

**ДРОГОБИЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ІВАНА ФРАНКА**

НАТАЛІЯ КАУТ

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ РОБОТИ З ДІТЬМИ
З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ**

Методичні матеріали до практичних занять

**Дрогобич
2016**

УДК 376 (075)

Рекомендовано до друку вченою радою Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка
(протокол № 8 від 29.06.2016.)

Рецензенти

Василенко Леся Павлівна, кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка;

Смерчак Леся Іванівна, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальної педагогіки та корекційної освіти Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка;

Каут Н.

К 30 Психологічні основи роботи з людьми з особливими потребами : методичні рекомендації до практичних занять / Наталія Каут – Дрогобич : Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2016. – 140 с.

Навчально-методичний посібник укладено відповідно до програми навчальної дисципліни “Психологічні основи роботи з людьми з особливими потребами” для підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня “Спеціаліст” галузі знань 0301 “Соціально-політичні науки” спеціальності 7.03010301 “Практична психологія”, затвердженої вченою радою Дрогобицького державного педагогічного університету імені І. Франка.

У навчальному посібнику висвітлено психологічні особливості дітей з різними порушеннями психофізичного розвитку, вміщено плани практичних занять, представлені рекомендації щодо діагностування, психологічної підтримки, корекційної роботи з дітьми, які мають певні особливості й проблеми розвитку. Вміщено питання для самоконтролю.

Рекомендується для студентів спеціальності “Практична психологія”, “Психологія” .

Тема 1. Діагностика розладів розвитку у дітей.....	5
Тема 2. Психологічне вивчення та діагностика осіб з вадами слуху.....	11
Тема 3. Психологічне вивчення та діагностика осіб з вадами зору.....	23
Тема 4. Психологічне вивчення та діагностика осіб з вадами опорно- рухового апарату.....	43
Тема 5. Психологічне вивчення та діагностика осіб з вадами мовлення...	60
Тема 6. Психологічне вивчення та діагностика осіб із затримкою психічного розвитку.....	76
Тема 7. Психологічне вивчення та діагностика осіб з відхиленнями у розумовому розвитку.....	92
Тема 8. Психологічне вивчення та діагностика осіб з порушеннями емоційно-вольової сфери.....	115
Тема 9. Психологічне вивчення та діагностика осіб з поведінковими порушеннями психофізичного розвитку.....	126
Загальна література до курсу.....	137

ВСТУП

Навчально-методичний посібник “Психологічні основи роботи з людьми

з особливими потребами” укладений на основі навчальної програми “Психологічні основи роботи з людьми з особливими потребами” .

Мета посібника – сформувані у студентів поняття про принципи організації психологічної діагностики дітей з особливими потребами, специфічні методи і прийоми навчання, що використовуються у психокорекційних технологіях, ознайомити студентів з основними принципами і стратегіями психологічного консультування дітей з різними вадами у розвитку, методичними вимогами до складання та реалізації психокорекційних програм, спрямованих на розвиток пізнавальної сфери та особистості дітей і підлітків з особливими потребами; сформувані вміння проводити психологічну діагностику, оцінювати критерії результативності психологічної допомоги, визначати цілі та завдання психокорекційної роботи, складати та оцінювати психокорекційні програми з урахуванням віку та структури дефекту, планувати і проводити корекційно-розвивальні заняття з використанням сучасних методик.

Мета практичних занять – засвоєння системи теоретичних знань з основних розділів дисципліни. Для цього до кожного заняття подається відповідна література, за допомогою якої студент заздалегідь готується до заняття із запропонованого плану з тим, щоб під час практичного заняття брати участь у колективному аналізі різних підходів до категорій та проблем, у формулюванні дефініцій і науковому обґрунтуванні власних позицій щодо проблеми.

Підготовка до практичних занять передбачає ознайомлення з різними формами дизонтогенезу, етіологією, характером вікової динаміки психічного розвитку, змістом і напрямками психодіагностичної і корекційно-розвивальної роботи з дітьми і дорослими з психофізичними відхиленнями.

ДІАГНОСТИКА РОЗЛАДІВ РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ

План

1. Діти з розладами у розвитку.

2. Етапи психолого-педагогічної діагностики.
3. Організація коригувальних занять і головні напрями роботи з дітьми.

Концептуальний виклад та методичні поради

1. Висвітлення першого питання слід розпочати із загальної характеристики дітей із вадами розвитку. Діти з розладами розвитку – це діти, у яких унаслідок уродженої недостатності або набутого органічного ураження сенсорних органів, опорно-рухового апарату або центральної нервової системи є відхилення від нормального розвитку психічних функцій. У деяких випадках розлади розвитку можуть бути спричинені мікросоціальними причинами, які пов'язані з патологією аналізаторів або центральної нервової системи. До таких факторів можна зарахувати несприятливі форми родинного виховання, соціальну й емоційну депривацію тощо.

Ідея Л. С. Виготського про системну будову дефекту дала змогу науковцю виокремити в аномальному розвитку дві групи явищ, а саме: первинні розлади, що безпосередньо зумовлені біологічним характером хвороби, і вторинні, які виникають у процесі соціального розвитку дитини, її взаємодії з навколишнім світом. Аномальний розвиток, визначається терміном виникнення первинного розладу й ступенем його виразності. Механізм формування вторинних розладів може бути різним, але істотну роль у ньому завжди відіграє соціальний фактор. Відхилення, що виникають унаслідок ураження органів зору, слуху або тих чи тих структур головного мозку, є різними за своїм характером, силою та значущістю у кожній категорії дітей із розладами розвитку, однак загальним для всіх цих випадків є те, що наявність первинного розладу впливає на весь подальший перебіг розвитку дитини. Вторинні розлади є головним об'єктом психодіагностики й психолого-педагогічного коригувального впливу [2].

Наразі прийнято виокремлювати кілька категорій (типів) дітей із розладами розвитку:

- слуху (такі, що нечують, і ті, хто погано чує);
- зору (сліпі й ті, хто слабо бачить);
- функцій опорно-рухового апарату;
- мовлення;
- затримкою психічного розвитку;
- розумово відсталі;
- емоційно-вольової сфери;

- поведінки;

а також зі складними розладами розвитку, в яких поєднуються два або більше первинних розладів.

Можливість спільного навчання у звичайній школі дітей із частковими розладами з їхніми однолітками, що розвиваються нормально, підтримується психологами. Учені доводять доцільність такого навчання та його користь для соціального розвитку дітей, які мають відхилення в розвитку. Однак, безумовно, робота з такими учнями вимагає від педагогічного колективу знання їхніх психологічних особливостей, а від психолога – володіння навичками діагностичної та коригувальної роботи. Окрім того, вони мають уміти проводити просвітницьку роботу з батьками таких дітей.

Н. С. Трофімова вважає, що в сучасному навчально-виховному процесі має діяти настанова нового рівня: “Учитель покликаний не виправляти помилки, недоліки природної організації дитини, а максимально використовувати свої професійні можливості для знаходження такої форми, що відповідає рівню культури суспільства, природному й творчому потенціалу дитини. Дитина – не лише й не стільки об’єкт впливу, скільки джерело культурного та професійного росту самого вчителя” [2]. Отже, виникає потреба в методичному посібнику, у якому розглядалися би психологічні аспекти роботи в загальноосвітніх школах із дітьми, які мають часткові відхилення в розвитку.

Шкільному психологу в процесі знайомства з дитиною, яка має відхилення в розвитку, необхідно звернути увагу на такі показники:

- 1) *біологічні*: характер і виразність розладу залежно від часу його набуття, стану здоров’я;
- 2) *соціальні*: спонтанне навчання (вплив соціального середовища – родини, колективу однолітків; взаємини з дорослими), власна психічна активність (інтереси, схильності, емоції, здатність до вольового зусилля, сформованість довільних процесів).

Слід звернути увагу на те, що для навчання дитини з відхиленнями в розвитку у звичайній загальноосвітній школі має дати висновок (або рекомендацію) психолого-медико-педагогічна консультація (ПМПК).

Після цього шкільний психолог має обстежити дитину, для того щоб накреслити план роботи з нею. Принципи, яких необхідно дотримуватися під час обстеження дітей із розладами розвитку:

- комплексне вивчення дитини;

- динамічне вивчення дитини;
- цілісне, системне вивчення, коли виявляється первинний дефект і вторинний розлад; вивчення відбувається у процесі діяльності.

Психолог зобов'язаний проводити ретельний облік профілактичної, діагностичної, розвивальної, коригувальної і реабілітаційної роботи з дитиною.

2. Розкриваючи друге питання, необхідно з'ясувати етапи психолого-педагогічної діагностики розладів розвитку у дітей. Успішність виховання, навчання, соціальної адаптації дитини з розладами розвитку залежить від правильної оцінки її можливостей і особливостей. Це завдання виконує комплексна психодіагностика розладів розвитку. Вона є першим і дуже важливим етапом у системі заходів, що забезпечують спеціальне навчання, коригувально-педагогічну та психологічну допомогу. Саме психодіагностика розладів розвитку дає змогу виявити дітей із вадами розвитку, визначити оптимальний педагогічний підхід, забезпечити індивідуальний психолого-педагогічний супровід дитини, що відповідає її психофізичним особливостям.

У загальноосвітніх школах спостерігається чимала кількість дітей, неблагополучних щодо психофізичного розвитку. Виразність їхніх відхилень може бути різною. Значну за кількістю цих відхилень групу становлять діти зі слабо вираженими, складними для виявлення, відхиленнями в розвитку рухової, сенсорної або інтелектуальної сфери; з розладами слуху, зору, опорно-рухового апарату, фонематичного сприйняття, з оптико-просторовими, емоційними розладами, з недоліками мовленнєвого розвитку, поведінки, із затримкою психічного розвитку, соматично ослаблені діти. Незважаючи на те, що для багатьох із цих дітей не потрібні особливі *навчальні* умови, відсутність своєчасної коригувально-розвивальної допомоги може призвести до їхньої дезадаптації. Тому дуже важливо вчасно виявити дітей не лише з вираженими розладами розвитку, але і з мінімальними відхиленнями від нормативного розвитку.

Діагностика недоліків розвитку має відбуватися в три етапи [4].

Перший етап – скринінг. На цьому етапі виявляється наявність відхилень у психофізичному розвитку дитини без точної кваліфікації й характеру їхньої глибини.

Завдання: своєчасне виявлення учнів із різними відхиленнями і розладами психічного розвитку в умовах масових освітніх установ,

орієнтовне визначення спектра психолого-педагогічних проблем розвитку дитини, що дає можливість розв'язувати проблеми, пов'язані з оцінюванням якості навчання й виховання дітей в освітній установі.

Другий етап – диференціальна діагностика відхилень у розвитку.

Мета – визначити тип відхилення в розвитку. За його результатами визначається напрям навчання дитини, вид і програма освітньої установи.

Завдання:

1) розмежування ступенів розладу розумового, мовленнєвого й емоційного розвитку дитини;

2) виявлення первинного і вторинного розладів і системний аналіз їхньої структури;

3) оцінювання відхилень психічного розвитку в разі розладів зору, слуху, опорно-рухового апарату.

Третій етап – феноменологічний. Його мета – виявлення індивідуальних особливостей дитини, тобто тих характеристик пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери, працездатності, які властиві лише конкретній дитині й мають ураховуватися в подальшій роботі з нею.

Завдання :

1) виявлення індивідуальних психолого-педагогічних особливостей дитини;

2) розроблення індивідуальних коригувальних програм розвитку й навчання;

3) визначення умов виховання дитини, специфіки внутрішньо-сімейних взаємин;

4) допомога в ситуаціях утруднень у навчанні;

5) професійне консультування і професійна орієнтація підлітків;

6) розв'язання проблем соціально-емоційного плану.

3. Висвітлюючи третє питання, необхідно розкрити головні напрями роботи з дітьми з відхиленнями в розвитку. Мета коригувальних занять – підвищення рівня загального розвитку учнів, заповнення прогалин попереднього розвитку дітей, індивідуальна робота з формування недостатньо засвоєних навчальних умінь і навичок, коригування відхилень у розвитку пізнавальної сфери й мовлення, цілеспрямована підготовка до сприйняття нового навчального матеріалу.

Коригувальні заняття проводяться з учнями в міру виявлення психологом індивідуальних прогалин у їхньому розвитку й навчанні. Під час вивчення фізичного розвитку та індивідуальних особливостей школярів беруться до уваги перелічені показники [4].

Головні напрями коригувальної роботи

1. Удосконалення рухів і сенсорно-моторного розвитку:
 - дрібної моторики кисті й пальців рук;
 - навичок каліграфії;
 - артикуляційної моторики.
2. Коригування окремих сфер психічної діяльності:
 - розвиток зорового сприйняття й упізнавання;
 - розвиток зорової пам'яті й уваги;
 - формування узагальнених уявлень про властивості предметів (колір, форма, величина);
 - розвиток просторових уявлень та орієнтації;
 - розвиток уявлень про час;
 - розвиток слухової уваги й пам'яті;
 - розвиток фонетико-фонематичних уявлень, формування звукового аналізу.
3. Розвиток головних розумових операцій:
 - формування навичок співвідносного аналізу;
 - розвиток навичок групування та класифікації (на базі оволодіння головними родовими поняттями);
 - формування вміння працювати за усною та письмовою інструкцією, алгоритмом;
 - формування вміння планувати свою діяльність;
 - розвиток комбінаторних здібностей.
4. Розвиток різних видів мислення:
 - наочно-образного;
 - словесно-логічного (уміння бачити й установлювати словесно-логічні зв'язки між предметами, явищами й подіями).
5. Коригування розладів у розвитку емоційно-особистісної сфери (релаксаційні вправи для міміки обличчя, драматизації, читання за ролями та ін.).
6. Розвиток мовлення, оволодіння технікою мовлення.
7. Розширення уявлень про навколишній світ і збагачення словника.
8. Коригування індивідуальних прогалин у знаннях.

Запитання для перевірки та самоконтролю

1. Назвати категорії дітей із розладами розвитку.
2. Проаналізувати принципи, яких необхідно дотримуватися під час обстеження дітей із розладами розвитку.
3. Охарактеризувати етапи психолого-педагогічної діагностики розладів розвитку у дітей.
4. Проаналізувати головні напрями коригувальної роботи.

Рекомендована література

1. Ілляшенко Т. Д. Чому їм важко вчитися: діагностика і корекція труднощів у навчанні молодших школярів / Т.Д. Ілляшенко – К. : Початкова школа, 2003.
2. Обухівська А.Г. Психологу про дітей з особливими потребами у загальноосвітній школі / А. Обухівська, Т. Ілляшенко, Т. Жук. – К. : Редакції загальнопед. газет, 2012, 128 с. (Бібліотека “Шкільного світу”).
3. Синьов В. М. Психологія розумово відсталої дитини: підручник / В.М. Синьов, М.П. Матвєєва, О.П. Рохліна. – К. : Знання, 2008. – 359 с.
4. Туріщева Л. В. Діти з особливостями розвитку в звичайній школі / Л.В. Туріщева – Х. : Основа, 2011. – 111 с. – (Серія “Психологічна служба школи”).

Психологічне вивчення та діагностика осіб з вадами слуху

План

1. Предмет психології осіб з порушенням слуху.
2. Класифікація дітей з порушенням слуху.
3. Когнітивний розвиток дітей із порушенням слуху.
4. Розвиток особистості дітей з вадами слуху.
5. Діяльність дітей з порушенням слуху.
6. Робота з дітьми з розладами слуху.

Концептуальний виклад та методичні поради

I. Висвітлення першого питання слід розпочинати з характеристики особливостей психічного розвитку осіб з вадами слуху. Психологія осіб з порушенням слуху вивчає закономірності і особливості

психічного розвитку осіб з повним або частковим зниженням здатності виявляти і розуміти звуки і є галуззю спеціальної психології. Основне її завдання – вивчення умов і чинників, які впливають на психічний розвиток дітей з порушенням слуху і шляхи їх компенсаторного розвитку.

Поняття глухоти і німоти були відомі з давніх часів. Їхнє вивчення і прагнення знайти способи навчання осіб з недоліками слуху сягають давнини.

Вивчення особливостей психічного розвитку дітей із порушеннями слуху цілеспрямовано стало здійснюватися з 1930-х років. Перша книга з психології глухих “Очерки психологии глухонемого ребенка” вийшла у 1940 році. Її автори Л.В. Занков і І.М. Соловйов вперше систематизували наукові дані про дітей з порушенням слуху [6].

Надалі проводилося різнобічне вивчення психічного розвитку осіб з порушенням слуху: виділялися групи дітей з різним ступенем порушення слуху (Р.М. Боскіс, Т.А. Власова), вивчалися закономірності психічного розвитку глухих і слабочуючих дітей (І.М. Соловйов, Ж.І. Шиф, Т.В. Розанова, Н.В. Яшкова, Т.І. Тигранова та ін.) [4].

Ці роботи уможливили розкрити особливості формування мовлення у дітей з порушенням слуху, закономірності і особливості розвитку пізнавальної діяльності залежно від різних умов навчання і виховання дитини.

Стійкі порушення або втрата слуху можуть відбуватися з різних причин. Їх можна розділити на три групи: генетичні (спадкові), вроджені та набуті.

Генетичні порушення слуху проявляються глухотою і туговухістю. Спадковою частіше є глухота. Значна кількість дітей з порушенням слуху народжується в сім'ях, де двоє або один із батьків є глухим або слабочуючим, такими можуть бути і близькі родичі. Глухота здатна передаватися як за рецесивним (тобто не в кожному поколінні), так і за доміантним типом (в кожному поколінні). Вона може бути зумовлена морфологічними змінами слухової системи, різними спадковими захворюваннями, вадами розвитку зовнішнього, середнього, внутрішнього вуха.

Вроджені порушення слухової функції можуть виникати при ендо- і екзогенних патологічних впливах на орган слуху в момент родів або в період новонародженості. Вплив патологічних чинників особливо небезпечний у період формування органу слуху (третьій, четвертий місяць вагітності). Причинами, які часто спостерігаються

є: внутрішньоутробні інфекції, особливо краснуха; токсикози першої і другої половини вагітності; такі захворювання як кір, скарлатина, грип, вірусний гепатит, вроджений сифіліс та ін.; препарати з ототоксичною дією, які приймалися матір'ю під час вагітності або новонародженими.

Слухова депривація, так само як і інші відхилення в розвитку дитини можуть виникнути в результаті родових травм, алкоголізму батьків, порушень в розвитку плода.

Набуті порушення слуху можуть бути спровоковані різноманітними причинами, одна із найбільш розповсюджених – наслідок гострого середнього отиту, використання токсичних антибіотиків, наслідок захворювань таких як менінгіт, енцефаліт, краснуха, кір, скарлатина, грип тощо. До набутих порушень також належать різні механічні травми – удари, вплив дуже сильних звукових подразників, які можуть призвести до порушень слуху.

II. Розкриваючи друге питання необхідно з'ясувати специфічні закономірності розвитку осіб з вадами слуху. Психічний розвиток дітей, які мають порушення слуху, такий як і в дітей з нормальним слухом. Але для дітей, які мають слухову депривацію характерними є специфічні закономірності розвитку.

До категорії *глухих* належать діти, які народилися з глибокими порушеннями слуху (або його відсутністю) або втратили слух у ранньому дитинстві до оволодіння мовленням і в результаті не можуть на основі свого неповноцінного слуху самостійно оволодіти мовленням.

Категорія *слабочуючі* це діти, у яких виявили порушення слуху при народженні або в ранньому дитинстві до оволодіння мовленням самостійно і які на основі неповноцінного слуху оволодівають мовленням самостійно. У таких дітей спостерігаються відмінності в галузі слухового сприйняття.

До *пізньооглухлих* належать діти, які вже оволоділи мовленням до появи глухоти.

Суттєве значення для психічного розвитку дитини має час, з якого почалося зниження слуху, і ступінь його збереженості. Виникає складна структура первинних і вторинних відхилень у психічному розвитку нечуючої дитини. Первинний симптом (порушення або відсутність слуху) призводить до вторинних відхилень – порушення в розвитку мовлення.

У зв'язку з порушенням мовленнєвого розвитку у дитини, яка

не чує виникає своєрідний розвиток усієї пізнавальної діяльності, і особливо в розвитку мислення.

III. Третє питання передбачає висвітлення когнітивного розвитку дітей з вадами слуху.

Сприйняття. Внаслідок зниження функції слухового аналізатора дитина з порушенням слуху не може повноцінно сприймати не лише звукові явища, але і мовлення людей, які її оточують, що призводить до недорозвинення мовлення самої дитини і негативно впливає на її загальний психічний розвиток.

Дослідження Соловйова показали, що порушення слухового аналізатора негативно відображаються на діяльності збережених аналізаторів. У таких дітей знижується повнота зорового сприйняття, виникають труднощі у розвитку кінестетичної чутливості і кінестезії мовленнєвих органів [6].

Зорове сприйняття дітей, що не чуять, розвивається в особливих умовах. Так, при сприйнятті зображення у глухих молодших школярів спостерігаються труднощі аналізу і розуміння взаємовідношень персонажів картини.

Порушення функції слухового аналізатора негативно впливає на діяльність рухового аналізатора в зв'язку з тим, що моторні акти формуються при взаємодії зорового, слухового, тактильного і кінестетичного аналізаторів.

Зниження об'єму словесної інформації відіграє суттєву роль у процесі формування рухів, особливо складно-координованих.

У глухих і слабочуючих дітей порушення моторики можуть мати вторинний характер із-за слабкості кінестетичних відчуттів, патології вестибулярного апарату, яка визначає недостатню рівновагу і координацію рухів. У таких дітей спостерігаються нерівномірні різкі рухи при переміщенні предметів, порушення координації.

Увага. Поряд із порушенням сприйняттям у дітей порушується увага. Об'єм уваги, розвиток її стійкості, переключення у дітей з порушенням слуху формуються у сповільненому темпі.

Відмічається тенденція до “сповільненого” входження в роботу, сповільнений темп виконання завдання, швидка втомлюваність.

Уявлення про навколишній світ є обмеженим за рахунок повного або часткового випадіння слухових уявлень, які компенсуються розвитком вібраційної чутливості і слухового сприйняття.

У дітей із недостатнім рівнем розвитку мовлення спостерігаються труднощі формування узагальнених уявлень через неповноцінне осмислення сприймаючого матеріалу, відношень і зв'язків між частинами об'єкта або між об'єктами.

Пам'ять. Діти з порушенням слуху не можуть назвати словом сприймаючі об'єкти. У школярів протягом всього періоду навчання уміння довільно оперувати образами формується з великими труднощами і залежить від об'єму і складності матеріалу, який дитина мисленнєво співсталяє.

Діти змішують схожі об'єкти. У них виникають труднощі при довільному відтворенні матеріалу, оскільки вони не повною мірою використовують прийоми опосередкованого запам'ятовування і осмислення матеріалу. Рідко користуються словесними характеристиками предметів із метою їх запам'ятовування. Часто використовують жести і умовні жестові позначення.

При запам'ятовуванні слів глухі діти відчують труднощі в утриманні в пам'яті звуко-буквенної послідовності; викривляють буквенний склад слів; уподібнюють одні слова іншими схожими за написанням; допускають заміни і перестановки букв і складів; рідко групують слова за змістом, використовують опосередковані способи запам'ятовування.

Із великими труднощами глухі діти запам'ятовують зв'язні тексти, особливо оповідання, які включають причинно-наслідкові зв'язки між подіями. На успішність запам'ятовування текстів впливає рівень оволодіння глухими дітьми граматичною структурою речення.

Мислення. Вивчення мислення дітей із порушенням слуху – найбільш розповсюджена проблема сурдопсихології (І.М. Соловійов, Т.В. Розанова, Н.В. Яшкова, Т.А. Григорєва, Л.І. Тигранова). Мислення таких дітей формується поетапно, починаючи з наочно-діяльнісного, пізніше наочно-образного і закінчуючи словесно-логічним мисленням. Розвиток мислення проходить у єдності із формуванням словесного мовлення. Мовлення виступає як форма і засіб мисленнєвої діяльності.

Для нечуючих дітей дошкільного і молодшого шкільного віку характерні труднощі використання узагальнених способів дій при розв'язуванні різних практичних задач. Схильність до стереотипних способів розв'язування.

Протягом дошкільного дитинства зберігаються способи розв'язування методом проб, які часто є недостатньо цілеспрямованими.

Своєрідність проявляється у розвитку словесно-логічного, понятійного мислення. У дітей виникають труднощі у виділенні і узагальненні суттєвих ознак, при виявленні причиново-наслідкових зв'язків між об'єктами в тексті.

Відмінності між глухими і чуючими дітьми виникають під час виконанні завдання, де потрібно зробити висновок про причину, наслідок або мету на основі співставлення даних, що містяться в оповіданні. У зв'язку з недорозвиненням мовлення спостерігається своєрідність в оволодінні поняттями різного ступеня узагальненості. Виникають труднощі в усвідомленні одних і тих самих об'єктів і включення їх у різні системи зв'язків, які відображають недостатню динамічність і гнучкість мислення дітей, які не чуять.

У глухих і слабочуючих дітей виникають труднощі у розумінні переносного значення різних образних висловів, метафор, прислів'їв, анекдотів. Для таких дітей характерним є буквальне розуміння таких висловів.

Відображення. Особливості відображення дітей з порушенням слуху обумовлені сповільненим формуванням мовлення і абстрактного мислення.

Негативно впливає на розвиток відображення збіднення сенсорного досвіду дитини у зв'язку з порушенням діяльності слухового аналізатора. У таких дітей спостерігається стереотипність, сильна прив'язаність до заданих моделей, зразків. Бідність і недостатня узагальненість уявлень призводить до того, що глухі діти дошкільного і молодшого шкільного віку повторюють в ігрових ситуаціях бачене раніше без змін.

Розвиток мовлення. Глуха дитина не може самостійно оволодіти мовленням без спеціального навчання. Словесне мовлення формується за допомогою зорового сприйняття. Мовлення сприймається за допомогою читання з губ людини, яка розмовляє. При цьому велике значення має виникнення у глухої дитини повторення мовленнєвих рухів і оживлення власних мовленнєвокінестетичних образів, а також усвідомлення сприймаючої інформації, її корекція. У слабочуючих дітей сприйняття мовлення є слухо-зоровим.

Формування звуковимовного аспекта мовлення у глухих дітей здійснюється шляхом наслідування за вчителем, батьками з опорою на зорові, тактильно-вібраційні і частково слухові сигнали.

Самостійне мовлення дітей з порушенням слуху, особливо мовлення глухих відрізняється обмеженістю словникового запасу, порушенням граматичних зв'язків між словами, наявністю

аграматизмів.

Формування членороздільної мови є однією із складних задач навчання глухих дітей. Усне мовлення дітей формується спільно з використанням дактилології. *Дактильна азбука* – це сукупність розташованих у визначеному порядку пальцевих знаків – букв, за допомогою яких можна скласти будь-яке слово.

У ранньооглухшій дитини замість словесного мовлення розвивається як потреба в спілкуванні жестове мовлення.

Жест – це рухи рук і пальців, що супроводжуються мімікою і патомімікою людини. Жестами називаються предмети, ознаки предметів, дії з ними, імітація дій.

У слабочуючих дітей сприйняття мовлення відбувається з опорою на слухове сприйняття. Вони намагаються сприймати мову за допомогою слуху, включаючи при цьому і зорове сприйняття мовлення.

IV. Обговорюючи четверте питання слід звернути увагу на розвиток особистості дітей з порушенням слуху. Глухі діти порівняно пізно дізнаються про свій дефект. Відомо, що маленькі глухі діти не здогадуються про роль слухового аналізатора в спілкуванні з тими, хто їх оточує. Лише поступово вони усвідомлюють значення слуху для пізнання навколишньої дійсності, спілкування. Перші ознаки усвідомлення свого дефекту і пов'язані з цим переживання відмічаються у віці 6 – 8 років.

Недостатня усвідомленість про різні галузі життя, труднощі отримання інформації призводять до зниження пізнавальних інтересів. Недорозвинення мовлення впливає на розуміння прочитаних текстів, що приводить до небажання дітей читати і до збіднення моральної сфери особистості.

Розвиток емоцій. Вивчаючи розвиток емоцій у дітей, які не чують, В. Петшак виявив, що вони недостатньо точно ідентифікують свої емоційні стани із назвами емоцій. Труднощі в розумінні емоційних станів є присутніми і для слабочуючих дітей (Т.М.Гроабенко). Найбільш знайомими є слова, які означають такі емоції: радість, гнів, страх; найменш знайомими є стид, зацікавлення, провина [4].

У молодших школярів із порушенням слуху самооцінка часто є неадекватною, завищеною. Їм властива некритичність, яка може зберігатися довгий час.

V. Аналізуючи п'яте питання, доцільно охарактеризувати діяльність дітей з порушенням слуху. У дітей із слуховою

депривацією є труднощі у формуванні довільних рухів через порушення слухового аналізатора, якому належить провідна роль у контролі за точністю, ритмічністю, швидкістю рухів [4].

У глухих дітей дошкільного віку, так само як і у дітей, що добре чують ведучою діяльністю є гра. Але у зв'язку з обмеженим сприйняттям світу і мовленнєвим спілкуванням, ігри глухих дошкільників затримуються на рівні предметно-процесуальних, сюжетні ігри одноманітні і прості. Переважають побутові ігри.

Затримка в розвитку мовлення, яка призводить до відставання у розвитку відображення і мислення, зумовлює перешкоди в створенні нових ігрових ситуаціях. У процесі розвитку і спеціального навчання ігрова діяльність збагачується, ускладнюються сюжетно-рольові ігри, що зберігаються і в шкільному віці, але діапазон їх розширюється.

Навчання не зразу усвідомлюється учнями з порушенням слуху як діяльність, яка необхідна для набуття знань. Переважають ігрові мотиви, бажання отримати похвалу від вчителя. Водночас простежується позитивне ставлення до навчання, яке на початку будується з опорою на предметну та ігрову діяльність. Спостерігаються труднощі у співвіднесенні мети діяльності, результатів і раціональних способів їх досягнення, може виникнути некритичність в оцінці отриманих результатів, нездатність до самостійного виконання задач. Поступово навчальна діяльність перетворюється у змістовне і цілеспрямоване набуття знань і вмінь, а також навичок спілкування.

У шкільний період починається трудове виховання і навчання школярів із порушенням слуху визначеним професіям. На цьому етапі школярі зіштовхуються з нерозумінням специфічної інформації через малий об'єм лексичного запасу, недостатність оволодіння необхідними поняттями. Одночасно потенційні можливості глухих дають їм змогу успішно освоювати різні спеціальності при правильно організованому трудовому навчанні.

VI. У шостому питанні необхідно розкрити особливості роботи психолога з дітьми з вадами слуху. Незначне погіршення слуху, яке виникло в дитини в ранньому віці, може перешкодити нормальному розвитку її мовлення, утруднити навчання в школі, істотно знизити успішність, а часом і негативно відбитися на долі дитини [7].

На жаль, незначне погіршення слуху часто лишається непоміченим, а причини незрозумілої неуспішності учня є при цьому не відомими вчителю і батькам. Тим часом подібні труднощі в навчанні можна подолати за умови поінформованості вчителя про

можливі проблеми учня, пов'язані з розладами його слуху.

Сутність аномального розвитку дитини із частковим розладом слуху полягає в тому, що його першопричина – біологічна (фізичний дефект слуху), а наслідки – соціальні (розлади у сфері спілкування, що призводять до атиповості формування психіки), до того ж головні прояви цих наслідків мають функціональний характер (недорозвинення мовлення, особливості мислення, пам'яті, уваги, сприйняття, уявлень).

Класифікація видів шкіл для дітей із розладами слуху

Зниження слуху, дБ	Вид школи
35 – 40	Нормальна школа без слухових апаратів, перша парта
40 – 60	Нормальна школа з уживанням слухових апаратів
60 – 90	Школа для дітей, які поганочують, з уживанням слухових апаратів
Понад 90	Школа для глухих

Визначення рівня сприйняття розмовної мови та шепотіння

Відстань, із якої сприймається		Втрата слуху, дБ
Розмовне	Шепотіння	
Норма	Норма	До 35
4 – 5	0,5 – 0,8	35
2 – 4	0,25 – 0,5	35 – 45
1 – 2	0,25 – 0,5	45 – 50
0,25 – 1	Біля вушної	50 – 60
Біля вушної	Не чує	65

Головна проблема, з якою стикається дитина, що має розлади слуху, – це, безумовно, дефекти мовлення, до яких належать [7]:

- 1) недоліки вимови;
- 2) обмежений запас слів;
- 3) недостатнє засвоєння звукового складу слова, що виражається не лише у неточностях вимови, але й у

помилковому написанні слів;

4) неточне розуміння й неправильне вживання слів;

5) недоліки граматичного ладу мови (неправильна побудова речень,

узгодження слів усередині речень);

6) обмежене розуміння усного мовлення;

7) обмежене розуміння тексту, що читається.

Наслідком таких відхилень у розвитку мовлення є такі труднощі в шкільному навчанні:

- утруднене засвоєння початкової грамоти (письма й читання);
- специфічні помилки в диктанті й самостійному письмі;
- труднощі розуміння пояснень учителя;
- утруднення під час користування підручником унаслідок недостатнього розуміння тексту, що читається.

Практика свідчить, що одні учні слабо встигають за відносно збереженого слуху, а інші чудово вчаться за тяжкого ураження слуху. Така невідповідність між успішністю і ступенем погіршення слуху в учнів, які слабо чують, часто є приводом до прикрих непорозумінь. Автори намагаються пояснити це явище по-різному. Одні відзначають роль старанності, інші припускають недостатню здатність учня до напруженої інтелектуальної роботи, треті говорять про особливу роль здібностей до читання за губами.

Дотепер уважалося, що заходи щодо надання допомоги дитині, яка слабочує, у масовій школі обмежуються поліпшенням умов сприйняття мовлення інших. Для цього зазвичай рекомендували:

1) навчання читання за губами;

2) забезпечення учня звукопідсилювальними апаратами.

