залежності від того, коли виникло пошкодження нервової системи. Чим раніше сталося пошкодження, тим більш вірогідним буде явище недорозвитку. Чим пізніше виникло порушення нервової системи, тим характернішими будуть явища порушення з розпадом структури психічної функції.

3. Третій параметр дизонтогенезу характеризує відношення між первинним і вторинним дефектом. Первинним є порушення, які безпосередньо впливають з біологічного характеру хвороби, а вторинні — виникають опосередковано в процесі аномального соціального розвитку.

4. Четвертий параметр дизонтогенезу пов'язаний з порушеннями міжфункціональної взаємодії в процесі аномального системогенезу. У нормальному онтогенезі виділяють декілька типів міжфункціональних відношень: явища тимчасової незалежності функцій; асоціативні;

ієрархічні зв'язки. Явища тимчасової незалежності функцій характерні для ранніх етапів онтогенезу. Так, до дворічного віку розвиток мовлення і мислення йдуть окремо на ранніх етапах становлення мовлення спостерігається незалежність у розвитку його смислової і фонетичної сторони.

Завдання для самостійної роботи

1. Підготовка до вікторини за темою «Предмет, завдання, історія спеціальної психології»

2. Підготовка кросворду «Історія розвитку спеціальної психології»

3. Підготовка до ділової гри за темою «Загальна характеристика порушень психофізичного розвитку та їх причини».

4. Проаналізуйте сучасні нормативні документи щодо надання психологічної допомоги дітям з особливими освітніми потребами (ООП).

Модуль 2. Психологічні особливості людей з різними психофізичними порушеннями

Практичне заняття № 2

Тема: «Психологічні особливості осіб з порушеннями слуху, зору»– 2 год.

План:

1. Предмет та завдання сурдопсихології.

2. Причини порушення слуху. Класифікація порушень слуху.

3. Особливості психічного розвитку осіб з порушеннями слуху (особливості відчуттів і сприймання, особливості уваги, пам'яті, мовлення, мислення, уяви,

емоційно-вольової сфери, особистісні особливості, діяльності та спілкування).

4.Психологічні особливості формування мовлення у осіб з порушеннями слуху.

5.Предмет та завдання тифлопсихології.

6.Чинники порушення зору. Класифікація порушень зору.

7.Психологічні особливості дітей з порушеннями зору.

8.Компенсаторні можливості. Соціально-психологічна адаптація дітей з порушеннями зору.

Теоретичний блок

Сурдопсихологія — це галузь спеціальної психології, що вивчає закономірності психічного розвитку людей із порушеннями слуху (від легкої втрати до повної глухоти), їхні пізнавальні процеси та особистісні характеристики. Предметом є особливості формування психіки при порушеннях слуху, компенсаторні механізми та шляхи корекції, що допомагають інтегруватися в суспільство.

За наявністю або відсутністю додаткових порушень у розвитку дітей із ПС можна віднести до таких груп:

- діти, які не мають додаткових порушень у розвитку;

- діти, які мають додаткові порушень в розвитку: порушення інтелекту, зору, опорно-рухового апарату, емоційно-вольової сфери.

Особливості психічного розвитку осіб з порушеннями слуху

Особливості сприймання. Відсутність або зниження функцій слухового аналізатора позбавляє дитину можливості отримання відчуттів і сприйняття величезного звукового різноманіття навколишнього світу, що

призводить до порушення інформаційного балансу між середовищем і організмом. В результаті дитина з порушенням слуху позбавляється можливості повноцінно сприймати не тільки різні звукові явища, але, найголовніше, мовлення оточуючих людей, що призводить до недорозвинення мовлення самої дитини і негативно позначається на його загальному психічному розвитку. Дослідження сурдопсихологів показали, що порушення слухового аналізатора негативно позначається на діяльності збережених аналізаторів, на інтегральній діяльності всього організму як єдиної функціональної системи. Знижується повнота зорового сприйняття, утруднюється розвиток кінестетичної чутливості і особливо кінестезії мовленнєвих органів.

Зорове сприйняття дітей з порушеннями слуху (ПС), позбавлених слуху з народження, розвивається в особливих умовах. Відсутність зв'язків між слуховими і зоровими впливами в умовах затримки формування мовлення призводить до певної своєрідності в розвитку зорового сприйняття. Так, при сприйнятті зображень у глухих молодших школярів спостерігаються труднощі аналізу та розуміння взаємовідносин персонажів картини.

Порушення функції слухового аналізатора негативно позначається на діяльності рухового аналізатора в зв'язку з тим, що моторні акти формуються за умови тісної взаємодії зорового, слухового, тактильного і кінестетичного аналізаторів. Зниження обсягу словесної інформації, що грає істотну роль в процесі формування рухів, також ускладнює процес формування скоординованих рухів.

У дітей з ПС порушення моторики можуть мати вторинний характер у зв'язку зі слабкістю кінестетичних відчуттів, дефектністю вестибулярної функції, що визначає недостатність рівноваги і координації рухів. У дітей з ПС

дошкільного та молодшого шкільного віку можна спостерігати неправомірно різкі рухи при переміщенні предметів, незручність рухів, порушення координації. З віком у зв'язку з корекційно-педагогічним впливом відбувається значний розвиток сенсорно-перцептивної сфери дітей з ПС.

Особливості уваги. Поряд з порушенням сприйняття змінюється і увага дітей з порушенням слуху. Вибіркове сприйняття інформації в силу порушення функції слухового аналізатора у дітей з ПС відбувається повільніше, ніж у нормотипових дітей. Обсяг уваги, розвиток його стійкості, переключення у дітей з порушенням слуху триває в більш повільному темпі і помилки при виокремлення необхідної інформації зустрічаються частіше, ніж у нормотипових однолітків. Відзначається тенденція до більш «сповільненого» входженню в роботу і в цілому більш повільний темп виконання завдань, ніж у нормотипових однолітків, а також велика стомлюваність. З віком спостерігається розвиток основних властивостей уваги, однак відмінності повністю не зникають. Це пояснюється, з одного боку, компенсаторною функцією зорової уваги, з іншого - труднощами формування уваги в умовах слухової депривації. Уявлення про навколишній світ виявляються звуженими за рахунок повного або часткового порушення слухових уявлень, які в певній мірі компенсуються за рахунок розвитку вібраційної чутливості. У дітей з недостатнім рівнем розвитку мовлення спостерігаються труднощі формування узагальнених уявлень в зв'язку з недостатнім осмисленням матеріалу, відносин і зв'язків між частинами об'єкта або між об'єктами.

Особливості пам'яті. Певна своєрідність виявляється в розвитку образної і словесної пам'яті. У школярів з порушенням слуху протягом усього періоду

навчання в школі вміння довільно оперувати образами формується з великими труднощами, ніж у нормотипових однолітків, і залежить від обсягу та складності матеріалу, який вони подумки зіставляють. Порушення запам'ятовування, впізнавання і відтворення наочно-матеріалу в більшій мірі проявляються у дітей з ПС дошкільного та молодшого шкільного віку. Вони частіше, ніж нормотипові діти, не можуть точно впізнати і відтворити матеріал. Діти з ПС недостатньо використовують прийоми опосередкованого запам'ятовування і осмислення матеріалу. Рідше, ніж нормотипові діти, користуються словесними характеристиками предметів з метою їх запам'ятовування, часто використовують природні жести і умовні жестові позначення. Найбільша своєрідність спостерігається в розвитку словесної пам'яті. За ефективністю запам'ятовування словесного матеріалу дітей з ПС значно поступаються своїм одноліткам з нормотиповим розвитком (НТР) у всіх вікових групах. При запам'ятовуванні слів діти з ПС відчувають труднощі утримання в пам'яті послідовності звуків, спотворюють склад слів, уподібнюють одні слова іншими, допускають заміни і перестановки звуків і складів. З великими труднощами діти з ПС запам'ятовують зв'язні тексти, особливо розповіді, що включають причинно-наслідкові зв'язки між подіями. На успішність запам'ятовування текстів впливає рівень володіння дітьми з ПС граматичною структурою речень, а також глибина розуміння тексту.

Особливості мислення. Вивчення мислення дітей з порушенням слуху - найбільш розроблена проблема сурдопсихології. Мислення дітей з порушенням слуху формується поетапно, починаючи з наочно-дійового, потім наочно-образного і словесно-логічного (абстрактно-понятійного) мислення. Розвиток мислення відбувається в

едності з формуванням словесної функції. Коли дитина засвоює словесні позначення предметів і їх відносини, то вона опановує розумові дії з образами предметів. Мовлення виступає як форма і як засіб розумової діяльності. Для дітей з ПС дошкільного та молодшого шкільного віку характерні труднощі використання узагальнених способів дій при вирішенні різних практичних завдань; схильність до звичних, стереотипних способів рішення завдань без урахування умов; труднощі в перенесенні засвоєного способу дії в нову ситуацію. Протягом усього дошкільного віку зберігаються способи вирішення методом проб і помилок, які часто виявляються недостатньо цілеспрямованими. Труднощі виокремлення істотних, але малопомітних ознак у вирішенні наочних завдань зберігаються навіть в старшому шкільному віці. Можуть виникати узагальнення за ситуаційними (або за випадковими) ознаками предметів та явищ. Це пов'язано з недостатнім розвитком внутрішнього мовлення як засобу мислення, з труднощами здійснення розумових операцій аналізу, синтезу, узагальнення. Труднощі виділення і узагальнення істотних ознак предметів виявляються і в молодшому, і в старшому шкільному віці при вирішенні більш складних завдань. Найбільші відмінності між дітьми з ПС і нормотиповими виникають при виконанні завдань, де потрібно зробити умовиводи про причину, наслідки або цілі події на основі зіставлення відомостей, що є в є розповіді. У зв'язку з недорозвитком мовлення спостерігається своєрідність в оволодінні поняттями різного ступеня узагальненості, у формуванні системи понять.

У дітей з ПС також найбільші труднощі спостерігаються в розвитку понятійного мислення. Це виражається в недостатньому розумінні логічних зв'язків, виражених у словесній формі. Значно ускладнюється

розуміння образних виразів, метафор, прислів'їв, приказок та ін. Можливості адекватного розуміння складних мовленнєвих фраз пов'язані з рівнем розвитку мовлення дитини, його інтелектуальним потенціалом, ступенем сформованості уявлень про навколишній світ.

Особливості уяви. Особливості уяви дітей з порушенням слуху обумовлені уповільненим формуванням їх мовлення та абстрактного мислення. Хоча зорові образи дітей з ПС досить повноцінні, в той же час спостерігаються труднощі відволікання від конкретних ситуацій, творчої переробки наявних уявлень, створення нових образів. Негативно позначається на розвитку уяви збіднення сенсорного досвіду дитини в зв'язку з порушенням діяльності слухового аналізатора, а також недостатня сформованість здатності до конструювання, комбінування цього досвіду. Спостерігається велика стереотипність, шаблонність уяви дітей з ПС. Бідність і недостатня узагальненість наявних уявлень, недостатня свобода оперування ними призводить до того, що діти з ПС дошкільного та молодшого шкільного віку повторюють в ігрових ситуаціях бачене раніше майже без змін.

Розвиток мовлення. Розвиток мовлення у дітей з порушенням слуху протікає по тим же основним закономірностям, що і у нормотипових дітей. Однак умови формування мовлення у них інші, так як в зв'язку з порушеннями слуху своєчасно не виникає мовленнєвого спілкування, немає зразків для формування власного мовлення і, відповідно, не виникає потреби в мовленнєвому спілкуванні.

Дитина з ПС не може оволодіти мовленням самостійно, без спеціального навчання. Сприйняття мовлення здійснюється не за допомогою слуху, а візуально, і має інші сенсорні основи формування образів слів. Мовлення сприймається за допомогою читання з губ, яке

спирається на зорове сприйняття мовленнєвих рухів людини, яка говорить. Формування вимовної сторони мови у дітей з ПС, у зв'язку з неможливістю використання природних еталонів мовлення, здійснюється шляхом наслідування дорослих при опорі на зорові, тактильно-вібраційні і, частково, слухові сигнали. У зв'язку з цим є значне порушення звуковимови, недостатня виразність, інтонація, важка для розуміння оточуючими. Самостійне мовлення дітей з порушенням слуху, відрізняється обмеженістю словникового запасу, порушенням граматичних зв'язків між словами, елементарністю синтаксичного оформлення речень, наявністю аграматизмів.

Розвиток дітей з ПС в значній мірі залежить від успішності корекційно-розвиткової роботи з формування у них мовлення, що є одним із пріоритетних завдань навчання дітей з порушенням слуху. У зв'язку з труднощами формування усного мовлення словесне мовлення дітей з ПС може формуватися спільно з використанням дактилології. Дактилологія (ручна азбука) — це допоміжна система спілкування, в якій кожна літера алфавіту відтворюється пальцями рук, формуючи слова за правилами орфографії. Це поєднання рухів пальців, конфігурації та положення руки, що використовується людьми з ПС. Українська дактильна абетка налічує 33 знаки-дактилеми (Додаток А). У дітей зі зниженим слухом сприйняття мовлення відбувається з опорою на слух, до якого приєднується і зорове сприйняття мовлення. У зв'язку з цим, мовлення слабочуючих є більш виразною, більш граматично оформленою, ніж у осіб з глибоким порушенням слуху.

Розвиток особистості. Порушення слухової функції накладає певний відбиток на розвиток особистості осіб з ПС. Ставить його в специфічні умови існування в

соціальної сфері, звужує коло спілкування, обмежує діапазон соціальних зв'язків. Виникає своєрідність суб'єктивного ставлення людини з порушеннями слухової функції до навколишнього світу і до самої себе. Діти з ПС порівняно пізно дізнаються про свій дефект. Відомо, що маленькі діти не здогадуються про роль слухового аналізатора в спілкуванні з оточуючими. Лише поступово вони усвідомлюють значення слуху для пізнання навколишньої дійсності, для спілкування. Перші ознаки усвідомлення свого дефекту і пов'язані з цим переживання відзначаються у віці 6-8 років. Недостатня поінформованість про різні галузі життя, труднощі отримання інформації призводять до зниження пізнавальних інтересів. Недорозвинення мовлення позначається на розумінні читання текстів, що призводить до небажання дітей читати, і, відповідно, до збіднення моральної сфери особистості. У зв'язку з цим, вкрай важливо привчати дітей з порушенням слуху до читання книг, попередньо пояснюючи незнайомі слова і словосполучення.

У молодших школярів з порушенням слуху самооцінка часто є неадекватною, переважає її низький рівень. Їм властива некритичність, яка може зберігатися тривалий час. Це призводить до того, що оцінки своїх вчинків і вчинків оточуючих виявляються ситуативними, часто спираються на поодинокі прояви поведінки. Морально-етичні уявлення дітей з ПС, хоча в цілому відповідають соціальним критеріям суспільства, проте відрізняються деякою однобічністю, переважним використанням конкретних уявлень, відносних оцінок.

Розвиток емоцій. Діти з ПС недостатньо точно ідентифікують свої емоційні стани з назвами емоцій. Багато емоційних станів, соціально-моральних почуттів залишаються незнайомими школярам з ПС, навіть в

середньому шкільному віці. Спостерігаються труднощі в розумінні власних емоційних станів. У цих школярів виявляється обмеженість або недостатність відомостей про емоції, труднощі їх вербалізації, встановлення причин виникнення емоцій людини. Найбільш знайомими виявляються слова, що позначають такі емоції, як радість, гнів і страх; найменш знайомими - сором, інтерес, вина. Використання словесних позначень певних емоцій здійснюється молодшими школярами лише в добре знайомих життєвих ситуаціях.

Однією з галузей спеціальної психології є *тифлопсихологія*, що вивчає особливості психічної діяльності людини в умовах порушеного зору. Сучасна тифлопсихологія визнає негативний вплив порушень зору (ПЗ) на хід психічного розвитку.

Психологічні особливості дітей з порушеннями зору.

Зорові відчуття і сприймання дають людині найбільшу кількість тонко диференційованих даних найширшого діапазону. Зір відіграє провідну роль в таких видах діяльності людини, як орієнтовна і трудова. Цілком зрозуміло, що часткова, а тим паче повна втрата зору, викликає найбільш серйозні, а іноді, нічим не відшкодовані втрати у сфері чуттєвого відображення, перш за все у сфері відчуттів.

Відчуття осіб з ПЗ. Температурні відчуття мають велике значення для дотику осіб з ПЗ, дозволяючи на основі різної теплопровідності предметів визначити їх фактуру. Вони широко використовуються особами з ПЗ в просторовій орієнтації, в побуті. Так, завдяки температурній чутливості шкіри обличчя та рук, особи з ПЗ за тепловіддачею предмету можуть знаходити предмети, розрізнявати матеріали, навіть визначати рівень рідини в склянці та ін.

Порушення зору, що наступили в ранньому віці, сильно впливають на розвиток *кінестезичних відчуттів*, і у своєму розвитку вони не досягають рівня норми. Порушення зору, що наступили в дорослому віці, вже в перші дні, як наслідок, викликають порушення кінестезичних відчуттів. Людина на деякий час втрачає здатність уявляти свої частини тіла та їх рухи у просторі. Кінестезичні відчуття при порушеннях зору лежать в основі сприймання форм та розмірів предметів. Людина при сприйманні аналізує ступінь м'язової напруги, взаєморозташування рук або пальців руки, її рухи. В тифлопсихології проводились порівняльні вимірювання зон точності рухів зрячих і сліпих і з'ясувалося, що зона точних рухів рук зрячих знаходиться в межах радіусу 35 см, у незрячих — 60 см.

Нюхові відчуття беруть участь в усіх сферах життя людини: відборі їжі, сприйманні оточуючої природи, людей, в трудовій діяльності. Нюхові клітини розташовуються в задньому відділі верхнього носового ходу та в задньовіршній частині носової перетинки. Нюхова зона дорівнює 5 кв.см. Нюхова чутливість є дистантним видом рецепції. Людина розрізняє понад 400 різних запахів. Пороги нюхової чутливості залежать від концентрації пахучої речовини та від фізіологічного стану людини. Вони можуть розширюватись в залежності від частоти та цілеспрямованості використання. При глибоких порушеннях зору нюх виконує компенсаторну роль. Так, відомо, що люди з ПЗ можуть розпізнавати магазини, ідучи вулицею, за їх запахами.

За допомогою *слухових відчуттів і сприймання* діти з ПЗ можуть визначити багато предметних та просторових властивостей оточуючого середовища: локалізацію звуку та його джерело, встановити в якому стані знаходиться предмет, що звучить, визначити швидкість та напрямок

його руху. Завдяки своїй компенсаційній функції, слухові сприймання у осіб з ПС розвинуті краще, ніж у людей з НТР. При ПЗ вібраційні відчуття допомагають в просторовій орієнтації. Вважається, що так зване «відчуття перешкоди» у осіб з ПЗ базується на основі вібраційних відчуттів.

В усіх випадках порівняння *шкіряних відчуттів* у дітей з ПЗ і НТР йшлося про те, що дотик дає своєрідні знання сліпим про оточуюче. У незрячих людей виділяють три рівня чутливості рук: витончена та нормальна (I рівень); незначно знижена (II рівень); значно знижена (III рівень). У більшості осіб з ПЗ, що втратили зір до 7 років — нормальна чутливість рук. В процесі трудової діяльності шкіряна чутливість рук у незрячих може підвищуватись або знижуватись в залежності від умов та видів праці.

Шкірно-оптичне відчуття. При вивченні чутливості шкіри людини до інфрачервоного випромінювання встановила, що пороги чутливості до променевого впливу в процесі тренування поступово знижуються, і у людини з'являється чутливість шкіри до світла. Аналогічні дослідження підтвердили, що така чутливість виникає внаслідок створення пошукової активності у сліпих. Слід зазначити, що в нормальних умовах людський організм не відчуває кольору шкірою. Встановлено, що для вміння розрізняти кольори пальцями необхідно визначити їх об'єктивні дотикові ознаки. Так, жовтий та блакитний кольори упізнаються як слизькі; синій, червоний та зелений — гальмівні. В 60-ті роки проводилися експерименти, у яких встановлено, що кожна шоста людина через 20-30 хвилин вправ здатна на дотик розрізняти колір двох папірців і якщо такі заняття проводити протягом декількох тижнів регулярно, можна навчитись розпізнавати від п'яти до семи кольорів.

Встановлено, що наявність *перешкоди (відчуття перешкоди)* сприймається особами з ПЗ на різній відстані в залежності від її габаритів (будинки — на відстані 4-5 метрів, стовбур — 1 м, предмети площею 0,25 м сприймаються на відстані в декілька сантиметрів). Найкраще сприймаються предмети на рівні обличчя, але у вільному просторі та при повній тиші можуть сприйматись предмети заввишки 20-30 см. За даними, отриманими в результаті експериментальних досліджень, відчуття перешкоди виникає в результаті відображення інфразвуків низької частоти, що знаходяться нижче порогів слухової чутливості (нижче 20 коливань в секунду). Людина ідучи, створює коливання повітря, які відбиваються перешкодою, що знаходиться попереду і сприймаються самою людиною як зверхнизохототна звукова хвиля.

Особливості сприймання осіб з ПЗ. Порухення зору, обмежуючи чи виключаючи можливість зорового сприймання, відбиваються і на *уявленнях*. Чого не було у сприйманні, не може бути і в уявленні. Таким чином, уявлення сліпих відрізняються від уявлень зрячих, їх обмеженою кількістю. Ця своєрідність частково компенсується кількістю уявлень інших видів, отриманих через збережені органи відчуття. Але кількість уявлень осіб з ПЗ не може досягти рівня зрячих, оскільки відсутня можливість сприймати предмети і явища оточуючого, які знаходяться на відстані. Процес формування образів зовнішнього світу при порушеннях зору знаходиться в прямій залежності від стану усієї сенсорної системи та глибини і характеру порушення зору. Сприймання дітьми з порушеним зором кольорових складних зображень сюжетних ситуацій та пейзажів, а також впізнавання зображень на основі сприймання окремих їх частин характеризується нестабільністю, неповнотою образів, низьким рівнем вербалізації, слабким розвитком

візуального мислення, що свідчить про труднощі об'єднання сенсорної та несенсорної інформації. Як наслідок збіднюється запас уявлень і виникає формалізм мовлення. Все це ускладнює розуміння дітьми сюжету малюнка, виділення його змісту і встановлення причинно-наслідкових зв'язків.

У результаті спеціального навчання у дітей з ПЗ може розвиватись *дотикове сприймання* просторових ознак (форма, величина і просторові відношення). Так, особи з ПЗ навчаються легко диференціювати і визначати предмети, близькі за формою до кола і овалу (овочі, фрукти, ягоди), прямокутника і квадрату (конверт, блокнот). Набагато складніше вони диференціюють і визначають предмети, які включають в себе складні геометричні форми (іграшки, предмети побуту), оскільки це передбачає знання конструктивних особливостей і принципу їх дій. Значні складності для сприймання набувають динамічні зміни в формі, розмірах, взаємовідношеннях частин об'єкту (птахи, тварини, людина).

У осіб з ПЗ велику роль у формуванні дотикових розрізень відіграє навчання їх *рельєфному читанню і письму*. Результати досліджень дотику осіб з ПЗ і НТР показали, що пороги тактильних розрізень у них не однакові. В середньому, у осіб з ПЗ тактильних відчуттів дорівнює 1,02 мм, а у осіб з НТР - 1,97 мм. Постійна необхідність користуватись дотиком у пізнавальній та трудовій діяльності сприяє зниженню порогів тактильних відчуттів у осіб з ПЗ. Здатність шкіряного аналізатору до тонкого аналізу зовнішніх явищ виробляється в результаті досвіду. Це має велике значення в пізнавальній і трудовій діяльності осіб з ПЗ. Рука у них виконує ту ж саму систему рухів, яку виконує око при розгляданні предметів. За допомогою дотику руки особи з ПЗ вимірюють предмет за

шириною, визначає форму, порівнює з іншим предметом, користуючись при цьому цілим рядом просторових ознак предметів.