Рекомендації щодо вживання цих заходів зумовлене припущенням, що єдиною перешкодою до успішного навчання дітей, які слабо чують, є утруднене сприйняття мовлення вчителя, однак при цьому не враховуються відхилення в розвитку мовлення цих дітей. Водночас дослідження психологів показали, що зазвичай погано навчаються ті діти з погіршеним слухом, у яких тією чи тією мірою постраждав розвиток мовлення. З огляду на це дітей було поділено на дві групи:

1) зі слабким слухом, що мають розвинене мовлення з незначними недоліками;

2) з погіршеним слухом і глибоким мовленнєвим недорозвиненням.

Психолог у процесі індивідуального спілкування з такими дітьми зобов'язаний:

- 1) знати рівень слухової чутливості кожного вуха в дитини (для того щоб перебувати з боку вуха з меншою втратою слуху);
- 2) розташовуватися відносно дитини так, щоб учень бачив губи психолога, адже такі діти добре “зчитують” із губ, що дає їм можливість розв’язувати деякі проблеми;
- 3) давати експериментальні завдання також у письмовій формі;
- 4) з огляду на те, що в дітей зі зниженою слуховою чутливістю наявні проблеми з розумінням значень деяких слів і фраз, має уточнювати, чи правильно розуміє випробуваний запропоноване завдання.

Робота психологів із дітьми, які мають знижену слухову чутливість, має відбуватися за такими напрямками:

- вивчення особливостей розвитку окремих видів пізнавальної діяльності особистості (використовуються ті самі методики, що й у роботі з дітьми без будь-яких розладів);
- розроблення методів психодіагностики й психокорекції відповідних розладів;
- вивчення проблем інтегрованого навчання та інтеграції дітей з розладами слуху в суспільство;
- удосконалення системи педагогічної роботи, спрямованої на соціальне адаптування й соціально-професійну реабілітацію дітей із розладами слуху.

Схема вивчення дітей, які мають вади слуху [7]

Прізвище, ім’я дитини _____ вік _____

Характеристика станів слуху:

- 1) ступінь втрати слуху: глухота, часткова втрата (використати дані з медичної документації) _____
- 2) вік, у якому відбулося погіршення слуху: уроджений розлад слуху, рання втрата слуху (у віці до 3 років), розлад слуху в більш пізньому віці (підкреслити);
- 3) причини, що призвели до цього розладу _____
- 4) наявність або відсутність у родині осіб із розладами слуху _____

Рівень розвитку рухової сфери:

- 1) особливості пантоміміки (постава, хода, індивідуальні пози)
- 2) особливості міміки (загальний вираз обличчя, виразність мімічних

рухів, характер природних жестів) _____

3) координація рухів (великих і дрібних) _____

4) можливості збереження статистичної й динамічної рівноваги _____

Рівень розвитку пізнавальної сфери:

1) рівень розвитку різних видів сприйняття; аналіз і синтез у процесі зорового сприйняття _____

2) співвідношення в розвитку різних видів пам'яті (образної та словесної), різних способів запам'ятовування матеріалу (механічного й логічного) _____

3) мислення: види мислення, їхня відповідність віковим нормам; характеристика рівня узагальнень; ступінь розвитку розумових операцій _____

4) розвиток мовлення: види мовлення, якими володіє й користується дитина (словесно-усна, письмова, тактильна, жестова); стан навички читання за губами; індивідуальні особливості; аграматизми; обсяг словника (активного й пасивного); співвідношення різних видів мовлення; ситуації, у яких використовуються різні види мовлення _____

5) взаємозв'язки в розвитку пізнавальних процесів; співвідношення в розвитку мислення й мовлення _____

Особливості провідної діяльності (залежно від віку) _____

Особливості розвитку особистості _____

Реакції на різні види впливів (заохочення, покарання, оцінка) _____

Емоційні стани. Особливості зовнішніх виражень емоцій. Розуміння емоцій інших людей

Самооцінка (ступінь її адекватності й стійкості, причини, під впливом яких змінюється) _____

Запитання для перевірки та самоконтролю

1. Назвіть основні завдання та особливості психолого-педагогічного вивчення дітей різного віку з порушеннями слуху.

2. Які методи використовуються при обстеженні дітей з порушеннями слуху?

3. Підберіть методики для обстеження рівня розвитку зорового сприйняття дітей з порушеннями слуху.

4. Як можна провести перевірку можливостей слухового сприймання мови у дитини молодшого шкільного віку з порушеним слухом?

5. Сформулюйте основні вимоги до складання психолого-педагогічної характеристики за результатами обстеження дитини з порушеннями слуху.

Рекомендована література

1. Жестова мова і сучасність: збірник наукових праць – Вип. 1 – К. : Інститут спеціальної педагогіки НАПНУ, 2006. – 176 с.

2. Ілляшенко Т. Д. Чому їм важко вчитися: діагностика і корекція труднощів у навчанні молодших школярів / Т.Д. Ілляшенко – К. : Початкова школа, 2003.

3. Інклюзивна освіта. Підтримка розмаїття у класі : практич. посіб. / Тім Лорман, Джоан Демпелер, Девід Харві / пер. з англ. – К. : СПД-ФО, 2010. – 296 с.

4. Обухівська А.Г. Психологу про дітей з особливими потребами у загальноосвітній школі / А. Обухівська, Т. Ілляшенко, Т. Жук. – К. : Редакції загальнопед. газет, 2012. – 128 с. (Бібліотека “Шкільного світу”)

5. Специальная психология : учеб. пособие [для студ. высш. пед. учеб. заведений] / В.И. Лубовский, Т.В. Розанова, Л.И. Солнцева и др. / под ред. В.И. Лубовского. – 2-е изд., испр. – М. : Издательский центр “Академия”, 2005. – 464 с.

6. Сучасні технічні засоби реабілітації й навчання дітей з вадами слуху та мовлення : наук.-метод. посіб. / за ред. Б.С. Мороза, К. В. Луцько – К. : НВП ВАБОС, 2003.

7. Туріщева Л.В. Діти з особливостями розвитку в звичайній школі / Л.В.Туріщева – Х. : Вид. група “Основа”, 2011. – 111 с. – (Серія “Психологічна служба школи”).

Психологічне вивчення та діагностика осіб з вадами зору

План

1. Види порушень зору у дітей.
2. Особливості розвитку та навчання незрячих дітей.
3. Особливості розвитку та навчання дітей, які слабо бачать.
4. Проблеми розвитку особистості дитини з порушенням зору.
5. Робота з дітьми з розладами зору.

Концептуальний виклад та методичні поради

I. У межах першого запитання необхідно розкрити види порушень зору у дітей. Найбільшу кількість інформації про зовнішній світ людина отримує через зір. Він є джерелом для формування уявлень про реально існуючі предмети та явища. Споглядаючи різноманітні об'єкти зовнішнього світу, людина дізнається про їхні істотні ознаки та властивості: світло, колір, розмір, форму, об'єм. Завдяки зору вона навчається орієнтуватися в просторі, відчувати його протяжність і глибину, спостерігати складні зміни в природі.

Особливо цінним є візуальне сприймання людьми одне одного, у процесі якого встановлюється контакт дитини з найближчим колом дорослих. На основі взаємодії між ними формуються стосунки, що стають основою спілкування та становлення особистості дитини.

Порушення зору диференціюють з урахуванням багатьох чинників, що впливають на стан і особливості порушеної зорової функції у дітей: характеру хворобливого чинника, ураженої ділянки зорового аналізатора, здатності та особливостей кольоророзрізнення; за ступенем вираженості (гостроти зору), часу виникнення та стійкості порушення [2].

Порушення кольоророзрізнення:

1) *ахромазія* – повна кольорова сліпота, при якій всі кольори видаються сірими;

2) часткове порушення кольоророзрізнення (кольорова сліпота), що виявляється у нездатності розрізняти відтінки червоних і зелених кольорів; усі кольори сприймаються лише в двох тонах – жовтому та блакитному, іноді в червоному та зеленому;

3) часткове порушення кольоророзрізнення відтінків синьо-фіолетового спектру; ці кольори сприймаються як червоний і блакитно-зелений тон.

Визначальне значення для психічного розвитку має *міра втрати зорової функції*, тобто повна її відсутність чи часткова. Відповідно до цього діти з порушеннями зорового сприймання мають різний стан і поділяються на дві групи: *сліпих і слабозорих* або, як зараз частіше говорять, *незрячих та зі зниженим зором*.

До категорії незрячих відносять дітей із гостротою зору від 0 до

0,04 %. Такі діти або зовсім не мають зорових відчуттів, унаслідок чого вони втрачають здатність до світловідчуття та кольоророзрізнення, або в них зберігається відчуття світла чи незначний залишковий зір. При цьому виділяють різні стани, які називають абсолютна сліпота та часткова сліпота.

Абсолютна (тотальна) сліпота – відсутність зорової чутливості, гострота зору дорівнює “0” або є незначне світловідчуття. До категорії тотально сліпих також належать діти із різким звуженням поля зору. Частка незрячих дітей із абсолютною сліпотою порівняно невелика: 4 – 10 %.

Часткова або парціальна (практична) сліпота – гострота зору дорівнює від 0,01 до 0,4 на оці, яке краще бачить, з оптичною корекцією; дитина має збережений зір, який ще називають залишковим, при якому вона здатна розрізняти форми, контури, силуети, відрізняти світло і темряву, порахувати пальці на руках, піднісши їх безпосередньо до очей.

Такий зір є недостатнім для здійснення звичайних життєвих функцій. Тому в цьому випадку говорять ще про *практичну сліпоту*. Для названих видів сліпоти є спільним те, що глибоко порушена система зорового сприймання позначається на самостійній життєдіяльності дітей і викликає безпорадність.

Відчутно більшу за кількістю групу представляють діти зі *зниженим (слабким) зором або слабозорі* (таких дітей у 5 – 7 разів більше, ніж незрячих). До цієї групи належать діти з гостротою зору від 0,05 до 0,4 (за допомогою звичайних засобів корекції – окулярів) або зі звуженням поля зору до 20 градусів від точки фіксації. Порушення зорової функції цих дітей виявляється у зниженні здатності зорового сприймання.

У межах своєї групи слабозорі діти поділяються на *три підгрупи* за ступенем зорових порушень і способами сприймання навчального матеріалу.

1. Із гостротою зору від 0,05 до 0,09 з корекцією окулярами на кращому оці. Зазвичай, у таких дітей мають місце складні порушення зорових функцій. Зір нестійкий, погіршується за несприятливих умов.

2. Із гостротою зору від 0,1 до 0,3 – 0,4 з корекцією на кращому оці оптичними скельцями. Такі діти вільно читають і пишуть завдяки зору, зорово сприймають предмети, дії, орієнтуються у просторі. За належних умов можуть навчатися в загальноосвітній школі.

3. З гостротою зору 0,4 – 0,5 і вище з корекцією оптичними

скельцями. Якщо у таких дітей немає інших порушень психофізичного розвитку, то вони зазвичай є учнями загальноосвітньої школи.

Порушення функцій зорового аналізатора можуть виникати як у період внутрішньоутробного розвитку, так і після народження. У зв'язку з цим виділяються три категорії дітей із порушеннями зору: *сліпонароджені, раноосліплі, осліплі після трьох років*. Така диференціація ґрунтується на тому, що *час втрати зору має* велике значення для розвитку дитини. Наприклад, сліпонароджені й ті, хто втратив зір до трьох років, не мають у пам'яті зорових образів, якими різною мірою і в різному обсязі – володіють осліплі. Цей факт позначається згодом на виникненні в них нових уявлень.

На відміну від сліпонароджених, *діти, які осліпли* після певного періоду нормального розвитку, зберігають зорові уявлення, сформовані в них раніше. Такі залишки попередніх уявлень залишаються у свідомості дитини завдяки образній пам'яті та відіграють важливу роль у відновленні образів предметів і явищ при сприйманні та їхніх словесних описів. Ступінь збереження образів залежить від віку, в якому настала сліпота. Що пізніше виникла вада зору, то багатший у дитини запас попередніх образів.

У педагогічній роботі з такими дітьми значні зусилля спрямовують на збереження наявного у них запасу уявлень та їх поповнення і уточнення. Успіх такої роботи залежить від організації пізнавальної діяльності. При цьому великого значення набуває попередження вторинних ускладнень розвитку, формування та стимуляція компенсаторних процесів.

У переважній більшості (85 – 90 %) тяжка патологія очей у дітей є *вродженою*, зумовленою генетичними та різними шкідливими факторами. Останнім часом встановлено високий ризик виникнення порушень зору в дітей через недоношеність.

Для процесу навчання і виховання дітей із порушеннями зору дуже важливо *розрізняти прогресуючі та стаціонарні зорові порушення*. Так, для прогресуючих форм порушень характерне поступове погіршення функцій зору, зумовлене перебігом патологічного процесу. До стаціонарних захворювань зорового аналізатора належать насамперед вроджені його вади. Причиною стаціонарних захворювань є хвороби, які заподіяли шкоду зоровій функції, але сам хворобливий процес припинився і подальшого зниження зору не відбувається.

II. Вивчаючи друге питання, слід проаналізувати особливості розвитку та навчання незрячих дітей. Часткова або повна втрата зору

відображається на розвитку психічної діяльності, формуючи її своєрідність. Так, у незрячих від народження дітей спостерігається загальне зниження активності, яке викликає малорухливість, стримує фізичний розвиток дитини, впливає на поставу. Зменшена кількість просторових ознак не дає дитині можливості вільно пересуватися. У неї затримується навіть період повзання. Незряча дитина починає повзати вперед ніжками, оскільки боїться болісних зіткнень із предметами. Ходити вона починає значно пізніше. У незрячої дитини не виникає вчасно рефлексу “Що це?”. Так стримується розвиток пошуково-дослідницької діяльності, а відтак – і предметно-практичної. Як наслідок, недостатньо розвивається потреба у спілкуванні, на три – чотири роки затримується розвиток мовлення.

Але найбільш відчутні особливості розвитку психіки при глибоких порушеннях зору у сфері чуттєвого пізнання. Ці особливості виявляються у порушеннях зорових відчуттів і сприймання. Уявлення незрячих дітей про навколишній світ збіднені кількісно та якісно. Для них характерна своєрідна орієнтувальна реакція на звук. Якщо в нормі ця реакція поступово згасає, то в незрячих зберігає своє значення і навіть посилюється, перетворюючись на основний фактор орієнтування.

Дослідники особливостей психіки незрячих дітей стверджують, що розвиток вищих пізнавальних процесів (уваги, логічного мислення, мислення, пам'яті, мовлення) у них відбувається нормально. Водночас через порушення взаємодії чуттєвих та інтелектуальних функцій виникає своєрідність мисленнєвої діяльності, що характеризується *переважанням розвитку абстрактного мислення*. Діти легше накопичують словесні (абстрактні) знання, ніж конкретні уявлення, легше засвоюють абстрактні поняття, ніж слова з конкретним значенням, легко вивчають напам'ять довгі вірші, слова пісень, знають багато різних цікавих фактів із різних галузей науки і охоче беруть участь у вікторинах, пізнавальних радіопередачах [3].

Незряча дитина має всі можливості для високого рівня психофізичного розвитку та повноцінного пізнання навколишнього світу з опорою на збережені аналізаторні системи. Утрачені функції зорового аналізатора компенсуються у неї за рахунок активної діяльності збережених органів. Завдяки активному використанню прийомів і способів слухового, шкірного, нюхового, вібраційного та інших аналізаторів як сенсорної основи розвитку психічних процесів, відбувається формування обхідних шляхів у

компенсаторній перебудові сприймання.

З'являються *нові способи сприймання та аналізу дійсності*. Замість зорових подразників використовуються сигнали у вигляді звуків, тонів, ритмів, інтервалів, стають інформативними теплові відчуття (шосте чуття), загострюються тактильні. Вони й стають новими орієнтирами навколишнього середовища. Загострюється пам'ять, формується концентрована слухова увага, диференціюються дотикові відчуття. Тактильне сприймання забезпечує отримання комплексу різноманітних відчуттів (дотик, тиск, рух, тепло, холод, біль, фактура матеріалу тощо), які допомагають без участі зору визначити форму, розмір, встановлювати пропорційні відношення. Різноманітні відчуття, що сприймаються нервовими закінченнями шкіри та слизових оболонок, навчають незрячих "бачити" руками й пальцями. Неоціненну роль у компенсації сліпоти має слухове сприймання та голосові реакції під час ознайомлення з предметами. За допомогою звуків незрячі та діти зі зниженим зором можуть визначати предметні й просторові властивості дійсності.

Відомо, що незрячі із залишковим зором можуть навчатися тільки з використанням рельєфно-крапкового шрифту та навчально-наочних посібників у рельєфному виконанні. Тому сліпі діти нечасто потрапляють до загальноосвітніх шкіл, вони навчаються у спеціальних школах, де навчання базується на розвитку в дітей особливих здібностей, широко використовуються спеціальні навчальні посібники, розраховані на дотикове сприймання: рельєфні глобуси, карти, малюнки, натуральні моделі та муляжі. Навчання грамоти також здійснюється на основі дотику. Сліпі читають і пишуть за допомогою спеціального рельєфно-крапкового шрифту Брайля. Завдяки спеціальному навчанню, сліпі здобувають середню освіту та певну професію, а дехто з них закінчує вищі навчальні заклади.

Надзвичайно велике значення для розвитку дитини має *залишковий зір*.

Успіхи компенсації багато в чому залежать від збереженості залишкового зору. Тому навіть найнезначніші залишки зору важливі для розвитку орієнтування в просторі та пізнавальної діяльності незрячої дитини. Наявність залишкового зору дуже важлива для просторової та соціально-побутової орієнтації дитини, для її культурного розвитку.

Тому педагоги, які працюють з незрячими дітьми, мають досконало знати не лише гостроту зору дитини, але й мати знання

про особливості зорового сприймання учнів при різних очних захворюваннях, чіткі уявлення, за яких умов можна використовувати наявний зір, особливо якщо в дитини зір розвинутий у межах від світловідчуття до 0,04 або є залишковий від 0,05 до 0,08.

Так, при гостроті зору 0,001 – 0,01 діти здатні розрізняти на відстані 50 см від ока форму, колір і рух предметів, можуть вільно орієнтуватися в знайомому мікропросторі (клас, спальня, школа, квартира, дім).

При гостроті зору 0,01 – 0,04 діти бачать розмір, форму, колір і рух великих предметів вже на відстані 2 м. від ока. Можуть вільно орієнтуватися у незнайомому мікропросторі.

У роботі з цими дітьми можна успішно використовувати залишковий зір, але слід уникати тривалого зорового напруження. Залишковий зір можна використовувати в праці із самообслуговування (застилання ліжок, дрібний ремонт одягу, прасування, чищення взуття тощо); в суспільно-корисній праці (на території, дрібний ремонт меблів тощо); у виконанні громадських обов'язків (робота в органах учнівського самоуправління, чергування у школі, в їдальні, шефство над молодшими тощо). Залишковий зір є важливим засобом орієнтування в ігровій діяльності, спортивних змаганнях.

Обережно потрібно використовувати залишковий зір дітей під час самопідготовки, пам'ятаючи, що діти із залишковим зором, які навчаються за системою Брайля, можуть виконувати безперервну зорову роботу 1 – 2 рази по 5 хвилин за урок. Більш тривале його використання в навчальній діяльності може негативно позначитися на працездатності учня, а в багатьох випадках – призвести до погіршення зору.

Можна дозволяти дітям з гостротою зору 0,01 – 0,04 протягом короткого проміжку часу розглядати малюнки та читати невеликі тексти, виконані збільшеним шрифтом. Водночас необхідно категорично забороняти читати очима рельєфно-крапковий шрифт.

Розумне використання залишкового зору незрячими учнями не тільки сприяє розширенню їхніх пізнавальних інтересів, а й стає важливим засобом виховного впливу. Усвідомлення ними своїх зорових можливостей, надія на поліпшення зору в майбутньому позитивно позначається на формуванні особистості загалом.

III. У третьому питанні необхідно розкрити особливості розвитку та навчання слабозорих дітей. Особливості розвитку дітей зі зниженим зором або слабозорих пов'язані передусім з тим, що

вони, на відміну від сліпих, мають можливість використовувати з метою сприймання предметів і явищ навколишнього та просторової орієнтації наявний (хоч і порушений) зір, який залишається у них *провідним аналізатором* під час засвоєння знань. Проте їхнє зорове сприймання збережене лише частково та є не зовсім повноцінним.

Зоровий дефект при слабозорості певною мірою ускладнює і процес просторової орієнтації. При цьому слід мати на увазі, що недоліки зорової функції у дітей зі зниженим зором не просто кількісно знижують запас вражень, а й викликають якісну особливість образних уявлень, що пов'язано зі специфікою зорового відображення дійсності за різних форм слабозорості. На цій основі у дітей із частковим порушенням зору може бути не лише обмежений запас уявлень, а й перекручені уявлення.

Педагогам слід пам'ятати, що під час роботи, що потребує зорового напруження, слабозорі діти дуже швидко втомлюються, зір при цьому погіршується. Зорова втома викликає зниження працездатності – як розумової, так і фізичної. Ось чому при навчанні у загальноосвітній школі у слабозорі дитини темп роботи швидко відстає від темпу роботи інших дітей, а це призводить до невстигання або ж дитина вчиться гірше своїх можливостей. Якщо не враховуються особливості цих дітей, то в навчальному процесі вони відчують дискомфорт, стають дратівливими, виявляють негативізм, відокремлюються від колективу.

Навчання таких дітей мусить передбачати створення належних умов, які б максимально сприяли насамперед збереженню слабкого зору, полегшенню зорового сприймання і водночас запобігали надмірній втомі. Такі діти потребують індивідуального підходу, *застосування спеціальних прийомів і методів роботи*, оригінальних підручників, наочних посібників, використання тифлотехніки. Для них використовуються спеціальні підручники з крупним шрифтом, зошити зі спеціальною чіткою розлінівкою, спеціальні навчально-наочні посібники.

Уповільнений темп навчальних занять, які потребують участі зору, використання спеціальних наочних посібників, доступних сприйманню зі слабким зором, широке використання індивідуальних форм роботи сприяє тому, що діти з ослабленим зором успішно вчаться, набувають загальної освіти, доступних їм професій і успішно працюють на підприємствах. Дехто з них здобуває і вищу освіту.

Отже, робота педагога з дітьми, які мають порушення зору, вимагає володіння широким аспектом спеціальних знань у галузі

тифлопедагогіки та психології. Навчання і виховання їх є успішним, якщо враховують загальні та специфічні особливості їхнього розвитку, використовують всі збережені можливості. Тепер для навчання таких дітей розроблені диференційовані навчальні плани та програми, які передбачають збільшення терміну навчання, відбір змісту навчального матеріалу з урахуванням і загальних освітніх, і спеціальних корекційних завдань. Окрім того процес навчання таких дітей вимагає спеціального оформлення навчальних класів і кабінетів, створення і жорсткого дотримання санітарно-гігієнічних умов, використання тифлотехнічних пристроїв, рельєфно-графічних посібників (для незрячих) та плоского шрифту. Серйозну увагу в навчальному процесі таких дітей приділяють організації медичного супроводу для здійснення лікувально-відновлювальних заходів, соціально-трудової адаптації та самореалізації у майбутньому.

Особливо важливе значення має правильно організоване виховання та навчання дітей із порушеннями зору в дошкільний період і в початковій школі. Саме в ці періоди закладаються передумови становлення особистості, цілісного розвитку потенційних можливостей дитини, лікування, гігієни та охорони зору, формування бажання та вміння навчатися.

IV. У четвертому питанні слід проаналізувати проблеми розвитку дитини з порушеннями зору. Порушення зору позначається не лише на своєрідності пізнавальної сфери дитини, але й на формуванні її особистості, виникненні в неї специфічних особливостей і проблем. Подолати ці проблеми можна шляхом тривалої, цілеспрямованої корекційної роботи, яку проводять педагоги та практичні психологи у взаємодії з родиною дитини. Корекційна робота передбачає реалізацію потенційних можливостей у кількох напрямках [2].

По-перше, корекція спрямовується на подолання вторинних ознак сенсорного порушення. Результатом її є формування вищих психічних функцій: аналізуючого цілеспрямованого сприймання, логічного мислення, відтворювальної та творчої уяви, довільного запам'ятовування, адекватного мовленнєвого відображення дійсності тощо.

По-друге, корекційно-педагогічна робота спрямовується на формування позитивних якостей особистості, які тією чи тією мірою компенсують недолік.

По-третє, створюються оптимальні умови для формування та налагодження адекватних суспільних зв'язків і взаємин із оточенням

для забезпечення соціальної адаптації особистості.

Формування особистості дитини з порушеним зором перебігає за тими ж закономірностями, що й зрячої. Головними її складовими є мотиви, потреби, життєві плани, ставлення, самосвідомість.

Дослідники особистості дітей з порушеннями зору стверджують, що зменшення зовнішніх (зорових) стимулів значно обмежує задоволення потреб дитини в пізнавальній діяльності, знижує загальну пізнавальну активність, при цьому звужується коло мотивів дій і діяльності загалом. Проте зберігається природне прагнення особистості до самостійності, незалежності, повноцінності, яке викликає в сильних натур мотивацію досягнення та боротьби з труднощами. Ці діти активні, рідше входять у депресію та бездіяльні стани, швидше адаптуються до порушень зору.

І навпаки, у слабких порушення зору викликає мотивацію уникнення труднощів і заглиблення в себе, яка стає домінуючою у діях і поведінці. Вони переживають свої проблеми пасивно-страждально. Поступово в них формується усвідомлення власної неповноцінності, залежності від порушення зору.

Тим часом позитивний результат при компенсації сліпоті не завжди можливий, трапляються і невдачі. У таких випадках виникає асоціальна поведінка, невроз, заглиблення у хворобу або псевдокомпенсація (удавано пристосувальні, шкідливі утворення як реакція на небажані стосунки з реальністю, наприклад завищена самооцінка у сліпого, який майже нічого не вміє робити самостійно).

Завдання спеціального педагога та психолога полягає в тому, щоб у навчально-виховному процесі сприяти підвищенню самооцінки таких дітей, розвитку в них почуття впевненості у своїх силах, прагнення до самостійності.

Неадаптованість незрячих і дітей з ослабленим зором до суспільного життя в багатьох випадках пов'язана зі зниженням вольових зусиль до подолання труднощів. У зв'язку з цим перед педагогами та практичним психологом стоїть завдання: постійно й у будь-якій діяльності створювати умови для вироблення у дітей широкого спектру позитивних реакцій на події, які викликають бажання брати в них активну участь; формувати й підтримувати інтерес до самостійної активності; вчасно надавати дитині можливість виявити самостійність.

Основою мотивів діяльності є потреби дитини. Сучасна тифлологія доводить, що формування потреб визначається не соматичним станом людини, тобто не тим, зряча вона чи сліпа.

Потреби визначаються умовами, в яких живе дитина. Що повніше та різноманітніше задовольняються потреби, то швидше й краще вони розвиваються. При порушеннях зору часто складаються умови, за яких задоволення елементарних біологічних потреб нічим не ускладнюється, а задоволення соціальних, духовних, пов'язаних із суспільною та пізнавальною діяльністю, навпаки, ускладнене [3].

Пізнавальні, моральні, естетичні потреби у сліпих і слабозрячих обмежуються внаслідок зменшення візуального сприймання навколишнього світу. Так, на розвиткові пізнавальних потреб, які є основою розумового виховання, позначаються особливості їхнього мисленнєвого розвитку. Своєрідність наочно-дієвого мислення зумовлює специфіку розуміння конкретних явищ дійсності, пов'язаних із візуальним сприйманням.

На відміну від зрячих дітей у сліпих і слабозорих розвиток моральних потреб у процесі виховання має певні труднощі, пов'язані з тим, що діти уповільнено набувають суспільного досвіду.

У підлітковому віці виникають гострі психологічні проблеми у зв'язку з деформацією суб'єктивного образу світу. Зоровий дефект руйнує саме уявлення підлітка про життя та його цінність, про свою цінність і життєздатність. У підлітка немає впевненості, що він є цінною й життєздатною частиною буття. Він відчуває себе не таким, як усі інші, не вартим любові. Нерідко це сполучається з уявленнями про себе як про "слабку істоту", що не здатна змінити свою життєву ситуацію. Це супроводжується невпевненістю у своїй силі, безпорадністю. Можливий інший варіант: підліток зовні здається сильним, але за цією "бронєю" – глибинний страх і те ж почуття безпорадності, ускладнене відчуженням від людей, прагненням любові й тепла. Такі підлітки мають труднощі з формуванням самоповаги, самосприйняття і довіри до себе.

Усі ці особливості суб'єктивного образу світу дітей із порушеннями зору визначають завдання й психологічний зміст роботи з ними. Необхідна тривала реабілітаційна робота, відновлення цілісного й упорядкованого суб'єктивного образу світу особистості. Слід допомогти дитині відновити зв'язки з самим собою й іншими людьми, поживати життєві резерви, знайти майбутнє й себе у ньому, освоїти продуктивні способи поведінки в кризових ситуаціях.

Мета психологічного супроводу упродовж усього процесу навчання – створення умов для успішного розвитку індивідуальності, здібностей, самореалізації, успішної соціальної адаптації.

Інтеграція дітей із порушеннями зору в загальноосвітній школі становить складну проблему. Її позитивне розв'язання дуже бажане, оскільки як незряча, так і слабозора дитина, маючи потенційні можливості повноцінного розвитку як особистість, громадянин, потребує якомога ширших контактів із навколишнім світом. Водночас саме лише перебування у широкому соціумі без спеціальної педагогічної роботи, спрямованої на введення дитини в предметний світ і світ людських стосунків, ще не розв'язує проблеми. Тому дуже важливим є ранній початок спеціальної педагогічної роботи як у дошкільному навчальному закладі, так і в сім'ї. Це значно полегшить перехід дитини до шкільного навчання. Окрім того, діти з ослабленим зором, і з небезпекою його погіршення у несприятливих умовах, потребують дбайливого дотримання охоронного режиму та лікарського контролю, що необхідно забезпечити в інклюзивному класі загальноосвітньої школи. Без забезпечення всіх умов, необхідних дитині з проблемами зору, форсована інтеграція в загальноосвітньому просторі може завдати непоправної шкоди її зору, а отже – і формуванню особистості загалом.

Отже, з одного боку, потрібна ретельна робота з батьками, підготовка їх до свідомого вибору найсприятливіших умов для навчання та розвитку їхньої дитини, а з другого, перш ніж інклюзувати дитину в загальноосвітній клас, необхідно забезпечити їй усі умови для охорони зору та будувати навчальний процес відповідно до її особливих освітніх потреб.

V. Вивчаючи п'яте питання, необхідно розкрити особливості роботи психолога з дітьми з розладами зору. Значна кількість дітей, які погано бачать, наразі навчається у масових школах зі школярами, які бачать нормально. Природно, що в масовій школі не можна цілком відтворити ті специфічні умови, що існують у спеціальних школах, тому в разі навчання цих дітей учителі нерідко стикаються з труднощами, які посилюються незнанням характеру і структури зорових дефектів, своєрідності психічного й фізичного розвитку в разі поганого зору. Через це, такі діти не завжди отримують своєчасну допомогу. Щоб запобігти труднощам у навчанні й неуспішності дітей зі слабким зором, учитель має добре знати їх. Слід відзначити, що серед дітей, які погано бачать, але навчаються в масовій школі, іноді трапляються учні, у яких поганий зір поєднується з іншими розладами центральної нервової системи. До них належать діти:

- з недорозвиненням сенсорних функцій слуху, тактильними

функціями тощо;

- з розладами мовлення, що виникли в результаті перенесених органічних захворювань центральної нервової системи;
- з розладами рухових функцій, пов'язаними з ураженнями опорно-рухового апарату;
- розумово відсталі, у яких погіршення зору зумовлене вродженими або набутими формами захворювань нервової системи;
- з розладами емоційно-вольової сфери й поведінки.

Проаналізуємо особливості психічних процесів у школярів зі слабким зором [4].

Мислення. Діти зі слабким зором здійснюють, ті самі розумові операції, що і школярі, які бачать нормально. Водночас слід відзначити, що в разі розладів зору в дітей більш уповільнено, фрагментарно протікає сприйняття аналізу. Це ускладнює розвиток у таких дітей образного мислення. У разі розладу зору не вловлюється багато світлових і просторових ознак подібності й відмінностей. Розумові операції порівняння такі діти нерідко здійснюють за обмеженою кількістю ознак, що іноді ускладнює узагальнення. Найбільші труднощі в школярів зі слабким зором виникають під час оцінювання просторових зв'язків між предметами. Тому під час навчання слід звертати увагу на формування просторових уявлень, мовлення й технічного мислення учнів. Під час вивчення літератури учні з розладами зору можуть широко користуватися порівняннями, метафорами, образними висловами. У разі розладів зору, не страждають розумові операції абстрагування. Нерідко серед учнів зі слабким зором трапляються діти з тимчасовою затримкою психічного розвитку. Сповільненість темпів психічного розвитку в таких дітей зазвичай зумовлена іншими, не специфічними для слабого зору, розладами центральної нервової системи. Діти зі слабким зором і тимчасовою затримкою психічного розвитку мають значні труднощі зі здійсненням порівняння, систематизації, узагальнення тощо. У зв'язку з цим такі учні не завжди справляються з програмовим матеріалом, особливо з опануванням теоретичних знань із математики, фізики, біології. Зокрема, школярі з розладами зору з тимчасовими затримками психічного розвитку зазнають труднощів під час користування системою умовних позначок (у математиці, хімії, фізиці та ін.).

Аналіз розв'язання задач дітьми зі слабким зором показує, що якщо вони усвідомили значеннєвий і конкретний зміст умови, то їхні міркування не відрізняються від таких у школярів, які бачать

нормально, вони успішно здійснюють індуктивні й дедуктивні умовиводи.

Увага в дітей зі слабким зором за своєю структурою, видами й формами має ту саму основу, що в дітей, які бачать нормально. Головні функції всіх трьох видів уваги залишаються збереженими. Якісні відмінності можуть виявлятися в школярів зі слабким зором за рахунок зорового сприйняття. Однак у дітей із розладами зору увага компенсується широкими можливостями інших аналізаторів. У разі дефектів зору головною умовою розвитку уваги є активна участь дітей у будь-якому виді діяльності (ігровому, навчальному, трудовому, розумовому та ін.). Лише в діяльності розвивається здатність до мимовільної, довільної та післядовільної уваги. Саме в діяльності дитина, яка погано бачить, формує адекватне відображення справжнього світу, довільно або мимовільно зосереджуючи й націлюючи увагу на усвідомлення об'єкта реального світу й формування своєї свідомості [4].