Слухове сприймання відіграє важливу роль для осіб з ПЗ при орієнтації і пересуванні в просторі. Сліпі, користуючись слуховим сприйманням, можуть не лише орієнтуватись в часі і просторі, але і за звуком відтворювати своєрідний звуковий пейзаж місцевості. При орієнтації на місцевості сліпі долають перешкоду, вибираючи напрямок руху по звуках, які не сприймаються зрячими.

При *дотиковому сприйманні* контурних зображень суттєвого значення набуває висота і товщина рельєфних ліній. Лінія меншої товщини 0,1-0,5мм сприймається краще. Велике значення при дотиковому сприйманні відіграє тривалість механічного подразнення та характер його дії (безперервній чи ні). Дія подразника з перервами дає більший успіх, ніж безперервна. Особи з ПЗ, як правило, при дотиковому розрізненні користуються активною дією пальців, щоб переривати та урізноманітнювати відчуття. З цим пов'язаний також той факт, що вони краще сприймають лінії в кресленні, які визначені крапковим пунктиром, ніж суцільні лінії. Крапковий шрифт читається більш вдало, ніж лінійний.

Основні особливості пам'яті осіб з порушеннями зору:

1. Пам'ять стає більш залежною від слуху, дотику та мовлення. Люди з порушеннями зору краще запам'ятовують інформацію, отриману через аудіальні та тактильні канали.

2. Запам'ятовування пов'язане з процесом вивчення предметів на дотик або через предметно-практичну діяльність, що робить образи пам'яті більш цілісними, але потребує більше часу.

3. Через обмеження зорового сприйняття образні уявлення можуть бути менш точними, фрагментарними або викривленими, що спонукає до використання логічних зв'язків.

4. Словесний опис (вербалізація) відіграє ключову роль у запам'ятовуванні, допомагаючи структурувати інформацію, компенсувати дефіцит наочності.

5. Для ефективного навчання та діяльності важливо використовувати коментування дій, аудіоматеріали та тактильні посібники, що сприяє кращому запам'ятовуванню

Особливості мислення осіб з порушеннями зору:

1. Мислення розвивається на основі збережених аналізаторів (дотик, слух) та має наступні риси:

2. Дитина вчиться розпізнавати предмети за звуком та на дотик, що розвиває високий рівень аналітичного мислення в цих сферах. Відбувається слухове та дотикове заміщення.

3. Образи предметів можуть бути неповними, фрагментарними або спотвореними через неможливість цілісного зорового охоплення об'єкта.

4. Процес сприймання та обробки інформації триває довше, оскільки дитині потрібно більше часу на тактильне обстеження або аудіоаналіз.

5. Часто діти з порушеннями зору мають добре розвинене логічне та абстрактне мислення, оскільки вони змушені більше спиратися на понятійні зв'язки, ніж на візуальні образи

Особливості мовлення осіб з порушеннями зору.

Розвиток мовлення у таких дітей часто має специфічні характеристики через неможливість повноцінно спостерігати за артикуляцією та оточенням:

1 Дитина може вживати слова, значення яких вона не розуміє до кінця, оскільки не має чуттєвого досвіду, пов'язаного з цим предметом.

2 Складнощі у складанні розповідей за картинками чи описі предметів через дефіцит зорових образів.

3 Обмежене використання епітетів, порівнянь та описів візуальних властивостей предметів (колір, форма, розмір).

4 Через неможливість копіювати міміку співрозмовника, мовлення може бути менш емоційним, а жестикуляція — обмеженою.

5 Мовлення стає головним засобом орієнтації у просторі та пізнання світу, замінюючи частину втрачених зорових функцій.

Особливості особистості (Я-концепції, самооцінки, спілкування) осіб з порушенням зору:

Я-концепція та самооцінка осіб з ПЗ:

Самооцінка часто буває або заниженою (через відчуття безпорадності), або неадекватно завищеною (як захисна реакція або результат гіперопіки).

Особи з порушенням зору можуть мати труднощі з формуванням цілісного образу власного тіла, що іноді призводить до невпевненості в собі.

Часто спостерігається більша орієнтація на внутрішній світ та інтелектуальні здобутки як компенсаторний механізм.

Особливості спілкування осіб з ПЗ:

1 Через неможливість повноцінно сприймати міміку, жести та погляди співрозмовника, можуть виникати проблеми з «читанням» підтексту розмови. Висока чутливість до тону голосу.

2 Схильність використовувати слова, за якими немає реального чуттєвого досвіду (опис кольорів або

візуальних об'єктів), що іноді створює бар'єр у взаєморозумінні.

3 Часто виникає скутість у великих компаніях або з незнайомими людьми через неможливість візуально контролювати ситуацію.

4 Зазвичай вищий через постійне напруження, тривожність пов'язані з орієнтацією в просторі та безпекою.

Регуляторна функція психіки у осіб з ПЗ.

Увага осіб з ПЗ характеризується тим, що:

1 Порушення зору призводять до виснажливості уваги, її хаотичності та труднощів із концентрацією.

2 Увага часто переключається на другорядні звукові або тактильні стимули, ігноруючи головне.

3 Потребують більше часу для зосередження на завданні.

4 Може проявлятися як різка реакція або нездатність дочекатися своєї черги.

Емоції осіб з ПЗ характеризується тим, що:

1 Обмеженість візуальної інформації викликає тривожність, страх перед новим та невпевненість.

2 Через неможливість бачити і наслідувати вирази обличчя інших, особи з порушеннями зору мають обмежену міміку.

3 Виразні рухи (жести, пози) ослаблені, часто використовуються лише як допоміжний засіб.

4 Невизначний зовнішній прояв емоцій може поєднуватися з наявністю нав'язливих рухів.

5 Характерні підвищена емоційна лабільність, схильність до замкнутості, іноді образливість та роздратованість.

Завдання для самостійної роботи

1. Підготовка до ділової гри «Аукціон знань» за темою «Психологічні особливості осіб з порушеннями слуху».

2. Підготовка повідомлень за темою: «Психодіагностична та психокорекційна робота з дітьми з порушеннями слуху».

3. Підготовка повідомлень за темою: «Психодіагностична та психокорекційна робота з дітьми з порушеннями зору».

4. Підготовка до ділової гри «Аукціон знань» за темою «Психологічні особливості осіб з порушеннями зору».

5. Підготовка до модульного контролю № 1

Практичне заняття № 3

Тема: «Психологічні особливості осіб з порушеннями опорно-рухового апарату» – 2 год.

План:

1. Предмет та завдання ортопсихології.
2. Чинники виникнення порушень опорно-рухового апарату. Типи порушень опорно-рухового апарату.
3. Загальна характеристика психічного розвитку дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.
4. Соціально-психологічна адаптація дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.

Теоретичний блок

Ортопсихологія — це розділ спеціальної психології, що вивчає особливості психічного розвитку осіб із порушеннями функцій опорно-рухового апарату (ПФОРА), а також розробляє методи його корекції, психологічної реабілітації та соціальної адаптації. Вона функціонує як невід'ємна складова ортопедагогіки, забезпечуючи

комплексний підхід до розвитку особистості.

Діти з порушеннями опорно-рухового апарату (ПФОРА) часто стикаються з рядом унікальних психологічних викликів, які можуть впливати на їхнє самопочуття, поведінку та взаємодію з оточуючими. Ці особливості можуть варіюватися залежно від типу та тяжкості порушення, віку дитини, а також соціального оточення.

Загальна характеристика психічного розвитку дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.

Відчуття осіб з ПФОРА. Питання психологічних особливостей сенсорної сфери дітей із порушеннями опорно-рухового апарату є одним із ключових у спеціальній психології та корекційній педагогіці. Оскільки рухова активність є фундаментом для розвитку пізнавальних процесів, її обмеження суттєво впливає на формування перцептивних образів. У дітей із ПФОРА (зокрема при ДЦП) спостерігається не лише порушення моторної сфери, а й дефіцитарність різних видів відчуттів. Так, наприклад, порушуються *пропріоцептивні відчуття*. Дитина слабко відчуває положення власного тіла, кінцівок у просторі, напрямок і силу рухів. Це створює викривлену «схему тіла». Порушується *тактильна чутливість*. Часто спостерігається зниження порогу чутливості або, навпаки, гіперчутливість. Через обмежений досвід маніпуляції з предметами тактильні образи предметів залишаються фрагментарними. *Температурні та больові відчуття* можуть бути спотворені через порушення іннервації та загального тону судин.

Особливості сприймання. Сприймання у дітей з ПФОРА розвивається уповільнено та має низку якісних відмінностей. Найбільш уражена ланка – це *просторове сприймання*. Дітям важко диференціювати поняття «правий-лівий», «верх-низ», «далеко-близько». Це

зумовлено тим, що дитина не може активно освоювати простір через пересування. *Зорове сприймання* часто характеризується фрагментарністю. Дитина може бачити окремі деталі об'єкта, але не синтезувати їх у цілісний образ. Також спостерігаються труднощі у виділенні фігури з фону. Через неможливість повноцінного обстеження предмета рукою (дотиково-рухове сприймання), уявлення про геометричні властивості предметів формуються із запізненням. Тому порушується *сприймання форми та величини*. *Слухове сприймання* зазвичай є найбільш збереженою функцією, проте при певних формах ДЦП (наприклад, гіперкінетичній) може спостерігатися зниження слуху на високочастотні тони. Такі порушення впливають на психічний розвиток осіб з ПФОРА.

Обмеженість сенсорного досвіду призводить до явища *сенсорної депривації*. Це тягне за собою затримку формування предметної діяльності, труднощі в опануванні навичок письма та читання (через недорозвинення зорово-моторної координації), у розумінні просторових прийменників та логіко-граматичних конструкцій у мовленні.

У багатьох дітей з ДЦП спостерігається порушення обробки сенсорної інформації (вестибулярної, пропріоцептивної, тактильної). Це призводить до труднощів планування руху та емоційної нестабільності. Методи сенсорної інтеграції є критично важливими для нормалізації процесів прийому та обробки сенсорної інформації, що опосередковано покращує пізнавальні функції та поведінковий контроль.

Мислення осіб з ПФОРА. Спостерігається різний рівень інтелекту: від норми до затримки або порушення розвитку. Відмічається у дослідженнях у дітей з ПФОРА затримка абстрактного мислення та формування понять. Виникають проблеми з мовленням, а також комунікацією.

Спостерігається парціальний характер інтелектуальної недостатності. Часто відзначається висока ступінь збереження вербально-логічного мислення (особливо при спастичній диплегії) на тлі значного недорозвинення наочно-дійового мислення, яке безпосередньо залежить від рухової активності та можливості практичного оперування предметами. Корекція спрямована на використання вербальних інструкцій, замінників дії (імітація, жести) та спеціально адаптованих дидактичних матеріалів для формування просторових та причинно-наслідкових уявлень. Відмічається обмеження пізнання через дію.

Увага та пам'ять. Через органічне ураження ЦНС, процеси прийому та обробки інформації уповільнені, спостерігається підвищена виснаженість, труднощі переключення, нестійкість уваги та зниження обсягу механічної пам'яті.

Емоційно-вольова сфера є вразливою через соціальні та фізичні обмеження. Постійні фізичні обмеження, біль, необхідність у постійній допомозі можуть викликати у дитини тривогу, страх перед майбутнім та депресивні настрої. Виникають протестні реакції, агресія, відчуття неповноцінності. Діти можуть виявляти спротив до лікування, реабілітації або навчання, що є їхнім способом виразити невдоволення своїм станом. Як реакція на фізичний біль, психологічний дискомфорт або відчуття несправедливості, деякі діти можуть проявляти агресію.

Особистість осіб з ПФОРА. Діти часто порівнюють себе зі здоровими однолітками, що може призводити до відчуття неповноцінності та низької самооцінки. Через фізичні обмеження, труднощі зі спілкуванням або страх відторгнення, діти можуть уникати соціальних контактів та відчувати себе ізольованими. Постійна потреба в допомозі може призвести до розвитку надмірної залежності від інших людей. Формується стійка установка на залежність

від дорослих, що часто провокується гіперопікою батьків. Подолання цього вимагає систематичної роботи ортопсихолога, спрямованої на формування внутрішньої активності, ініціативи та самостійності у доступних сферах, включаючи самообслуговування та прийняття рішень. Спостерігаються труднощі в спілкуванні, ізоляція, небажання самостійно діяти. Особам з ПФОРА характерні труднощі з вольовою регуляцією.

Завдання для самостійної роботи

1. Підготовка повідомлень (рефератів) за темою: «Соціально-психологічна адаптація дітей з порушеннями опорно-рухового апарату»

2. Ознайомлення з методами психодіагностичної та корекційної роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухового апарату

3. Підготовка до рольової міні-презентації (у підгрупах) у форматі діалогу за темою «Психологічне консультування батьків дітей з порушеннями опорно-рухового апарату»

Практичне заняття № 4

Тема: «Психологічні особливості осіб з порушеннями мовлення»- 2 год.

1. Предмет та завдання логопсихології.

2. Чинники первинних мовленнєвих порушень.
Класифікація мовленнєвих порушень.

3. Загальна характеристика психічного розвитку дітей з порушеннями мовлення.

Теоретичний блок

Логопсихологія — це галузь спеціальної психології, яка вивчає особливості психічного розвитку осіб з тяжкими порушеннями мовлення та, з урахуванням цих особливостей, розробляє і реалізує технології

психологічної допомоги, спрямовані на успішну соціалізацію та інтеграцію в суспільство цих осіб.

Загальна характеристика психічного розвитку дітей з порушеннями мовлення.

Особливості відчуттів. Особи з ПМР часто покладаються на зір, щоб компенсувати дефіцит інформації. Проте вони можуть повільніше розпізнавати складні образи або дрібні деталі предметів. Часто спостерігається зниження фонематичного слуху — здатності розрізнити схожі звуки (наприклад, «б» і «п»). Людина може погано відчувати положення язика чи губ, через що їй важко відтворити потрібний звук. Також часто спостерігається загальна незграбність або проблеми з дрібною моторикою. Можливі труднощі в орієнтуванні (ліво/право) та сприйнятті цілісних конструкцій. Наприклад, важко скласти картинку з частин. Іноді спостерігається підвищена або знижена чутливість до певних текстур, що впливає на повсякденний комфорт.

Особливості сприймання. Дитині з ПМР потрібно більше часу, щоб роздивитися об'єкт, впізнати його та назвати. Те, що звичайна дитина «схоплює» миттєво, дитині з порушеннями мовлення треба вивчати довше. Вони часто бачать окремі деталі, але важко складають їх у цілісну картину. Наприклад, дитина може впізнати вуха зайця, але не зрозуміти відразу, що це вся тварина на картинці. Труднощі з виокремленням фігури з фону. Часто виникають проблеми з поняттями «над», «під», «зліва», «справа». Це безпосередньо впливає на майбутні навички письма та читання (дитина може дзеркально писати літери). Найбільше страждає розрізнення звуків мовлення. Дитина може добре чути побутові шуми (дзвінок, гавкіт), але «не чути» різниці між схожими складами, що заважає розумінню інструкцій дорослого.

Особливості пам'яті. Знижений обсяг слухомовленневої пам'яті. Дітям важко утримувати в пам'яті довгі речення, багатоступеневі інструкції або послідовність слів. Переважає зорова пам'ять. Наочно-образна пам'ять у таких дітей часто розвинена краще, ніж вербальна (словесна). Вони швидше запам'ятовують картинки або реальні предмети, ніж назви цих об'єктів. Навіть якщо дитина запам'ятала матеріал, їй складно відтворити його через обмежений словниковий запас або дефекти звуковимови. Інформація, що не підкріплена наочністю, забувається швидше, ніж у дітей з нормальним мовленнєвим розвитком. Спостерігаються труднощі з логічним запам'ятовуванням. Дітям важко встановлювати змістові зв'язки між словами, тому вони часто вдаються до механічного запам'ятовування без розуміння суті.

Особливості мислення. Переважає наочно-образного мислення. Діти набагато краще розв'язують завдання, які можна побачити або помацати, ніж ті, що потребують словесних міркувань. Труднощі зі словесно-логічним мисленням. Найскладніше дітям даються абстрактні поняття, встановлення причинно-наслідкових зв'язків та узагальнення (наприклад, важко пояснити, чому стіл, стілець і шафа — це «меблі»). Сповільнений темп розумових операцій. Дитині потрібно більше часу, щоб осмислити запитання, проаналізувати умови завдання та сформулювати відповідь. Труднощі з класифікацією та аналізом. Діти можуть виділяти випадкові, другорядні ознаки предметів замість головних. Наприклад, групувати предмети за кольором, а не за функціональним призначенням.

Особливості особистості. Спостерігається занижена самооцінка. Усвідомлення мовленневої недостатності призводить до невпевненості у своїх силах. У таких дітей є труднощі у соціалізації. Діти з ПМР часто

тримаються осторонь у групових іграх, бояться брати на себе лідерські ролі або стають об'єктами ігнорування через неможливість швидко домовитися про правила гри. Спостерігається мовленнєвий негативізм, тобто відмова від спілкування, замкненість (аж до повного мовчання у стресових ситуаціях).

Особливості емоційної сфери. Діти з ПМР часто мають підвищену тривожність. Діти часто бояться розмовляти, особливо з незнайомцями, через очікування невдачі або глузувань. Спостерігається емоційна лабільність, тобто швидка зміна настрою, схильність до дратівливості, плаксивості або різких спалахів гніву при виникненні труднощів. У таких дітей є труднощі з емпатією: Через обмежений словниковий запас дитині важко не лише висловити свої почуття («мені сумно», «я ображений»), а й розпізнати та назвати емоції інших. Вони схильні до афективних реакцій. Оскільки дитина не завжди може висловити претензію словами, вона частіше вдається до фізичних дій (штовхання, кидання іграшок). Такі діти часто мають підвищену виснажуваність. Психіка дитини перевтомлюється швидше через постійне напруження, необхідне для контролю своєї вимови та розуміння інших.

Особливості волі. Діти з ПМР мають знижений рівень самоконтролю та саморегуляції. Їм важко самостійно гальмувати свої імпульси. У нормі дитина супроводжує свої дії мовленням («спочатку я візьму це, потім те»). У дітей з ПМР цей зв'язок порушений, тому їхні дії часто хаотичні, не послідовні або виконуються шляхом «спроб і помилок» без попереднього планування. Діти з ПМР мають підвищену навіюваність та залежність. Такі діти часто легко підпадають під вплив інших, оскільки їм важко аргументовано відстояти власну позицію або висловити незгоду. Вони можуть пасивно наслідувати

поведінку лідерів групи, навіть якщо вона негативна. У них є труднощі з подоланням перешкод.

Завдання для самостійної роботи

1. Підготовка до вікторини за темою «Психологічні особливості осіб з порушеннями мовлення»

2. Ознайомлення з методами психодіагностичної та корекційної роботи з дітьми з порушеннями мовлення.

3. Підготовка до змістовного модульного контролю № 2.

4. Підготовка портфоліо з матеріалами психодіагностичної та психокорекційної роботи з особами з порушеннями психофізичного розвитку.

Практичне заняття № 5

Тема: «Психологічні особливості осіб з порушеннями інтелекту і ЗПР»- 2 год.

1. Предмет та завдання олігофренопсихології. Чинники виникнення порушень інтелекту.

2. Визначення форм та ступеня інтелектуальних порушень.

3. Загальна характеристика психічного розвитку дітей при інтелектуальних порушеннях.

4. Соціально-психологічна адаптація та соціалізації людей з інтелектуальними порушеннями.

5. Поняття «затримка психічного розвитку». Причини виникнення затримки психічного розвитку. Класифікації ЗПР.

6. Психологічні особливості дітей із ЗПР.

Теоретичний блок

Олігофренопсихологія — це розділ спеціальної психології, що вивчає закономірності психічного розвитку та особливості психічної діяльності людей з порушеннями

інтелектуального розвитку (ППР), досліджує структуру дефекту, його причини (вроджені або набуті в ранньому віці), а також розробляє методики корекції та навчання у спеціальних закладах.

Загальна характеристика психічного розвитку дітей при інтелектуальних порушеннях

До осіб із порушенням інтелектуального розвитку відносять осіб зі стійким, незворотним порушенням переважно пізнавальної сфери, що виникли внаслідок органічного ураження кори головного мозку, яке носить дифузний характер. Характерною особливістю порушення при ППР є порушення вищих психічних функцій. Виражається воно в порушенні пізнавальних процесів (відчуттів, сприйняття, пам'яті, мислення, уяви, мовлення, уваги), страждає емоційно-вольова сфера, моторика та особистість загалом. Дітям із недорозвиненням емоційно-вольової сфери нецікаві пропонувані завдання або будь-яка робота, у них відзначаються слабкість механізмів спонукання до діяльності, нечіткість виконуваної роботи, відсутність чіткого плану дій. У зв'язку з цим спостерігається низький рівень інтелектуальної діяльності. Окрім того, у багатьох дітей з ППР спостерігаються порушення фізичного розвитку: дисплазії, деформації форми черепа й розмірів кінцівок, порушення загальної дрібної та артикуляційної моторики, труднощі формування рухових автоматизмів.

У словнику зазначено, що ППР — це системне порушення пізнавальної діяльності внаслідок органічного ураження кори головного мозку, що має непрогресуючий характер. ППР у дітей залежно від інтенсивності ураження кори головного мозку можуть виявляти різні якісні характеристики прояву: від легкого ступеня до помірного, тяжкого та глибокого ступенів. Ступінь прояву інтелектуальних порушень відбивається на особливостях

психофізичного розвитку дитини. Отже, діти з ППР глибокого ступеня мають значне відставання у формуванні психічних, психомоторних, мовленнєвих функцій. Наявність простих умовних рефлексів дає можливість у деяких дітей розвинути елементарне наочно-дійове мислення, розуміння простих мовних інструкцій, предметно-ситуативну пам'ять на рівні впізнавання. Для дітей з інтелектуальними порушеннями тяжкого ступеня характерним є недорозвинення психічної, рухової, мовленнєвої сфер розвитку. Пізнавальні процеси мають яскраво виражену специфічність: сприймання поверхове та недиференційоване; увага характеризується мимовільністю; мислення конкретне. Експресивне мовлення у таких дітей не формується взагалі або існує на рівні беззмістовних ехологічних повторень. Характерною рисою дітей з ППР помірного ступеня є здатність до опанування понять, що мають конкретний побутовий зміст, і водночас – нездатність до самостійного понятійного мислення. Мовлення таких дітей формується уповільнено: окремі слова, іноді фрази. Розуміння зверненого до них мовлення на побутовому рівні збережено. Діти можуть оволодіти навичками спілкування, соціально-побутовими навичками, грамотою, рахунком, деякими уявленнями про навколишній світ, навчитися певного ремесла. Діти з інтелектуальними порушеннями легкого ступеня мають незначні порушення пізнавальної та емоційно-вольової сфер діяльності. Кількість таких дітей становить більшість серед тих, хто має інтелектуальні порушення. Незважаючи на труднощі формування уявлень і набуття знань та навичок, за умови організованого корекційно-розвивального навчання та використання спеціальних методів, прийомів та засобів діти з ППР мають можливості для розвитку та навчання

Розглянемо докладніше психологію дітей з інтелектуальними порушеннями.