Пам'ять. Серед психологів панують дві думки про особливості розвитку пам'яті дітей зі слабким зором. Відповідно до першої – пам'ять у таких школярів розвивається більш інтенсивно, ніж у дітей із нормальним зором. Пояснювалося це як додатковим вивільненням “специфічної енергії” зорового аналізатора, спрямованого на збереження психічних процесів, так і результатом мнемічних вправ. Відповідно до другої думки, не існує істотних відмінностей від пам'яті учнів, які бачать нормально.

Уява. Розлади зору певною мірою обмежують можливості розвитку творчої уяви, однак завдяки компенсаторним механізмам, відновленню сенсорного розвитку, логічному (поняттєвому) мисленню, а також активному функціонуванню інших психічних функцій (уявлень і пам'яті) діти зі слабким зором можуть досягати значних результатів.

Мовлення. Компенсаторне значення мовлення та його функцій у дітей із поганим зором відбувається у сфері почуттєвого пізнання, на яку через навчання й виховання впливають батьки й педагоги. Коригувальна робота з боку школи й родини має відбуватися за допомогою слова й образу. Вона має стосуватися всіх аспектів психічної діяльності дітей зі слабким зором, адже слово як поняття спрямоване в таких дітей на сприйняття, думку тощо. Слово коригує ознаки та властивості предметів, уточнює поняттєвий зміст у процесі засвоєння понять. Компенсаторна функція мовлення сприяє спілкуванню дітей зі слабким зором, їхньому орієнтуванню в колективі, формуванню в них особистості, готує до подальшої діяльності. У заняттях із такими дітьми навчально-виховну роботу

необхідно будувати в такий спосіб, щоб досягати якнайкращого розвитку навичок усного мовлення, читання й письма.

Емоції. Дослідження свідчать про те, що сліпоту впливає на яскравість окремих емоцій, розвиток почуттів та їхнє виражене забарвлення, зумовлені станом сенсорної сфери й накопиченням почуттєвого досвіду. Розлади зору, змінюючи характер деяких потреб, видозмінюють емоційність переживань і підвищують або знижують ступінь позитивних і негативних емоцій. Щодо найважливіших емоційних станів осіб із розладами зору відзначено, що особливо сильно вони переживають момент втрати або різкого погіршення зору. У цей період може настати стресовий стан, висока дратівливість. Слід відзначити, що емоційні реакції багато в чому залежать від характеру, здібностей, вольових якостей, які необхідно формувати в навчально-виховному процесі.

Воля. У деяких дітей зі слабким зором спостерігаються порушення працездатності, що може виявлятися у зниженні обсягу виконуваних завдань, появі помилок і недописок тощо. Ці діти можуть те саме завдання виконати на більш високому рівні в разі здійснення уважнішого контролю й керівництва з боку вчителя. У цьому випадку вчитель, підтримуючи та стимулюючи учня, спрямовує його діяльність і активізує вольові зусилля, долаючи залежність якості роботи від нестачі волі й нестійкості уваги. Тож у процесі коригувально-виховної роботи психолог має домагатися підвищення працездатності дитини, ліквідації нестачі вольового зусилля й виховання волі. Для дітей із дефектом зору величезне значення має виховання почуття волі, вольового акту, необхідних для подолання на своєму шляху більшої кількості труднощів, ніж у дітей із нормальним зором. Вольове поведження дітей із глибокими розладами зору вимагає виховання моральних якостей і цілеспрямованої дії на подолання труднощів, зумовлених слабким зором. Неуспішність школярів зі слабким зором може бути зумовлена як специфічними, так і загальними причинами, а саме [2]:

- 1) великий обсяг програмового матеріалу і швидкі темпи його вивчення. У зв'язку з цим учням із поганим зором важко закріплювати знання, що утруднює свідоме засвоєння подальших розділів програми з того чи того навчального предмету;
- 2) недоліки деяких методів навчання й неврахування своєрідності розвитку школярів зі слабким зором;
- 3) перевантаження учнів навчальними заняттями, що призводить до підвищення стомлюваності та зниження працездатності;
- 4) відсутність належних гігієнічних умов для роботи школярів

(якість роздаткового матеріалу, посібників, дотримання необхідних нормативів освітленості шкільних приміщень тощо). Крім того, відсутність відповідних гігієнічних умов навчання посилює фізичні вади дітей зі слабким зором: порушення постави, плоскостопість, сколіози, порушення точності, швидкості й координації рухів, просторової й часової орієнтації;

5)недоліки й труднощі пізнавальної діяльності, зумовлені за поганого зору вторинними відхиленнями від норми в психічному розвитку (бідністю предметних і просторових уявлень, недоліками в розвитку мовлення, труднощами формування образної пам'яті, довільної уваги, образного мислення);

б)недостатня спеціальна педагогічна підготовка вчителів і класних керівників, у результаті чого в процесі навчання не враховується своєрідність розвитку дітей;

7)іноді неуспішність дітей зі слабким зором зумовлена причинами, що безпосередньо не стосуються особливостей їхнього розвитку. До таких причин належать: відсутність належних умов виховання в родині, у результаті чого деякі діти з поганим зором виявляються педагогічно занедбанними й не можуть упоратися з навчальним матеріалом у перші ж дні навчання в школі.

Схема вивчення дітей, що мають вади зору [5]

1. Загальні дані:

прізвище, ім'я, по батькові _____

дата народження _____

стан зору, причини втрати (погіршення) зору, діагноз _____

вік, у якому сталося погіршення зору _____

2. Успішність учня та її динаміка _____

3. Стомлюваність і працездатність _____

4. Ставлення до вчителів, батьків, однокласників _____

5. Рівень розвитку дитини:

Мовленнєвого _____

Розумового _____

Фізичного _____

6. Особливості емоційно-вольової сфери _____

7. Моральні якості й особливості поведінки _____

8. Інтереси, схильності та здібності _____

9. Уміння користуватися прийомами самостійної роботи на уроках і під час виконання домашніх завдань _____

10. Уміння користуватися трудовими навичками й навичками самообслуговування _____

МЕТОДИКИ ДЛЯ РОБОТИ З ДІТЬМИ, ЯКІ МАЮТЬ РОЗЛАДИ ЗОРУ [5]

Методика “Коробки форм”

Мета: визначити ступінь сформованості уявлень про форму. Під час виконання завдань за цією методикою виникають труднощі, пов'язані зі сприйняттям глибини й об'ємності. Слід попередньо проаналізувати разом із дитиною фігури-вкладиші, вичленувавши необхідну площину об'ємної фігури так, щоб дитина могла ідентифікувати її з прорізом. Можливі труднощі практичного вкладання фігур через недорозвинення мікрокоординатії рухів. Психолог зобов'язаний виявити ці відмінності, ставлячи уточнювальні запитання.

Методика “Пірамідка й мисочки”

Мета: визначити ступінь сформованості предметних дій та уявлень про величину.

Під час виконання предметних дій у дітей із розладами зору може страждати точність і координованість рухів, що може спричиняти вповільнене виконання тесту. Для більш адекватного оцінювання слід заздалегідь з'ясувати ступінь сформованості в дітей поняття про величину й уміння розташовувати предмети в ряд.

Методика “Розрізні картинки”

Мета: виявити рівень зорового синтезу і просторового сприйняття.

Під час виконання тесту слід спочатку проаналізувати цілісну картинку та з'ясувати, чи сформований у дитини цей образ. Переконавшись у його сформованості, можна розпочинати відтворення відповідного образу на розрізній картинці.

Методика “Вільний малюнок”

Мета: виявити рівні сформованості уявлень про навколишній світ, володіння технікою малювання й розвитку дрібної моторики.

Дитині дається папір (не глясовий), прості й кольорові олівці, фломастери. Олівці мають бути якнайбільше контрастними відносно паперу (червоний, синій, зелений, чорний, коричневий).

Корекція зору в коригувальній і лікувальній педагогіці (М. А. Поваляєва)[5]

Техніка розслаблення очей

1. Стати або сісти спокійно, можна лягти на спину. Бажано, щоб у полі зору не було яскравих джерел світла.
2. Заплющити очі й розслабити повіки. Можна подумки погладити очі теплими м'якими пальцями. Відчути, як очні яблука цілком пасивно лежать в очницях.
3. Обличчя й тіло також нехай розслаблюються. Це дасть додатковий відпочинок, але увага цілком зосереджена на розслабленні очей. Відчуття тепла й ваги мають змінити легкість, невагомість, а далі – цілковита втрата відчуття очей.
4. Час розслаблення не обмежений. У проміжках між іншими вправами для очей він може становити 20 – 40 с., окремо виконуватися – по 3 – 5 хв. Розслаблення може практикуватися в будь-який час.

Техніка кліпання очима

1. Виберіть стійку зручну позу.
2. Швидко стискайте й розтискайте повіки (кліпайте очима) (від 30 до 60 с).
3. Розслабте очі.

Ефект. Вправа дає гарний відпочинок очам, посилює їх кровопостачання. Може виконуватися в будь-який час.

Техніка обертання очей

1. Оберіть стійку позу, спину й голову тримайте прямо.
2. Подивіться вгору й дуже повільно переведіть погляд за годинниковою стрілкою, описуючи поглядом коло максимального радіуса. Рухи очей мають бути плавними, без ривків. Голова нерухома.
3. Спочатку навчіться робити по одному повному коловому обертанню очима в кожен бік, не допускаючи ривків і втрати концентрації, потім – по два – три оберти за годинниковою стрілкою і стільки ж – проти годинникової стрілки. Розслабте очі і, якщо не втомилися, переходьте до наступного оберту.

Ефект. Управа підвищує здатність очей до точного фокусування на різних відстанях. Поліпшення зору відбувається завдяки посиленню акомодациї (здатності кришталика змінювати свою кривизну).

Техніка масажу очей

1. Сісти прямо за стіл, поставити на нього лікті.
2. Не відриваючи ліктів, з'єднати ребра долонь і мізинці, опустити голову так, щоб долоні лягли на заплющені очі, а чоло впиралося у верхню частину долонь і пальці.
3. Розслабити м'язи шиї. Точкою опори стає лоб.
4. Легко масажувати долонями очі. Чергувати натискання, обертання, прогладжування й вібрацію (від 1 до 2 хв).
5. Розслабити очі. Якщо вийде, торкнутися їх кінчиками вказівних пальців і, відчувши в пальцях тепло, простежити відчуттями, як це тепло передається від пальців до очей.

Ефект. Масаж очей сприяє активній циркуляції крові, стимулює нервові закінчення й дає чудовий відпочинок стомленому зору.

Запитання для самоперевірки та самоконтролю

1. Назвіть основні завдання та особливості психолого-педагогічного вивчення дітей різного віку з порушеннями зору.
2. Сформулюйте вимоги до характеру стимульного матеріалу для обстеження дітей з порушеннями зору.
3. Які якісні параметри використовуються при оцінці і аналізі результатів психодіагностичного вивчення дітей з порушенням зору?

Рекомендована література

1. Зиглер Е. Глухачення розумової відсталості / пер. з англ. О.Г. Карагодіна. – К. : Сфера, 2008. – 344 с.
2. Обухівська А.Г. Психологу про дітей з особливими потребами у загальноосвітній школі / А. Обухівська, Т. Ілляшенко, Т. Жук. – К. : Редакції загальнопед. газет, 2012, 128 с. (Бібліотека “Шкільного світу”).
3. Синьова Є. П. Тифлопедагогіка. Теорія виховання сліпих і слабозорих дітей. / Є.П. Синьова – К. : НПУ ім. Драгоманова, 2009. – 212 с.
4. Специальная психология : учеб. пособ. [для студ. высш. пед. учеб. заведений] / В.И. Лубовский, Т.В. Розанова, Л.И. Солнцева и др. / под ред. В. И. Лубовского. – 2-е изд., испр. – М. : Издательский центр “Академия”, 2005. – 464 с.
5. Туріщева Л.В. Діти з особливостями розвитку в звичайній школі / Л.В. Туріщева – Х. : Вид. група “Основа”, 2011. – 111 с. – (Серія “Психологічна служба школи”).

Психологічне вивчення та діагностика осіб з вадами опорно-рухового апарату

План

1. Причини виникнення дитячого церебрального паралічу.
2. Особливості інтелектуального розвитку у дітей з дитячим церебральним паралічем.
3. Особливості діагностичного обстеження дітей із дитячим церебральним паралічем.
4. Навчання та соціальна адаптація дітей із дитячим церебральним паралічем.
5. Робота психолога із дітьми з дитячим церебральним паралічем.

Концептуальний виклад та методичні поради

I. Висвітлюючи перше питання необхідно визначити поняття “Дитячий церебральний параліч”. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – одне з важких порушень психофізичного розвитку дітей. Воно виявляється передусім у порушеннях рухових функцій центрального (мозкового) походження, які часто торкаються і мовленнєвого апарату, а також в ускладненні формування окремих психічних функцій та особистості, а часто й у зниженні різною мірою інтелекту. Церебральний параліч у переважній більшості випадків зумовлює дитячу інвалідність [6].

Дифузне ураження кори головного мозку призводить до розумової відсталості, яка, за даними окремих авторів, трапляється у 40 – 60 % дітей з ДЦП. Органічне ураження центральної нервової системи є тією хворобливо зміненою основою, на якій формується психіка дитини в процесі її взаємодії з навколишнім світом, насамперед у спілкуванні з людьми. Вплив цих хворобливих факторів на психічний розвиток дитини значною мірою залежить від умов її виховання та навчання. Частіше буває так, що вчасно попередити виникнення вторинних порушень не вдається, і психічний розвиток дитини затримується, відбувається

дисгармонійно.

Це стосується і рис особистості. Через дисгармонійність розвитку дитина може стикатися з великими труднощами в розв'язанні практичних і пізнавальних завдань, адаптації до життя загалом навіть у тих випадках, коли передумови інтелектуального розвитку в неї були цілком достатні.

Взаємозв'язок між первинними та вторинними порушеннями в процесі психічного розвитку дитини, хворої на церебральний параліч, яскраво ілюструє приклад формування її пізнавальних функцій на основі обмежених рухових можливостей. Спеціальними дослідженнями встановлено, що в дітей з церебрально-органічною недостатністю, типовою для ДЦП, уже невдовзі після народження виявляється порушення в розвитку певних психічних функцій. Так, уже протягом перших трьох місяців життя у значної частини дітей спостерігається затримка розвитку відчуттів, зокрема не відбувається зорового та слухового зосередження, властивого здоровим дітям цього віку. Значно відстає формування зв'язку між зором і рухами рук, а отже – і формування дій хапання, кидання, гойдання тощо. Ще помітнішим є відставання у становленні співвідносних дій: постукування, відкривання, засовування. Затримки в розвитку здатності виконувати такі дії, що спостерігалися у всіх обстежуваних дітей.

Отже, діти з церебрально-органічною недостатністю, типовою для ДЦП, уже протягом першого року життя потребують спеціальних психолого-педагогічних заходів, спрямованих на компенсацію та розвиток ослаблених функцій. Тим часом у цей період діагноз ДЦП у багатьох дітей ще буває не встановленим. Згодом, після його встановлення, всі зусилля батьків бувають зосередженими на лікуванні хворої дитини, а її психічний розвиток, за нечастими винятками, залишається поза увагою дорослих як другорядний. Так втрачається дуже важливий для розвитку дитини ранній вік. Тому пізніше, в дошкільному та молодшому шкільному віці, переважна більшість дітей із церебральним паралічем має суттєві недоліки всіх видів сприймання й уявлень: розрізнення предметів за величиною, формою, фактурою, орієнтування в просторі.

II. У другому питанні необхідно розкрити особливості інтелектуального розвитку у дітей з дитячим церебральним паралічем. Як уже зазначалося, половина дітей із церебральним паралічем має передумови для нормального інтелектуального

розвитку. Проте навіть і в цих випадках у психічній діяльності дитини залишаються певні “слабкі ланки”, які потребують спеціальної педагогічної уваги та корекції.

Усім дітям цієї категорії властива нерівномірність сформованості різних пізнавальних функцій, дисгармонійність інтелектуального розвитку. Дослідники наголошують на *слабкості невербальної складової інтелекту*, тобто тієї частини інтелектуальних функцій, що не пов’язана з мовленням. Такими є сенсорні функції – різні види відчуттів і відповідні їм сприймання, уявлення, зокрема просторова, сенсомоторна координація. Це той блок інтелекту, який найтісніше пов’язаний із органічним ураженням мозку, хоча вираженість сенсорних порушень не має прямого зв’язку з важкістю рухових розладів.

Краще збереженим буває *вербальний інтелект*: здатність до оперування поняттями, логічними міркуваннями, інакше кажучи, словесно-логічне мислення.

Водночас ці два аспекти інтелектуальної діяльності настільки тісно пов’язані між собою і взаємозалежні, що недоліки розвитку однієї одразу ж негативно позначаються на іншій. Тому успішність розвитку словесно-логічного мислення в дітей, хворих на церебральний параліч, відносна: воно має низку недоліків, зумовлених слабкістю тієї конкретно-чуттєвої основи, на якій формується.

Розглянемо характерні для дітей із церебральним паралічем недоліки окремих психічних функцій та їхній вплив на процес розв’язання різних практичних і пізнавальних завдань.

Порушення відчуттів і сприймання

Найсуттєвішими для пізнання властивостей предметів і явищ навколишнього світу та подальшого розвитку дитини є зорові, слухові, тактильні, кінестетичні відчуття та сприймання. Усі вони тісно пов’язані з руховими функціями, які в дітей із церебральним паралічем порушені. Тому й формування названих функцій у цих дітей відбувається неповноцінно. Так, недорозвиненість зорового сприймання пов’язана з обмеженням руху очей і порушеннями фіксації погляду. Крім того, запізнілий розвиток предметних дій не дає змогу дитині активно розглядати предмети, що зумовлює запізніле формування зорових образів і впізнавання знайомих предметів. Із цих же причин виникають труднощі у формуванні уявлення про форму, величину та застосування цих еталонів у

пізнанні навколишнього предметного світу.

Особливі ускладнення мають діти з порушенням зору, косоокістю чи обмеженими рухами очей, що досить часто властиво ДЦП.

У деякої частини дітей може виявлятися порушення слуху та слухового сприймання. Дитина може не сприймати окремих звуків мови, а тому неправильно їх вимовляти, замінити іншими звуками. Недоліки слуху суттєво ускладнюють розвиток мовлення дітей та їхній загальний психічний розвиток.

У дітей із церебральним паралічем часто буває надмірна чутливість до слухових подразнень: вони здригаються від різких звуків, при цьому в багатьох посилюються спазми м'язів.

У деякої частини дітей порушується дотикове або тактильне сприймання та кінестетичне відчуття – відчуття власних рухів. Усе це разом зумовлює труднощі розпізнавання предметів під час їх обмацування, що також обмежує різноманітність вражень від предметного світу.

Порушення зорово-моторної координації та просторового орієнтування

Узгодженість руху руки та очей – важливе досягнення в розвитку дитини, яке дає їй змогу активно діяти з предметами та керувати своїми рухами. У дітей із церебральним паралічем ця здатність формується з труднощами, внаслідок чого уповільнюється розвиток предметних дій, що призводить до затримки загального розвитку. Крім того, такі діти потерпають від окремих специфічних труднощів під час малювання, конструювання, а також під час письма та читання: їм важко утримувати поглядом рядок, навчатися писати палички, елементи літер [6].

Із порушенням зорово-моторної координації тісно пов'язані порушення просторових уявлень і просторового орієнтування. Діти з такими порушеннями не можуть визначити праву й ліву сторони, не орієнтуються у схемі власного тіла, не можуть показати його частини. Погано вони орієнтуються й у взаємному розміщенні предметів, тому довго не засвоюють понять “вгорі”, “внизу”, “поряд”, “під”, “над”, “праворуч”, “ліворуч”, “позаду”.

Навіть у шкільному віці деякі діти плутають ці поняття, не можуть ними керуватися у практичних діях. Через це вони погано орієнтуються на сторінці зошита, важко запам'ятовують і розрізняють літери, особливо – схожі за написанням. Дітям важко

складати різні зображення з окремих частин, будувати з кубиків.

Недоліки зорово-моторної координації та просторового орієнтування ускладнюють засвоєння навичок самообслуговування, роблять дітей безпорадними. Вони плутають праве та ліве взуття, не можуть зав'язати шнурки, навіть достатньо володіючи рухами рук, неправильно одягають сорочку, плутаючи її лицеву та виворітну сторони. У них можуть виникати труднощі з орієнтуванням у приміщенні. Так, уже в шкільному віці дитина може не знаходити свою парту в класі, не може пройти в їдальню.

На жаль, дуже часто в ранньому та дошкільному віці, коли має бурхливо відбуватися конкретно-чуттєве пізнання дитиною навколишнього, з дітьми, хворими на церебральний параліч, ніякої спеціальної педагогічної роботи не здійснюють. Тому в них не закладається повноцінна основа для подальшого інтелектуального розвитку, в якому дедалі більшого значення набуває понятійне або словесно-логічне мислення, нерозривно пов'язане з мовленням, та формується система різноманітних знань і уявлень про себе, стосунки між людьми, взаємозв'язки між предметами і явищами навколишнього світу.

Словесно-логічне мислення дітей із ДЦП

Усі дослідники, які вивчали психологічні особливості дітей із церебральним паралічем, наголошують на вищому розвитку в них *вербального інтелекту*, основою якого є слово, словесне узагальнення, порівняно з наочно-образним, що ґрунтується на перцептивній діяльності. Водночас, сформований на неповноцінній конкретно-чуттєвій основі та в умовах обмеженого спілкування, вербальний інтелект цих дітей має ознаки дисгармонійності [6].

Вимушена обмеженість практичної діяльності, вузьке коло спілкування переважно з дорослими, позначається на особливостях загальної обізнаності дітей, обсязі та змісті словника, яким вони користуються. Слово в них часто виявляється недостатньо наповненим реальним змістом, за яким стоять часом дуже неточні уявлення. Усі недоліки сприймання, характерні для дітей із церебральним паралічем, негативно відбиваються на формуванні уявлень, а особливо – уяви як більш творчого процесу. Тому *уявлення й уява* – найслабші ланки в структурі інтелекту дітей цієї категорії. Саме ця особливість значною мірою зумовлює труднощі дитини у визначенні конкретних понять, якими вона користується.

Часто діти з церебральним паралічем, маючи досить розвинене

мовлення, не вживають або вживають неправильно прийменники, що означають напрямок, взаємне розміщення предметів у просторі. Труднощі, яких ці діти зазнають у просторовому орієнтуванні, не дають їм можливості побачити за такими словами певну реальність.

Характеризуючи особливості інтелектуального розвитку дітей, хворих на церебральний параліч, багато дослідників звертає увагу на властивий їм так званий *вербалізм*, тобто схильність до тривалих розмов, часом на теми, невластиві їхньому віку, з якими вони малообізнані. Це явище легко пояснюється, адже діти з вираженими фізичними обмеженнями позбавлені чи різко обмежені в інших формах активності. Можливість поговорити – це сурогат діяльності для них. Тим часом їхнє спілкування майже повністю вичерпується товариством небагатьох дорослих. Від них діти переймають і зміст розмов, і мовленнєві звороти.

Отже, інтелектуальний розвиток дітей із церебральним паралічем характеризується дисгармонійністю: недорозвиненістю перцептивних функцій, збідненістю й однобічністю досвіду, що накладає відбиток і на словесно-логічне мислення та мовлення, які бувають відносно збереженими. Застосуванню наявних знань і вмінь суттєво перешкоджає дуже нестійка увага та малий обсяг оперативної пам'яті, зумовлені великою виснажуваністю нервових процесів, низькою працездатністю. Тому навіть у тих випадках, коли говорять про нормальний інтелектуальний розвиток дитини з церебральним паралічем, у ньому все одно є чимало слабких ланок, для виправлення та компенсації яких потрібна систематична індивідуалізована педагогічна допомога.

III. При розгляді третього питання необхідно детально проаналізувати особливості діагностичного обстеження дітей із дитячим церебральним паралічем. Дитячий церебральний параліч – складне психофізичне порушення, що торкається рухової та психічної сфер. Рухові порушення, їхнє діагностування, лікування та пристосування дитини до пересування і самообслуговування є в компетенції лікарів і фахівців із фізичної реабілітації. Психологові та педагогам дуже важливо знати про рухові особливості та можливості дитини; цю інформацію вони отримують від інших фахівців. *Завдання психолога* – з'ясувати психологічні особливості дитини з церебральним паралічем, насамперед особливості інтелектуального розвитку, емоційно-особистісних рис.

Під час вивчення психічного розвитку дитини психолог виявляє фактори, що зумовлюють труднощі пізнавальної діяльності дитини, її спілкування та соціальної адаптації, а також ті резерви, на які

можна спертися в корекційно-розвивальній роботі.

Передусім необхідно наголосити, що через мовленнєві труднощі, порушення миміки, іноді слинотечу може складатися набагато гірше враження про інтелектуальні можливості дитини, ніж це є насправді. Справжній психічний стан такої дитини можна визначити тільки шляхом уважного спостереження за її діяльністю та спілкуванням і за допомогою спеціальних методів діагностики. При цьому необхідно враховувати, що дітям цієї категорії властива надмірна емоційна збудливість, нестійкість настрою, іноді – некритичність. У міру дорослішання у них зростає почуття меншовартості, безпорадності. У зв'язку з цим можуть розвиватися патологічні риси характеру: замкненість, відгородженість від реальної дійсності, що іноді нагадує прояви аутизму, занурення в гіперкомпенсаторне фантазування. Усе це є наслідком складної взаємодії результатів пошкодження центральної нервової системи дитини та тієї соціальної ситуації, в якій вона опиняється через інвалідність. Формування особистості такої дитини та попередження відхилень, що ускладнюють процес її соціальної адаптації, – *предмет діагностико-корекційної роботи психолога.*

Обстеження пізнавальної діяльності дитини має передувати будь-яким іншим психологічним дослідженням, щоб з'ясувати труднощі та обмеження, які можуть виникати під час виконання діагностичних завдань і призводити до неправильного тлумачення отриманих результатів. Перш ніж почати використовувати спеціальні діагностичні методики, корисно ознайомитися з особливостями рухових функцій дитини, поспостерігати за її поведінкою в різних обставинах.

Обмеження дитини потрібно враховувати під час добору діагностичних методик. Так, для дітей із вираженими розладами мовлення будуть мало прийнятними вербальні методики. При цьому важливо розрізняти труднощі активного мовлення через порушення артикуляції та розуміння зверненого мовлення. Так само є проблематичним використання малюнкових методик у дітей через обмеження функцій руки. Можуть виникнути труднощі й зі сприйманням малюнків, які не мають бути надміру стилізованими та складними. В будь-якому випадку потрібно передбачати можливі труднощі, пов'язані з процесом сприймання самих зображень, та відрізняти їх від розуміння чи нерозуміння сюжету, логічних зв'язків у ньому.

Ще одні обмеження у використанні діагностичних методик можуть бути пов'язаними зі способом життя обстежуваних,

обмеженістю їхніх соціальних контактів і відповідних *знань* та уявлень про навколишній світ. Рене Жіля, яка часто й успішно використовується для виявлення проблем, пов'язаних зі спілкуванням та самостваленням підлітків, не завжди може бути адекватною в роботі з підлітком, фізичні обмеження якого не дають йому змоги сприймати ситуації, наведені в методиці, як проєктивні на себе, оскільки його спосіб життя виключає, наприклад, відвідування кінотеатру, прогулянки за місто разом із друзями тощо. Тому перш ніж використати таку методику, потрібно переконатися, що відображені в ній ситуації не чужі досвіду дитини.

Потребує застереження і використання тестових методик, які передбачають отримання кількісних результатів. Часто для дитини з церебральним паралічем виявляється неприйнятною незмінність інструкції, процедури дослідження. Натомість корисним буде клінічне обстеження, орієнтоване на сукупність різноманітної інформації, яку дає спостереження за перебігом процесу виконання діагностичного завдання. Зазвичай, таке обстеження передбачає застосування різних форм допомоги обстежуваному, в тому числі й варіювання форми інструкції, підказку, позитивну стимуляцію у вигляді схвалення його дій тощо. Зміни у виконанні завдань під впливом різних форм допомоги можуть суттєво вплинути на висновки про ті чи ті психологічні особливості обстежуваного.

Дуже важливо, щоб інтерпретація фактів, отриманих у процесі застосування діагностичних методик, пов'язувалася з усіма тими знаннями психолога про дитину, які він здобув під час спостереження, вивчення історії її життя і розвитку, включаючи й події, пов'язані із захворюванням, лікуванням, стосунками з рідними, заняття, інтереси.

Під час діагностичного обстеження важливо враховувати часом дуже нестійку увагу та малий обсяг оперативної пам'яті дитини, зумовлені великою виснажуваністю нервових процесів, низькою працездатністю. У зв'язку з цим дитина не втримує у свідомості сформульоване перед нею завдання, швидко його втрачає. Працездатність може суттєво змінюватися навіть протягом дня, наприклад, у першій половині дня дитина може деякий час взаємодіяти з дорослим, виконувати нескладні завдання, а пізніше взаємодія з нею стає зовсім неможливою. Тому з'ясування справжнього стану психічного розвитку багатьох дітей із церебральним паралічем – непроста справа, яка потребує багаторазового спостереження та спроб взаємодії, перш ніж вдається встановити справжні можливості дитини.

IV. При підготовці четвертого питання необхідно розкрити особливості навчання та соціальної адаптації дітей із дитячим церебральним паралічем.

Ще з радянських часів у нас існує система спеціальних шкіл переважно інтернатного типу для дітей із церебральним паралічем, які самостійно пересуваються та повністю себе обслуговують. У цих школах існують окремі класи для спеціального навчання дітей із різним станом інтелектуального розвитку: з нормальним інтелектом, із затримкою психічного розвитку та розумово відсталих. Такі навчальні заклади мають більш чи менш розвинену лікувально-реабілітаційну базу й умови для професійно-трудої підготовки учнів. Проте суттєвим недоліком цих шкіл, як і переважної більшості спеціальних шкіл для дітей з іншими психофізичними порушеннями, є те, що діти, які перебувають у них, відірвані від сім'ї й ізольовані від широкого соціуму [6].

Зовсім незадовільними є умови навчання та соціальної адаптації тих дітей, які недостатньо самостійні в пересуванні та самообслуговуванні. Вони охоплені так званим індивідуальним навчанням в домашніх умовах. Зазвичай їх відвідують педагоги з відповідної спеціальної школи чи загальноосвітньої за місцем проживання (за бажанням батьків).

Інтеграційні процеси, що відбуваються у навчанні дітей із психофізичними порушеннями, передбачають суттєві зміни в організації навчання дітей із церебральним паралічем та іншими порушеннями опорно-рухового апарату. По-перше, навчання дітей із цією вадою у загальноосвітній школі за місцем проживання дає їм змогу виховуватися в сім'ї та мати широке коло спілкування в середовищі здорових дітей і дорослих. По-друге, передбачено відвідування школи тими дітьми, які раніше навчалися вдома через значні рухові обмеження: дітьми на візках, такими, що не повністю себе обслуговують. Усе це вимагає насамперед розв'язання проблеми безбар'єрного простору, тобто створення умов для безперешкодного пересування людини на візку як у приміщенні, так і на вулиці, в міському транспорті. Для побудови навчального процесу з такими дітьми необхідне відповідне пристосування шкільного інтер'єру.

Діти, які не повністю себе обслуговують, потребують допомоги асистента не тільки для засвоєння індивідуальної програми навчання, але й для допомоги в пересуванні, використанні шкільного приладдя тощо.

Щодо навчальної програми, то в умовах інтегрованого (інклюзивного) навчання вона є індивідуалізованою на базі програми загальноосвітньої школи, школи інтенсивної педагогічної корекції (для дітей із затримкою психічного розвитку) чи спеціальної школи для розумово відсталих дітей залежно від стану інтелекту конкретної дитини. Зрозуміло, що включення у загальноосвітній простір дитини з церебральним паралічем і властивими їй особливостями пізнавальної сфери доцільно тільки за умови, що вона отримуватиме необхідну допомогу і зможе успішно навчатися в доступному їй темпі. Навіть ті діти, які мають досить високий інтелект і активність, яким під силу буде успішно навчатися в одному темпі зі здоровими однокласниками, потребуватимуть багато індивідуальної допомоги.

Перехід до повної інклюзії форма організації навчання дітей цієї категорії – спеціальні класи при загальноосвітній школі. Перший досвід такого навчання виявив як його переваги, так і низку недоліків. У зв'язку з цим педагогічний процес вимагає великої гнучкості, має швидко перебудовуватися.

Досвід роботи спеціальних класів для дітей із церебральним паралічем показав, що навіть діти, в яких було констатовано нормальний інтелектуальний розвиток, через невисоку працездатність та інші особливості пізнавальної діяльності, а також труднощі адаптації в шкільному середовищі, які, безумовно, більші, ніж у здорових дітей, не змогли протягом навчального року сповна засвоїти програму першого класу загальноосвітньої школи. Більшість дітей не може одразу включитися в засвоєння програми та потребує певного пропедевтичного курсу на зразок того, який передбачено програмою для підготовчого класу школи інтенсивної педагогічної корекції (для дітей із затримкою психічного розвитку). Тому доцільно створювати підготовчий клас, до якого діти приходять у шість років, а навчання у першому класі починають із семи років.

V. У п'ятому питанні слід розкрити методику роботи з дітьми з розладами функцій опорно-рухового апарату.

Діти з розладами функцій опорно-рухового апарату поділяються на такі категорії [7] :

- з церебральним паралічем (ДЦП);
- з наслідками поліомієліту у відновній або резидуальній стадії;
- з міопатією;
- з уродженими й набутими недорозвиненнями й деформаціями опорно-рухового апарату.

Поняття “розлади функцій опорно-рухового апарату” має

збірний характер і охоплює рухові розлади, що мають органічне центральне або периферичне походження.

За ступенем тяжкості розладів рухових функцій і сформованості рухових навичок діти поділяються на три групи.