Діти з легкою розумовою відсталістю (раніше відомий як дебільність) характеризуються специфічним розвитком психіки, де головною ознакою є переважання інтелектуального дефекту при збереженості багатьох елементарних функцій. Мислення має переважно конкретний характер. Дитині важко узагальнювати, абстрагуватися та виявляти причинно-наслідкові зв'язки. Обсяг запам'ятовування звужений; краще розвинена механічна пам'ять, ніж логічна. Інформація засвоюється повільно і швидко забувається. Увага має низький рівень стійкості, дитина легко відволікається на зовнішні подразники. Словниковий запас бідний, фрази прості та часто граматично неправильні. Хоча діти здатні оволодіти мовленням для повсякденного спілкування, їм складно висловлювати складні думки чи розуміти переносне значення слів. Емоції часто малодиференційовані, «поверхневі» або надмірно бурхливі у відповідь на дрібниці. Спостерігається підвищена навіюваність і безініціативність. Дитина часто потребує зовнішнього контролю та спонукання до діяльності. Діти можуть навчитися читати, писати та рахувати, але в межах спрощеної програми спеціальної або інклюзивної освіти. Вони здатні до самообслуговування та опанування простих професійних навичок, що дозволяє їм вести відносно незалежне життя в майбутньому

Помірна розумова відсталість (раніше — імбецильність) — середній за виразністю ступінь розумової відсталості, який виникає через глибинне пошкодження кори головного мозку. Імбецильність, за міжнародною класифікацією, поділяється на легку та виразну. *При легкій імбецильності* моторні функції розвиваються дуже повільно. Моторика характеризується

незграбністю, недиференційованістю. Діти з легкою імбецильністю не можуть виконувати дії, що потребують точності, довільної регуляції, координованості рухів, особливо дрібних. Мовлення таких дітей аграматичне, збіднене. Словниковий запас дуже обмежений, у ньому немає узагальнювальних та абстрактних термінів. Речення прості непоширені, неправильно побудовані. Звернені до них інструкції розуміють лише в конкретних ситуаціях. Зміст простої казки чи оповідання можуть усвідомити лише з опорою на наочність. Складні граматичні конструкції не розуміють взагалі. Увага мимовільна, залежить від фізичних характеристик об'єктів та зовнішньої мотивації. Стійкість уваги вже вимірюється не секундами як при ідіотії, а декількома хвилинами. У процесі сприймання не виявляється активність, необхідна для одержання специфічної для певного предмета інформації. Через це дитина не може виділити деталі, побачити відмінність між предметами. Перцептивна діяльність характеризується хаотичністю. Обсяг пам'яті суттєво звужений. При відтворенні заученого часто наявне спотворення. До підліткового віку пам'ять, особливо довготривала, дещо удосконалюється. У дітей з легкою імбецильністю можна розвинути примітивне наочно-дієве та образне мислення, яке проте характеризується конкретністю, браком послідовності, гнучкістю. Утворення абстрактних понять є дуже обмеженим найелементарнішими ситуативними узагальненнями. Дітей можна навчити групувати одяг, тварин, рослин тощо. Вони не вміють визначати подібність, а відмінності помічають лише на конкретних предметах.

При важкій (виразній) імбецильності (важка розумова відсталість) навіть за відсутності паралічів та парезів можуть бути грубі порушення рухової сфери, які незалежно від віку дитини виявляються у порушенні та

слабкості статичної та моторної функцій, координації, точності й темпу довільних рухів. Діти не вміють бігати і стрибати, їм важко переключатися з одного руху на інший. Диференційовані рухи пальців та рук у багатьох із них є неможливими, що є іноді непереборною перешкодою для формування навичок самообслуговування. Грубе порушення уваги виявляється в нестійкості, відсутності її активної форми. Діти реагують лише на яскраві предмети. При цьому навіть така реакція є дуже нетривалою. При виразній імбецильності часто трапляються аномалії розвитку органів відчуттів та функціональні розлади аналізаторів. Сприймання характеризується поверховістю та неспецифічністю. Добре відомі дитині предмети, що її оточують, вона розрізняє задовільно, а от незнайомі явища не викликають орієнтовної реакції. Наслідком недиференційованості сприймання є відсутність аналізу, порівняння. Пам'ять дітей з важкою розумовою відсталістю відрізняється дуже малим обсягом і значними спотвореннями при відтворенні. Мислення дітей з важкою розумовою відсталістю є конкретним, хаотичним і безсистемним. Іноді такі діти можуть здійснити елементарне узагальнення, наприклад, завдяки спеціальному навчанню об'єднати реальні предмети у групи (меблі, одяг, тварини). Оперувати абстрактними поняттями, передати зміст навіть найпростішої сюжетної картинки вони не можуть. Деякі з них опановують порядковий рахунок предметів. Під впливом навчання у них можуть з'явитися не пов'язані між собою уявлення, їхні міркування є збідненими та несамостійними. Експресивне мовлення при виразній імбецильності або не формується взагалі, або існує на рівні беззмістовних ехологічних повторень, окремих слів з порушеною структурою і коротких аграматичних речень. Подібні висловлювання буває важко зрозуміти ще й через грубі порушення

звуковимови. Проте такі діти часто замість мовлення користуються жестами. Вони розуміють звернене мовлення, орієнтуючись в основному на інтонацію, у ситуаціях, пов'язаних із задоволенням основних потреб. Типовими рисами особистості дітей з важкою розумовою відсталістю є відсутність спонукань або хаотичне прагнення до всіх оточуючих подразників, що привертають увагу, тенденція до наслідування та відтворення старих завчених штампів. Емоційні реакції є одноманітними, задубілими та недиференційованими.

Глибокий ступінь ППР (ідіотія) виникає внаслідок глибинного пошкодження кори головного мозку та частково підкірки, що призводить до грубого порушення фізичного та психічного розвитку. При ідіотії спостерігаються значні відставання у формуванні моторних функцій. Серед осіб з цим ступенем є такі, котрі не можуть самостійно ходити і навіть сидіти. Вони не спроможні турбуватися про задоволення своїх основних потреб, страждають від нетримання сечі та калу і тому потребують постійної допомоги. У більшості з них навичок самообслуговування або немає, або з'являються лише найелементарніші завдяки тривалому спеціальному вихованню. На основі збереженої здатності до утворення простих умовних рефлексів при ідіотії в деяких дітей можна розвинути примітивне наочно-дієве мислення, розуміння примітивних мовних інструкцій, предметну ситуативну пам'ять на рівні впізнавання. Сприймання мовлення у них є синкретичним, залежним від того, хто до них звертається і за яких умов, в якій обстановці, з якою інтонацією. При цьому діти реагують не на зміст висловлювання, якого не розуміють, а на його фоніві характеристики. Особи з глибоким ступенем ППР можуть користуватися окремими нестійкими звуковими комплексами, які передають емоційний стан та

інформують про окремі потреби. Увага при ідіотії мимовільна і дуже нестійка. Декількох секунд, протягом яких дитина концентрується на об'єкті, не вистачає для його повноцінного сприймання. Поведінку таких осіб називають польовою, оскільки вона повністю залежить від зовнішніх стимулів, не підлягає усвідомленню та не має конкретних цілей. Однією з особливостей цих дітей, на думку Е. Сегена є самотність, вони не усвідомлюють своїх потреб, не можуть поділитися своїми переживаннями. Внутрішній світ є незбагненим для оточуючих його людей. Ідіотія часто супроводжується грубими порушеннями емоційно-вольової сфери. Зокрема, можуть спостерігатися такі патологічні прояви, як дисфорія, агресія, аутоагресія, апатія, ейфорія, абулія.

Затримка психічного розвитку у дітей (захворювання часто позначається як ЗПР) — повільний темп вдосконалення деяких психічних функцій: мислення, емоційно-вольової сфери, уваги, пам'яті, який відстає від загальноприйнятих норм для конкретного віку. Захворювання діагностується у дошкільному або молодшому шкільному періоді. Найчастіше виявляється на попередньому тестуванні перед вступом у школу. Виражається в обмеженості уявлень, браку знань, нездатності до інтелектуальної діяльності, переважанні ігрових, чисто дитячих інтересів, незрілості мислення. У кожному індивідуальному випадку причини захворювання бувають різними.

Психологічні особливості дітей із ЗПР. У дітей із ЗПР знижена потреба в спілкуванні як з однолітками, так і з дорослими. У більшості з них виявляється підвищена тривожність по відношенню до дорослих, від яких вони залежать. Діти майже не прагнуть отримати від дорослих оцінку своїх якостей в розгорнутій формі, зазвичай їх задовольняє оцінка у вигляді недиференційованих

визначень («хороший хлопчик», «молодець»), а так само безпосереднє емоційне схвалення (усмішка, погладжування та ін.). Необхідно відзначити, що хоча діти з власної ініціативи вкрай рідко звертаються за схваленням, але в більшості своїй вони дуже чутливі до пестошів, співчуття, доброзичливого ставлення. Серед особистісних контактів дітей з ЗПР переважають найбільш прості. У дітей даної категорії спостерігаються зниження потреби в спілкуванні з однолітками, а так само низька ефективність їх спілкування один з одним у всіх видах діяльності. У дошкільнят з ЗПР виділяється слабка емоційна стійкість, порушення самоконтролю у всіх видах діяльності, агресивність поведінки і його провокуючий характер, труднощі пристосування до дитячого колективу під час гри і занять, метушливість, часту зміну настрою, невпевненість, відчуття страху, манерність, фамільярність по відношенню до дорослого. Відзначається велика кількість реакцій, спрямованих проти волі батьків, часта відсутність правильного розуміння своєї соціальної ролі і положення, недостатню диференціацію осіб та речей, яскраво виражені труднощі в розрізненні найважливіших рис міжособистісних відносин. Все це свідчить про недорозвиненні у дітей даної категорії соціальної зрілості. Одним з діагностичних ознак затримки психічного розвитку у дітей даної групи виступає несформованість ігрової діяльності. У дітей виявляються несформованими всі компоненти сюжетно-рольової гри: сюжет гри зазвичай не виходить за межі побутової тематики; зміст ігор, способи спілкування і дії і самі ігрові ролі бідні. Діапазон моральних норм і правил спілкування в іграх, дуже невеликий, бідний за змістом, а отже, недостатній у плані підготовки їх до навчання у школі. Більшість дітей із затримкою психічного розвитку ще в дошкільному віці виявляють інтерес до різних видів образотворчої

діяльності: малювання, ліпки тощо. У дітей з ППР без спеціальної психолого-педагогічної підготовки мотивація до образотворчої діяльності не виникає, а у випадках залучення до образотворчого мистецтва вона зупиняється на рівні передумов предметних зображень, тобто на рівні черкання.

На дітях із затримкою психічного розвитку позначається, насамперед, загальна незрілість їхньої психіки, *особливо емоційно-вольової сфери*, що надає всій їхній поведінці надмірної інфантильності: невміння стримуватися, змушувати себе дотримуватися правил чи виконувати завдання, що не викликають безпосереднього інтересу, але є потрібними. На початку шкільного навчання ці діти недостатньо усвідомлюють свої учнівські обов'язки, правила поведінки в школі. Через це поряд зі своїми однокласниками вони виглядають дивними, оскільки поведуться як дошкільнята; встають без дозволу із-за парти, ходять, звертаються до вчителя під час пояснення чи просто граються, не звертаючи уваги на те, що відбувається на уроці. Тут виявляється і надмірна втомлюваність, і брак інтересу до певних занять. Адже відомо, що інтереси формуються на базі певних знань, умінь, а вони у таких дітей дуже обмежені. У деяких дітей періодично змінюються настрої, які часто не пов'язані з якимись зовнішніми причинами: періоди підвищеної дратівливості, агресивності змінюються апатичністю, байдужістю до своїх успіхів і невдач. В основі їх, очевидно, лежать коливання загального стану здоров'я, психосоматики. Формування поведінки та рис особистості дітей із затримкою психічного розвитку не є наслідком лише хворобливого стану їхньої нервової системи. Зазнаючи впливу мікросоціального середовища (сім'ї та найближчого оточення), в якому вони проживають, отримують приклади взаємодії з іншими для наслідування,

вони опановують відведене їм місце серед оточуючих (батьків, родичів, товаришів, однокласників).

Міжособистісне спілкування: діти без порушень у розвитку спілкуються з дітьми із ЗПР рідко, не приймають їх в ігри. У групі однолітків дитина з ЗПР практично не взаємодіє з оточуючими. Багато діти віддають перевагу грати окремо. На уроках діти з ЗПР працюють на самоті, співпраця буває рідко, спілкування з іншими обмежена. Відсталі діти в більшості випадків спілкуються з дітьми молодше себе, що краще їх приймають. Деякі малюки взагалі уникають контакту з колективом.

Емоційно-вольова сфера дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку також має свої суттєві особливості. Діагностика емоційних особливостей молодших школярів із ЗПР зазвичай виявляється другорядним завданням при вивченні інших характеристик вказаної категорії дітей. В той же час дослідники відзначають значимі відмінності емоційних реакцій дітей із ЗПР і дітьми з нормальним рівнем розвитку.