До першої групи входять діти з важкими розладами. У деяких із них не сформована ходьба, захоплення й утримання предметів, навички самообслуговування; інші ледь пересуваються за допомогою ортопедичних пристосувань, навички самообслуговування сформовані частково.

До другої групи належать діти, що мають середній ступінь вираженості рухових розладів. Переважна частина цих дітей може самостійно пересуватися, хоча й на обмежену відстань. Вони володіють навичками самообслуговування, які недостатньо автоматизовані.

Третю групу становлять діти, що мають легкі рухові розлади: вони пересуваються самостійно, володіють навичками самообслуговування, однак деякі рухи виконують неправильно.

Окрім рухових розладів, у дітей із вадами опорно-рухового апарату можуть відзначатися вади інтелектуального розвитку: затримки психічного розвитку й розумова відсталість різного ступеня вираженості.

Отже, у дітей із церебральним паралічем наявний не лише сповільнений, але й нерівномірний темп психічного розвитку з диспропорційністю формування окремих психічних функцій, що проявляється:

- у розладах розумової працездатності;
- у розладах довільної регуляції психічної діяльності;
- у специфічній затримці психічного розвитку, за якої спостерігається поєднання наведених розладів зі стало обмеженим запасом знань та уявлень про навколишній світ і специфічними особливостями розумової діяльності, що зумовлюють уповільнене засвоєння нового матеріалу.

Дитячий церебральний параліч – це тяжке захворювання головного мозку, що проявляється в різноманітних психомоторних розладах.

Особливості деяких форм ДЦП

Форма ДЦП, назва	Рухові розлади	Інтелектуальні розлади
------------------	----------------	------------------------

Спастична диплегія (хвороба Літля)	Руки уражені менше, ніж ноги	Можливі незначні розлади інтелекту
Подвійна геміплексія	Тяжке ураження всіх кінцівок	Тяжка форма дебільності

Ураження рухової сфери в разі ДЦП може бути виражене в різних ступенях. Наприклад, за одних форм захворювання більше страждають рухи рук, за інших – ніг. Є діти, у яких рухові розлади настільки тяжкі, що цілком позбавляють їх можливості вільно пересуватися і будь-яких дій із предметами.

Є діти, у яких відзначаються легкі рухові дефекти, що проявляються в недостатньому обсязі, точності й темпі рухів в одній або кількох кінцівках, у розладах рівноваги, координації, в окремих рухах, у недостатній диференційованості рухів рук або ніг.

У дітей із діагнозом ДЦП, незалежно від ступеня рухових дефектів, можуть спостерігатися розлади емоційно-вольової сфери й поведіння та зниження інтелектуального рівня, до того ж трапляється нерівномірна затримка інтелектуального розвитку: одні психічні функції можуть розвиватися відповідно до віку, інші – значною мірою відставати.

Відставання інтелектуального розвитку характеризується низкою специфічних особливостей [7].

1. Нерівномірно знижений запас відомостей та уявлень про навколишній світ, що зумовлено кількома причинами:

- вимушені ізоляція, обмеження органічних контактів дитини з однолітками й дорослими людьми через складність пересування;
- утруднення пізнання навколишнього світу в процесі предметно практичної діяльності, пов'язаної з проявом рухових розладів;
- розлад сенсорних функцій.

2. Нерівномірний характер інтелектуальної діяльності. Так, у деяких дітей розвиваються переважно наочні форми мислення, в інших, навпаки, надто страждає наочно-дієве мислення за кращого розвитку словесно-логічне.

Окрім того, у таких дітей спостерігаються емоційно-вольові розлади, що проявляються в підвищеній збудливості дитини, надмірній чутливості до всіх зовнішніх подразників і лякливості. Деякі діти – неспокійні, метушливі, розгальмовані, інші – мляві, пасивні, безініціативні й загальмовані в руховій сфері.

Одним із показників розвитку дітей із церебральним паралічем є мовлення. Зазвичай дорослі, щоб уникнути різних неприємностей,

обмежують спілкування своєї дитини з однолітками, тому в дитини затримується мовленнєвий розвиток, що, і собі, призводить до затримки загального інтелектуального розвитку.

Працюючи з дітьми, необхідно враховувати такі моменти:

– діти з церебральними паралічами психічно виснажені, не здатні до тривалого інтелектуального напруження. Для них характерні розлади емоційно-вольової сфери, що найчастіше проявляється в плаксивості, дратівливості, вередливості, їм часто властива невпевненість у собі, часто проявляється наївність суджень, сором'язливість, боязкість. Це поєднується з підвищеною чутливістю, вразливістю, замкненістю;

– відставання в розвитку мовлення призводить до обмеження обсягу знань та уявлень про навколишній світ, ускладнює спілкування дітей;

– найбільш характерною ознакою особистості дитини є своєрідний психічний інфантилізм, що проявляється в егоцентризмі, лабільності, підвищеній сугестивності й залежності від оточення. У дітей із церебральними паралічами можуть відзначатися патологічні риси характеру: істероїдні, тривожно-недовірливі, невротичні;

– для більшості дітей із церебральними паралічами характерна пасивність, млявість, нерішучість, швидка зміна настрою. Вони бояться висоти, темряви, самотності;

– у школі такі діти проявляють тривожність, страх перед усною відповіддю, нерідко в них виникає заїкуватість.

Схема вивчення дітей, що мають розлади опорно-рухового апарату

Прізвище, ім'я дитини _____ вік _____

1. Розлади рухової сфери:

– утримує вертикальне положення (сидячи, стоячи);

– пересувається (у візку, з милицями, за допомогою палиці, самотійно в межах приміщення, самотійно на- значні відстані);

– головна рука (права, ліва);

– розвиток мапінулятивної функції (різко обмежена, частково обмежена, не обмежена);

– участь ураженої руки в грі та процесах самообслуговування (функція відсутня, виконує підтримувальну роль, бере участь у виконанні простих рухових актів, бере участь у виконанні складних рухових актів).

2. Рівень розвитку навичок самообслуговування:

- навички особистої гігієни: умивання, чищення зубів, розчісування волосся (не володіє, частково володіє, цілком володіє);
- самообслуговування з одягання й роздягання:
 - а) роздягання (не володіє, частково володіє, цілком володіє);
 - б) одягання (не одягається; одягається зі сторонньою допомогою; одягається самотійно, крім застібання гудзиків і зашнуровування взуття; одягається повністю);
- самообслуговування під час уживання їжі (самотійно не їсть; самотійно їсть тверду їжу – хліб, пряники; самотійно п'є з кухля; самотійно їсть ложкою; повною мірою користується столовими наборами).

3. Розлади слуху (ступінь зниження слуху) _____

4. Розлади зору _____

Дані про розлади зору та слуху можна отримати з медичної документації.

5. Ступінь розбірливості мовлення:

- через грубі порушення звуковимови не зрозуміле для оточення;
- зрозуміле лише близьким людям;
- розбірливість мовлення трохи знижена;
- дефекти звуковимови не заважають розумінню мовлення дитини.

КОРИГУВАЛЬНА РОБОТА З ДІТЬМИ З РОЗЛАДАМИ ФУНКЦІЇ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Психологічна корекція пізнавальних процесів

Головні завдання психологічного коригування сенсорних процесів [7]:

- навчання дітей засвоєння сенсорних еталонів і формування перцептивних операцій;
- розвиток константності, предметності й узагальненості сприйняття;
- розвиток швидкості сприйняття об'єктів.

Власне процес коригування має протікати в процесі навчання дітей продуктивних видів діяльності: конструювання, малювання, ліплення, аплікації. Особлива увага приділяється формуванню конструктивної діяльності.

Напрями психокорекції пам'яті:

- збільшення обсягу пам'яті в зоровій, слуховій і тактильній модальностях;

– розвиток прийомів асоціативного й опосередкованого запам'ятовування предметів у процесі ігрової діяльності.

Психологічна корекція мислення розв'язує такі завдання:

– навчання дітей різноманітних предметно-практичних маніпуляцій із предметами різної форми, величини, кольорів;

– навчання використання допоміжних предметів (дії зі знаряддям);

– формування наочно-образного мислення в процесі конструктивної й образотворчої діяльності.

У дітей із дитячим церебральним паралічем доволі часто фіксується затримка психічного розвитку, тому в спеціальній літературі рекомендовано застосовувати психокоригувальні прийоми для роботи з такими дітьми.

Завдання та прийоми психологічної корекції дітей із затримкою психічного розвитку в разі ДЦП

Вади в розвитку дитини	Завдання психологічної корекції та її прийоми
Невміння дитини виділити, усвідомити й прийняти цілі дії	<i>Завдання:</i> Формування пізнавальних мотивів: створення проблемних навчальних ситуацій; стимулювання активності дитини на занятті; аналіз типу сімейного виховання (за домінантного типу в дитини знижується пізнавальна активність). <i>Прийоми:</i> створення ігрових навчальних ситуацій; дидактичні й розвивальні ігри
Невміння планувати свою діяльність за часом і змістом	<i>Завдання:</i> навчання дитини планувати діяльність у часі; попередня організація орієнтування дитини в завданні; попередній аналіз із дитиною використовуваних засобів діяльності. <i>Прийоми:</i> навчання дитини продуктивних видів діяльності (конструювання, малювання, моделювання,

	ліплення)
Невміння дитини контролювати свої дії та вносити необхідні корективи	<p><i>Завдання:</i> навчання контролю над результатами діяльності; навчання контролю над способом діяльності; навчання контролю над перебігом діяльності.</p> <p><i>Прийоми:</i> дидактичні ігри та вправи на розвиток уваги, пам'яті, спостережливості; навчання конструювання й малювання за моделями.</p>

Вправи для дитини із ДЦП

Головні рекомендовані вправи – це заняття з глиною, що не лише допоможуть дитині скоригувати та зміцнити психофізичне здоров'я, але й сприятимуть розвитку креативності, особистісному зростанню й загальному інтелектуальному розвитку. Глина має приємну на дотик консистенцію, вона в'язка й спочатку прохолодна. У процесі роботи з нею глина нагрівається, убираючи всю негативну енергію, що накопичилася в дитини. Робота з глиною завжди забарвлена позитивними емоціями, оскільки, маніпулюючи з нею, неможливо помилитися і зробити щось неправильно. Ще одна особливість глини – наближення дитини до її суті, до свого внутрішнього “Я”.

Запитання для перевірки та самоконтролю

1. Назвіть основні завдання та особливості психолого-педагогічного вивчення дітей з руховими порушеннями на різних вікових етапах.
2. Які методи використовуються для обстеження дітей з руховими порушеннями?
3. Підберіть методики для обстеження дрібної моторики, просторових уявлень, графічних навичок у дітей з ДЦП.
4. Охарактеризуйте особливості логопедичного обстеження дітей з ДЦП.
5. Які якісні показники розвитку дитини з руховими порушеннями необхідно відобразити в характеристиці і психологічному заключенні?

Рекомендована література

1. Данилова Л. А. Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом / Л.А. Данилова – М., 1977.

2. Калижнюк Э. С. Психические нарушения при детских церебральных параличах / Э.С. Калижнюк – К., 1987.

3. Левченко И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько – М., 2001.

4. Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук – СПб., 2001. – С. 104 – 161.

5. Мастюкова Е.М. Нарушения речи у детей с церебральным параличом / Е.М. Мастюкова, М.В. Ипполитова – М., 1985.

6. Обухівська А.Г. Психологу про дітей з особливими потребами у загальноосвітній школі / А. Обухівська, Т. Ілляшенко, Т. Жук. – К. : Редакції загальнопед. газет, 2012, 128 с. (Бібліотека “Шкільного світу”).

7. Туріщева Л. В. Діти з особливостями розвитку в звичайній школі / Л.В. Туріщева – Х. : Вид. група “Основа”, 2011. – 111 с. – (Серія “Психологічна служба школи”).

Психологічне вивчення та діагностика осіб з вадами мовлення

План

1. Мовленнєва готовність дитини до навчання в школі.
2. Причини та види мовленнєвих порушень у дітей.
3. Порушення формування навичок читання та письма у дітей.
4. Психолого-педагогічна допомога дітям із порушеннями розвитку мовлення.

Концептуальний виклад та методичні поради

I. Висвітлення першого питання доцільно розпочати із загальної характеристики мовленнєвої готовності дитини до школи. Оскільки, серед дітей із особливими освітніми потребами найчисленнішу групу становлять ті, що мають різні порушення розвитку мовлення. Вивчення поширеності порушень психічного розвитку серед дитячого населення України показує, що упродовж останніх шести років стабільно домінує саме порушення мовлення, що сягає 30 – 50 % (у різних областях).

Саме недоліки розвитку мовлення є однією з найпоширеніших причин стійкої неуспішності навчання дитини. Ці недоліки можуть бути різними. Багато порушень мовлення привертають увагу батьків і педагогів уже в дошкільному віці дитини.

Перш ніж говорити про різні мовленнєві розлади, слід зупинитися на тому, яким має бути нормальний мовленнєвий розвиток дитини на час її вступу до школи. Поряд із різними аспектами готовності дитини до шкільного навчання можна говорити, зокрема, про мовленнєву готовність [8].

Мовленнєва готовність, якої дитина набуває у процесі розвитку мовлення, визначається таким рівнем усного мовлення, який забезпечує якісне засвоєння шкільної інформації, що подається у вербальній формі, а також сформованість практичних дій та операцій із мовними знаками, які є основою для оволодіння письмом і читанням, знаннями з мови як шкільного предмету.

Говорячи про мовленнєву готовність дитини до школи, слід розрізнити зміст таких ключових понять, як мова і мовлення, мовленнєва діяльність, між якими існують відмінності.

Мова – це складна функціональна система, в основу якої покладена система знаків, що є засобом здійснення людського спілкування та мислення; соціально-психологічне явище, суспільно необхідне та історично зумовлене. Російською мовою це поняття позначається словом “язык”.

Мовлення – це діяльність людини, яка використовує мову в цілях спілкування, вираження емоцій, оформлення думок, пізнання навколишнього світу, планування своїх дій. Отже, *це не лише процес (говоріння)*, в якому використовуються одиниці, категорії, форми, норми мови та послідовність мовних знаків, що організуються відповідно до потреб інформації, яка висловлюється, *але й результат*, продуктом якого є створення усних і письмових текстів. У російській мові це поняття ідентифікується словом “речь”.

Мовленнєва діяльність складається зі сприймання й аналізу усного мовлення (аудіювання), говоріння, читання та письма. Сформованість мовлення дитини означає уміння адекватно й доречно практично користуватися мовою в конкретних ситуаціях (висловлювати свої думки, бажання, наміри, прохання тощо), використовувати для цього як мовні, так і позамовні (міміка, жести, рухи) та інтонаційні засоби виразності мовлення.

Для *нормального розвитку* мовлення необхідні певні умови: зрілість і неушкодженість різних структур головного мозку; правильна та скоординована робота голосових і дихальних систем, органів артикуляції; розвиток слуху, рухових навичок, емоцій; формування потреби у спілкуванні, наявність стимулюючого мовного середовища.

За сприятливих умов у 5 – 6 років зазвичай зникають

фізіологічні особливості (неправильності) звуковимови.

У шість років словник дитини передбачає приблизно 3,5 – 4 тисячі слів. Вона знає прислів'я, приказки, фразеологізми, вживає їх у власному самостійному мовленні; дає оцінку правильності мовлення, помічає та виправляє граматичні помилки в мовленні однолітків, своєму власному та дорослих; складає описові розповіді різного типу відповідно до композиційної структури, сюжетно-описові, сюжетні розповіді за малюнками, з власного досвіду, за зразком і планом вихователя, переказує знайомі художні тексти різної складності й композиції за планом вихователя та за частинами; будує діалог на запропоновані теми.

Отже, загальномовленнєва підготовка дитини до школи передбачає розвиток навичок усного мовлення, комунікативних навичок, розвиток сприймання і розуміння мовлення, засвоєння мовленнєвого досвіду. Структурними складниками такої підготовки є сформованість правильної звуковимови, багатого словникового запасу, навичок граматичної побудови мовлення, комунікативної активності. Наприкінці дошкільного віку в дітей формується нова – *пізнавальна функція мовлення*, що планує та регулює її практичні дії і стає основою регулятивної поведінки.

Такі результати мовленнєвого розвитку дитини в дошкільні роки дають їй можливість легко засвоювати програму навчання в школі. Упродовж шкільного навчання мовлення дитини продовжує удосконалюватися.

За несприятливих умов мовлення деяких дітей не відповідає віковим нормам. Це виявляється у неправильній вимові окремих звуків, у кількісній і якісній збідненості словника, в помилках граматичного оформлення висловлювань і недосконалому монологічному мовленні. Причини такого стану мовлення у дітей можуть мати фізіологічний характер і зумовлюватися уповільненістю дозрівання периферійних чи центральних структур головного мозку. Такі недоліки долаються досить швидко під час навчання.

Із переходом до навчання з шестилітнього віку та скороченням часу на повноцінну мовленнєву підготовку соціальна значимість вікових недосконалостей мовлення дітей набуває більш актуального значення.

II. При підготовці другого питання слід розкрити причини та види мовленнєвих порушень. Мовлення як складний психічний процес може порушуватися через різноманітні причини.

Якщо досі ми говорили про недоліки мовлення дитини, пов'язані з уповільненням фізіологічних процесів дозрівання різних структур мовно-рухового апарату, які за сприятливих педагогічних умов легко долаються, то далі йтиметься про порушення мовлення, що є наслідком хвороби. Їхні прояви виразніші та стійкіші, тому без спеціальної корекційної роботи призводять до порушення інших пізнавальних процесів, особливо словесно-логічного мислення, а також розвитку особистості. Дитина втрачає здатність успішно навчатися.

Сучасна логопедична наука виділяє *дві групи причин*: внутрішні та зовнішні. *Внутрішні причини*, які призводять до пошкодження нервової системи, дуже різноманітні. До них насамперед належить внутрішньоутробна патологія, пов'язана із захворюваннями матері, палінням та вживанням алкоголю, психічними перевантаженнями під час вагітності, обтяженою спадковістю. Усе це часто поєднується з пошкодженням нервової системи дитини під час пологів і в перші дні після народження.

Зовнішні (екзогенні) причини мовленнєвих порушень зумовлюються загальною фізичною слабкістю організму дитини, захворюваннями внутрішніх органів і деприваційними явищами соціальної ситуації розвитку.

Мовленнєві порушення часто можуть виникати при різних психічних травмах (переляк, переживання через розлуку з близькими людьми, тривала психотравмуюча ситуація в сім'ї). Це затримує розвиток мовлення, а в деяких випадках, особливо при гострих психічних травмах, викликає у дитини психогенні мовленнєві розлади: мутизм (повна відмова від мовленнєвого спілкування), невротичне заїкання [2].

Існує багато видів порушень мовлення. Між собою вони різняться за природою (причиною) виникнення, місцем ураження в складній системі мовленнєвої функції та характером або комплексом психологічних особливостей порушень.

Усі види порушень поділяються на дві великі групи відповідно до того, який вид мовлення порушений: *усне чи писемне*.

Порушення усного мовлення

Порушення усного мовлення і собі поділяють на *два типи*[3]:

- 1.Порушення вимовного аспекту мовлення або, як кажуть логопеди, порушення фонаційного (зовнішнього) оформлення висловлювання.
- 2.Порушення структурно-семантичного (внутрішнього)

оформлення висловлювання, яке в логопедії називають системним або поліморфним порушенням мовлення. Назвімо кілька розладів вимовної структури мовлення, які найчастіше трапляються у педагогічній практиці.

Дислалія – порушення звуковимови при нормальному слухові та збереженій іннервації мовного апарату. Виявляється в неправильному звуковому (фонематичному) оформленні мовлення: у *викривленій вимові* звуків, в *замінах звуків* або в їх *змішуванні*.

Ринолалія – порушення тембру голосу та звуковимови, зумовлене анатомо-фізіологічними дефектами мовного апарату. Виявляється в патологічній зміні тембру голосу внаслідок того, що голосовидихуваний потік повітря проходить у порожнину носа й у ній отримує резонанс (дитина говорить “у ніс”). При ринолалії спостерігається викривлена вимова всіх звуків, мовлення часто буває монотонне, малозрозуміле.

Дизартрія – порушення вимовної сторони мовлення, зумовлене недостатньою іннервацією мовного апарату. До дизартрії належать розлади звуковимови, викликані порушеннями іннервації м'язів мовного апарату внаслідок органічного ураження центрального відділу мовно-рухового аналізатора. Провідне порушення при дизартрії – тяжкий розлад різних аспектів вимови. Окрім порушень вимови, спостерігаються розлади мовного дихання, голосової функції, темпу й ритму, що зумовлюють нерозбірливість мовлення дитини. Інші структурні компоненти мовлення (розуміння мовлення, словник тощо) можуть відставати в розвитку або бути збереженими.

Заїкання – порушення темпоритмічної організації мовлення, зумовлене судомним станом мовного апарату. Буває центрально зумовленим, має органічну або функціональну природу. Заїкання найчастіше виникає у процесі мовленнєвого розвитку дитини, є психогенно обумовленим.

Порушення структурно-семантичного (внутрішнього) оформлення висловлювання представлені двома видами: алалією, афазією.

Алалія – відсутність або недорозвиток мовлення внаслідок органічного ураження мовних зон кори головного мозку у внутрішньоутробному або ранньому періоді розвитку дитини.

Це одне з найтяжчих порушень мовлення, коли порушені операції відбору та програмування на всіх етапах породження і

прийому мовленнєвого висловлювання, внаслідок чого виявляється несформована мовленнєва діяльність дитини.

Афазія – повна або часткова втрата мовлення, зумовлена локальними ураженнями головного мозку. Мовлення дитини втрачається внаслідок черепно-мозкової травми, нейроінфекції: або пухлин мозку після того, як воно уже було сформоване.

Порушення писемного мовлення

Порушення писемного мовлення розділяють на дві групи залежно від того, який його вид порушений. При порушенні *продуктивного виду* відмічаються порушення письма, при порушенні *рецептивної письмової діяльності* – розлади читання.

Дислексія – часткове специфічне порушення процесу читання. Виявляється в утрудненнях впізнання та розпізнавання літер; в ускладненнях злиття літер в склади і складів у слова, що призводить до неправильного відтворення звукової форми слова; в аграматизмі та спотворенні розуміння прочитаного.

Дисграфія – часткове специфічне порушення процесу письма. Виявляється в нестійкості оптико-просторового образу літери, в змішуванні або пропусках літер, у викривленнях звукоскладової структури слова та структури речень. У випадку несформованості читання та письма (під час навчання) говорять про алексію та аграфію. За даними дослідників, ці ускладнення зумовлюються дефектами усного мовлення (за винятком оптичної форми), несформованістю операцій звукового аналізу, нестійкістю довільної уваги тощо.

Групи відносно однорідних порушень мовлення

Практика психолого-педагогічної роботи з мовленнєвими порушеннями у дітей зумовила об'єднання відносно однорідних порушень у окремі групи. Серед них виокремлюють такі [6].

1. *Фонетичний недорозвиток* поєднує порушення звуковимови, складової структури слова, інтонації.

Фонетичні порушення мовлення у дітей виявляються в неправильній вимові звуків без супутніх проявів і ускладнень. Порушення вимови в таких випадках, зазвичай, складаються і закріплюються внаслідок неправильної будови чи функції артикуляційного апарату або через наслідування неправильного мовлення. У більшості випадків порушення вимови має характер дислалій. При цьому спотворений звук у власному мовленні асоціюється у дитини з тим правильним звуком, котрий вона

розрізняє в мовленні близьких. Недоліки власного мовлення не заважають розвитку інших компонентів мовлення.

Серед звуків, що вимовляються неправильно, найчастіше спостерігаються недоліки артикуляторно складних звуків: свистячих [с], [з], [ц] шиплячих [ж], [ш]; африкатів [ч], [щ] сонорних [р], [р], [л], [л’].

Причинами таких недоліків є недостатнє розрізнення звуків, нечіткість слухових образів звуків, зумовлені недостатньо сформованим мовнослуховим аналізом і синтезом.

2. Фонетико-фонематичний недорозвиток. Цю групу мовленнєвих порушень вирізняє те, що у дитини виявляються вади не лише вимови, але й розрізнення звуків. Самі недоліки вимови в цих випадках виступають як основа більш складних мовленнєвих порушень.

Найголовніше, що дитина не відчуває фонетичної та артикуляційної різниці між опозиційними звуками [б]. Для цього дефекту типовими є такі порушення вимови:

а) у мовленні дитини звук відсутній і постійно замінюється іншим (“сапка” – шапка, “лама” – рама);

б) дитина вміє правильно вимовляти звук як ізольовано, так і в слові, але в самотійному мовленні – не завжди правильно. Вона може замінювати його якимось іншим звуком, близьким за артикулюванням і звучанням (“цілей”, “сіпси” – чіпси), або декількома. Наприклад, букву *щ* дитина може в різних словах промовляти або правильно, або замінювати буквами *с*, *ш*, *ч* (щука, але “сїтка” – щітка);

в) вміє правильно промовляти всі звуки, але в мовленні звук вимовляється нечітко, змазано. Нерідко при загальній нечіткості вимови спостерігається і змішування близьких звуків.

3. Загальний недорозвиток мовлення – різні складні мовленнєві розлади, при яких порушене формування всіх компонентів мовленнєвої системи, які належать до фонетико-фонематичної, звукової та лексико-граматичної сторони (словниковий запас, граматична будова мовлення, зв’язне мовлення, фонематичні процеси та вимова звуків) при нормальному слухові та відносно збереженому інтелекті [6].

Залежно від ступеня сформованості мовленнєвих засобів у загальному недорозвитку мовлення розрізняють три рівні.

І рівень. Характеризується цілковитою відсутністю словесних засобів спілкування у віці, коли в дітей із нормальним розвитком мовлення в основному сформоване. При такому рівні мовного розвитку словниковий запас дитини складається здебільшого зі звукових і звуконаслідувальних

комплексів, які супроводжуються жестами, що, зазвичай, незрозумілі для оточення. Активний словник перебуває в зачатковому стані й складається зі звуконаслідувань, лепету та лише невеликої кількості загальноживаних слів, значення яких нестійкі й недиференційовані.

II рівень. Характеризується тим, що мовленнєві можливості значно зростають. Спілкування здійснюється не лише за допомогою жестів, що супроводжуються лепетними частками слів, але й за допомогою достатньо постійних, хоча й дуже спотворених у фонемному та граматичному відношенні мовленнєвих засобів, проте таке спілкування переважно зрозуміле близькому оточенню. Активний словник розширюється не лише за рахунок іменників і дієслів, але й збагачується деякими прикметниками (якісними). Мовлення поповнюється окремими формами словозміни.

III рівень. Передбачає розгорнуте мовлення, без грубих фонематичних і лексико-граматичних відхилень, але з окремими порушеннями у фонетиці, лексиці й граматиці. В активному словнику дітей переважають іменники та дієслова. Мало слів, що характеризують якість, ознаки, стани предметів і дій, а також способи дій. Велика кількість помилок спостерігається у використанні простих прийменників на тлі відсутності в мовленні їх складних видів. Недостатньо сформовані граматичні форми мовлення: помилки у відмінкових закінченнях, змішування часових і видових форм дієслів, помилки в узгодженні й управлінні. Способами словотворення діти майже не користуються. В активному мовленні вживаються переважно прості речення без другорядних членів. Є великі труднощі в побудові складносурядних і складнопідрядних речень.

Загальний недорозвиток мовлення найчастіше виникає у дітей з такими тяжкими мовленнєвими вадами, як алалія, афазія, ринолалія, дизартрія, заїкання. Спільною їх особливістю є системне порушення мовленнєвої діяльності, що охоплює всі її компоненти.

Тяжкість і складність порушень при загальному недорозвитку мовлення так чи так позначається на загальному розвитку дитини та на її здатності до засвоєння знань. При цьому часто відмічається затримка або нерівномірний розвиток інтелекту. Якщо дитина з таким станом мовлення вчасно не отримує професійної логопедичної допомоги, загальна картина її розвитку може сприйматися як розумова відсталість.

Для оцінки справжніх пізнавальних можливостей дитини із загальним недорозвитком мовлення необхідно організувати динамічне спостереження в умовах продуктивних форм діяльності та

під час індивідуальних занять. На відміну від дітей із розумовою відсталістю, діти з тяжким мовленнєвим порушенням, попри низькі комунікативні можливості та обмеженість вербальних узагальнень, мають нерівномірні успіхи: низькі в мовленнєвих завданнях і достатні (на рівні норми) в предметно-практичній та ігровій діяльності. Вони здатні продуктивно використовувати допомогу, швидко навчаються способу дії, здатні до переносу умінь під час виконання завдань аналогічного змісту. Крім названого, діти з тяжкими порушеннями мовлення виявляють показники нормального особистісного розвитку: мають адекватні диференційовані реакції, критичні до помилок, часом навіть соромляться їх, засмучуються.

III. На відміну від усного мовлення, яке формується спонтанно, навичок письма та читання дитина набуває у процесі навчання. Стійкі порушення писемного мовлення можуть виникати навіть у дітей із високим інтелектом, збереженим усним мовленням, повноцінним слухом і зором, у яких несформовані деякі психічні процеси, що на усному мовленні не позначаються, наприклад, порушення просторових уявлень. У повсякденному житті на них теж не звертають належної уваги, аж поки не настане час навчатися читання та письма. За таких умов втрачаються сензитивні періоди для корекційного втручання. Непоодинокі випадки, коли добре інтелектуально розвинена дитина протягом року та більше не може навчитися читати й писати. Педагоги докладають усіх зусиль, щоб допомогти їй, але безуспішно, бо не знають причин її труднощів і не володіють методикою корекційної роботи. Такій дитині потрібен логопед.

Письмо та читання як складові єдиного процесу писемного мовлення побудовані на знаковому сприйманні букви (читання) та її відтворенні. У цьому вони дуже схожі.

Представники логопедичної науки відзначають, що порушення читання та письма рідко спостерігається ізольовано: зазвичай вони взаємопов'язані. В основі порушення письма та спорідненого з ним порушення читання є порушення звукового аналізу та синтезу слів. Порушення звукового аналізу виражається в тому, що учень сприймає слово загалом, глобально, ґрунтуючись головно на смисловий компонент, але не сприймає фонетичного, компоненту тобто певної послідовності звуків у слові. При порушенні синтезу учень не може з ряду літер (звуків) скласти слово.

Аналізуючи труднощі писемного мовлення дитини варто насамперед звернути увагу на її помилки в усному мовленні.

Наприклад, серед свистячих і шиплячих (“суба” – шуба, “шани” – сани, “жамок” – замок, “коза” – коса), серед дзвінких і глухих (“бароплав” – пароплав, “куток” – гудок, “фила” – вила), серед сонорних [р] і [л] (“лукавиці” – рукавиці, “рожка” – ложка, “лука” – рука), серед м’яких і твердих (“цибула” – цибуля, “лики” – ліки).

Пропуски літер і складів свідчать про те, що дитина не виявляє, тобто “не бачить” в складі слова всіх його звукових компонентів, наприклад: “енки” – замість санки, “гают” – замість грають.

Зміни літер вказують на те, що дитина виділяє в складі слова певний звук, але для його позначення вибирає невідому літеру. Це буває тоді, коли не закріпився зв’язок між значенням і зоровим образом букви; при нечіткому розмежуванні літер, схожих у написанні.

Увагу вчителів і батьків мають привертати стійкі помилки, яких учні припускаються на письмі [7]:

- численні пропуски голосних і приголосних букв;
- переставляння букв і складів;
- поява зайвих букв і складів;
- недописування букв або складів;
- написання зі словами прийменників разом і префіксів окремо;
- невміння передати пом’якшення приголосного на письмі;
- плутання і заміна шиплячих-свистячих, глухих-дзвінких, сонорних [р], [л];
- невміння правильно застосовувати деякі граматичні правила.

Знання правил таким дітям не допомагає. Учні не відчують інтонаційної й смислової завершеності речення, тому не можуть на письмі визначити його межі і, як наслідок, не застосовують правило постановки крапки в кінці речення та написання великої букви на початку наступного.

Формування навички читання відбувається у процесі довготривалого та цілеспрямованого навчання і проходить чотири ступені:

- 1) оволодіння звуко-буквеним позначенням;
- 2) поскладове читання;
- 3) становлення синтетичних прийомів читання;
- 4) синтетичне читання.

Як відомо, на початку навчання читання провідну роль відіграє розпізнання літери та зв’язаного з нею звука, а надалі навичка читання перетворюється на зорове пізнання звукового образу складів, цілих слів, а іноді – фраз, які склалися в процесі усного

спілкування. Дитина співвідносить букви з цими образами та завдяки цьому розуміє те, що читає.

Якщо дитина не має чітких уявлень про звуковий склад чи слово, у неї важко формується узагальнення звуко-складових образів. Саме тому дитина не може об'єднати звуки в склади за аналогією з уже засвоєними легшими складами та впізнати їх. Читання у дітей із фонетико-фонематичним недорозвитком також характеризується повільним темпом, оскільки вони часто “застряють” на читанні окремих літер, частин слова чи цілого слова, щоб правильно співвіднести літеру з відповідним звуком або усвідомити те, що читають.

Дислексія та її форми

Дислексія – часткове специфічне порушення процесу читання, обумовлене несформованістю (порушенням) вищих психічних функцій, яке проявляється у повторюваних помилках стійкого характеру. Сьогодні відомо декілька форм дислексій: *фонематична, мнестична, семантична, аграматична, тактильна (у сліпих), оптична.*

Фонематична дислексія пов'язана з недорозвиненістю функцій фонематичної системи, фонематичного сприймання. Проявляється у заміні звуків, схожих акустично й артикуляційно ([б] – [п], [с] – [ш]). Цей вид дислексії також може бути пов'язаний із недорозвиненістю функцій фонематичного аналізу. При цьому простежується читання по літерах і порушення звуко-складової структури слова. Це виявляється у пропусках звуків при збігу приголосних, вставлянні голосних між приголосними (“пасала” замість пасла, “сутук” замість стук), перестановці складів (“лотапа” – лопата, “мотолок” – молоток).

Семантична дислексія виявляється в порушенні розуміння прочитаних слів, речень за технічно правильного читання. Тобто слово чи речення не перекидаються у процесі читання, але після читання діти не можуть показати відповідний малюнок, відповісти на запитання. У таких дітей недостатньо сформована здатність синтезувати, об'єднувати склади в ціле слово. Слова вони сприймають ізольовано, без зв'язку з іншими словами в реченні. Дітям із семантичною дислексією складно виконати такі завдання:

- вимовити слова, подані у вигляді послідовно вимовлених ізольованих звуків, з короткою паузою між звуками {[л], [у], [н]. [а] – луна);
- повторити речення, розбите на склади (дів-чин-ка зби-рає кві-ти).

Аграматична дислексія зумовлена недорозвиненням

граматичної будови мовлення, морфологічних і синтаксичних узагальнень. За цієї форми дислексії простежується зміна відмінкових закінчень і кількості іменників (“у стулов”, “два вухи”, “у столу”), неправильне узгодження в роді, числі, відмінку (“казка цікаве”, “дітям веселе”). Аграматична дислексія найчастіше простежується у дітей із системним недорозвиненням мовлення різного генезису.

Оптична дислексія виявляється в труднощах під час засвоєння графічно подібних літер і під час їх взаємозаміни. Діти плутають літери з додатковими елементами (*Л-А, З-В, И-Ш*), а також ті літери, що складаються з однакових елементів, але по-різному розташовані в просторі (*Т, Г, Н, В, П, И*). Ця форма дислексії пов’язана з недиференційованістю зорового сприймання. Може спостерігатися читання справа наліво, пропуск рядка через невміння послідовно переміщувати лінію погляду зверху-вниз, що веде до втрати смислу прочитаного, пропуски, перестановки слів. У дітей із оптичною дислексією простежується порушення оптико-просторового впізнавання і на невербальному рівні. Так, малювання простих предметів за зразком виконують правильно, але під час перемальовування складніших предметів з’являються неточності, ще більше помилок буває при малюванні з пам’яті. Може простежуватися зменшення кількості елементів, неправильне їх розміщення порівняно зі зразком.

Дисграфія та її форми

Процес письма не зводиться лише до моторного акту руки, він є складною за структурою формою мовленнєвої діяльності, що відображає розвиток у людини можливостей розрізняти смисловий бік вербальної інформації та позначати її умовними графічними знаками.

Процес письма, як і читання, передбачає достатній рівень сформованості мовних і немовних функцій: слухової диференціації звуків, правильної вимови, звуко-буквенного аналізу та синтезу слів, сформованості лексико-граматичної сторони мовлення, зорового аналізу та синтезу, сформованості просторових уявлень.

Несформованість будь-якої із зазначених функцій (або їх розлад) може викликати порушення процесу оволодіння письмом. Відомі три види дисграфій: акустична, моторна, оптична.

Для *акустичної дисграфії* характерна недиференційованість слухового сприймання, недостатній розвиток звукового аналізу й синтезу. Частими є змішування й пропуски, заміна літер, що

позначають звуки, подібні за артикуляцією та звучанням, а також відображення на письмі неправильної вимови звуків.

За *моторної дисграфії* спостерігаються труднощі руху руки під час письма, порушення зв'язку моторних образів слів з їх звуковими й зоровими образами.

За *оптичної дисграфії* у деяких випадках читання й письмо взагалі неможливі, оскільки людина не може відтворити графічний образ у літер. За переважно оптичного характеру дислексій і дисграфій у дітей спостерігається нестійкість зорових вражень і уявлень. Діти не впізнають окремих літер, не співвідносять їх зі звуками. Одна й та ж літера сприймається ними по-різному в різні моменти. Неточне, нечітке сприймання літер призводить до їх частого змішування. Особливо часто діти змішують літери, схожі за написанням, наприклад у друкованому тексті: *n – n, n – u, ш – ц, ш – щ*. Найчастіше замінюються графічно подібні рукописні літери, що складаються з однакових, але по-різному розташованих у просторі елементів (*в – д, т – ш*) трапляється дзеркальне написання літер.

IV. Порушення розвитку мовлення позначається на усьому психічному розвитку дитини: пізнавальній діяльності, насамперед мислення, а також на розвитку особистості. Недоліки розвитку деяких психічних процесів, наприклад, сприймання, зорово-моторної координації є причиною труднощів засвоєння навичок письма та читання. Окрім того, дітям з мовленнєвими розладами часто властиві супутні розлади, серед яких частим є гіперактивність із дефіцитом уваги. У дітей формуються небажані риси характеру.

Існує ціла галузь спеціальної психології – *логопсихологія*, що вивчає особливості психічного розвитку дитини з вадами мовлення. Дітям важко говорити, а тому вони обмежують або уникають спілкування. Під впливом усвідомлення власних вад і зумовлених цим переживань у них формуються риси характеру, які ускладнюють взаємодію з дорослими та однолітками. Тому й у корекційній роботі з дитиною важлива участь різних фахівців: логопеда, педагога, психолога.

Усунення чи пом'якшення порушень мовленнєвого розвитку дітей є складним і довготривалим процесом. Що раніше цей процес початий, то більша його ефективність. Провідним фахівцем, який володіє методикою діагностики та корекції різних мовленнєвих порушень у дітей, є логопед. Тому найперше завдання інших педагогічних працівників (педагога, психолога) – бути уважними до недоліків у мовленні дитини та сприяти невідкладному обстеженню

її логопедом.

Успішність роботи з дитиною логопеда великою мірою залежить від того, наскільки продуктивно налагоджена його співпраця з педагогом, психологом, батьками, які під його керівництвом закріплюють новосформовані мовленнєві функції чи ті психічні процеси, від яких залежить їхнє формування.

Так, у процесі подолання труднощів оволодіння дітьми навичками письма та читання учителі початкових класів і психологи (а також батьки) можуть виконувати з ними вправи, спрямовані насамперед на розвиток зорового сприймання. З цією метою дітям пропонують малюнки, на яких треба знайти відмінності. Для демонстрування обирають прості малюнки, які відрізняються лише кількома ознаками. Поступово завдання цієї серії ускладнюють до 10 відмінностей. Пропонується багато предметів, котрі слід впізнати та назвати. При цьому предмети та різні зображення подають в різному ракурсі, в перевернутому вигляді, на малюнках одні предмети (зображення цифр, літер) накладаються на інші. Паралельно проводять роботу на рівні літер. На етапі ознайомлення з конкретною літерою спочатку показують, як її графічно позначати, відшукувати серед інших, правильно вимовляють. Щоб графічне зображення засвоювалося краще, можна використовувати літери з рельєфного чи оксамитового паперу, викладати літери з паличок, з природного матеріалу (наприклад, з шишок). Після цього переходять до таблиці складів, які краще починати читати з обернених складів – вони легші, ніж прямі. Далі роботу проводять із одним закритим складом, в якому пропонують заміну однієї літери: сом – сок – сон; тон – ток – топ; куб – кут – куц; бук – бик – бік.

Цікавими для дітей завжди є кросворди, вправи: “Замалюй клітинки з буквами – отримаєш картинку”, “Зачаровані картинки”, “Доповни загадкові знаки”, “Назви перекреслену букву”, “Виділи букви, накладені одна на одну”.

Напрями пропедевтичної індивідуальної роботи:

- розвиток сенсорних функцій і психомоторики: зорового та слухового сприймання, зорових і слухових диференціацій, просторового уявлення, кінетичної та кінестетичної організації рухів, конструктивного праксису;
- розвиток психічних функцій: зорової та слухової уваги, пам’яті, сприймання;
- розвиток мисленнєвих операцій: порівняння, класифікації, символізації, аналізу та синтезу, абстрагування, узагальнення;

- формування навичок планування, самоконтролю, виховання мотивів до навчальної діяльності;
- розвиток мовлення, формування навичок аналізу та синтезу мовних одиниць: розвиток зв'язного монологічного мовлення, здатності до роздумів та висновків, удосконалення лексико-граматичного та фонетичного оформлення мовлення.

Готовність до оволодіння письмом можна формувати, розвиваючи такі *уміння*:

- здатність до інтеграції та координації рухів;
- дрібної моторики кисті руки;
- стійкості і довільності уваги під час виконання завдань тощо.

Важливим завданням, яке головно покладається на шкільного психолога, є корекція порушень особистості дитини з мовленнєвими порушеннями. Порушення особистості виникають легко, тому що первинно збережений інтелектуальний розвиток дає можливість дітям бути критичними до своїх недоліків і болісно їх переживати. Такі діти страждають від зниженої самооцінки, пов'язаної як із проблемами усного мовлення, так і з неуспішністю навчання, зумовленою труднощами оволодіння навичками читання та письма.

Особливу проблему становить *логофобія* – страх говорити. У дітей із заїканням, дизартрією та ринолалією, мовленнєвий недолік особливо привертає увагу і може стати предметом образливих зауважень або й насмішок. Загалом ж усі діти з мовленнєвими порушеннями можуть мати більшою чи меншою мірою виражені проблеми спілкування. Тому кожна така дитина потребує психологічну групову та психологічну корекційну роботу.

Схема вивчення дитини з розладами мовлення

Прізвище, ім'я дитини _____ вік _____

Мовленнєве оточення (недоліки мовлення у дорослих членів родини)

Заняття з логопедом _____

Дослідження мови

Усна мова:

Фонематичне сприйняття _____

Звуковимова _____

Стан словника _____

Грамаіічній лад мови _____

Зв'язна мова _____

Письмова мова:

Читання _____

Письмо _____

Запитання для перевірки та самоконтролю

- 1.Що розуміють під поняттям “порушення мовлення”?
- 2.Охарактеризуйте основні види мовленнєвої патології: в усному й писемному мовленні.
- 3.У чому полягають основні особливості двох типів класифікації мовленнєвих порушень?
- 4.Роль мовленнєвої функції у психічному розвитку дитини.
- 5.Охарактеризуйте основні періоди нормального мовленнєвого розвитку дитини: підготовчий; переддошкільний; дошкільний; шкільний.

Рекомендована література

1. Большой толковый психологический словарь / авт.-уклад. А. Ребер : в 2 т. – М., 2000.
2. Волкова Л.С. Логопедия / Л.С. Волковой. – М. : Владос, 1989. – 680 с.
3. Гриншпун В.М. Классификация нарушений речи. Логопедия / В.М. Гриншпун; под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М., 1998. – С. 55 – 70.
4. Захаров А. И. Своеобразие психического развития детей / А.И. Захаров // Психология детей с отклонениями и нарушениями психического развития. – СПб. : Питер, 2001. – С. 93 – 129.
5. Навчання і виховання учнів 1-го класу : метод. посіб. [для вчителів] / уклад. О.Я. Савченко. – К. : Почат. шк., 2002.
6. Логопедія / В.В. Тарасун, С.Ю. Конопляста, В.О. Кондратенко та ін.; за ред. М.К. Шеремет. – [2-е вид.]. – К. : Видавничий Дім “Слово”, 2010. – 672 с.
7. Пінчук Ю.В. Основи методики виховання правильної вимови звука при дислалії / Ю.В. Пінчук // Педагогіка та методика спеціальні : зб. наук. пр. – К., 2000. – С. 43 – 49.
8. Шеремет М.К. Формування усного зв'язного висловлювання у дітей з фонетико-фонематичним недорозвиненням мовлення / М.К. Шеремет, І.В. Сергеева // Педагогіка та методика спеціальні : зб. наук. ст. НПУ ім. М.П. Драгоманова. – К., 2001. – Вип. 2. – С. 100 – 106.

Психологічне вивчення та діагностика осіб із затримкою психічного розвитку

План

1. Визначення та форми затримки психічного розвитку у дітей
2. Діагностика затримки психічного розвитку
3. Корекційне навчання дітей із затримкою психічного розвитку

Концептуальний виклад та методичні поради

I. Висвітлюючи перше питання необхідно проаналізувати визначення та форми затримки психічного розвитку. Діти із затримкою психічного розвитку – це неоднорідна група щодо причин і психологічних механізмів виникнення відставання у психічному розвитку, труднощів у навчанні та формуванні особистості кожної конкретної дитини. Саме тому в більшості зарубіжних країн, зокрема англосовітських, не виокремлюється така категорія дітей, а терміном “mental retardation”, який у нас часом сприймається як відповідний до нашого поняття “затримка психічного розвитку”, насправді позначається розумова відсталість. Ті ж, кого ми називаємо “діти із затримкою психічного розвитку”, розчиняються в інших категоріях дітей залежно від провідного чинника, який ускладнює розвиток і навчання дитини. Усе це дає змогу говорити про категорію дітей із різними порушеннями формування шкільних навичок [4].

При клінічному вивченні дітей із ЗПР вказується на наявність негрубої органічної патології нервової системи, яка має в більшості випадків резидуальний характер. Із екзогенних чинників, що призводять до відставання в психічному розвитку, різними вченими зазначається: патологія внутрішньоутробного розвитку (важкі токсикози вагітності, інфекції, інтоксикації, травми); недоношеність; асфіксія і травми при пологах; інфекційні захворювання, які супроводжуються порушенням харчування (диспепсія, грип, дизентерія, ревматизм). У роботах вчених також вказується на роль спадкової обтяженості в психологічному відношенні у дітей із ЗПР: алкоголізм батьків; розумова відсталість у найближчих родичів; шизофренія; генетичні вади розвитку і інші психічні захворювання. У клінічних дослідженнях встановлено, що стійкі труднощі в навчанні дітей із ЗПР, зазвичай, мають різні причини, включаючи органічне ушкодження ЦНС. При визначених порушеннях пізнавальної діяльності відмічається не тотальне, а парціальне порушення інтелектуального розвитку.

Тепер наголошується тенденція до збільшення кількості дітей з труднощами в навчанні різного генезу. За даними досліджень

більшості авторів, їх кількість варіює від 44% [Безменов П. В., 2001] до 79% [Винокуров Л. Н., 1978] [3].

Затримку психічного розвитку вважають одним із видів дизонтогенезу, при якому спостерігається сповільнений темп формування пізнавальних процесів і емоційної сфери з їх тимчасовою фіксацією на ранніх вікових етапах. Сповільненість темпу психічного розвитку дитини діагностується в старшому дошкільному віці. До основних проявів дітей з несформованою готовністю до шкільного навчання належить: недостатність загального запасу знань; обмеженість уявлень про навколишню дійсність; переважання ігрових інтересів; швидко втомлюваність інтелектуальної діяльності [Лебединський В. В., 2004].

Порушення нормального темпу психічного розвитку дитини визначають на початку систематичного навчання. Дитина не може повністю включитися в шкільну учбову діяльність, сприймати і виконувати певні завдання. Діти із ЗПР відчують труднощі в оволодінні грамотою, рахунком. Водночас у них відносно добре розвивається мова, здатність до запам'ятовування віршів, казок, засвоєння образних прийомів виконання навчальних завдань [Дьяченко М. М., Кандибович Л. А., 1998].

При ЗПР спостерігається мозаїчна картина порушення, при якій одні психічні функції залишаються збереженими, а інші – суттєво відстають за віковими термінами свого розвитку.

Сучасні знання про затримку психічного розвитку дають змогу розглядати її як стан, значно ближчий до норми, ніж до розумової відсталості. Нейропсихологічні дослідження в неускладнених випадках розумової відсталості часто виявляють достатньо сформовані окремі психічні функції (пам'ять, увагу, навіть сприймання), які не можуть сповна використовуватися у пізнавальній діяльності через недостатність інтегративної функції мозку (здатність до узагальнення), що зумовлює недорозвиненість мисленнєвих процесів, особливо вищої форми мислення – логічного. Це накладає відбиток на формування не тільки пізнавальної діяльності дитини, але й особистості, а відтак – здатності до соціальної адаптації загалом.

У дітей із затримкою психічного розвитку нейропсихологічні показники виявляються протилежними: у них збережена здатність до логічного мислення, яке не може повноцінно розвиватися через дефіцит окремих, уже названих функцій, виснажуваність нервових процесів, отже, низьку розумову працездатність. Усе це разом іноді називають передумовами інтелекту (власне, інтелектом у цьому випадку називають мислення). До того ж окремі функції в різних

дітей порушені по-різному, що й зумовлює строкату картину труднощів у навчанні та розвитку дітей цієї категорії. Порушення окремих функцій і збереження інтегративної функції мозку свідчить про парціальність його уражень, а не про дифузне ураження, властиве розумовій відсталості. Звідси – великі компенсаторні можливості мозку виступають як визначальні для затримки психічного розвитку. Не випадково сама назва цього порушення передбачає його тимчасовість, можливість подолання чи, у важчих випадках, компенсації.

Отже, найважливішою відмінністю дітей із ЗПР від розумово відсталих однолітків є їхня здатність приймати і використовувати допомогу в процесі корекційного навчання, водночас демонструючи позитивну динаміку в навчанні.

Узагальнюючи результати сучасних досліджень, можна зробити висновок про те, що затримка психічного розвитку у дітей виявляється в сповільненому дозріванні емоційної і вольової сфер, в недостатньому розвитку мотивації і пізнавальної діяльності, зумовлюючи виникнення загальних і специфічних труднощів у навчанні.

Успішність корекції затримки психічного розвитку великою мірою залежить від своєчасності її початку. Сензитивним для цього є ранній, дошкільний і молодший шкільний вік.

Серед факторів, які спричиняють затримку психічного розвитку, розрізняють два найзагальніші: біологічний і соціальний, зокрема – психогенний.

Біологічні фактори затримки психічного розвитку

Біологічні фактори затримки психічного розвитку досить різноманітні так само, як різноманітні їхні наслідки.

Гармонійний інфантилізм

Насамперед виокремлюють переважно генетично зумовлене уповільнене дозрівання різних систем дитячого організму. Клініцисти називають цю форму затримки психічного розвитку гармонійним інфантилізмом. Такий стан не можна розглядати як хворобливий: дитина залишається здоровою та життєрадісною, але за своїм розвитком, особливо емоційно-вольової сфери, відстає від вікової норми. На початок навчання у школі вона фактично ще залишається дошкільником і за показниками фізичного розвитку, і за проявами поведінки. Це веселі, жваві й часто кмітливі діти, поки вони безпосередньо граються, невимушено спілкуються з ровесниками та дорослими. Коли ж перед ними постають правила та обов'язки

школярів, вони виявляються неспроможними їх виконати. Становище школяра, шкільне навчання їм нецікаві, вчителі скаржаться, що дитина не включається в роботу класу, не сприймає завдання і ніби не розуміє, чого від неї вимагають. Тим часом такі діти шукають собі дитячих розваг. На перерві вони активно граються з однокласниками, хоча в іграх, де треба дотримуватися правил, виявляють надмірну дитячість і часто нехтують ними.

Вважають, що ця затримка психічного розвитку не буває надто глибокою й за сприятливих педагогічних умов успішно корегується у процесі дозрівання, дорослішання дитини. Для того, щоб такі діти успішно навчалися в школі, часто буває достатньо індивідуального педагогічного підходу. Обґрунтованою тут може бути рекомендація продовжити навчання та виховання таких дітей в умовах дошкільного навчального закладу, а шкільне навчання розпочинати на рік пізніше. Поспішне включення неготової до навчання у школі дитини в навчальний процес без достатньої уваги до її проблем з боку сім'ї та педагога загрожує їй дедалі більшою педагогічною занедбаністю та стійкою неуспішністю. Зрештою ці діти завжди залишаються в групі ризику, і мають потребу хоча б періодично консультиватися фахівцем-дефектологом, психологом.

Затримка психічного розвитку дітей унаслідок соматичних захворювань

Набагато складнішою проблемою є затримка психічного розвитку дітей, зумовлена різними соматичними (тілесними) захворюваннями, особливо в перші роки життя. Такими можуть бути різні хронічні захворювання органів травлення, дихання, серцево-судинної системи, різні алергічні стани тощо. Звернімо увагу на те, що центральна нервова система в таких випадках прямо не уражається хворобою, але потерпає від виснаження дитячого організму загалом. Хвороба знижує психічний тонус дитини, робить її млявою, неактивною у пізнанні довкілля, а тому створюються несприятливі умови для її психічного розвитку. Зауважимо, що не всяка соматично хвора дитина відстає у психічному розвитку. Тому констатація захворювання є підставою для пильної оцінки стану дитини, доцільності початку її шкільного навчання з семи років та необхідності вжити заходів для уникнення перевантаження, сприяння її оздоровленню.

Церебрально-органічна форма затримки психічного розвитку

Найтяжчою є так звана церебрально-органічна форма затримки психічного розвитку. Як свідчить її назва (*церебральний* – мозковий),

вона пов'язана з хворобливими ураженнями головного мозку. Прояви її яскравіше виражені та стійкіші. Щоб їх усунути чи пом'якшити, потрібні систематичні лікарські та педагогічні заходи.

Під час неврологічного обстеження таких дітей лікар часто виявляє певні відхилення у функціонуванні їхньої нервової системи, що свідчить про шкідливий вплив на мозок плоду чи новонародженої дитини різних негативних факторів: токсичних речовин, якими забруднене навколишнє середовище, в тому числі й безконтрольно вживаних лікарських препаратів, нікотину, алкоголю; різних хворіб матері, що створюють несприятливі умови для повноцінного розвитку плоду; травм голови; запальних захворювань мозку протягом перших років життя.

Залежно від того, які функціональні системи мозку зазнали ушкодження, можна спостерігати окремі особливо яскраво виражені порушення пізнавальної діяльності й поведінки дитини. Так, у деяких дітей виявляються найбільші труднощі в оволодінні просторовою орієнтацією, лічбою, довільною поведінкою, надзвичайна втомлюваність, яка призводить до відставання від вікової норми в розвитку мисленнєвих дій та операцій. Отже, під час церебрально-органічної форми затримки психічного розвитку спостерігається порушення психофізичного розвитку від відносно легких до таких, що за характером розладів пізнавальної діяльності й труднощами їхнього подолання межують із легкою розумовою відсталістю. Саме діти з такою формою затримки психічного розвитку переважно потребують спеціальних умов навчання не тільки в початковій школі, а й в основній, і для них є дуже актуальною проблема професійної орієнтації та подальшої соціально-трудової адаптації у суспільстві.

Психогенні фактори затримки психічного розвитку

На відміну від розумової відсталості у виникненні затримки психічного розвитку велику роль відіграють і психогенні фактори. Часом їхня роль є вирішальною. Це пов'язано з важливістю психологічних чинників у психічному розвитку дитини. Насамперед це *сенсорна стимуляція*: зорова, слухова, тактильна тощо, пізнання взаємозв'язків, залежностей між речами в навколишньому світі, а також усвідомлення власної індивідуальної соціальної ролі. Особливо важливою потребою, яка регулює психічний розвиток дитини, є *потреба в емоційному зв'язку* з конкретною людиною. При цьому важливо, щоб такий зв'язок був індивідуалізованим і тривалим, таким, що дає почуття захищеності, безпеки, що, зі свого боку, позитивно відображається на взаємодії дитини зі світом. Зазвичай ця потреба задовольняється зв'язком: мати – дитина. Позбавлення

дитини задоволення усіх названих потреб є психічною депривацією, яка призводить до серйозних розладів у психічному та фізичному розвитку.

Окремої уваги заслуговує розгляд *взаємозв'язку педагогічної занедбаності та затримки психічного розвитку*. Часто педагогічну занедбаність у науковій літературі та педагогічній практиці спрощено розглядають як прогалини у знаннях і навичках. Підкреслюючи відмінності між педагогічною занедбаністю та затримкою психічного розвитку, вважають, що перша обмежується сферою знань і вмінь та не поширюється на якість інтелектуальної діяльності, тоді як друга визначається негативними якісними характеристиками інтелектуальної діяльності, а брак знань і навичок є наслідком цього недоліку. Насправді ж між цими двома станами існує складний взаємозв'язок. Так, у науковій школі відомого радянського психолога Н. О. Менчинської під час вивчення розумової діяльності учнів, які не встигають, було введено поняття ранньої та пізньої педагогічної занедбаності. Якщо в першому випадку педагогічна занедбаність справді обмежується сферою знань і вмінь, то в другому, коли педагогічна занедбаність починається в ранньому дитинстві та триває довго, зазнають якісних змін характеристики розумової діяльності: знижується гнучкість, критичність, допитливість розуму, здатність виявляти суттєве у предметах та явищах, узагальнювати. А це вже свідчить про затримку психічного розвитку.

Розглянуті причини, які призводять до затримки психічного розвитку дитини, часто поєднуються, поглиблюючи одночасно картину психофізичних порушень. Особливо це стосується дітей, які з раннього віку, а то й з народження, виховуються в дитбудинках. Серед цієї категорії дітей значно більше, порівняно із загальною популяцією, таких, що народилися з ризиками щодо здоров'я через алкоголізм, наркоманію та різні супутні захворювання матерів, мають обтяжену спадковість. На тлі усіх цих соматичних негараздів особливо згубно діють наведені фактори психічної депривації.

II. Розглядаючи друге питання необхідно описати особливості діагностики затримки психічного розвитку. Діагностика затримки психічного розвитку має свої труднощі, пов'язані як з різноманітністю її проявів, обумовлених різними причинами та вторинними нашаруваннями труднощів навчання й поведінки, так і з потребою відмежування цього порушення від легкої розумової відсталості, з одного боку, та нормального розвитку, обтяженого педагогічною занедбаністю, з другого. Відомо, що порівняна легкість

порушень ускладнює диференційну діагностику й потребує, крім застосування спеціального діагностичного інструментарію, спостереження дитини у процесі навчання та різних занять, спілкування, а також вивчення умов її життя, історії розвитку. Тільки аналіз зібраної інформації про актуальний стан дитини та факторів, які могли його зумовлювати, дасть змогу будувати індивідуально спрямовану психолого-педагогічну допомогу.

Засоби спеціального діагностичного обстеження дитини

Використовуються відомі тестові методики, які не завжди є оптимальними для діагностики затримки психічного розвитку [10]. Особливо це стосується методик, що орієнтовані на отримання кількісних показників, – визначення коефіцієнта інтелекту (IQ). Так, дослідженнями встановлено, що широко відома методика Д. Векслера може давати схожі результати у дітей із затримкою психічного розвитку, з легкою розумовою відсталістю та педагогічною занедбаністю. Тому, наприклад, під час обстеження вихованців дитбудинків, шкіл-інтернатів для дітей-сиріт можна отримати кількісні показники інтелекту на рівні легкої розумової відсталості у багатьох дітей, які насправді не є розумово відсталими. Особливо ненадійною з цього боку є вербальна частина тесту.

Досвід вчених, дає підстави вважати надійнішим діагностичний метод з елементами навчання, що дає можливість з'ясувати причини труднощів, які виникають у дитини в процесі розв'язання пізнавального завдання. Різні форми допомоги, елементи навчання та перевірка їхньої ефективності на повторному виконанні того самого завдання чи аналогічного, здатність дати пояснення своїх дій, що свідчить про їх усвідомлення, – усе це є показниками наочності. Саме *наочність є основним діагностичним критерієм*, що здатний диференціювати інтелектуальні можливості дитини, а не актуальний рівень розвитку, який може бути зумовлений різними причинами.

Використання діагностичного методу з елементами навчання вимагає від психолога гарних знань психологічних особливостей дітей із затримкою психічного розвитку, які проявлятимуться у процесі діагностичного обстеження.

Найпершою скаргою, яку можна почути від педагога, коли йдеться про дитину із затримкою психічного розвитку, є її *нездатність виконувати звичайні навчальні завдання*, які щодня виконують учні у класі. При цьому педагог часто зауважує, що робота буває значно успішнішою, коли з учнем працювати індивідуально, увесь час заохочуючи його, вказуючи на послідовність

дій і на помилки, які треба виправити. Привертає увагу й така особливість засвоєння знань і вмінь: здавалося б, дитина вже навчилася виконувати певні вправи, а через деякий час виявляється, що вона знову безпорадна перед тим самим завданням. *Такі розлади навчальної діяльності* більшою чи меншою мірою властиві всім дітям із затримкою психічного розвитку. Вони пов'язані з кількома причинами: насамперед із несистематизованістю знань і вмінь, що перешкоджає їхній актуалізації та застосуванню, а також із розладами працездатності. Відомо, що затримка психічного розвитку виникає на ґрунті незрілості чи ослабленості нервової системи. В таких випадках нервові процеси бувають надмірно виснажливими: дитина швидко стомлюється. У стані втоми вона демонструє нездатність впоратися з тим завданням, яке перед цим було для неї цілком доступним. З розладами працездатності та несистематизованістю і недостатньою усвідомленістю знань найчастіше пов'язані *недоліки пам'яті*, які часом вважають чи не основною проблемою дитини. Справді, в стані втоми дитина не тільки не може бути уважною, осмислювати й запам'ятовувати нову інформацію, але й не може зосередитися і на пригадуванні. Отже, тут частіше простежуються *недоліки уваги*, характерні для астеноїзованої психіки.

Передусім у цих дітей значно *вужчі знання про довкілля*. Звичайно, на відміну від розумово відсталих, вони мають достатні навички самообслуговування, орієнтуються у побуті та найближчому оточенні, певною мірою беруть участь в іграх ровесників і не контрастують з ними, як це буває з розумово відсталими. Проте уважніше вивчення їхніх знань і уявлень про навколишній світ виявляє у них суттєві прогалини. Вони можуть не знати послідовності днів тижня, місяців, пір року. Називаючи пори року, діти не знають їхніх суттєвих ознак або називають одну – дві.

Недостатня систематизованість знань зумовлює труднощі оперування навіть відомими ознаками предметів, наприклад, групування за кольором, величиною, формою чи виокремлення малюнків диких і свійських тварин, птахів, риб, дерев, квітів, одягу, меблів тощо. Якщо ж практично такий поділ більш-менш вдається, то особливі труднощі становить називання груп узагальнювальним словом. Дуже часто діти не можуть користуватися навіть найуживанішими поняттями.

У дітей із затримкою психічного розвитку *бракує математичних знань і вмінь*. Часто вони вміють лічити до десяти, але це зовсім не означає, що вони можуть свідомо оперувати натуральним рядом чисел, бо мають труднощі у зворотній лічбі, не

можуть полічити від заданого до заданого числа, не розуміють, що кожне наступне чи попереднє число є збільшенням чи зменшенням на одиницю, не відрізняють порядку лічби від кількості. Через таку обмеженість дошкільної підготовленості до засвоєння знань з математики шкільна програма для дітей із затримкою психічного розвитку є недоступною без спеціальної роботи, спрямованої на ліквідацію прогалин у попередніх математичних знаннях і уявленнях.

Не менш виразна неготовність цих дітей засвоювати програму з мови. У них *недостатній мовленнєвий розвиток*. Переважна більшість дітей цієї категорії має недоліки фонематичного слуху: вони недостатньо розрізняють звуки мови та відтворюють їх артикуляційним апаратом. Тому вимова деяких звуків має недоліки. Часто неправильності вимови відтворюються і на письмі, що свідчить про глибше порушення фонематичного слуху та несформованість звукового аналізу слова.

Із початком навчання у школі виявляється *недорозвиненість усного мовлення* у цих дітей. На побутовому рівні воно може бути задовільним: діти невимушено спілкуються між собою на перерві, але для цього достатньо коротких прохань, запитань, відповідей, окликів. Обмеженість мовленнєвих засобів добре виявляється на уроці, коли дитині потрібно відповісти на конкретне запитання. Тут вона не може сформулювати свою думку й тому мовчить, іноді справляючи враження сором'язливої.

Спостереження за мовленням дітей із затримкою психічного розвитку виявляє дуже обмежений словник, представлений переважно іменниками та дієсловами. Окрім того, вони плутають або й не розрізняють значення багатьох слів, особливо схожих за звучанням, наприклад, такі слова, як “гуси” і “гусениці”, а слова “пір’я” і “хутро” пояснюють однаково: “Це таке м’яке”.

Для дітей цієї категорії характерне *недостатнє оволодіння граматичною будовою мовлення*. Часто трапляються аграматизми, пов’язані з невмінням утворювати та змінювати слова, наприклад, утворити множину, правильно вжити дієслово у минулому чи майбутньому часі, використати зменшувальні суфікси.

Усі ці недоліки мовлення особливо виразно помітні під час монологічного – найскладнішого з видів мовлення. Ним діти із затримкою психічного розвитку володіють дуже мало. Вони майже зовсім не вміють розповідати: навіть прості речення вони не можуть сказати послідовно, по кілька разів повторюють те саме, не вміють знайти потрібне слово і часто замість нього вживають займенники (“той”, “таке”). Внаслідок великих труднощів висловлювання ці діти бояться

починати розповідь, наприклад, за змістом малюнка. Іноді може скластися враження, що дитина не розуміє змісту зображеної ситуації. Тим часом послідовні запитання, на які дитині легше відповідати, можуть виявити непогане орієнтування у змісті малюнка. Нерозвиненість мовлення у дітей із затримкою психічного розвитку є великою перешкодою для успішного навчання. Воно потребує не тільки постійної уваги вчителя, але й часто втручання логопеда.

Відставання психічного розвитку дітей проявляється не лише у недоліках сформованості пізнавальних функцій, а й в особистісних недоліках, що виявляється в особливостях поведінки, інтересів, стосунків із ровесниками та дорослими. На особистості дітей із затримкою психічного розвитку насамперед позначається *загальна незрілість психіки*, особливо емоційно-вольової сфери, що надає усій їхній поведінці надмірної інфантильності. Ці діти недостатньо усвідомлюють своє становище учня, яке вимагає дотримання певних правил поведінки.

Так діти із затримкою психічного розвитку, прийшовши до загальноосвітньої школи, потрапляють у неоднакові умови з іншими дітьми щодо засвоєння навчальної програми, їхній актуальний розвиток є значно нижчим, ніж той, на який розраховано початок шкільного навчання. Саме цей розрив між наявним інтелектуальним розвитком дитини, з одного боку, і розвитком, необхідним для успішного навчання, з іншого, і не дає змоги виявити й реалізувати той рівень наочності, який дійсно в неї є. Тому навіть ті діти, які мають легку затримку психічного розвитку, потребують особливих умов навчання, що дають їм змогу більш чи менш успішно заповнити прогалини дошкільного розвитку, а далі – навчатися в доступному їм темпі, отримуючи достатню індивідуальну допомогу, яка в кожному окремому випадку може мати свої особливості.

III. У межах третього запитання слід охарактеризувати корекційне навчання дітей із затримкою психічного розвитку. Вивчення психологічних особливостей дітей із затримкою психічного розвитку переконують у тому, що правильна і вчасно, надана їм психолого-педагогічна допомога визначає їхню долю: успішність навчання, професійне самовизначення, входження в суспільне життя повноцінними громадянами.