Емоційна сфера: діти з ЗПР емоційно нестійкі, лабільні, сугестивності і несамотійні. Вони часто перебувають у стані тривоги, неспокою, афекту. Їм властиві часті зміни настрою і контрастність в прояві емоцій. Може спостерігатися неадекватна життєрадісність і підйом настрою. Діти з ЗПР не можуть охарактеризувати свій емоційний стан, можуть при ідентифікації емоцій оточуючих, часто бувають агресивними. Таким дітям притаманна занижена самооцінка, невпевненість, прихильність до когось одного з однолітків.

Психологи виділяють слабку емоційну стійкість, порушення самоконтролю у всіх видах діяльності, агресивність поведінки і його провокуючий характер, труднощі пристосування до дитячого колективу,

метушливість, часту зміну настрою, відчуття страху, фамільярність по відношенню до дорослого. Вчені вказують на велику кількість реакцій, направлених проти волі батьків, часту відсутність правильного розуміння соціальної ролі і положення, на яскраво виражені труднощі в розрізненні найважливіших рис міжособистісних стосунків. Психологи відзначають особливу залежність логіки розвитку дітей із ЗПР від умов виховання. Виділяють такі особливості емоційно-вольової сфери дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку:

1. Діти із ЗПР мають труднощі у вербалізації своїх емоцій, настрою. Як правило, вони не можуть дати чіткий і зрозумілий сигнал про настання втоми, про небажання виконувати завдання, про дискомфорт та ін. Це може походити з кількох причин:

а) недостатній досвід розпізнавання власних емоційних переживань не дозволяє дитині «визначити» свої емоції;

б) у більшості дітей із ЗПР є негативний досвід взаємодії з дорослими, який перешкоджає прямому і відкритому переживанню свого настрою;

в) у тих випадках, коли власне негативне переживання усвідомлюється і дитина готова про нього сказати, часто йому недостатньо для цього словникового запасу і елементарного уміння формулювати свої думки;

г) нарешті, багато дітей із ЗПР, особливо обумовленою педагогічною занедбаністю, розвиваються поза культурою людських відносин і не мають яких би то не було зразків ефективного інформування іншої людини про свої переживання. Дітям, що нормально розвиваються, також властиве недостатнє уміння висловлювати свої переживання. Але у дітей із ЗПР ця недостатність виражена ще в більшій мірі.

2. Високий ступінь виснаження дітей із ЗПР може набувати форми як стомлення, так і надмірного збудження. У будь-якому випадку відбувається швидка втрата інтересу до роботи і зниження працездатності.

Діти із ЗПР менш здібні до мобілізації сил, ніж ті, що нормально розвиваються. Крім того, така мобілізація може привести до ще більшого виснаження. Тому небажано примушувати дитину продовжувати діяльність після настання стомлення. Однак багато дітей із ЗПР легкої форми схильні маніпулювати дорослими, використовуючи власну стомлюваність як привід для уникнення ситуацій, що вимагають від них довільної поведінки, цілеспрямованості, доцільності дій, вживання вольових зусиль. Надмірна збудливість у поєднанні з недоліками виховання часто зумовлює, особливо у дітей дошкільного і молодшого шкільного віку, бурхливі реакції на іноді незначні зауваження: дитина може падати на підлогу, бити ногами, голосно кричати, іноді дряпати себе, кусати. Ці спільні риси можуть стати і орієнтиром при діагностиці затримки психічного розвитку (чим більше таких рис спостерігається у дитини, тим вірогідніше наявність у неї ЗПР), і критерієм ефективності корекційної роботи нарешті, є розуміння логіки поведінки цих дітей.

Особливості пам'яті, уваги, сприйняття при ЗПР. Для дітей із затримкою психічного розвитку характерна значна неоднорідність порушених і збережених ланок психічної діяльності, а так само яскраво виражена нерівномірність формування різних сторін психічної діяльності. Як показують численні клінічні та психолого-педагогічні дослідження, значне місце в структурі дефекту розумової діяльності при даній аномалії розвитку належить порушенням пам'яті. Спостереження педагогів і батьків за дітьми з ЗПР, а також спеціальні психологічні дослідження вказують на недоліки у розвитку їх мимовільної пам'яті.

Діти, що нормально розвиваються, запам'ятовують інформацію легко, як би само собою; а у їх однолітків із ЗПР це викликає значні зусилля і вимагає спеціально організованої роботи з ними.

Однією з основних причин недостатньої продуктивності мимовільної пам'яті у дітей з ЗПР є зниження їх пізнавальної активності. У дослідженнях психологів ця проблема була піддана спеціальному вивченню. Одна з експериментальних методик передбачала використання завдання, мета якого полягала в розкладанні картинок із зображеннями предметів на групи відповідно до початкової літери назви цих предметів. Було виявлено, що діти із затримкою розвитку не тільки гірше відтворювали словесний матеріал, але і витрачали на його пригадування помітно більше часу, ніж їх однолітки з нормотиповим розвитком. Головна відмінність полягала не стільки в неординарних продуктивності відповідей, скільки в різному ставленні до поставленої мети. Діти із ЗПР самостійно майже не робили спроб домогтися більш повного згадування і рідко застосовували для цього допоміжні прийоми. У тих випадках, коли це все ж відбувалося, найчастіше спостерігалася підміна мети дії. Допоміжний спосіб використовувався не для пригадування потрібних слів, що починаються на певну букву, а для придумування нових (сторонніх) слів на ту ж літеру.

У дослідженнях вивчалася залежність продуктивності мимовільного запам'ятовування від характеру матеріалу і особливостей діяльності з ним у дошкільників із ЗПР. Досліджувані мали встановлювати смислові зв'язки між одиницями основного і додаткового наборів слів і картинок (у різних комбінаціях). Діти із ЗПР виявили труднощі при засвоєнні інструкції до серій, які вимагають самостійного підбору іменників, які підходять за змістом, до пред'явлених експериментатором картинок або словами.

Багато дітей не зрозуміли завдання, але прагнули швидше отримати експериментальний матеріал і почати діяти. При цьому вони, на відміну від дошкільнят нормального розвитку, не могли адекватно оцінити свої можливості і були впевнені, що знають, як виконувати завдання. Виявилися виразні відмінності як за продуктивністю, так і за точністю і стійкістю мимовільного запам'ятовування. Кількість правильно відтвореного матеріалу в нормі було вище в 1,2 рази. Вчені відзначають, що наочний матеріал запам'ятовується краще вербального і в процесі відтворення є більш дієвою опорою. Автор вказує на те, що мимовільна пам'ять у дітей із ЗПР страждає не в такій мірі, як довільна, тому доцільно її широке використання при їх навчанні.

Психологи вказують на зниження довільної пам'яті у дітей з затримкою психічного розвитку як на одну з головних причин їх труднощів у шкільному навчанні. Ці діти погано запам'ятовують тексти, не утримують в умі мети і умови завдання. Їм властиві коливання продуктивності пам'яті, швидке забування вивченого.

Специфічні особливості пам'яті у дітей з ЗПР:

- зниження обсягу пам'яті й швидкості запам'ятовування;

- мимовільне запам'ятовування менш продуктивне, ніж в нормі;

- механізм пам'яті характеризується зниженням продуктивності перших спроб запам'ятовування, але час, необхідний для повного заучування, близький до норми;

- переважання наочної пам'яті над словесною;

- зниження довільної пам'яті;

- порушення механічної пам'яті.

Причини порушеної уваги:

- у дитини астенічні явища;

- не сформованість механізму довільності в дітей;

- не сформованість мотивації, дитина проявляє хорошу концентрацію уваги, коли цікаво, а де потрібно проявити інший рівень мотивації,

- порушення інтересу.

Дослідники дітей із ЗПР відзначають такі особливості уваги, характерні для даного порушення: Низька концентрація уваги: нездатність дитини зосередитися на завданні, на будь-якій діяльності, швидке відволікання. Низький рівень стійкості уваги. Діти не можуть довго займатися однією і тією ж діяльністю, вузький обсяг уваги, нестійкість уваги і зниження працездатності у дітей даної категорії мають індивідуальні форми прояву. Так, у одних дітей максимальна напруга уваги і найбільш висока працездатність виявляються на початку виконання завдання і неухильно знижуються у міру продовження роботи; в інших дітей найбільше зосередження уваги настає після деякого періоду діяльності, тобто цим дітям необхідний додатковий період часу для включення в діяльність; у третьої групи дітей відзначаються періодичні коливання уваги і нерівномірна працездатність протягом всього виконання завдання.

Більше порушена довільна увага. У корекційній роботі з цими дітьми необхідно надавати велике значення розвитку довільної уваги. Для цього варто використовувати спеціальні ігри та вправи («Хто уважніше?», «Чого не стало на столі?» тощо). У процесі індивідуальної роботи необхідно застосовувати такі прийоми, як малювання прапорців, будиночків, робота за зразком та ін. У дітей із затримкою психічного розвитку спостерігається низький рівень розвитку сприйняття (у порівнянні з однолітками, які нормально розвиваються). Це проявляється в необхідності більш тривалого часу для прийому і переробки сенсорної інформації; в недостатності, фрагментарності знань цих дітей про навколишній світ; в

складнощах впізнання предметів, що знаходяться в незвичному становищі, контурних і схематичних зображеннях. Подібні якості цих предметів сприймаються ними зазвичай як однакові. Ці діти не завжди дізнаються і часто змішують подібні по зображенню букви і їх окремі елементи; часто помилково сприймають поєднання букв і т. д. На початковому етапі систематичного навчання у дітей із ЗПР виявляється неповноцінність тонких форм зорового і слухового сприйняття, недостатність планування і виконання складних рухових програм. У дітей цієї групи недостатньо сформовані і просторові уявлення: орієнтування в напрямках простору в продовження досить тривалого періоду здійснюється на рівні практичних дій; часто виникають труднощі при просторовому аналізі та синтезі ситуації. Оскільки розвиток просторових уявлень тісно пов'язаний зі становленням конструктивного мислення, то й формування уявлень даного виду у дітей з ЗПР також має свої особливості. Наприклад, при складанні складних геометричних фігур і візерунків діти з ЗПР часто не можуть здійснити повноцінний аналіз форми, встановити симетричність, тотожність частин конструйованих фігур, розташувати конструкцію на площині, з'єднати її в єдине ціле. У той же час, на відміну від розумово відсталих, діти даної категорії відносно прості візерунки виконують правильно.

Всі діти з ЗПР без особливих зусиль справляються із завданням на складання картинок, на яких зображений одиничний предмет (півень, ведмідь, собака). У цьому випадку ані кількість частин, ані напрям розрізу не викликають утруднень. Однак при ускладненні сюжету: незвичайний напрям розрізу (діагональний), збільшення кількості частин призводять до появи грубих помилок і до дій методом проб і помилок, тобто заздалегідь скласти і

продумати план дії діти не можуть. У всіх цих випадках дітям доводиться надавати різні види допомоги: від організації їх діяльності до наочної демонстрації способу виконання. Причини порушеного сприйняття у дітей із ЗПР: при ЗПР порушена інтегративна діяльність кори головного мозку, великих півкуль і, як наслідок, порушена координована робота різних аналізаторних систем: слуху, зору, рухової системи, що веде до порушення системних механізмів сприйняття.

Недоліки уваги у дітей з ЗПР: недорозвинення орієнтовно-дослідницької діяльності в перші роки життя і, як наслідок, дитина не повністю отримує повноцінний практичний досвід, необхідний для розвитку його сприйняття. Завдання дефектолога полягає в тому, щоб допомагати дитині з ЗПР упорядкувати процеси сприйняття і вчити відтворювати предмет цілеспрямовано. На першому році навчання дорослий керує сприйняттям дитини на занятті, в більш старшому віці дітям пропонується план їх дій. Для розвитку сприйняття матеріал дітям пропонується у вигляді схем, кольорових фішок.

Особливості розумової діяльності дітей з ЗПР. Мислення у дітей із ЗПР більш збережене, ніж у дітей з ППР, більш збережена здатність узагальнювати, абстрагувати, приймати допомогу, переносити вміння в інші ситуації.

На розвиток мислення впливають всі психічні процеси:

- рівень розвитку уваги;
- рівень розвитку сприйняття і уявлень про навколишній світ (чим багатший досвід, тим більше складні висновки може робити дитина);
- рівень розвитку мовлення;

- рівень сформованості механізмів довільності (регуляторних механізмів).

Чим старша дитина, тим більш складні завдання вона може вирішити. До 6 років дошкільнята здатні виконувати складні інтелектуальні завдання, навіть якщо вони їм нецікаві (діє принцип: «так треба» і самостійності).

У дітей із ЗПР всі ці передумови розвитку мислення в тій чи іншій мірі порушені. Діти ніяк не концентруються на завданні. У цих дітей порушено сприйняття, вони мають у своєму арсеналі досить мізерний досвід – усе це визначає особливості мислення дитини з затримкою психічного розвитку. Та сторона пізнавальних процесів, яка у дитини порушується, пов'язана з порушенням одного з компонентів мислення. У дітей із ЗПР страждає зв'язна мова, порушена здатність планувати свою діяльність за допомогою мови; порушена внутрішнє мовлення – активний спосіб логічного мислення дитини. Загальні недоліки розумової діяльності дітей з ЗПР Несформованість пізнавальної, пошукової мотивації (своєрідне ставлення до будь-яких інтелектуальних завдань). Діти прагнуть уникнути будь-яких інтелектуальних зусиль. Для них непривабливий момент подолання труднощів (відмова виконувати важке завдання, підміна інтелектуального завдання більш близьким, ігровим завданням). Така дитина виконує завдання не повністю, а його більш просту частину. Діти не зацікавлені в результаті виконання завдання. Ця особливість мислення проявляється в школі, коли діти дуже швидко втрачають інтерес до нових предметів. Відсутність вираженого орієнтовного етапу при вирішенні розумових завдань. Діти із ЗПР починають діяти відразу. При ознайомленні з інструкцією до завдання багато дітей не зрозуміли його, але прагнули швидше отримати експериментальний матеріал і почати діяти. Слід

зауважити, що діти з ЗПР у більшій мірі зацікавлені в тому, щоб швидше закінчити роботу, а не якістю виконання завдання. Дитина не вміє аналізувати умови, не розуміє значущості орієнтовного етапу, що призводить до появи безлічі помилок. Коли дитина починає навчатися, дуже важливо створити умови для того, щоб вона спочатку думала, аналізувала завдання. Низька розумова активність, «бездумний» стиль роботи (діти, через поспішність, неорганізованість діють навмання, не враховуючи в повному обсязі заданої умови; відсутній спрямований пошук рішення, подолання труднощів). Діти вирішують завдання на інтуїтивному рівні, тобто дитина начебто правильно дає відповідь, але пояснити її не може.

Діти із ЗПР не можуть діяти за наочним зразком через порушення операцій аналізу, цілісності, цілеспрямованості, активності сприйняття – все це веде до того, що дитина не може проаналізувати зразок, виділити головні частини, встановити взаємозв'язок між частинами і відтворити дану структуру в процесі власної діяльності. Діти можуть успішно класифікувати предмети за такими наочними ознаками, як колір і форма, проте з великими труднощами виділяють в якості загальних ознак матеріал і величину предметів, не можуть абстрагувати одну ознаку у свідомому протиставленні іншим, у переведенні з одного принципу класифікації на інший. При аналізі предмета чи явища діти називають лише поверхневі, несуттєві якості з недостатньою повнотою і точністю. В результаті діти з ЗПР виділяють в зображенні майже вдвічі менше ознак, ніж їх однолітки, які нормально розвиваються. У дітей із затримкою психічного розвитку є порушення найважливіших розумових операцій, які служать складовими логічного мислення:

- аналізу (захоплюються дрібними деталями, не можуть виділити головне, виділяють незначні ознаки);

- порівнянні (порівнюють предмети за непорівнянними, несуттєвими ознаками);

- класифікації (дитина здійснює класифікацію часто правильно, але не може усвідомити її принцип, не може пояснити те, чому він так вчинив).

У всіх дітей із ЗПР рівень логічного мислення значно відстає від рівня нормального дошкільника. До 6 років діти з нормальним розумовим розвитком починають міркувати, робити самостійні висновки, намагаються все пояснити.

Завдання для самостійної роботи

1. Підготовка повідомлень (рефератів) за темою: «Психодіагностична та психокорекційна робота з дітьми з порушеннями інтелекту і ЗПР».

2. Підготовка до рольової міні-презентації (у підгрупах) у форматі діалогу за темою «Психологічна підтримка сімей, де виховується дитина з порушеннями інтелекту».

3. Складіть план-схему вивчення раннього психомоторного і мовленнєвого розвитку дитини дошкільного віку з ППФР

4. Ознайомлення з основними вимогами до організації психолого-педагогічного обстеження осіб з ППФР (Додаток А).

5. Підготовка до підсумкового колоквиуму за питаннями гарантованого рівня знань студентів.

4. ПИТАННЯ ДО ПІДГОТОВКИ ДО ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЮ (ЗАЛІКУ)

1. Предмет, завдання, принципи спеціальної психології.

2. Методи психолого-педагогічної діагностики, що застосовуються в спеціальній психології.

3. Міжпредметні зв'язки спеціальної психології.
4. Історія становлення спеціальної психології.
5. Основні види психічного дизонтогенезу.
6. Поняття про нормотиповий та порушений розвиток.
7. Закономірності дизонтогенезу (загальні, модально-специфічні, модально неспецифічні).
8. Чинники виникнення порушень психофізичного розвитку.
9. Класифікація порушень психофізичного розвитку.
10. Причини порушення слуху. Класифікація порушень слуху
11. Психологічні особливості осіб з порушеннями слуху.
12. Причини порушення зору. Класифікація порушень зору.
13. Психологічні особливості осіб з порушеннями зору.
14. Причини первинних мовленнєвих порушень. Класифікація мовленнєвих порушень.
15. Психологічні особливості осіб з порушеннями мовлення.
16. Чинники виникнення порушень опорно-рухового апарату. Типи порушень опорно-рухового апарату.
17. Психологічні особливості осіб з порушеннями опорно-рухового апарату.
18. Чинники виникнення порушень інтелекту. Визначення форм та ступеня інтелектуальних порушень.
19. Психологічні особливості осіб при інтелектуальних порушеннях.
20. Поняття «затримка психічного розвитку». Класифікації ЗПР.
21. Психологічні особливості дітей із ЗПР.

22. Основні принципи психолого-педагогічного обстеження осіб з ППФР. Загальна характеристика методів вивчення психологічних особливостей дітей з ППФР в спеціальній психології.

23. Основні види психологічної допомоги дітям з ППФР.

24. Основні методи психодіагностичної та психокорекційної роботи з особами з порушеннями психофізичного розвитку.

5. КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ ЗА ВИДАМИ ДІЯЛЬНОСТІ

Критерії оцінювання за видами діяльності однакові як для денної, так і для заочної форми навчання, однак обсяг і питома вага різних видів діяльності різняться.

№ з/п	Вид навчальної діяльності	Оціночні бали		Кількість балів		
		Д. ф.	З. ф.	Д. ф.	З. ф.	
1	Участь у практичному занятті (фронтальне/індивідуальне опитування та участь в обговоренні під час практичних занять, виконання завдань під час практичних занять):	5	7			
		1	2			
		● повнота розкриття питання;	1	1	5	7
		● логіка викладання матеріалу, культура мовлення;	1	1		
		● емоційність та переконливість;	1	2		
		● використання основної та додаткової літератури;	1	1		
● аналітичні міркування, вміння						

	роботи порівняння, висновки				
2	Виконання завдань самостійної роботи: <ul style="list-style-type: none"> • своєчасність виконання навчальних завдань; • повний обсяг їх виконання; • якість виконання завдань для самостійної роботи; • творчий підхід у виконанні завдань, відображення власної позиції 	5 1	5 1	5	5
3	Модульний контроль (контрольні роботи, опитування)	10		10	
4	ІНДЗ <ul style="list-style-type: none"> • самостійність у виконанні завдань; • своєчасність виконання роботи; • творчий підхід у виконанні завдань; • повний обсяг їх виконання; • якість виконання навчальних завдань (естетичність, безпечність). 	10	18	10	6

Додаткові бали (не більше 5 балів): здобувач вищої освіти може отримати за творчий підхід до виконання

завдань та особливу активність під час різних форм роботи (наприклад, у вікторинах, ділових іграх тощо), за ведення зошита, конспектів літератури з дисципліни (написаних власноруч від руки). Якщо студент не підготував і не відповів на практичних і лабораторних заняттях, то заняття не зараховується і віднімаються -5 балів.

Додаткові 10 балів можуть нараховуватись за участь у заходах інформальної/неформальної освіти (вебінарі, майстер-класі, семінарі-практикумі, конференції тощо), що пов'язані з тематикою дисципліни. Участь може пере зараховуватись як частина окремого модуля дисципліни; певної теми курсу або як додаткові бали до загальної оцінки за дисципліну. Кількість балів нараховуються залежно від масштабу та тривалості заходу. Підтвердженням здобуття неформальної освіти є сертифікат, свідоцтво тощо. А також необхідно надати короткий звіт, презентацію чи рефлексію про отримані знання.

Додаткові бали (не більше 10 балів): можна отримати за активну участь у студентській науковій роботі, що не передбачена навчальними планами. Це зокрема участь у студентських наукових гуртках, товариствах, участь у студентських наукових конференціях, олімпіадах, конкурсах наукових робіт, а також у волонтерській роботі в громадських організаціях осіб з ООП, в закладах спеціальної та інклюзивної освіти тощо.

Викладач має право змінювати кількість балів у зв'язку зі змінами в освітньому процесі під час військового стану.

На заняттях забороняється використання мобільних пристроїв, виключенням є користування ними лише під час підготовки практичних завдань під час заняття або при роботі з презентаціями лекцій з дисципліни.

Викладач і студенти зобов'язані поважати особисті

та професійні кордони. Повага до особистих кордонів інших людей є запорукою здорових та гармонійних стосунків між викладачем і здобувачами освіти.

6. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА ТА ІНФОРМАЦІЙНІ РЕСУРСИ

1 Айрес Е. Дж. Дитина і сенсорна інтеграція. Розуміння прихованих проблем розвитку. Київ: Видавництво Ростислава Бурлаки. 2024. 266 с.

2 Актуальні проблеми дошкільної та спеціальної освіти : Матеріали VI Міжнародних педагогічних читань пам'яті професора Тамари Поніманської та з нагоди 60-річчя кафедри дошкільної педагогіки і психології та спеціальної освіти, м. Рівне, 26-27 листопада, 2025 р. Рівне : Видавець Ю. Кукса, 2025. 209 с.

3 Блеч Г.О., Шепічак О.О. Методичні основи корекційного навчання учнів з порушеннями інтелектуального розвитку: українська мова: практ. посіб. Київ: Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2025. 107 с.

4 Вовченко О.А. Психологічна підтримка дітей раннього та дошкільного віку з порушеннями слуху під час війни: навчально-методичний посібник для педагогів та батьків. Київ, 2023. 96 с. (Ч.1). 84 с. (Ч. 2).

5 Данілавічюте Е., Мартинюк З. Подолання труднощів письма: навч. посібник. Київ: Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2025. 120 с.

6 Жук В., Литвинова В., Литовченко С. Педагогічна підтримка дітей раннього та дошкільного віку з порушеннями слуху та їхніх батьків в умовах воєнного стану: навчально-методичний посібник. Київ: ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2023. 123 с.

7 Жук В., Литовченко С., Новосад В., Ремажевська В. Як організувати освітній процес для дітей з порушеннями слуху та зору в інклюзивних групах закладів дошкільної освіти: навчально-методичний посібник. Київ, 2024. 86 с.

8 Конопляста С. Ю., Белова О. Б. Психолого-педагогічний дисонанс щодо інтеграції в освіті дітей з особливими освітніми потребами. *Інноваційна педагогіка*. № 43. 2022. С. 37-42.