Отже, в педагогічній роботі з дітьми із затримкою психічного розвитку насамперед потрібно виходити з того, що вони мають значний потенціал розвитку, повноцінна реалізація якого залежить від адекватності побудови навчально-виховного процесу.

Корекція розвитку та навчання дітей може бути успішною тільки тоді, коли вона максимально індивідуалізована. Тому дуже відповідальним є встановлення причин, що зумовлюють певні труднощі у навчанні конкретної дитини. Від правильного виявлення цих труднощів і встановлення їх взаємозумовленості залежить стратегія усієї корекційно-педагогічної роботи з учнем, яку узгоджують психолог, педагог, батьки.

Основні завдання корекційного навчання

По-перше, потребують розвитку всі види сприймання, особливо зорове та слухове, на базі яких розвиваються вищі психічні функції.

По-друге, з розвитком сприймання збагачуються різноманітні знання про навколишній світ і розуміння зв'язків між предметами та явищами, отже, розвивається мислення й мовлення дітей.

По-третє, під час корекції розвитку та навчання дитини необхідно дбати про зміцнення її працездатності, уміння зосереджувати увагу й цілеспрямовано працювати: ставити перед собою мету, усвідомлювати способи її досягнення, адекватно оцінювати результати.

По-четверте, потрібно розвивати навчальну мотивацію, бажання вчитися, віру дитини у власні можливості, що можливе завдяки усвідомленню й оцінці реальних досягнень.

Усі ці корекційні завдання розв'язуються безпосередньо на уроці та в позакласній діяльності дитини. Цій меті підпорядковуються зусилля педагога, психолога, батьків [13].

Організаційні питання корекційного навчання

Організаційні питання корекції розвитку дітей із затримкою психічного розвитку в дошкільних і шкільних навчальних закладах, їхнього навчання і соціальної адаптації ми розглядаємо під кутом зору інклюзивного підходу в освіті дітей із особливими потребами: створення в навчально-виховному процесі спеціальних, максимально відповідних потребам дитини умов навчання, з одного боку, а з другого – включення її якомога раніше й повніше в середовище здорових ровесників. Зрозуміло, що особливості реалізації інклюзивного підходу великою мірою залежать від особливостей порушень психофізичного розвитку дитини та її освітніх потреб, насамперед потреби розвиватися й соціалізуватися відповідно до своїх потенційних можливостей. Саме цим визначаються форми включення дитини в загальноосвітній простір.

Щодо дітей із затримкою психічного розвитку, то, як уже зазначалося, незважаючи на велику строкатість цього контингенту, потенційні можливості розвитку в них великі. Принаймні всі діти можуть і повинні отримати початкову освіту в обсязі загальноосвітньої масової школи, хоча темп навчання та розвитку, обсяг корекційної допомоги в кожному випадку може суттєво варіювати.

Застосування методів інклюзивного навчання щодо дітей із затримкою психічного розвитку залежить від вчасності та послідовності розпочатої відповідної педагогічної роботи з дитиною в дошкільному й шкільному навчальному закладі та готовності навчального закладу запропонувати найоптимальніший її варіант.

У дошкільному навчальному закладі діти можуть відвідувати групу разом зі здоровими ровесниками за умови, що процес їхнього навчання та розвитку здійснюється за індивідуальним планом і супроводжується корегувально-розвивальною допомогою відповідних фахівців, зокрема дефектолога.

Форми організації навчання дітей із затримкою психічного розвитку в школі залежать від того, наскільки їхній інтелектуальний розвиток наближається до рівня готовності засвоювати шкільну програму, прийняти позицію учня. Тому їхнє у шкільне навчання доцільно розпочати з семи років, використовуючи додатковий рік перебування у дошкільному закладі як пропедевтичну роботу, що максимально наближає їхній рівень готовності до навчання в школі до рівня здорових ровесників.

Діти з легкою затримкою психічного розвитку, які виявили позитивну динаміку в подоланні недоліків готовності до навчання, можуть включатися у загальноосвітній клас за умови, що вони в міру потреби отримуватимуть індивідуальну допомогу фахівців, зокрема дефектолога.

Діти з важкими формами затримки психічного розвитку в інклюзивному класі потребують навчання за індивідуальним навчальним планом, який насамперед передбачає заповнення прогалін дошкільного розвитку та підготовку до систематичного засвоєння шкільних знань. Тому в сучасних умовах упровадження інтеграції дітей із особливими освітніми потребами в загальноосвітньому просторі найоптимальнішим є спеціальний клас, в якому невелика наповнюваність дає змогу працювати з кожною дитиною індивідуально, поступово допомагаючи їй долати чи компенсувати затримку психічного розвитку. Важливо пильно слідкувати за динамікою навчання та розвитку таких дітей для того,

щоб вчасно включати в загальноосвітній клас тих, які досягли відповідних успіхів.

Може статися, що окремим дітям буде достатньо тільки одного року навчання в спеціальному класі, після якого наступного року вони увіллються в загальноосвітній перший клас, де отримуватимуть індивідуальну допомогу. Саме після закінчення початкової школи значна частина дітей продовжує навчання в основній школі на загальних підставах, хоча й потребує підвищеної індивідуальної уваги та допомоги фахівців.

Діти з важкими формами затримки психічного розвитку потребують *адаптованої програми* основної загальноосвітньої школи. Рівень адаптованості програми, за якою сьогодні навчаються діти в спеціальній школі чи класах інтенсивної педагогічної корекції, є недостатнім. Особливої уваги потребує прикладна спрямованість вивчення основ наук, трудова підготовка та професійна орієнтація дітей. Після закінчення основної школи за адаптованою програмою діти повинні мати чітко окреслену перспективу здобуття професійно-трудової підготовки в професійно-технічних закладах чи працевлаштуватися на базі отриманої освітньої та професійної підготовки в школі.

Зведена карта стану мотивації навчання учнів і перебігу її формування (за А. К. Марковою)

Тип ставлення до	Мотивація навчання			Уміння навчатися		
	мотиви	цілі	емоції	научуваність		здатність навчатися
				знання	навчальна діяльність	
Негативне ставлення	Переважають мотиви уникання неприємностей покарання. Відсутність інтересу до процесу та змісту навчання. Пояснення своїх невдач зовнішніми причинами	Відволікання на уроках. Невміння розпочати роботу. Низький рівень амбіцій	Негативні емоції страху, образи, незадоволення собою й учителем	Знання про факти. Вузьке коло знань	Навчальна діяльність не сформована. Невміння виконувати кілька дій у певній послідовності. Низька самооцінка	Відсутність перенесення знань у нові умови. "Закритість" для допомоги іншої людини

Нейтральне (пасивне) ставлення	Нестійкі мотиви інтересу до зовнішніх результатів навчання	Уникання труднощів. Відсутність самостійних цілей, неповернення до нерозв'язаних завдань	Негативні емоції нудьги, невпевненості. Нестійкість емоцій	Упізнавання і відтворення готових знань	Виконання окремих навчальних дій за інструкцією і за зразком	Пасивність у нових умовах і ситуаціях
Позитивне (аморфне) ставлення	Широкий пізнавальний мотив як інтерес до результату навчання й оцінки вчителя. Нестійкість мотивів	Орієнтація на результат своєї діяльності. Розуміння, первинне осмислення й досягнення цілей, поставлених учителем	Емоції подиву, переживання, незвичайності, новизни й розважальності навчального матеріалу. Позитивні емоції від перебування в школі	Знання про факти, поняття, терміни. Запам'ятовування знань	Розуміння й виконання навчального завдання, поставленого вчителем. Виконання низки навчальних дій за інструкцією. Підсумковий контроль і самооцінювання за результатами роботи	Сприйнятливність до засвоєння нових знань
Позитивне (пізнавальне) ставлення	Нові мотиви із самостійно поставлених цілей. Усвідомлене співвіднесення мотивів і цілей своїх дій	Поставлення мети з урахуванням суб'єктивної ймовірності успіху, уміння визначити витрати сил і часу на досягнення мети. Пояснення причин своїх успіхів і невдач	Позитивні емоції від пошуку різних способів розв'язання завдань. Усвідомленість емоцій. Негативні емоції тимчасової незадоволеності собою в разі виконання завдання більш високої складності	Знання про закони й теорії, способи діяльності. Застосування знань у знайомих умовах. Розуміння знань. Репродуктивний рівень засвоєння знань	Покроковий самоконтроль і самооцінювання під час роботи. Розрізнення способу й результату навчальної діяльності, усвідомлений пошук різних способів розв'язання. Адекватна самооцінка	Сприйнятливність до засвоєння способів навчальної роботи

Запитання для перевірки і самоконтролю

1. Дайте визначення затримки психічного розвитку та її відмінність від розумової відсталості.
2. Наведіть найбільш поширені класифікації ЗПР.
3. Охарактеризуйте ЗПР конституційного, соматогенного, психогенного і церебрально-органічного походження.
4. Опишіть основні труднощі у пізнавальній діяльності у дітей з ЗПР.
5. Наведіть особливості формування емоційно-вольової сфери дитини з ЗПР.
6. У чому полягають основні проблеми формування особистості дитини з ЗПР?

7. Підготуйте реферат на тему “Розвиток ігрової діяльності дітей з ЗПР”.

8. Дайте психологічну характеристику основних труднощів у навчальній діяльності учнів з ЗПР.

Рекомендована література

1. Белополюская Н. Л. Психологическая диагностика личности детей с задержкой психического развития. / Н.Л. Белополюская. – М., 1999.

2. Демьянов Ю. Г. Психопатология детского возраста : лекции / Ю.Г. Демьянов. – Л., 1988.

3. Диагностика и коррекция задержки психического развития у детей : пособие [для учителей и специалистов коррекционно-развивающего обучения] / под ред. С.Г. Шевченко. – М., 2001.

4. Защиринская О. В. Психология детей с задержкой психического развития / О.В. Защиринская. – СПб., 2007.

5. Коробейников И. А. Нарушения развития и социальная адаптация / И.А. Коробейников. – М., 2002.

6. Кошенкова Ю. А. Дети с задержкой психического развития : особенности речи, письма, чтения / Ю.А. Кошенкова, Р.Д. Триггер, С.Г. Шевченко. – М. 2004.

7. Лалаева Р. П. Нарушения речи и их коррекция у детей с задержкой психического развития / Р.П. Лалаева, Н.В. Серебрякова, С.В. Зорина. – М., 2004.

8. Логинова Е. А. Нарушения письма. Особенности их проявления и коррекции у младших школьников с задержкой психического развития / Е.А. Логинова – СПб., 2004.

9. Марковская И. Ф. Задержка психического развития (клинико-патопсихологическая диагностика) / И.Ф. Марковская. – М., 1993.

10. Мастюкова Е. М. Ребенок с отклонениями в развитии. Ранняя диагностика и коррекция / Е.М. Мастюкова. – М., 1992.

11. Основы специальной психологии / под ред. Л.В. Кузнецовой. – М., 2002.

12. Психология детей с задержкой психического развития : Хрестоматия / сост. О.В. Защиринская. – СПб., 2003.

13. Специальная психология / под ред. В.И. Лубовского. – М., 2003.

14. Тржесоглава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте / З. Тржесоглава. – М., 1986.

Психологічне вивчення та діагностика осіб з відхиленнями у розумовому розвитку

План

1. Особливості психічного розвитку дітей-олігофренів.
2. Причини розумової відсталості.

3. Форми розумової відсталості.
4. Особливості поведінки розумово відсталих дітей.
5. Особливості пізнавальної діяльності розумово відсталих дітей у процесі навчання.
6. Психологічні особливості розвивально-корекційної роботи з розумово відсталими дітьми.

I. Розкриваючи перше питання, слід проаналізувати особливості психічного розвитку дітей-олігофренів. Серед аномальних дітей найбільший відсоток тих, у яких спостерігається порушення інтелекту, тобто сукупності *пізнавальних здібностей*. Проте слід зазначити, що будь-яке, наприклад тимчасове, ситуативне порушення інтелектуальної діяльності не є розумовою відсталістю. Так, учителям початкових шкіл, вихователям дошкільних установ приходить зустрічатися з дітьми, які порівняно з більшістю не спроможні самостійно виконати те чи те пізнавальне завдання, гірше сприймають, розуміють і запам'ятовують навчальний матеріал, швидше стомлюються, характеризуються уповільненим темпом діяльності, зниженням працездатності, “випадають” з дитячого колективу внаслідок якихось незвичайних, незрозумілих для педагогів проявів у загальній поведінці. Проте це ще не дає вагомих підстав вважати таку дитину розумово відсталою. Зазначені відхилення у пізнавальній діяльності чи поведінці можуть бути спричинені педагогічною занедбаністю в попередньому досвіді дитини, тимчасовим погіршенням стану фізичного чи психічного здоров'я, несформованістю певних навчальних умінь та навичок, необхідних для фронтальної роботи класу чи групи, ситуативним зниженням інтересу до навчання чи гри, деформованістю стосунків, які склалися у конкретного вихованця з дітьми чи педагогами, а також іншими обставинами.

Для того, щоб обґрунтовано порушити питання діагностики розумової відсталості дитини і при потребі скерувати її до установи відповідного типу, педагогу необхідно чітко усвідомлювати визначення цієї категорії аномального розвитку.

Розумова відсталість – це виразне, незворотне системне порушення пізнавальної діяльності, яке виникає внаслідок органічного дифузного пошкодження кори головного мозку [2].

У цьому визначенні слід підкреслити наявність трьох ознак:

- 1) органічного дифузного пошкодження кори головного мозку;
- 2) системного порушення інтелекту;
- 3) виразності та незворотності цього порушення.

Брак хоча б однієї з цих ознак свідчатиме про те, що ми маємо справу не з розумовою відсталістю, а з якимось іншим видом дизонтогенезу. Справді:

- недорозвиток розумової діяльності за відсутності органічного пошкодження кори головного мозку є ознакою педагогічної занедбаності, яка піддається корекції;
- локальне пошкодження мозку може зумовити випадіння або розпад певної психічної функції (вади слуху, мовлення, просторового гнозису, зорового сприймання), але при цьому інтелект загалом виявляється збереженим і є можливість компенсації дефекту;
- функціональні порушення мозкових структур можуть призвести до вад пізнавальної діяльності тимчасового характеру, які за певних умов можуть бути усунуті;
- невиразне зниження інтелекту обмежує можливості людини щодо опанування певних видів складної пізнавальної діяльності, проте не впливає на успішність самостійної соціальної адаптації індивіда;
- органічне пошкодження мозку не обов'язково викликає порушення когнітивних функцій, а може зумовити розлади емоційно-вольової сфери та дисгармонійний розвиток.

Слід зазначити, що не всі дефектологи погоджуються з наведеним визначенням. Наприклад, Л.М. Шипіцина вважає, що за легкої розумової відсталості не завжди має місце органічне пошкодження мозку. Деякі вчені поняття розумової відсталості розширюють за рахунок тих випадків, коли відставання у розвитку зумовлене несприятливими соціальними умовами, депривацією, педагогічною занедбаністю [2].

За Міжнародною класифікацією психічних і поведінкових розладів 10-го перегляду (1994), розумова відсталість – це стан затриманого або неповного розвитку психіки, що характеризується порушенням тих здібностей, які виявляються у період дозрівання і забезпечують загальний рівень інтелектуальності, тобто когнітивних, мовленнєвих, моторних та соціальних здібностей. Для розумово відсталих характерним є порушення пізнавальної діяльності та адаптивної поведінки [2].

За визначенням Д.М. Ісаєва та Л.М. Шипіциної (2005), розумова відсталість – це сукупність етіологічно різних (спадкових, вроджених, набутих у перші роки життя), непрогресуючих патологічних станів, які виявляються в загальному психічному недорозвитку з переважанням інтелектуального дефекту і призводять до ускладнення соціальної адаптації [2].

II. Розумово відсталі діти – це різнорідна група дітей за станом інтелектуальних порушень і потенційними можливостями соціальної реабілітації, які істотно залежать від характеру ушкоджень мозку. Сучасній медицині відомо понад 500 розладів мозку, що призводять до розумової відсталості. Узагальнюючи їх, слід передовсім назвати чинники, що діють у період внутрішньо-утробного розвитку плоду. Саме вони стають причиною інтелектуальних порушень у 80 відсотків розумово відсталих дітей. Це різні інфекційні захворювання матері, які мали місце під час вагітності, наприклад краснуха, важкий грип. Часто причиною ураження мозку дитини може стати алкоголізм, наркоманія, венеричні захворювання батьків. Такими ж шкідливими чинниками можуть бути тяжкий токсикоз матері під час вагітності, підвищення рівня вуглекислоти або зниження кисню у крові плоду, радіоактивні опромінення, вплив паразитів, особливо токсоплазми, порушення обміну речовин. Серйозною причиною ураження головного мозку є аномалії хромосомного набору. Серед таких порушень найвідомішим є синдром Дауна. Він має низку зовні схожих проявів, за якими легко розпізнається. Досить часто причиною розумової відсталості є пологові травми, органічні ураження мозку внаслідок асфіксії – недостатнього дихання. За умови браку кисню протягом 15 – 30 та більше хвилин у мозку відбуваються руйнівні зміни, які можуть негативно вплинути на подальший психофізичний розвиток дитини [5].

Надзвичайно вразливими до патологічних ушкоджень центральної нервової системи дитини є перші місяці та роки життя. Причинами виникнення розумової відсталості у цей період найчастіше є тяжкі захворювання мозку, зумовлені пухлинами, патологією розвитку білої речовини та судин, черепно-мозкові травми, струси мозку, а також інфекції, що спричиняють захворювання на менінгіт та енцефаліт.

III. Розрізняють дві основні форми розумової відсталості: олігофренію та деменцію [4]. Діти в межах цих груп мають істотні відмінності в динаміці психічного розвитку. Частіше трапляється *олігофренія*. Основна її ознака – раннє недорозвинення мозку, яке є наслідком дії патогенних чинників у період, коли ще не закінчилося морфоанатомічне формування структур мозку і не сформувалося мовлення (переважно внутрішньоутробний період і перший рік життя). Розвиток дітей-олігофренів із самого початку відбувається на патологічно зміненій матеріальній основі. Для олігофренії

характерною є позитивна тенденція психічного розвитку, відсутність зростання інтелектуального дефекту та значні можливості соціально-психологічної реабілітації під впливом корекційного навчання. Попри позитивні зрушення, загалом у розвитку таких дітей зберігається своєрідна структура інтелектуальних порушень, які поєднуються з порушеннями моторики, мовлення, сприймання, пам'яті, уваги, емоційної сфери, довільних форм поведінки. Недорозвинення пізнавальної діяльності при олігофренії виявляється насамперед у недостатності логічного мислення, а саме в низькому рівні узагальнення, порівняння предметів і явищ навколишнього за істотними ознаками, у неможливості розуміння абстрактних понять, загадок, переносного значення прислів'їв, розрізнення тонких почуттів, збідненості духовних потреб та інтересів тощо.

Деменція – це розумова відсталість, яка виникає на пізнішому етапі розвитку дитини (після трьох років). Вона є розпадом більш-менш сформованих інтелектуальних та інших психічних функцій, якому передувало, на відміну від олігофренії, період нормального інтелектуального розвитку дитини. При цьому дитина може втрачати мовлення, зникають ігрові дії, сформовані навички самообслуговування. Водночас у неї можуть залишатися знання, досвід спілкування з дорослими та предметно-практичне орієнтування у світі речей. Завдяки цьому може скластися враження про більші ніж в олігофренів пізнавальні можливості таких дітей. Структура інтелектуальної недостатності при деменції має свої характерні особливості, які полягають у нерівномірній недостатності різних пізнавальних функцій. Її характерними ознаками є виразні порушення розумової працездатності, пам'яті, уваги, регуляції поведінки. Це зумовлює невідповідність між реальним обсягом знань у цих дітей і обмеженими можливостями їхнього використання. Окрім цього для дітей із деменцією характерні порушення особистості й емоційно-вольової сфери. Ці діти часто некритичні, розгальмовані, їхні емоції та мотиви примітивні.

Особливості психічного розвитку розумово відсталих дітей із деменцією істотно залежать від характеру органічного ураження. Якщо розумова відсталість є залишковим явищем патогенного чинника, який вже перестав діяти, наприклад, стан після черепно-мозкової травми, менінгіту чи енцефаліту, то динаміка розвитку в таких дітей, подібно до олігофренів, є позитивно спрямованою; продуктивність подальшого розвитку цілковито залежить від адекватності корекційно-розвивальних заходів. Якщо ж деменція виникає у зв'язку з хронічними захворюваннями мозку, під впливом

яких у мозку дитини постійно відбуваються все нові морфологічні зміни, то перебіг психічного розвитку таких дітей серйозно ускладнюється регресивними тенденціями під час загострення хвороби, коли сформовані навички й уміння виявляються знову й знову зруйнованими.

IV. У розумово відсталих дітей найчастіше спостерігаються такі хронічні хвороби, як епілепсія та шизофренія [5].

Залежно від чинника, який зумовив хворобливі зміни психіки, виявляються типові форми поведінки та діяльності, способи реагування, риси характеру розумово відсталого дитини. Наприклад, у *дітей-травматиків*, причиною розумової відсталості яких стала травма головного мозку, найчастіше інтелектуальний дефект буває не дуже вираженим. Проте для них характерні особливості, які впливають на розвиток. Через високу виснажливість ушкоджених нервових клітин мозку їм притаманна надзвичайно швидка втомлюваність, нестійкість уваги, забудькуватість і труднощі запам'ятовування. Це зумовлює низьку здатність до засвоєння й накопичення знань та інтелектуального напруження, породжує бажання будь-яким способом уникнути його. Таких дітей важко виховувати, бо їхня поведінка дуже залежить від загального стану: під впливом втоми вони стають дратівливими, нестриманими, часто сваряться з товаришами, говорять грубощі дорослим.

Для розумової відсталості, яка виникає внаслідок *енцефаліту* (запалення мозку), властиві різні патологічні зміни емоційно-регулятивних функцій. Діти, які перенесли таку хворобу, дуже дратівливі й запальні, гіперактивні, мають нестійкий настрій. Вони швидко й безпосередньо реагують на всі подразники. Водночас їм властивий повільний темп мислення. Однією з провідних особливостей цих дітей є висока навіюваність. Тому саме ці діти найчастіше піддаються негативним соціальним впливам, стають "помічниками" злочинців. В окремих випадках можна спостерігати й протилежні прояви поведінки: діти стають малорухливими, з млявою одноманітною моторикою, мають погане нерозбірливе мовлення (говорять, наче в них повний рот каші). Зовні ці діти мають вигляд глибоко розумово відсталих навіть тоді, коли інтелект у них не дуже знижений.

Під впливом такої хвороби, як *епілепсія*, нерідко своєрідно порушується пізнавальна діяльність. Найхарактернішою рисою епілептиків є повільний перебіг усіх психічних процесів. Вони повільно сприймають навчальний матеріал, думають, говорять,

виконують будь-яке завдання. Надзвичайно характерною для них є також інертність психічної діяльності. Дитину-епілептика дуже важко переключити на інший вид діяльності, поки вона не виконала попереднього. Така особливість зумовлена порушенням рухливості основних нервових процесів: збудження та гальмування. Поряд зі змінами в пізнавальній діяльності дітей, які хворіють на епілепсію, спостерігаються своєрідні зміни характеру. У спілкуванні зі старшими та сильнішими за себе вони виявляють улесливість, догідливість, підкреслену повагу, але в ставленні до слабших бувають грубими й навіть жорстокими. Інертність, властива розумово відсталим епілептикам, виявляється і в емоційно-вольовій сфері. Так, дитина продовжує робити намічене навіть тоді, коли її переконали в його недоцільності.

Свої особливості мають діти, у яких розумова відсталість є наслідком такої психічної хвороби, як *шизофренія*. Виникнення її в ранньому дитинстві часто викликає недорозвинення пізнавальної діяльності й емоційну тупість. Дітям із шизофренічним недоумством властиві аутистичні риси, відірваність від реальної дійсності, байдужість до навколишнього, непродуктивне мислення та фантазування. Ці діти погано орієнтуються у просторі, часі. У них знижена здатність до узагальнення й абстрагування, то помітно позначається на навчанні лічби та читання. Для них характерні також порушення мовлення: бідність словника, схильність до нових беззмистовних словоутворень. Емоційна тупість цих дітей виявляється у відгородженості від навколишнього, замкненості, уникненні контактів і спілкування з однолітками, нестійкості настрою, негативізмі. Ці діти часто не знають імен своїх близьких родичів, однокласників.

Ступінь вираженості порушень розумово відсталих дітей

Можливості психофізичної та соціальної реабілітації розумово відсталих дітей визначаються ступенем вираженості порушень. Згідно з сучасною міжнародною класифікацією хворіб десятого перегляду розумово відсталі діти за цією ознакою розподіляються на чотири основні групи: з *глибокою, тяжкою, помірною і легкою розумовою відсталістю*.

Найважчий стан мають діти з *глибокою розумовою відсталістю*. У них найнижчий рівень психічного розвитку. Раніше таких дітей

називали *ідіотами*. При такому ступені інтелектуального недорозвинення обмеженими є не тільки психічні, але й фізичні функції. У найтяжчих випадках дитина може не оволодіти навіть навичкою сидіння.

Діти з *тяжкою розумовою відсталістю* мають вищий рівень фізичного розвитку. Це група дітей, самостійне функціонування яких також неможливе. За старою термінологією їх називають *імбецилами*. Вони навчаються ходити, однак їхні рухи характеризуються загальмованістю та недостатньою диференційованістю. Ці діти часто не можуть виконати ізольовану дію: підняти одну руку, заплющити око тощо. Значні відхилення спостерігаються у психічній діяльності таких дітей. Різке недорозвинення процесів аналізу й синтезу ускладнює пізнання об'єктивної дійсності, засвоєння та зберігання знань. У них не формується мовлення як засіб спілкування, вони здатні розуміти лише елементарні комунікативні засоби.

Порівняно легшим станом у дітей є *помірна розумова відсталість*. За старою термінологією це також імбецили. Від попередньої групи дітей вони відрізняються вищою здатністю до формування мовлення, навичок самообслуговування та засвоєння деяких елементарних знань і трудових навичок. Однак, сприймаючи навколишнє, вони не здатні до узагальнень, формування досвіду. Низький рівень розумового розвитку позбавляє їх можливості й у дорослому віці жити самостійно. І все-таки систематичне навчання елементарного спілкування, самообслуговування, побутової праці робить їх самостійнішими. Тому останнім часом ці діти навчаються за спеціальною програмою в окремих класах спеціальної школи для розумово відсталих дітей.

Діти з *легким ступенем розумової відсталості* або *дебільністю* складають найчисленнішу групу. Власне, ці діти здебільшого і є тими, хто без необхідної корекції часто перебуває у загальноосвітній школі. За умови відсутності додаткових порушень, що ускладнюють інтелектуальну недостатність, а також ранньої й адекватної організації корекційно-розвивальних заходів, соціальний прогноз розвитку цих дітей досить сприятливий. Вони засвоюють мовлення та здатні ним користуватися у щоденному спілкуванні. Більшість із них досягає цілковитої самостійності в самообслуговуванні, оволодіває базовими знаннями та вміннями у спеціальних школах (для розумово відсталих дітей), здатна до ручної праці низької кваліфікації та набуває нескладних професійних навичок.

Своєрідність психофізичного розвитку цих дітей виявляється рано. Вони починають пізніше тримати голову (у два – три, а інколи –

в шість – десять місяців), пізніше починають ходити. З великим запізненням у них розвивається мовлення. У більшості з них перші слова з'являються у два – три роки, дуже повільно зростає словниковий запас. Це стосується не лише активного, але й пасивного мовлення. Діти з легкою розумовою відсталістю значною мірою відрізняються від норми своїм ставленням до іграшок. Вони не виявляють пізнавального інтересу до них, не намагаються “дослідити” їх, як це роблять нормальні діти, а просто маніпулюють ними, розкидають. У дошкільному віці в них не формується сюжетно-рольова гра. Дуже виразно відрізняє їх від норми пізнавальна пасивність. Відомо, що діти ознайомлюються з довкіллям, спілкуючись із дорослими. Діти з легкою розумовою відсталістю самі ні про що не запитують, вони ніби нічого не помічають, властивий нормальним дітям період “чомучок” у них не настає. За такої пасивності, байдужості до навколишнього ці діти мало що запам'ятовують з того, що їм розповідають дорослі, отримані відомості вони швидко забувають, бо не достатньо їх розуміють і не закріплюють в іграх, у спілкуванні. Успішність навчання та розвитку цих дітей великою мірою залежить від знання батьками й педагогами їхніх психологічних особливостей і застосування відповідних методів педагогічної роботи.

V. У розумово відсталих дітей особливості пізнавальної діяльності виявляються в перебігу всіх пізнавальних процесів. Спостерігаючи за цими дітьми, можна побачити, що і їхнє сприймання має особливості: малий обсяг, знижена швидкість, недостатня осмисленість.

Малий обсяг сприймання

Розумово відстала дитина щоразу бачить значно меншу кількість ознак, деталей предметів, аніж та, що розвивається нормально. Це можна помітити коли вона губить своє місце в класі, не може знайти портфель, потрібний зошит, не може охопити поглядом декілька букв. У зв'язку з цим діти з легкою розумовою відсталістю зазнають значних труднощів під час навчання читання, оскільки вони бачать кожну букву послідовно. Такій дитині важко розібратися в сюжетному малюнку, де зображено багато персонажів, яких вона бачить окремо від інших, далеко не всіх, і не може встановити між ними зв'язки. Особливо важкими для таких дітей є завдання, які складаються з кількох менших. Наприклад, списати слова та підкреслити в них певні букви. Здебільшого такі діти виконують лише

частину такого завдання.

Низька швидкість сприймання

Істотні особливості в розумово відсталих дітей має і швидкість сприймання: вона в них набагато нижча, ніж у однолітків, які розвиваються нормально. Для того, щоб розумово відстала дитина зрозуміла нескладний наочний матеріал, їй потрібно значно більше часу. У зв'язку з цим будь-який показ, демонстрація наочного матеріалу мають тривати довше, щоб розумово відстала дитина встигла повніше та детальніше все роздивитися.

Утруднене осмислення сприймання

Ще помітніші відхилення, порівняно з нормою, спостерігаються в осмисленні сприймання розумово відсталих. Недосконалість сприймання у них виявляється тим яскравіше, чим складніший його об'єкт. Тому цим дітям важко впізнати зображення, якщо воно розташоване у незвичному ракурсі: часто дитина бачить у ньому зовсім інший предмет. Значні труднощі осмислення сприймання можуть виявлятися і в тому, що розумово відсталим дітям важко буває впізнати й добре знайомі предмети. У зображенні зайця дитина може побачити білку, овал сплутати з колом, схожі за звучанням слова сприймати як однакові (наприклад, галка – гайка).

Недостатність осмислення ще виразніше виявляється під час сприймання змістового матеріалу: мультфільмів, сюжетних малюнків, змісту задачі, казки, оповідання. Розумово відсталі діти не вміють самостійно переказати дитячий фільм, бо не все в ньому розуміють. Значні труднощі вони мають в інтерпретації сюжетного малюнка. Найчастіше ці діти не виокремлюють істотного, не бачать залежностей і зв'язків між окремими деталями, не здатні без сторонньої допомоги розшифрувати значущі деталі та об'єднані їх в єдине ціле. Сприймання малюнка розумово відсталими дітьми нагадує фотографування окремих деталей: дитина послідовно називає суміжні зображення, не дошукуючись їхнього внутрішнього взаємозв'язку.

Перевага мимовільного сприймання

Характерною для розумово відсталих дітей є перевага мимовільного сприймання над довільним. Увагу цих дітей привертають переважно ті предмети, які відрізняються від інших розміром чи яскравістю зображення. Довільне ж сприймання, пов'язане з умінням самостійно ставити завдання на сприймання, формується з великими труднощами у процесі цілеспрямованої педагогічної роботи.

Особливості пізнавальних процесів

Істотні особливості має також *пам'ять* розумово відсталого дитини. Слабкість замикальної функції кори головного мозку, властива цим дітям, зумовлює повільність і недостатню міцність запам'ятовування. Новий матеріал така дитина спроможна засвоїти лише після багаторазового повторення.

Розумово відсталим дітям надзвичайно важко запам'ятовувати матеріал, пов'язаний із логічним запам'ятовуванням. Не вміючи визначити головну думку в тому, що потрібно вивчити, відокремити її від другорядної, неістотної інформації, вони найчастіше запам'ятовують текст механічно, заучуючи все підряд.

Значні особливості має і процес *відтворення* у цих дітей. Погано осмислюючи матеріал, який потрібно запам'ятати, розумово відсталі діти не можуть виокремити головну думку, зробити певний заголовок до тексту, відкинути під час відтворення другорядне, малозначуще для задуму.

Надзвичайно своєрідним у розумово відсталих дітей є *мислення*. Цим дітям важко абстрагуватися від несуттєвих деталей, виділяти головне, відходити від поодинокого й бачити спільне, загальне. Ця властива розумово відсталим недостатність узагальнення пов'язана з особливостями розвитку інших мисленнєвих операцій. Навіть найпростіша мисленнєва операція – *аналіз* – у розумово відсталих має свої особливості. Найбільш виразними його характеристиками є бідність і безсистемність. Розумово відсталі помічають дуже мало ознак. Особливо важко їм виділити ті ознаки чи частини предметів, які мало відрізняються від інших за кольором, формою, величиною.

Недосконалість аналізу розумово відсталих дітей тісно пов'язана зі слабкістю *синтезу*. Цим дітям важко об'єднувати виділені частини предмета. Нормальні ж діти, говорячи про частини об'єкта, одразу переходять до характеристики його загалом.

Дуже своєрідно в розумово відсталих дітей здійснюється операція *порівняння*. Виконуючи це завдання, яке дуже часто використовують педагоги в навчанні молодших школярів, розумово відсталі діти порівнюють одну – дві ознаки, а далі переходять до опису однієї з них.