9 Кульбіда С., Адамюк Н., Горова О., Замша А. Комунікативна доступність освітнього середовища для осіб із порушеннями слуху в умовах сучасних викликів: навчально-методичний посібник. Київ: ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2023. 148 с.

10 Литовченко С. В., Литвинова В. В., Засенко В. В., Вовченко О. А. Сучасні технології реалізації змісту освіти дітей з порушеннями слуху в умовах кризових ситуацій: навчально-методичний посібник. Київ: Інститут спеціальної педагогіки імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2025. 380 с.

11 Мартиненко І. В., Савицький А. М. Дисфункції сенсорної інтеграції у структурі дизонтогенезу дітей із первинними порушеннями мови та мовлення. *Науковий часопис*. Випуск 45. 2023. С. 62-69.

12 Рібцун Ю. В. До питання таксономії логопсиходіагностичних методів. *Особлива дитина: навчання та виховання*. 2021. № 2 (102). С. 31-38.

13 Рібцун Ю. В. Подолання труднощів пізнавального розвитку дітей з особливими мовленнєвими потребами : навч. посіб. К. : Видавець Цибульська В. О., 2025. 160 с.

14 Супрун Д. М. Теорія та практика впровадження діагностичних технологій в галузі спеціальної освіти: навч.-метод. посіб. : [для підготовки психологів в галузі спец. освіти, викладачів, студентів, слухачів магістратури та практ. психологів: містить комплекс діагност. методик].

Київ : Видавництво НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2021. 318 с.

15 Сухіна І. В. Методичні основи психологічного супроводу батьків дітей з ООП: формування резильєнтності: практ. посіб. Київ: Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2025. 114 с.

16 Трофименко Л. Подолання труднощів засвоєння та використання граматики: навч. посібник. Київ: Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2025. 158 с.

17 Чеботарьова О. В. Методичні основи корекційного навчання учнів з порушеннями інтелектуального розвитку: технології: практ. посіб. Київ: Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2025. 186 с.

Інформаційні ресурси

1. <https://mon.gov.ua/ua/osvita/doshkilna-osvita/programi-rozvitku-ditej> – програми розвитку дітей з порушеннями психофізичного розвитку.

2. <https://mon.gov.ua/ua/tag/inklyuzivne-navchannya> – інклюзивне навчання.

3. <http://logoclub.com.ua> – логопедичний сайт, де зібрані методичні поради, практичні рекомендації та весь комплекс необхідних матеріалів для розвитку мовлення дітей, попередження та подолання мовленнєвих порушень, а також підвищення результативності корекційно-розвивальної роботи.

4. <http://www.uasp.org.ua> – українська асоціація корекційних педагогів.

5. www.students.net.ua – український освітній портал для студентства

6. www.osvita.org.ua – освітній портал, що містить структуровані освітні ресурси України, базу даних

ВНЗ України.

7. <http://www.cippe.edu-ua.net/akt.htm> – дистанційне навчання в післядипломній педагогічній освіті

8. www.udl.org.ua – українська система дистанційного навчання

9. www.education.gov.ua – сайт Міністерства освіти і науки

10. www.nbuiv.gov.ua – сайт бібліотеки ім.В.Вернадського

11. <http://library.rshu.edu.ua/> сайт наукової бібліотеки Рівненського державного гуманітарного університету

12. <https://drive.google.com/drive/folders/1R843rBxjD16ednclosd1TX48eBuDZy99> Сайт кафедри дошкільної педагогіки і психології та спеціальної освіти імені проф. Т.І.Поніманської

13. <https://do.rshu.edu.ua/my/index.php> - доступ до дисципліни в системі Moodle РДГУ

ДОДАТКИ

Додаток А

ПРИКЛАДНІ ПРОБЛЕМИ СПЕЦІАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

Ефективна організація психологічної допомоги дітям з ППФР починається з формулювання мети, завдань і напрямів допомоги. Спочатку проводиться обстеження осіб з ППФР. Завдання психологічного вивчення полягає у розкритті сутності особливостей психічного розвитку особистості дитини з порушеннями ППФР і засвоєнні нею соціокультурного досвіду. Результати психологічного дослідження — одні з основних критеріїв у діагностиці порушень у загальному комплексі медико-психолого-педагогічного обстеження.

Основні принципи психолого-педагогічного обстеження дитини з порушеннями ППФР:

- принцип цілісного вивчення всіх психічних характеристик окремого індивідуума конкретизує загально-методологічні принципи детермінізму та системності. Найдетальніше цей принцип розкривається у межах психології діяльності, згідно з якою людина найліпше виявляє себе у процесі предметно-маніпулятивної, ігрової, навчальної, трудової діяльності. Такий підхід допомагає краще зрозуміти особливості всіх сфер психіки досліджуваного.

- принцип особистісного підходу є надзвичайно важливим у процесі обстеження осіб з ППФР. Особистісний підхід — це підхід до дитини у міру сформованості її свідомості й системи цінностей, що визначають її життєву позицію, поведінку. Без урахування спрямованості поведінки, що визначається станом емоційно-вольової сфери дитини, психологічна допомога не є ефективною.

- принцип діяльнісного підходу. Обстеження обов'язково має здійснюватися з урахуванням провідної діяльності дитини. Якщо це дошкільник, то в контексті ігрової діяльності, якщо школяр — то у навчальній. У деяких випадках, наприклад, при затримці психічного розвитку ігрові методики актуальні й у молодшому шкільному віці.

- принцип динамічного вивчення дитини з ППФР полягає в тому, що під час обстеження важливо виявити не тільки те, що дитина знає і вміє, а й її здатність до навчання, тобто виявити рівень її наукованості.

- принцип порівняння передбачає кількісне та якісне порівняння даних констатувального або навчального експерименту з подібними за нормального розвитку.

- принцип каузальності (етіопатогенетичний). Психолого-педагогічне обстеження осіб з ППФР має бути більше сконцентрованим не на зовнішніх виявах відхилень у розвитку, а на витоках або причинах, що зумовлюють ці відхилення.

- принцип поєднання індивідуальних та колегіальних форм обстеження дає змогу досягати найкращих результатів. Колегіальна форма може бути корисною в процесі психолого-педагогічного обстеження, коли один спеціаліст виступає у ролі помічника іншого, організовуючи поведінку дитини, створюючи позитивний емоційний фон, особливо під час аналізу отриманих результатів, створюючи адекватну картину психічного статусу дитини.

- принцип якісно-кількісного підходу в процесі аналізу даних, отриманих під час психологічного обстеження, орієнтує психолога на те, щоб, з одного боку, в основі формальних кількісних показників лежало якісне визначення одиниць цих вимірів, а з іншого — щоб результати обстеження не зводилися до формальних

показників, а щоб був проведений якісний аналіз процесу виконання завдання — способів логічної послідовності операцій, наполегливості у виконанні завдання тощо. Якість висновків залежить від ретельності й точності проведених досліджень, а основу точності становить якісна логічна діагностична гіпотеза.

Комплексна психолого-педагогічна діагностика – це поглиблений і всебічний аналіз особистості дитини, спрямований на виявлення притаманних їй позитивних сторін і недоліків, їх причин, а також на вирішення практичних завдань: гармонізацію розвитку особистості та підвищення ефективності цілісного педагогічного процесу.

До основних критеріїв оцінювання якості психодіагностичних методик належить валідність і надійність.

Валідність — це поняття, що вказує на якість психодіагностичних методик і тестів. Цей термін подібний до поняття достовірності, але не тотожний йому. Проблема валідності виникає у процесі розробки і практичного застосування тесту, коли з'являється потреба встановлення відповідності між ступенем вираженості певної якості особистості й методом її визначення. Чим валідніший тест, тим ліпше у ньому відображається та властивість, для визначення якої він і створювався.

Подібним чином установлюється валідність тестів, призначених, наприклад, для оцінювання наочності дітей із загальним недорозвиненням мовлення або інших їх психічних характеристик.

Суттєвою властивістю психодіагностичних методик є їх надійність — визначення стабільності тесту, відображення точності психодіагностичних вимірювань, а також стійкості результатів тесту до сторонніх випадкових факторів.

На результат психологічного дослідження зазвичай

впливають багато випадкових факторів, наприклад, емоційний стан або втома, недостатня освітленість або незручність місця, присутність або відсутність поряд матері, рівень умотивованості на факт обстеження та ін.

Отже, йдеться про ненадійність психодіагностичної методики, якщо немає узгодженості показників, отриманих у тих самих обстежуваних під час повторного обстеження за тією самою методикою.

Висока надійність методу спостерігається у тому разі, якщо він точно визначає ту властивість, для якої він і призначений. Критеріями точності є:

— коли під час повторного застосування методу з тим самим піддослідним в одних і тих самих умовах через певний інтервал часу результати обох тестувань суттєво не відрізняються;

— якщо дія випадкових сторонніх факторів не впливає суттєво на результати тестування.

Кожен спеціаліст, який здійснює психологічне обстеження, відповідає за встановлення і підтримку етики обстеження. Етика потребує, щоб діагност інформував досліджуваних про всі аспекти обстеження, які можуть впливати на їх бажання брати у ньому участь. Чесність і відкритість — важливі показники відносин між дослідником і досліджуваним. Якщо приховування й обман передбачені методологією дослідження, то дослідник має пояснити причини своїх дій для відновлення довіри. Етика також потребує, щоб психолог ставився з повагою до права обстежуваного зменшити або перервати участь у процесі діагностики у будь-який час. Якщо йдеться про обстеження дитини, психолог повинен повідомити батьків про намір обстежити їх дитину і пояснити, з яких причин виникла у цьому потреба. Як правило, психолого-педагогічне обстеження дитини на різного рівня психолого-медико-педагогічних комісіях проводиться за присутності батьків.

Згідно з принципом конфіденційності обстежуваний має бути впевненим у реалізації права про недоступність отриманої діагностичної інформації іншим особам без його згоди.

Принцип не заподіяння шкоди потребує захисту обстежуваних від фізичного, душевного дискомфорту та небезпеки.

Принцип компетентності та неупередженості вимагає від психолога глибоких знань і розуміння механізмів та розвитку тих синдромів, що виникають при різних порушеннях. З огляду на це зрозуміло, що схема обстеження повинна, з одного боку, бути уніфікованою, а з іншого — у ній має враховуватися структура порушення кожного конкретного обстежуваного і вона має бути адекватною його можливостям.

Психологічна допомога — область практичного застосування психології, орієнтована на підвищення соціально-психологічної компетентності людей і надання психологічної допомоги як окремій людині, так і групі чи організації. Це безпосередня робота з людьми, спрямована на вирішення різного роду психологічних проблем, пов'язаних з труднощами в міжособистісних стосунках, а також глибинних особистісних проблем.

Види психологічної допомоги наступні:

Профілактична робота — це комплекс заходів, спрямованих на запобігання виникненню психологічних проблем, соціальних відхилень (правопорушень, залежностей) та збереження психічного здоров'я учасників освітнього процесу.

Психологічне консультування — це допомога людям, які знаходяться в межах психологічної норми. У цьому випадку завдання психолога — допомогти клієнту вирішити проблему (при цьому психолога заборонено давати поради,

він повинен підштовхнути клієнта до самостійного прийняття рішення, яким би воно не було).

Психокорекція – це сукупність педагогічних впливів, спрямованих на виправлення, компенсацію порушень у психічному і фізичному розвитку дитини.

Психологічний супровід дітей із порушенням у розвитку розглядається як діяльність психолога, яка спрямована на створення комплексної системи клініко-психологічних, психолого-педагогічних і психотерапевтичних у мов, що сприяють успішній адаптації дітей, їх реабілітації й особистісному становленні в соціумі.

Психологічна підтримка — це важлива ланка у системі психологічної допомоги батькам дітей з проблемами у розвитку. Основною метою такої підтримки є підвищення сенситивності батьків до проблеми дитини, зменшення емоційного дискомфорту в батьків у зв'язку із захворюванням дитини, формування у них адекватних уявлень про потенційні можливості дитини, оптимізацію їх педагогічного потенціалу.

Спеціальна психологія: навчально-методичний посібник для здобувачів спеціальності А 6 Спеціальна освіта / Укл. Руденко Н.М. Рівне: РВВ РДГУ, 2025. 75 с.