Слабкість *узагальнення* розумово відсталих виразно виявляється у тому, що вони, запам'ятавши правила, не вміють їх застосовувати. Добре знаючи, наприклад, що нове речення пишеться з великої літери, вони пишуть з маленької, так само, як і власні імена. Вивчивши правило, вони не можуть навести до нього прикладу.

У зв'язку з конкретністю мислення розумово відсталі діти

своєрідно розуміють метафори, прислів'я. На запитання, які руки називають золотими, відповідають: “На яких золота обручка”. Прислів'я “Сім раз відмір, а один раз відріж” п'ятнадцятирічна розумово відстала дівчинка пояснила так: “Коли треба один раз відрізати папір, то спочатку треба сім разів поміряти, щоб рівно було”.

Недосконалість мислення виявляється в розумово відсталих дітей у стереотипності образів, в обмеженій здатності придумати щось нове. Якщо на уроці письма одна дитина придумала, наприклад, речення “Мама пішла на роботу”, то наступна після цього може придумати тільки дуже подібне, змінивши у цьому випадку лише персонажа, який теж “підє на роботу”.

У розумово відсталих дітей довго залишається своєрідним розуміння тексту. Сприймаючи оповідання, така дитина не орієнтується на головну думку, вона часто не здатна її самостійно встановити.

Характерною особливістю розумово відсталих дітей є *некритичність мислення*. Виконавши завдання, вони не вміють його оцінити, перевірити правильність своїх дій, самостійно знайти помилку, найчастіше залишаються дуже задоволеними своєю роботою, не співвідносять одержаний результат із вимогами.

Особливості пізнавальної діяльності розумово відсталих дітей поєднуються з особливостями їхньої *емоційно-вольової сфери*. Почуття цих дітей відзначаються бідністю і недиференційованістю. Найчастіше вони переживають задоволення або незадоволення, різні тонкі почуття їм мало – доступні. У них також можна спостерігати прояви почуттів, неадекватних за своєю силою тій причині, яка їх викликала. Тому маленька образа може викликати афективний стан: дитина дуже кричить від того, що хтось зламав її олівця, і водночас не переживає, що мама захворіла. Настрій у розумово відсталих дітей дуже нестійкий і часто залежить від випадкових причин. Моральні ж, духовні та естетичні почуття розвиваються у них значно пізніше, ніж у нормальних. Недостатній розвиток мислення, його критичності обмежує можливості розумово відсталих аналізувати свою поведінку. На цьому фоні у них найчастіше формується неправильна (завищена) – самооцінка.

Як бачимо, психічний розвиток дітей навіть із легкою розумовою відсталістю є дуже своєрідним. Без адекватних корекційно-розвивальних заходів потенційні можливості цих дітей не реалізуються повною мірою. З огляду на це безвідповідальною і

шкідливою є практика формального утримання розумово відсталих дітей у класі без належної корекційно-розвивальної роботи. Це завдає їм серйозної шкоди не тільки через те, що вони не отримують якісної освіти, але й через те, що зазнають серйозних моральних збитків. Причиною цього насамперед стає постійна відсутність успіхів у навчальній діяльності.

Окрім названих недоліків перебування розумово відсталої дитини в загальноосвітній школі особливо важливим є брак професійної підготовки, яка забезпечується цим дітям у спеціальній школі. Згодом це створює серйозну перешкоду такій дитині в соціальній адаптації та інтеграції в суспільне життя для самостійного функціонування.

Тим часом такі діти в загальноосвітній школі є, і останнім часом їхня кількість навіть збільшилася. Звичайно, засвоювати загальноосвітню програму вони не можуть, їхні навчальні досягнення бувають нижчими за початковий рівень. Проте їх переводять із класу в клас. Фактично не зайняті навчальною діяльністю, яка для них залишається малозрозумілою, ці діти шукають собі інші заняття поза школою, де легко стають на шлях асоціальної поведінки. У частини таких дітей причини навчальних труднощів не з'ясовувалися. В інших дітей розумова відсталість встановлена, в їхніх особових справах є навіть медичні довідки про це, проте вони продовжують відвідувати загальноосвітню школу на загальних засадах. Причиною такого становища дітей є небажання батьків обстежувати дитину для встановлення причин її труднощів у навчанні або ж шукати для дитини відповідні умови навчання.

Таку поведінку батьків можна зрозуміти. В одних випадках вона пов'язана з неприйняттям факту порушення інтелектуального розвитку дитини й униканням її обстеження, в інших – з небажанням переводити дитину до спеціальної школи, яка розташована далеко від дому і є інтернатом. Право батьків виховувати дитину в сім'ї, отже, навчати у школі неподалік від дому, закріплено в Законі України "Про загальну середню освіту" (стаття 29, пункт 3). Можливість практичної реалізації цього права створює чинне Положення про індивідуальну форму навчання, яке сприяє збільшенню кількості дітей із розумовою відсталістю в загальноосвітній школі на правах індивідуального навчання.

Але, індивідуальне навчання є невиправдано дорогим, а головне – малоефективним, оскільки здійснюється здебільшого малопідготовленими для цього педагогами, часу на такі заняття відводиться вдвічі менше, ніж для звичайних класних занять.

Великим недоліком такого навчання є втрата дитиною учнівського колективу, що негативно позначається на формуванні її особистості та соціальній адаптації.

У сучасних умовах упровадження інтеграції дітей із порушеннями психофізичного розвитку для дітей із розумовою відсталістю набагато ефективнішими можуть бути спеціальні класи в загальноосвітній школі. Невелика наповнюваність цих класів (10 – 12 учнів) дає можливість створити таку їх мережу, яка здатна забезпечити переважній більшості дітей проживання вдома та виховання в умовах сім'ї.

Завдання та принципи корекційної роботи

Завдання корекції полягає у тому, щоб забезпечити можливість соціальної адаптації дитини шляхом розвитку вищих психічних функцій, оптимізації соціальної ситуації розвитку, формування різних видів діяльності.

Ефективність корекційної роботи залежить від дотримання її принципів, основу яких було закладено працями в галузі дефектології Л.С. Виготського, а також його послідовників (Л.В. Занков, І.М. Соловйов, Г.М. Дульнев, Ж.І. Шиф, В.І. Лубовський, В.М. Синьов, Н.М. Стадненко та ін.) [1].

Принципи корекційної роботи

VI. *Єдність діагностики й корекції*. Цей принцип реалізується у трьох аспектах. По-перше, корекційній роботі передують діагностика, спрямована на вивчення структури дефекту, механізмів його формування, а також на виявлення збережених функцій психіки, на які можна спиратись під час корекції. По-друге, у процесі корекції здійснюється уточнення діагнозу. По-третє, корекційна робота потребує постійного оцінювання її ефективності, критерієм якого є ті зміни, які відбуваються у психіці дитини. Дізнатися про наявність таких змін можна також за допомогою діагностики. Педагог збирає інформацію про особливості психіки дитини шляхом спостереження, бесіди, формувального експерименту. Ці дані можуть бути доповнені результатами психологічного обстеження, яке здійснює психолог. Діагностика допомагає оцінити ефективність обраних прийомів корекції.

Встановлення доброзичливої, довірливої, підтримуючої, оптимістичної атмосфери спілкування.

Емпатійне ставлення до вихованця, якого потрібно приймати таким, яким він є, не порівнювати його з іншими, не ставити інших йому в приклад.

Діяльнісний принцип корекції. Головним засобом корекційно-розвивального впливу є організація активної діяльності дитини у співробітництві з дорослим.

Психокорекція проводиться у зоні найближчого розвитку, оскільки робота з дитиною за межами цієї зони не матиме корекційного ефекту. Корекція й навчання мають орієнтуватися на індивідуальні темпи психічного розвитку. Ні в якому разі не можна робити новий крок, давати новий матеріал, якщо дитина ще не засвоїла попереднього. Інакше дитина здобуває формальні знання, якими не може скористатися, а її розвиток сповільнюється. Власне, таке навчання не сприяє, а лише перешкоджає розвитку.

Принцип “заміщаючого онтогенезу”. Корекційна робота має починатися від тієї “точки”, після якої почалося відхилення від ідеальної програми розвитку і відтворювати усі закономірності останнього.

Принцип нормативності, зміст якого полягає в орієнтації на еталон розвитку на певному віковому етапі, загальні закономірності формування певної психічної функції в онтогенезі. Наприклад, не можна розвивати логічне мислення до здобуття певних досягнень у розвитку наочно-образного мислення, не можна від дитини молодшого шкільного віку очікувати поведінки, властивої підліткам та ін.

Врахування вікових та індивідуальних особливостей дитини. Корекційна робота має проходити в руслі провідної діяльності та основних психологічних новоутворень того вікового періоду, в якому перебуває дитина. Ефективність корекційної роботи залежатиме від того, наскільки в її процесі враховані потреби та інтереси дитини, її самооцінка, характер.

Врахування структури дефекту конкретної дитини та особливостей її соціальної ситуації розвитку. Спрямованість корекційної роботи “зверху донизу”, тобто на створення оптимальних умов для розвитку вищих психічних функцій, за рахунок яких будуть компенсовані недоліки елементарних психічних процесів. Наприклад, для подолання вад механічної пам’яті, необхідно розвивати мовлення, мислення, логічну пам’ять; для корекції недоліків уваги психолог удосконалює регулювальну функцію мовлення дитини, самоконтроль.

Дуже важливо, щоб корекція розвитку мала випереджальний

характер. Вона має бути спрямованою не на тренування й удосконалення того, що вже досягнуто дитиною, а на активне формування того, що має бути досягнуто у найближчій перспективі відповідно до законів вікового розвитку і становлення індивідуальності.

Урахування системності розвитку в корекційній практиці. Усі особистісні якості, психічні функції між собою тісно взаємопов'язані. Тому вади однієї з них призводять до недостатності інших. Корекція мусить бути спрямована на усунення причини відхилень у розвитку.

Урахування компенсаторних можливостей індивіда та його ставлення до власного дефекту. Створення атмосфери оптимізму, довіри та прагнення досягнень у розвитку.

Забезпечення позитивної мотивації до розвитку і самовдосконалення. Тільки в цьому разі дитина буде союзником педагога у його педагогічній діяльності, суб'єктом навчання та виховання.

Механізми та можливості корекції розвитку розумово відсталого дитини

Основою для корекційних заходів є механізми сенсифікації – удосконалення функції під впливом тренування, а також компенсаторні можливості організму. Ефективність корекційного впливу залежить від того, наскільки враховуються у цьому процесі загальні закономірності психічного розвитку, в якому виділяють, як уже зазначалося, два етапи: натуральний і культурний. На першому здійснюється процес формування елементарних психічних функцій (відчуттів, механічної пам'яті, мимовільної уваги, емоцій тощо) за рахунок реалізації біологічних задатків. На другому етапі відбувається формування вищих психічних функцій (осмисленого сприймання, мовлення, образного та логічного мислення, довільної уваги, логічної опосередкованої пам'яті, почуттів) завдяки соціалізації, привласненню культурного досвіду в спільній діяльності дитини з дорослим. Вищі психічні функції, надбудовуючись над елементарними, якісно змінюють їх, розширюють їхні можливості.

Шляхи і прийоми засвоєння соціального досвіду є історично напрацьованими, удосконалюючись, вони передаються від покоління до покоління. Розраховані вони на індивіда з повноцінною нервовою системою та аналізаторами, які забезпечують нормальне прийняття та опрацювання інформації.

Діти, які мають ті чи ті розлади у діяльності центральної нервової системи та аналізаторів, не можуть набути соціального

досвіду тим самим шляхом, що й діти з нормальним психофізичним розвитком, оскільки елементарні психічні процеси у них виявляються або порушеними, або недорозвиненими, що становить первинний дефект і перешкоджає формуванню вищих психічних функцій традиційним шляхом. Недорозвиток або порушення вищих психічних функцій складає вторинний дефект. Запобігти появі останнього або принаймні знизити його виразність можна, якщо створити спеціальні умови, які забезпечили б повноцінне привласнення соціального досвіду попри недорозвиток елементарних психічних процесів. Та обставина, що одна й та сама психічна або практична дія може бути сформованою різними шляхами завдяки пластичності нервової системи, зумовлює можливість корекції дефектів розвитку.

За сприятливих умов психічні процеси формуються у дитини спонтанно, завдяки наслідуванню дорослих й узагальненню досвіду. Через органічне ушкодження кори головного мозку або аналізаторів, інертність нервових процесів, порушення динаміки їх перебігу, психічні функції формуються неправильно, поверхово. У цьому разі, щоб відновити ушкоджену функцію, необхідно провести дитину через весь процес її формування, але іншим шляхом.

За теорією Л.С. Виготського, психічні функції формуються у спільній діяльності з дорослим з подальшою їх інтеріоризацією у внутрішній план. Тому основним механізмом корекції є організація відповідної практичної діяльності, яку дорослий спочатку виконує разом з дитиною [2]. Далі поступово збільшується самостійність дитини. Вона під керівництвом дорослого опановує діяльність, удосконалює її, автоматизує, привласнює та переводить у внутрішній план.

Успішність цього процесу, на думку П.Я. Гальперіна, залежить від повноти і способу надання орієнтовної основи дії (система умов і ознак, від яких залежить правильність виконання дії), а також від поетапного переходу від практичних дій з предметами, оперування образами до дій у мовленні й подумки [5]. Орієнтовна основа дії може бути повною, якщо задаються всі необхідні умови та спосіб її виконання, і неповною, коли, наприклад, дається лише зразок кінцевого результату дії, а її спосіб доводиться визначати самій дитині.

Неповна орієнтовна основа дії примушує дитину йти до результату шляхом спроб і помилок. Зрештою, дитина з нормальним інтелектом досягає мети і завдяки цьому забезпечується її психічний розвиток. Дитина з розумовою відсталістю самостійно не може

винайти спосіб і врахувати всі умови. Тому важливою умовою корекційної роботи щодо формування розумових дій є надання їм повної орієнтовної основи, тобто розкриття усіх способів виконання. Психологи стверджують, що навчання сприяє розвитку тоді, коли орієнтовна основа дії задається учням не у готовому вигляді, а у формі проблемної ситуації. Звичайно, проблемні ситуації, що пропонуються учням з розумовою відсталістю, також мають своєрідні особливості.

Специфіка формування розумових дій в учнів з порушеним інтелектом полягає також у сповільненості переходу з одного етапу на інший. Такий учень потребує більше часу для удосконалення практичної дії до такої міри, щоб її можна було перевести на рівень оперування образами і далі – поняттями. Водночас, шкідливим може бути затримування на попередньому етапі, що сприяє фіксації на примітивних способах виконання дії й перешкоджає переходу до наступного етапу.

Можна виділити два прийоми реалізації механізму інтеріоризації у корекційній роботі, які застосовуються залежно від структури дефекту окремо або одночасно.

Проходження усіх традиційних, закріплених культурою етапів формування розумової дії у сповільненому темпі. Такий прийом найчастіше використовується тоді, коли ми маємо справу з явищами недорозвитку функції, зокрема, для дітей з розумовою відсталістю, специфічною особливістю яких є звуженість зони найближчого розвитку.

Створення умов для формування необхідної дії іншим, нетрадиційним способом, в обхід ушкодженої функції. Це так званий нейропсихологічний підхід (Н.Я. Семаго), який є доцільним у випадку порушення психічної функції. Його сутність полягає у відновленні ушкоджених коркових функцій шляхом формування обхідних міжфункціональних зв'язків, їхньої перебудови з опорою на збережені нервові елементи і докорінну зміну їхнього психофізіологічного складу так, щоб уміння формувалися новим, нетрадиційним шляхом за допомогою зовсім іншої нервової організації [1]. Наприклад, корекція вад пам'яті відбувається на основі формування осмисленого опосередкованого запам'ятовування з опорою на мислення й мовлення; труднощі сприймання, зумовлені порушеннями діяльності одного з аналізаторів, можуть бути компенсовані за рахунок підвищення ефективності роботи інших збережених сенсорних систем; недоліки емоційної сфери долаються

шляхом утворення логічно обґрунтованих механізмів заміщення, завдяки збереженій інтелектуальній сфері.

Складніше визначити збережені функції психіки у дітей з розумовою відсталістю, оскільки цей вид дизонтогенезу зумовлений тотальним пошкодженням асоціативних зон кори головного мозку і призводить до недостатності усіх без винятку психічних функцій як на елементарному, так і на вищому рівнях. На відміну від інших видів аномалій психічного розвитку, за яких дефект розвивається знизу догори і не має ієрархічної структури, дефект при розумовій відсталості має кругову структуру: первинні порушення викликають недорозвиток вищих психічних функцій, а вади останніх, і собі, ускладнюють перебудову і розвиток елементарних психічних процесів. Низький рівень сформованості механічної пам'яті, мимовільної уваги, елементарних когнітивних операцій зумовлюють відставання у розвитку мислення, а недорозвиток мислення значно ускладнює процес формування мовлення, логічної пам'яті, довільної уваги, вищих почуттів.

Які ж аспекти психічної діяльності учнів допоміжної школи є збереженими і можуть бути опорою для корекції їхніх недоліків?

Аналізуючи проблему розумової відсталості, Л.С. Виготський неодноразово казав про відносне збереження практичного інтелекту дітей-олігофренів [2]. Справді, переважна більшість із них, виконуючи певні завдання з матеріальними об'єктами, виявляється здатною визначити властивості предметів, передбачити наслідки тієї чи тієї дії. Діти з психічним недорозвитком враховують властивості предметів у безпосередній практичній діяльності, але відчують труднощі за потреби проаналізувати, узагальнити досвід своєї роботи, чітко усвідомити її результати, перенести засвоєний спосіб дії в аналогічну ситуацію. Тому нова навчальна дія спочатку має виконуватися учнем у максимально розгорнутому практичному вигляді, у максимально можливій кількості конкретних ситуацій.

Позитивним аспектом психічної діяльності учня з інтелектуальним недорозвитком є також відносне збереження цілеспрямованості. Якщо школяр розуміє завдання і володіє засобами його виконання, то він зробить його правильно, оскільки чітко усвідомлює й утримує мету дії.

У дефектологічній літературі часто звертається увага на слабкість вольових зусиль дітей-олігофренів у навчальній діяльності, одночасно описується значна кількість випадків, коли сильна вмотивованість у досягненні особистої мети несподівано виявляє значно більші потенційні розумові та вольові можливості цих дітей.

Забезпечення особистої зацікавленості розумово відсталих школярів у виконанні певного завдання актуалізує їхні потенційні можливості та сприяє інтенсивному психічному розвитку, а також якісному засвоєнню необхідних знань.

Зниження психічної активності дітей з недорозвиненим інтелектом, як первинний дефект, призводить до недостатності когнітивних процесів, труднощів у формуванні соціальних потреб і пізнавальних інтересів. Водночас названа вада, у певному розумінні, полегшує процес навчання розумово відсталих учнів. Адже знижена психічна активність детермінує виникнення прагнення без опору сприймати зовнішні соціальні впливи, недостатність вмотивованості компенсується дисциплінованістю. Там, де дитина з нормальним інтелектом може відмовитися від виконання завдання через відсутність бажання або переважання прагнення займатись іншими справами, розумово відсталі діти без заперечень, внутрішнього опору зроблять усе, що від них вимагають. Недорозвиток активності призводить до труднощів структурування власного часу, тому учні-олігофрени із задоволенням заповнюють його запропонованими ззовні доступними видами діяльності. Властива учням допоміжної школи дисциплінованість полегшує навчально-виховний процес. Школярі здебільшого прагнуть виконувати засвоєні правила поведінки. Негативізм може мати місце лише у складних, незрозумілих дітям ситуаціях.

Посилює ефективність педагогічного впливу притаманна дітям-олігофренам підвищена сугестивність. Навіяний учням певний стереотип поведінки приймається ними за зразок, який вони намагаються наслідувати. Діти-олігофрени легко проймаються почуттями, які майстерно передає їм педагог. Емоційний виклад навчального матеріалу привертає та утримує увагу, активізує його розумовий потенціал.

Як відомо, властива розумово відсталим дітям стереотипність та інертність мислення заважають процесу засвоєння нових знань. Водночас, у певних випадках стереотипність мислення може розглядатися як позитивна характеристика психічної діяльності. Адже правильно засвоєні знання сприяють утворенню міцних стереотипних систем поведінки. У тих ситуаціях, в яких дитина з нормальним інтелектом здійснює пошук адекватних реакцій, розумово відстала має можливість діяти відповідно до сформованих стереотипів.

Спостереження показали, що нервова система учнів-олігофренів більш стійка до впливу стресових ситуацій. Ті подразники, які в

учнів з нормальним інтелектом формують підвищену тривожність, занижену самооцінку, хворобливу сором'язливість і навіть спричиняють психічні захворювання, у розумово відсталих школярів часто не викликають подібної реакції. Невідповідність поведінки уявленням про власне "я" вони легко заперечують, використовуючи примітивні захисні механізми. Неусвідомленість внутрішнього світу, імпульсивність поведінки, несформованість ієрархії мотивів призводять до того, що для розумово відсталих школярів ситуації вибору, внутрішнього конфлікту не стають актуальними, що позитивно позначається на їхньому самопочутті.

Первинне збереження емоційної сфери дітей-олігофренів можна використати для стимуляції навчальної діяльності, оскільки переважна більшість учнів допоміжної школи адекватно реагує на похвалу та зауваження, радіє своїм успіхам і засмучується через невдачу. Похвала та підтримка викликають у школярів бажання поліпшити свої результати. На основі елементарних емоційних процесів є можливість розвивати вищі почуття. В учнів допоміжної школи часто спостерігаються яскраві вияви таких почуттів, як вдячність, прихильність, співпереживання, чуйність та ін.

Особистісна незрілість дітей-олігофренів зумовлює безпосередність спілкування, практичну відсутність захисту від втручання у внутрішній світ. Учні не вміють приховувати своїх думок, почуттів, бувають у край відвертими з дорослими. Цю тенденцію можна використати у виховному процесі.

Отже, підвищенню ефективності навчання, виховної та корекційної роботи у допоміжній школі сприяє врахування характерних для дітей-олігофренів особливостей психіки, серед яких: відносне збереження практичного інтелекту та цілеспрямованості діяльності, підвищення інтелектуальних можливостей за наявності відповідної мотивації, специфічне ставлення до трудової діяльності, стереотипність мислення, підвищена сугестивність, схильність до дисциплінованості, відвертості, врівноваженості, збереження елементарних емоцій, наявність загостреного почуття вдячності та прихильності. Слід наголосити на тому, що перераховані якості властиві лише учням з неускладненою олігофренією. В учнів із деменцією та олігофренією ускладненої форми можна виділити інші збережені функції психіки, ґрунтуючись на які, можна забезпечувати інтенсивність їхнього розвитку.

Етапи корекційної роботи

Корекція, з одного боку, може виступати як окремий вид професійної діяльності, наприклад, логопеда або практичного психолога, а з іншого – органічно поєднується з навчально-виховним процесом, який забезпечує педагог спеціальних шкіл[1].

Учитель допоміжної школи, головним завданням якого є і освіта, і виховання, і виправлення недоліків психіки розумово відсталих учнів, стоїть перед проблемою одночасного розв'язування цих завдань у межах уроку. Наявність розладів певної психічної функції істотно ускладнює процес засвоєння знань, а подолання цих розладів не здійснюється за декілька занять. Тому корекційну роботу можна поділити на два етапи: 1) “пристосування до дефекту” – створення умов, за яких наявна вада не заважатиме навчанню або вихованню; 2) “власне корекція” – поступовий, крок за кроком, рух у напрямі відновлення і вдосконалення порушеної функції. Наприклад, якщо в учня виявляється несформованою довільність уваги, то використання під час навчання можливостей мимовільної уваги буде означати “пристосування до дефекту”, а поступовий розвиток довільності – “власне корекцію”.

Між першим та другим етапами немає чіткої межі. У міру виправлення вад учень поступово перестає потребувати спеціальних умов для навчання. Головне, щоб вчитель не обмежувався лише першим етапом, інакше навчання не буде корекційним. Співвідношення етапів корекції залежить від глибини та структури дефекту. На відміну від резидуальних станів розумової відсталості, при плинній деменції етап “пристосування до дефекту” переважатиме.

Отже, корекція розумової відсталості спрямовується на формування вищих психічних функцій на основі встановлення і зміцнення зв'язків між першою та другою сигнальними системами. Починається вона з вивчення особливостей розвитку дитини, визначення проблемних і збережених функцій її психіки. На основі результатів діагностики складається програма та окреслюються шляхи і засоби корекційної роботи. Паралельно здійснюється навчання завдяки створенню умов, за яких вади психіки дитини нівелюються і не перешкоджають засвоєнню знань. Цей етап має назву “пристосування до дефекту”. Поступово здійснюється перехід до власне корекції, основним механізмом якої є формування у взаємодії з дорослим зовнішньої практичної дії, її засвоєння та удосконалення з подальшим переведенням у внутрішній розумовий план. У процесі корекції обов'язково враховуються, з одного боку,

індивідуальні особливості дитини, а з іншого – загальні закономірності психічного розвитку.

Запитання для перевірки та самоконтролю

1. Яка ознака у визначенні поняття “розумова відсталість” здається вам не обов’язковою?
2. Назвіть види розумової відсталості та порівняйте їх .
3. Поясніть взаємозв’язок первинних і вторинних ознак дефекту при олігофренії.
4. Які типи органічної деменції у дітей виділила Г.Є. Сухарева? Що є спільного у дітей, які належать до 3-ї та 4-ї груп?
5. При якій деменції – резидуальній чи плинній – більш оптимістичним є прогноз розвитку дитини? Обґрунтуйте свою відповідь.
6. Назвіть та охарактеризуйте ступені розумової відсталості, виділяючи основні ознаки кожного з них.
7. На підставі яких ознак недорозвинення – моторних, мовленнєвих, пізнавальних чи емоційних – розрізняють такі ступені розумової відсталості, як ідіотія (глибокий), виразна чи легка імбецильність (важкий та помірний), дебільність (легкий)?

Рекомендована література

1. Матвєєва М. П. Корекційна робота у системі освіти дітей з вадами розумового розвитку./ М.П. Матвєєва, С.П. Миронова. – Кам’янець-Подільський : Інформ.-вид. відділ Кам’янець-Подільського держ. ун-ту, 2005. – 164 с.
2. Матвєєвої М. П. Спеціальна психологія. Тексти : ч. 1. / М.П. Матвєєва, С.П. Миронова. – Кам’янець-Подільський : Інформ.-вид. відділ Кам’янець-Подільського держ. ун-ту, 1999. – 158 с.
3. Матвєєвої М. П. Спеціальна психологія. Тексти : ч. 2 / М.П. Матвєєва, С.П. Миронова. – Кам’янець-Подільський : Інформ.-вид. відділ Кам’янець-Подільського держ. ун-ту, 2001. – 142 с.
4. Обухівська А.Г. Психологу про дітей з особливими потребами у загальноосвітній школі / А. Обухівська, Т. Ілляшенко, Т. Жук. – К. : Редакції загальнопед. газет, 2012, 128 с. (Бібліотека “Шкільного світу”)
5. Стадненко Н. М. Нариси з олігофренопсихології / Н.М. Стадненко, М.П. Матвєєва, А.Г. Обухівська – Кам’янець-Подільський : Інформ.-вид. відділ Кам’янець-Подільського держ. ун-ту, 2002. – 200 с.

Психологічне вивчення та діагностика осіб з порушеннями емоційно-вольової сфери

План

1. Психопатії.
2. Шизофренія й аутизм.
3. Коригувальна робота з дітьми з розладами емоційно-вольової сфери.

I. Психопатії не є захворюваннями у прямому розумінні цього слова. *Психопатії* – це неправильний, патологічний розвиток, що характеризується дисгармонією у вольовій та емоційній сферах. Розвитку психопатії може сприяти вроджена або набута в ранньому дитинстві неповноцінність центральної нервової системи та несприятливі психогенні ситуації й соціальні впливи. Особливо велике значення при цьому мають дефекти виховання.

Отже, у розвитку психопатій мають значення як біологічні, так і соціальні фактори. Однак біологічні фактори не мають вирішального значення в розвитку всіх властивостей і особливостей особистості, вони виявляють свій патологічний вплив лише на певному соціальному ґрунті. Міра і ступінь психопатичного розвитку особистості багато в чому залежатимуть від того, за яких умов відбувається її розвиток. За сприятливих мікросоціальних умов і правильного виховання характерологічні особливості дитини можуть не набути розвитку і компенсуватися. Психопатії не мають характеру плинного хворобливого процесу, вони – результат неправильного виховання.

У разі психопатій нерідко відзначається дисгармонійний розвиток окремих психічних функцій. Частіше психопатії виявляються в особливостях характеру й поведження. Ці особливості заважають пристосуватися до навколишнього середовища, є тотальними й визначають увесь психічний вигляд особистості, вирізняються значною стійкістю й незначною зворотністю.

Гальмівні психопатії. Головними ознаками гальмівних психопатій є сором'язливість, боязкість, несміливість. Такі особи не можуть самоствердитися в суспільстві: цьому значною мірою перешкоджають їхня підвищена вразливість, недовірливість і нерішучість. Нерідко вже незначні зміни в життєвій ситуації можуть призводити до невротичних зривів. Часто в таких людей бувають

виражені нав'язливі сумніви, побоювання, мудрування. Їм важко прийняти певне рішення, іноді навіть із несуттєвого питання. Це призводить до тривалих порожніх роздумів. Підвищена помисливість призводить до тривожних переживань із незначних приводів.

У школярів можуть виникати труднощі з навчанням через острах відповідати біля дошки, страх перед педагогом, появою в класі нових осіб. Таким дітям складно вжитися в новий колектив, вони тяжко переживають невдачі, нерідко замикаються через знижену потребу в спілкуванні, тримаються осторонь інших дітей, тяготяться життям у колективі.

До гальмівних психопатій належить і шизоїдна психопатія.

Хворі на неї – це люди, що зазвичай тонко відчують, легко вразливі, а також емоційно бідні натури, “холодні аристократи”, деспоти, нерідко формально зразкові за поведінкою. З одного боку, боязкість, нерішучість, афективна холодність, а з другого – загострена чутливість, збудливість, нервовість.

На третьому місці перебувають такі ознаки, як підвищена сугестивність, піддатливість, благодушність. Особливості розвитку дітей із шизоїдною психопатією виявляються вже в дошкільному віці. В одних спостерігається надзвичайна вразливість, острах усього нового, в інших – неспокійність рухів, у третіх – млявість і пасивність. Утім, усі вони зазвичай нетовариські, відмежовані від своїх однолітків, віддають перевагу спілкуванню з дорослими, виявляють цікавість до абстрактних тем.

У дошкільному віці чітко виявляється дисгармонічність у розвитку: у таких дітей водночас із прискореним розумовим розвитком фіксується недорозвинення моторики: вони неспритні, незграбні. Відзначається своєрідний розвиток емоційно-вольової сфери: одні з них є емоційно холодними, інші надмірно прив'язані до кого-небудь. Млявість емоцій виявляється досить рано. У цих дітей немає потреби в активному спілкуванні з іншими дітьми, відсутнє прагнення до практичної діяльності. Надалі це гальмує розвиток їхньої моторики. Такі діти замінюють безпосередні форми спілкування запитаннями й міркуваннями на абстрактні теми.

Збудливі психопатії. Характерними ознаками цієї форми є підвищена дратівливість, схильність до агресії, що нерідко є причиною правопорушень. Такі особливості характеру й поведінки цих дітей призводять до частих конфліктів з іншими та є причиною порушення соціальної адаптації: вони важкі й часом нетерпимі в школі й родині.

Особливості розвитку таких дітей виявляються в ранньому віці. Характерними для них є рухове розгальмування, невмотивована галасливість, неспокійний сон. У дошкільному віці в них виражені задержаність, невміння ладнати з дітьми, непоступливість. Доволі рано, уже в дошкільному віці, виявляються підвищена впертість, схильність до афективних спалахів. Важливою особливістю такої дитини є невміння ладнати з колективом, включатися в гру. Ці особливості характеру й поведінки дітей призводять до значних утруднень у навчанні в школі: вони зазвичай не виконують домашніх завдань, не підкоряються вчителям, вступають у конфлікти з ними й однокласниками. Такі діти іноді тікають із дому, прогулюють заняття, нерідко потрапляють під згубний вплив правопорушників, які використовують їх у своїх цілях.

У дітей зі збудливою психопатією зазвичай немає внутрішнього ставлення до ситуації, вони не враховують її, у них також відсутні дистантні відносини з дорослими, вони недостатньо усвідомлюють свої вчинки й дії. Інтелектуальний розвиток порушений, але продуктивність навчання буває невисокою через відсутність зосередженості, невміння долати перешкоди, незібраність.

Їхні емоції поверхові, тому в таких дітей рідко коли відзначаються тривалі прихильні зв'язки, вони не переживають своїх невдач. Нетерпимість їх щодо порядку, вимогливості дорослих часто призводить до того, що такі діти роблять не те, що від них вимагають, а те, що вони хочуть, що також провокує конфлікти вдома та в школі.

Істерична психопатія. Головним проявом істеричної психопатії є егоцентризм, тобто прагнення бути в центрі товариства, подій, привертати до себе увагу оточення. Ці діти дуже вразливі, суб'єктивні й довільні в оцінюванні явищ навколишнього світу. Однак їхня вразливість стосується переважно об'єктів їхньої підвищеної уваги. Вони вважають себе дуже витонченими натурами, яким доводиться спілкуватися з грубими, неосвіченими людьми. Часто їхня психіка вирізняється інфантильністю, незрілістю. Для них характерним є легкий перехід від захопленості до нігілізму в оцінці людей. Емоційно вони дуже рухливі, нерідко бурхливо виявляють емоції (істерики), легко піддаються навіюванню та самонавіюванню.

Діти з істероїдними рисами характеру егоцентричні, постійно прагнуть бути в центрі уваги, переживають, якщо на них не звертають уваги. Уже в дошкільному віці в них виникають труднощі в поведінці: вони вередливі, дратівливі, прагнуть командувати однолітками, схильні до істеричних реакцій – падають на підлогу, плачуть, стукають ногами об підлогу, іноді б'ються головою об стіну,

домагаючись свого. Характерним є поєднання повноцінного інтелекту з вираженим егоцентризмом та інфантильним поведінням. Через егоцентризм вони байдужі до переживань і проблем близьких і друзів, адже зосереджені на своїх переживаннях і своїх інтересах.

Лікування дітей із психопатичними ознаками розвитку полягає переважно в коригувально-педагогічній роботі з ними, яку слід розпочинати якомога раніше. Насамперед потрібно розповісти батькам про необхідність створення нормального і спокійного мікроклімату в родині. Під час навчання дітей необхідно наполегливо привчати їх до ретельного виконання завдань, які спочатку мають бути полегшеними, а потім поступово ускладнюватися. Працюючи з такими дітьми, слід виявляти максимум терпіння й тактовності.

Велике значення має включення у виховні заходи таких видів робіт, які спрямовувалися б на формування вміння аналізувати та правильно оцінювати свої вчинки й дії. Такі діти мають завжди бути під наглядом педагога. Під час роботи з ними вкрай небезпечною є педагогічна занедбаність, оскільки вона значною мірою ускладнює подальшу роботу з дітьми.

II. Розкриваючи друге питання слід з'ясувати, що таке шизофренія і аутизм. Шизофренія – це особлива душевна хвороба, прояви якої можуть бути найрізноманітнішими: марення, хворобливі фантазії, відсутність потягу до спілкування.

Початковим періодом дитячої шизофренії є дитячий аутизм; причини походження цього симптому деякі з дослідників убачають у внутрішньоутробному ураженні нервової системи. Аутизм є головним утворенням, що багато в чому визначає клініко-психологічну структуру цієї аномалії розвитку. Він виявляється у відсутності або значному зниженні контактів з оточенням, у зануренні в себе, у свій внутрішній світ. Слабкість контактів або їхня відсутність спостерігається як щодо близьких, так і щодо однолітків. Аутична дитина, перебуваючи вдома з батьками або в дитячому колективі, переважну частину часу поводить так, наче вона одна: грає на самоті, нерідко розмовляє сама із собою, ретельно приховує свій внутрішній світ від інших. Привертає увагу відсутність емоційної зацікавленості в найближчому оточенні. Нерідко холодність і байдужність навіть до своїх батьків поєднуються з підвищеною вразливістю, лякливою, хворобливою чутливістю до найменших зауважень. Як свідчать дослідження, страхи в аутичних

дітей посідають провідне місце у формуванні їхнього поведіння. Аутичні страхи спотворюють, деформують предметність навколишнього світу.

Аутизм (від грецьк. “сам”) є одним із тяжких порушень розвитку, що характеризується серйозними недоліками соціальних і комунікативних навичок, а також стереотипними інтересами та способами поведіння. Це дуже серйозні розлади, що змінюють особистість дитини загалом: вона стає не такою, як усі. Під аутизмом зазвичай розуміють явну нетовариськість, прагнення уникнути контактів, жити у своєму власному світі [10].

Важливо відзначити, що інтелектуальна недостатність не є обов'язковою для раннього аутизму. Такі діти нерідко мають гарні розумові здібності, однак у їхній інтелектуальній діяльності розладнена цілеспрямованість, наявні утруднення в концентрації уваги, перенасиченість. Ігри, фантазії, інтереси та інтелектуальна діяльність загалом далекі від реальної ситуації. Діти роками грають у ту саму гру, малюють ті самі малюнки. Аутичність чітко проявляється й у мовленні таких дітей. Для них характерним є невживання особових займенників, мовлення про себе в другій або третій особі. У разі недорозвинення комунікативної функції мовлення часто спостерігається посилене прагнення до словотворчості.

Як у грі, так і в поведінці загалом звертає на себе увагу погана моторика, незграбність довільних рухів.

У деяких випадках діти, що страждають на аутизм, узагалі не вчаться, інші займаються за програмами допоміжної школи, треті – їх переважна більшість – відвідують масову школу. Від учителів і однокласників залежить, як така дитина навчатиметься в школі: якщо вона перебуватиме в центрі нездорової уваги, коли однокласники насміхатимуться з її дивацтв, то дитина не зможе відвідувати школу. Вона ще більшою мірою замикатиметься в собі, конфліктуватиме з дітьми, що лише посилить її симптоматику. Дбайливе, доброзичливе ставлення до такого школяра, розумне чергування похвал і вимогливості, прагнення спиратися лише на здорові компоненти його психіки, навпаки, допоможуть дитині поступово включитися в нормальний навчальний процес і згодом не поступатися в навчанні одноліткам.

Як ми вже відзначали, головним симптомом цього захворювання є порушення контактності, тому педагог має робити все можливе, щоб зменшити дефіцит спілкування таких дітей. Їм потрібно давати посильні завдання, що допомагають поліпшити контактність.

Як відзначають фахівці, які багато років працюють з аутичними дітьми, – навіть у найскладніших випадках прояву їхнього поведіння захворювання навчання дитини стає можливим у разі створення необхідних умов. Дитина зможе освоїти раніше не доступні їй способи взаємодії з навколишнім світом та іншими людьми, стати більш самостійною в побуті й опанувати окремі навчальні прийоми.

Труднощі роботи з аутичними дітьми пов'язані з тим, що вони використовують для спілкування свою таємну мову, бачать світ зі своєї особливої позиції та сприймають себе й оточення по-іншому. Вони живуть у таємничому світі безпосереднього сприйняття й так само безпосередньо бачать світ. Можливо, вони є “відстороненим розумом”, але водночас залишаються дітьми, і обов'язок дорослих – допомогти їм. Діти, що страждають на аутизм, можуть мати різний рівень інтелектуальних здібностей: від крайньої розумової відсталості до рівня, що значно перевищує середній.

Виокремлено три основні особливості, властиві всім дітям що, страждають на аутизм. До них належать:

- ослаблення здатності до соціальної взаємодії;
- ослаблення вербальної й невербальної комунікацій;
- переважання повторюваних стереотипних інтересів і дій. Інакше кажучи, аутичним дітям складно створювати й вибудовувати соціальні відносини, спілкуватися за допомогою слів, жестів, міміки, тому переважену частину часу вони проводять у своїх особистих, індивідуальних переживаннях.

Відсутність цілісного уявлення про об'єкт не формує цілісної картини світу, як наслідок – у таких дітей не складається цілісного сприйняття свого власного тіла.

Особливості сенсорної сфери та сприйняття. Сприйняття характеризується підвищеною сензитивністю до об'єктів перцепції. Навколишнє сенсорне середовище для аутичної дитини є джерелом постійного негативного тла відчуттів і емоційного дискомфорту. Сенсорний досвід, що формується, є негативним, відбивається в особливостях емоційної сфери дитини. Крім специфічних розладів сприйняття, спостерігається також недостатність перцептивних образів, що пояснюється вибірковістю дитини у виборі та прийомі сенсорних подразників. Аутичні діти сприймають навколишні предмети не цілісно, а на підставі окремих афективних ознак.

Особливості інтелектуального розвитку. Оцінюючи якість розумових процесів аутичних дітей, можна виокремити такі розлади:

- здатність на високому рівні оперувати, маніпулювати знаком і знаковими формулами поєднується з тенденцією до втрати зв'язку з предметними реаліями і вичленовуванням латентних ознак замість головних, істотних;
- розвиток думки часто супроводжується маніпулюванням розумовими операціями, за яких для дитини важливим є не зміст, а саме значення процесу;
- прискорення і й одночасна фіксованість на стереотипі алгоритму розумової операції;
- здійснення умовиводів із використанням лише особисто значущих критеріїв, часом парадоксальних.

Особливості мовлення. Мовленнєві розлади в аутичних дітей є компонентом недостатності комунікативної сфери. У дітей першої групи спостерігається мутизм. Прояву мутизму як відсутності мови характеризують особливості мовної комунікації й комунікативно-потребнісної сфери у зв'язку з емоційно-вольовими процесами. Виникнення мутизму можна розглядати як відсутність мотивації до мовленнєвого спілкування, а не як власне порушення процесу формування мовленнєвої діяльності.

Діти другої групи страждають на частковий мутизм. Мовлення аутичної дитини протікає автономно й представлене окремими звукосполученнями, що виникають спонтанно за сприятливого настрою дитини.

Мовлення дітей третьої групи має більш високий рівень розвитку. Однак, як і раніше, зберігається неспрямованість до конкретної особи. Дитина не називає себе й не використовує займенників першої особи. Про себе говорить у другій або третій особі. Мовлення насичене мовленнєвими штампами, характеризується стереотипністю, багате на безцільні маніпулювання, словосполучення або уривки окремих фраз. Характерним є інтонаційне забарвлення мови: голос звучить неприродно, немодульовано, іноді фальцетом.

Розвиток мовлення дітей четвертої групи характеризується достатнім рівнем структурного розвитку. Дитина володіє розгорнутою фразою, здатна вести довгий монолог, однак ведення діалогу може викликати особливі труднощі. У неї можуть виникати мовленнєві стереотипи, штампи, характерною є відсутність адресата як слабкий прояв автономності. Однак усі ці недоліки пом'якшені загальним високим рівнем розвитку мовлення і можуть виявлятися лише частково.

Уява. Особливості уяви виявляються в грі, а також у творчих роботах. Малюнки аутичних дітей сповнені руху. Вони прагнуть уникнути статичності, конкретичності, використовуючи ковзний рух кисті, ритм мазків, переливчасту гру фарб тощо. Фантазії аутичної дитини баланують на межі реального й нереального.

Увага. Особливості мимовільної уваги виявляються в підвищеному напруженні, спрямованому на виявлення небезпеки й надсильних подразників. Однак подібне тривале напруження викликає емоційну тривогу, що призводить до афективного вибуху (плачу, замикання в собі, відмови від контактів). Усе це провокує нестійкість мимовільної уваги. Довільна увага, пов'язана з навчальною діяльністю, формується на превелику силу. Труднощі розвитку уваги визначаються порушенням цілеспрямованості діяльності. Відзначаються розлади стійкості уваги. Значну роль при цьому відіграють страхи, що виникають унаслідок негативно сприйманих подразників. Дитина зісковзує з одного алгоритму дій на інший, не фіксуючись при цьому на змісті здійснюваної дії.

Пам'ять. У дітей зі збереженим інтелектом може бути добре розвинена мимовільна слухова й зорова пам'ять на логічні формули та знаки. Під час відтворення мнемічних слідів іноді виникають елементи фантазій. Довільне логічне запам'ятовування формується залежно від інтересів дитини та її здатності до розвитку цілеспрямованої мотивації на запам'ятовування.

III. Розгляд третього питання передбачає аналіз коригувальної роботи з дітьми з розладами емоційно-вольової сфери [11].

Вправи, спрямовані на розвиток відчуття свого тіла загалом.

“Малюю себе”

Мета: формувати уявлення про тіло як цілісну систему; розвивати вміння фокусуватися на внутрішніх переживаннях; формувати цілісний внутрішній образ “Я”, вміння імпровізувати з художніми матеріалами; розвивати фантазію та уяву.

Обладнання: дзеркало, фарби “гуаш”, фарби для малювання руками, пензлики, банка з водою.

Психолог має враховувати, що цю вправу також можна розглядати як своєрідну діагностичну методику, за результатами виконання якої можна отримати певні відомості про настрій дитини, її відчуття всередині тіла. Також слід пам'ятати, що деякі діти з дитячим аутизмом не люблять і бояться дивитися в дзеркало. Якщо це так, потрібно витратити якийсь час на те, щоб дитина звикла до дзеркала.

Інструкція. Усі необхідні матеріали розкладаються біля великого дзеркала. Психолог запрошує дитину до роботи. Словесне запрошення бажано підкріпити й посилити жестами й дотиками.

Психолог: “Сьогодні ми за допомогою фарб малюватимемо себе: обличчя й тіло. Але робитимемо це не зовсім звичайно, не на аркуші паперу, а на дзеркалі. Це робиться просто й цікаво. Давай спочатку сухим пензликом пройдемося по обрисах обличчя й тіла в дзеркалі. А тепер подумай, якою фарбою ти почнеш малювати своє обличчя. Ти зможеш змішати кольори для обличчя на палітрі...”. Далі пропонується підібрати необхідні кольори для інших частин обличчя й тіла.

Торкаючись контурів свого тіла в дзеркалі пензлем, малюк учиться вивчати себе, розглядати себе, що, і собі, сприяє формуванню тілесної ідентичності, цілісного уявлення про своє тіло. Можливість змінювати своє видиме зображення в дзеркалі на той вигляд, що є внутрішньо близьким і відчутним, сприяє розвитку впевненості в собі, розвиває здатність іти на ризик, відмовившись від пропонованих стереотипів.

“Малюнки на тілі”

Мета: пізнання свого тіла, формування різних тактильних відчуттів.

Обладнання: театральний грим або фарби для тіла (як замітники гриму можна виготовити спеціальні фарби з харчових барвників, змішаних із водою і борошном).

Психолог має пам’ятати про те, що аутичні діти дуже полохливі й все нове викликає у них почуття страху.

Психолог: “Намалюймо що-небудь на лобі, а тепер обведемо очі, намалюймо кружечок на кінчику носа й зафарбуймо весь ніс. Візьмімо червону або рожеву фарбу й обведемо по контуру губи, намалюймо що-небудь на підборідді. А тепер обведи будь-якою фарбою, що тобі подобається найбільше, усе обличчя по контуру”.

Важливе значення має змивання гриму. Бажано приготуватися до цієї процедури: узяти тазик із чистою водою, рушник, мило.

Схема вивчення аутичних дітей [11]

Прізвище, ім’я дитини _____ вік _____

1. Особливості настрою (настрій знижений, часто плаче, дратується без помітних причин; настрій знижений, плаче, дратується з будь-якого приводу; настрій знижений, плаче, дратується, іноді є серйозні причини; настрій рівний, не дратується, рідко коли плаче),

2. Особливості поведження під час сну _____
3. Особливості апетиту _____
4. Шкідливі звички _____
5. Скарги на самопочуття _____
6. Тривоги й страхи (часто виражена тривога, страхи (за змістом) з руховим занепокоєнням або загальмованістю; часто тривожиться, легко лякається без виражених зовнішніх проявів; зрідка – тривога, страх, що виявляються лише в разі дії неприємних факторів).

Зміст тривоги й страхів (темрява, висота, шум, тварини, казкові персонажі, сторонні люди, самотність, хвороби, смерть, інше).\

7. Особливості спілкування з однолітками
8. Ставлення до себе _____
9. Ставлення до зауважень і покарань
10. Розлади мовлення (відзначити особливості):

- заїкуватість _____
- інше _____

Запитання для перевірки та самоконтролю

1. Розкрийте зміст поняття “спотворений розвиток”. Які його найбільш ранні прояви?
2. Поєднання яких особливостей раннього розвитку дитини може бути загрозою формування аутистичного дизонтогенезу?
3. Охарактеризуйте дослідницькі діагностичні критерії раннього дитячого аутизму за класифікацією психічних і поведінкових розладів.
4. У чому полягає зміст біологічної теорії аутистичних розладів?
5. Охарактеризуйте основні аспекти соціокультурної концепції аутизму.
6. Як відбувалася еволюція поглядів на тему ролі батьків в генезисі дитячого аутизму?
7. Охарактеризуйте медичні проблеми дітей із загальними розладами розвитку.
8. Які типи аутистичної поведінки ви знаєте?

Рекомендована література

1. Аутизм. Методы лечения тяжелого психического отклонения // Азбука здоровья. – 2002. – № 5. – С. 23 – 24.
2. Большой толковый психологический словарь / авт.- уклад. А. Ребер : в 2 т. – М., 2000.

3. Ваньє Ж. Бути людиною. / Ж. Ваньє. – Львів; Київ, 2000.
4. Гилберт К. Аутизм. Медицинские и педагогические аспекты / К. Гилберт, Т. Питерс. – СПб., 1998.
5. Грэндин Т. Отворяя двери надежды. Мой опыт преодоления аутизма / Т. Грэндин, М. Скариано; пер. с англ. Н. Л. Холмогоровой. – М., 1999.
6. Детский аутизм. Хрестоматия : учеб. пособие [для студ. высш. и сред. пед., психол. и мед. учеб. заведений] / сост. Л.М. Шипицына. – СПб., 2001.
7. Дьяченко М. И. Краткий психологический словарь. / М.И. Дьяченко. – Минск, 1998.
8. Иванов Е. С. Детский аутизм: диагностика и коррекция / Е.С. Иванов, Л.Н. Демьянчук, Р.В. Демьянчук. – СПб., 2004.
9. Карвасарская И. Б. В стороне. Из опыта работы с аутичными детьми / И.Б. Карвасарская. – М., 2003.
10. Островська К. О. Аутизм: проблеми психологічної допомоги : навчальний посібник / К.О. Островська. – Львів : Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. – 110 с.
11. Туріщева Л. В. Діти з особливостями розвитку в звичайній школі / Л.В. Туріщева – Х. : Вид. група “Основа”, 2011. – 111 с. – (Серія “Психологічна служба школи”).

Психологічне вивчення та діагностика осіб з поведінковими порушеннями психофізичного розвитку

План

1. Причини девіацій у поведінці школярів.
2. Профілактика дезадаптивної поведінки
3. Прийоми індивідуального педагогічного впливу

I. Розкриваючи перше запитання, слід з'ясувати причини, які призводять до виникнення тих чи тих девіацій у поведінці школярів. Процес розвитку особистості залежить від навколишнього соціального простору, суб'єктами якого є родина, школа, однолітки, власне дитина та ін. Співвідношення різноспрямованих впливів (як позитивних, так і негативних) у зазначеному просторі багато в чому визначає можливі варіанти формування особистості. Моральне, позитивно орієнтоване середовище сприятливо впливає на формування особистості дитини.

Причини девіацій (відхилень) у поведінці школярів [3]:

- відхилення від норми в стані здоров'я (вади фізичного й / або психічного здоров'я, невідповідність фізичному розвитку, відставання в рості, акцентуація характеру);
- розлади у сфері міжособистісних взаємин (не популярний, не прийнятий, зневажуваний, ізольований у класі; не допущений у групу вільного спілкування; конфліктний, безконтрольний, не прийнятий у сім'ї);
- помилки педагога (перевищення педагогічної влади; позбавлення дитини індивідуальних стимулів; покарання як приниження особистості дитини; суперечливість запропонованих вимог; поверхове знання особливостей учня, конфліктні взаємини між батьками учня й учителями або між учнем і вчителями тощо);
- помилки родинного виховання; відсутність у батьків елементарних психолого-педагогічних знань, перекладання турбот про виховання на школу; звільнення підлітка від фізичної домашньої праці; конфлікти в родині тощо;
- соціальні причини (суперечності в суспільстві, у мікросоціумі);
- ситуації, що травмують психіку (розлучення батьків, зміна місця проживання і т. ін.).

II. Висвітлення другого питання доцільно розпочати з аналізу напрямів профілактики дезадаптивної поведінки.

1. Рання діагностика дітей "групи ризику".

Групи дітей із підвищеним ризиком розвитку дезадаптивних форм порушення поведінки (за П. А. Ричковою), що найчастіше трапляються в загальноосвітніх школах:

- діти, що виховуються в родині із різними рівнями соціальної дезадаптації;
- діти з високою спадковою обтяженістю психічними та психосоматичними захворюваннями;
- гіперактивні діти;
- діти, що перебувають під гіперопікою з боку батьків, близьких тощо.

2. Консультаційно-роз'яснювальна робота з батьками, педагогами.

3. Активізація виховних зусиль середовища, робота з контактними групами підлітка, у тому числі з родиною.

4. Організація коригувально-реабілітаційної роботи залежно від рівня дезадаптації, залучення до роботи необхідних фахівців.

5. Розроблення індивідуального плану роботи, спрямованої на профілактику й коригування порушень поведження.

Д. Й. Фельдштейн виокремлює п'ять груп підлітків-правопорушників [1].

Представники *першої групи* характеризуються наявністю низки примітивних, аморальних потреб і антисоціальних поглядів і уявлень. Вони егоїстичні, озлоблені, агресивні, свідомо чинять правопорушення, не люблять трудитися. Таких підлітків потрібно залучати до суспільно корисних трудових справ, використовуючи властиву їм завзятість у досягненні поставленої мети, прагнення до першості, частково усвідомлене відчуття соціальної неповноцінності.

До *другої групи* належать підлітки з деформованими потребами, які наслідують представників першої групи. Вони індивідуалістичні, незлагідні, пригноблюють слабких. Для їх перевиховання важливо змінити обстановку і звичні форми поведження, виражати довіру до них, схвалювати їхні досягнення, формувати вміння не лише підкорятися, але й командувати.

У підлітків *третьої групи* наявні як деформовані, так і позитивні потреби та погляди, але останні не є регуляторами їхнього поведження. Егоїзм і слабовілля прирікають їх на асоціальні вчинки. Корисною для них у виховному плані є ритмічна й напружена трудова діяльність, робота, що дає можливість виявити себе й самоствердитися.

До *четвертої групи* можна зарахувати підлітків, які не вірять у себе, надто підданих навіюванню, запобігливих перед більш сильними товаришами.

Представники *п'ятої групи* – випадкові правопорушники. Вони слабовільні й не можуть встояти перед згубним впливом.

У підлітків двох останніх груп важливо розбудити інтерес до нормального життя, створити перспективу особистості й завдяки цьому підвести до залучення до корисної трудової діяльності. Їм необхідні:

- постійна колективна робота в належному темпі;
- систематичний контроль і оцінювання їхньої діяльності;
- особиста відповідальність; активна участь у змаганні.

У роботі з такими дітьми важливо реалізовувати такі завдання:

- переведення соціальної ситуації в педагогічну (організація морального, виховного середовища в мікросоціумі; об'єднання зусиль усіх суб'єктів соціального виховання з метою створення умов для особистісного розвитку дитини, за яких вона зможе усвідомити взаємозв'язок і взаємозалежність своїх потреб, прагнень, конкретної роботи над собою й очікуваними досягненнями, а також поставлених перед собою цілей);
- виховання морально-правової переконаності;
- формування адекватної самооцінки, здатності критично ставитися до себе;
- розвиток емоційної сфери особистості: формування волі, уміння керувати собою, адекватно реагувати на педагогічні впливи;
- залучення до значущих видів діяльності, створення ситуації успіху в обраному дитиною виді діяльності;
- організація педагогічного впливу на думку оточення (родини, однолітків, педагогів, інших дорослих);
- запобігання невротичним розладам і патологічним потягам (акцентуації характеру, неврози, суїцид, kleptomaniya тощо);
- забезпечення сприятливого соціально-психологічного клімату;
- сприяння заповненню прогалін у знаннях.

Школярі з відхиленнями в поведженні зазвичай виявляються важкими в спілкуванні. Щоб установити з ними контакт для подальшої роботи, потрібно докласти чималих зусиль.

Професійну допомогу може надати методика контактної взаємодії Л.Б. Філонова [3].

Контактна взаємодія – це модель поведження ініціатора контакту, що викликає й посилює в іншій людині потребу в контакті, продовженні спілкування, потребу у висловлюваннях і повідомленнях. Автор методики розуміє контакт як довірчі відносини, позитивно пережитий психічний стан, як інструмент дослідження, вивчення й коригування.

Метою застосування методики є скорочення дистанції між людьми й саморозкриття особистості в процесі спілкування.

Взаємодія психолога з девіантним підлітком розгортається упродовж шести стадій.

1. Створення атмосфери прихильності для спілкування.
2. Пошук спільного інтересу.
3. Виявлення можливих позитивних для спілкування й демонстрованих якостей.
4. Виявлення небезпечних для спілкування й демонстрованих

якостей.

5. Прагнення до позитивних настанов у поведженні партнерів.

6. Установлення оптимальних взаємин.

На кожній стадії використовується специфічна тактика взаємодії й розв'язуються конкретні проблеми. Методику можна використовувати з метою діагностики й для налагодження постійних взаємин із девіантними школярами.

Делінквентним поведженням називають дрібні правопорушення й провини, що не досягають злочинів, які караються в судовому порядку. Делінквентність зазвичай починається зі шкільних прогулів і приєднання до асоціальної групи однолітків. За цим іде дрібне хуліганство, знущання над молодшими й слабшими, віднімання у них кишенькових грошей, викрадення з метою покататися на велосипедах і мотоциклах, які потім кидаються абиде. Рідше трапляється дрібне шахрайство, дрібні протизаконні спекулятивні угоди, зухвала поведінка в громадських місцях. До цього можуть приєднуватися домашні крадіжки грошей. Усі ці дії не мають характеру серйозних злочинів.

Прийнято виокремлювати три групи факторів ризику делінквентного поведження: біологічні, психологічні й соціальні.

Біологічні фактори. Ключовими моментами для розуміння біологічного аспекту проблеми підліткових криз є анатомофізіологічні особливості підлітків:

- у дівчаток трохи раніше, ніж у хлопчиків, починається посилений ріст у висоту;
- збільшення зросту відбувається переважно за рахунок росту трубчастих кісток кінцівок;
- перебудовується опорно-руховий апарат: збільшується ступінь окостеніння, наростає м'язова сила;
- ростуть легені, збільшуються їхній об'єм і поверхня, підвищується життєва ємність;
- остаточно формується тип дихання: у дівчаток – грудний, у хлопчиків – черевний;
- інтенсивно росте серце, судини також ростуть, але темп їхнього росту відстає від темпу росту серця, тому в підлітків часто підвищується кров'яний тиск;
- спостерігається посилення підкіркової активності, як наслідок – у поведженні підлітків відзначається підвищена нервозність, нестриманість, запальність;
- зазнають перебудов залози внутрішньої секреції;

- відбувається статевий розвиток.

Поєднання двох факторів – дисгармонії, напруженості протікання статевого перетворення й декомпенсації нервової системи (ЦНУ) – призводить до того, що в підлітковій фазі розвитку частіше, ніж в інших критичних вікових фазах дитинства, виявляються душевні захворювання; загострюються певні риси характеру та психічні відхилення, пов'язані з декомпенсацією органічної недостатності ЦНС; виникають “вікові” синдроми, типові для прискорення або затримки темпу статевого дозрівання; підвищується схильність до девіантних реакцій, зумовлених ситуаційно.

До біологічних факторів, що відіграють роль у порушеннях поведінки підлітків, деякі сучасні дослідники зараховують дисгармонічне протікання періоду статевого дозрівання – як його прискорення, так і затримку.

Бурхливе фізичне, статеве дозрівання вимагає чималої моторної активності, сприяє афективній збудливості, перебудові ієрархії потреб і потягів, створює прагнення до більш дорослого, самостійного способу життя.

Водночас підліток за наявності настанов на більш дорослий спосіб життя часто не має реальних планів і уявлень про нього. Недостатність інтелектуальних інтересів ще більше посилює негативне ставлення до школи, яка асоціюється в підлітка з неприйнятним “дитячим способом життя”.

Психологічні фактори. Психологічними факторами ризику делінквентного поведінки є наявність у підлітків таких акцентуацій характеру, як нестійкість, гіпертимність, істероїдність, епілептоїдність.

Делінквентні підлітки вирізняються низьким рівнем особистісної зрілості. Для них характерною є підвищена сугестивність, засвоєння асоціальних настанов, слабкий контроль вітальних потягів, залежність від ситуації, нездатність активно впливати на неї, схильність до уникання складних ситуацій або цілковите підпорядкування їм. Найчастіше вони мають нестійку самооцінку, що залежить від настрою самого підлітка, від зміни оточення, від того, перед ким підліток оцінює себе, а також від гостроти та складності ситуацій. Низький рівень об'єктивності щодо себе може виражатися в тенденції до завищення самооцінки.

Реакції виходу зі складних конфліктних ситуацій найчастіше є неадекватними. У тих видах діяльності, де в них низькі амбіції, так підлітки схильні до реакцій уникання, відступу, тобто до заміни складного завдання на більш легке. Там де існує особистісна

зацікавленість, виявляється навіть агресивність, але вона може мати характер стійкої реакції, а може виражатися в короткочасному афективному спалаху. У разі досягнення певної мети такі підлітки не схильні до тривалої роботи. Функції цілепокладання, планування й контролю над виконанням діяльності в них розвинені недостатньо, тому досягнення мети поєднується або з пошуком легких обхідних шляхів, або з пасивним очікуванням, коли мета буде досягнута кимось іншим, а підліток зможе скористатися вже готовими результатами. У дітей з органічною незрілістю пізнавальної й емоційно-вольової сфери до підліткового віку формуються явища педагогічної занедбаності, що також сприяють декомпенсації їхнього поведження за рахунок шкільної дезадаптації. Нездатність до вольового зусилля й невміння долати труднощі, несформованість шкільних навичок також перешкоджає створенню передумов для самостійної роботи, зростанню самосвідомості, характерному для підліткового віку, посиленню пізнавальних інтересів.

Особистісна незрілість виявляється в переважанні ігрових інтересів, невиразності реакцій на неуспіх і гіпертрофованості реакцій на успіх. Відзначається слабкість функцій самоконтролю й саморегуляції.

Соціальні фактори. До соціальних факторів, що відіграють значну роль у генезі відхилень у поведженні, належать несприятливі умови оточення й виховання.

Серед порушень поведження, спричинених соціальними факторами, значно важливіша роль належить формам непатологічним, пов'язаним із явищами мікросоціальної й педагогічної занедбаності. У цих випадках ідеться про тривалі, несприятливі умови оточення й виховання. Здебільшого це пов'язано з умовою бездоглядності, хронічним дефіцитом інформації, у результаті чого в дитини сповільнюється формування пізнавальної діяльності, навичок систематичної самостійної праці, вольових і моральних настанов. Така мікросоціальна й педагогічна занедбаність, що виникає в психічно здорової дитини, не має під собою первинно хворобливого біологічного фундаменту й не набуває його вдруге. Це непатологічна соціально-психологічна деформація особистості. Порушення поведження, у тому числі й асоціальні форми, у підлітків, що зазнали мікросоціальної й педагогічної занедбаності, спостерігаються дуже часто.

Порушення поведження в підлітків пов'язані зазвичай не з одним із перелічених біологічних або соціальних факторів, а з їхнім специфічним комплексом.

До головних психологічних факторів, що визначають людське поведіння взагалі й делінквентне поведіння зокрема, належать мотиви й потреби.

Мотиви тих самих делінквентних учинків можуть бути різними залежно від типу акцентуації характеру. Для нестійкого підлітка крадіжка – насамперед шлях роздобути кошти для розваг і задоволень. Так, у разі гіпертимної акцентуації крадіжка може мати престижний характер – хочеться показати приятелям свою сміливість, ствердитися в ролі лідера. У шизоїдів трапляються крадіжки задля “відновлення справедливості”, для того, щоб поповнити колекцію тощо. Для епілептоїда почуття ризику в момент здійснення крадіжки може давати надзвичайну насолоду, хоча насамперед їх приваблює цінність поцупленого.

Виховання делінквентних дітей передбачає такі компоненти:

- цілеспрямована робота з моральної освіти (уроки етики, моральні бесіди, індивідуальні консультації тощо);
- актуалізація усіх джерел морального досвіду школярів (навчальна, суспільно корисна” позакласна робота, взаємини між учнями в класі, взаємини дітей із батьками, відносини “учитель – учень”, “учитель – батьки учнів”, повсякденний стиль і “тон” роботи школи);
- уведення моральних критеріїв в оцінювання всіх без винятку видів діяльності та проявів особистості школяра;
- оптимальне співвідношення форм практичної діяльності й моральної освіти на різних етапах з урахуванням статі учнів.

Крім того, у психолого-педагогічній літературі наводяться принципи роботи й виховання делінквентних школярів:

1) орієнтації на позитив у поведінні й характері дитини (вимагає сприйняття дитини як головної цінності в системі людських відносин, нормою яких є гуманність);

2) соціальної адекватності (передбачає відповідність змісту й засобів виховання соціальній ситуації, у якій організовується виховання важкої дитини);

3) індивідуалізації виховання дітей із делінквентним поведінням; цей принцип реалізується в таких правилах:

- робота з важкими дітьми має орієнтуватися на розвиток кожної дитини;
- успіх виховного впливу під час роботи з одним учнем не повинен негативно впливати на виховання інших;
- вибір виховного засобу необхідно співвідносити лише з

інформацією про індивідуальні якості;

- пошук педагогом способів коригування поведження учня має проводитися виключно на основі взаємодії з ним;
- постійне відстежування ефективності виховного впливу на кожну дитину має визначати сукупність виховних засобів, використовуваних педагогом;

4) соціального загартовування (передбачає включення делінквентних учнів у ситуації, що вимагають вольового зусилля для подолання негативного впливу; вироблення способів подолання цього впливу тощо).

III. Прийоми індивідуального педагогічного впливу

Приєм “Прохання про допомогу”. Психолог для того, щоб прихилити до себе учня й установити з ним довірливий контакт, звертається до нього за порадою, розповідаючи про свої проблеми.

Приєм “Оціни вчинок”. Для з’ясування моральних позицій підлітка й коригування цих позицій педагог розповідає історію і просить оцінити різні вчинки учасників цієї історії.

Приєм “Обговорення статті”. Добирається низка статей, у яких описуються різні злочини та інші асоціальні вчинки людей. Психолог просить підлітка дати оцінку цим учинкам. У дискусії психолог через поставлені запитання намагається дійти разом з учнем правильних висновків.

Приєм “Добрий учинок”. У процесі роботи з підлітком йому пропонується надати допомогу тому, хто її потребує. При цьому важливо оцінити цей учинок позитивно, не зводячи його в ранг “героїчного поведження”.

Приєм “Оголення суперечностей”. Передбачає розмежування позицій психолога й учня з того чи іншого питання в процесі виконання творчого завдання з подальшим обговоренням суперечливих суджень, різних точок зору.

Приєм “Стратегія життя”. Під час бесіди психолог з’ясовує життєві плани школяра. Після цього він намагається з’ясувати разом із ним, що допоможе реалізувати ці плани, а що може перешкодити їх реалізації.

Приєм “Розповідь про себе та інших”. Психолог пропонує кожному написати оповідання про минулий день (тиждень, місяць), після чого відповісти на запитання: чи можна цей час прожити по-іншому?

Прийом “Мій ідеал”. У процесі бесіди з’ясовуються ідеали учня й робиться спроба оцінити ідеал, визначивши його позитивні моральні якості.

Прийом “Казка для школяра”. Цей прийом певною мірою використовує ідею казкотерапії. Психолог складає казку, у якій герої дуже схожі на учня й осіб, що його оточують. Закінчення казки психолог і школяр складають разом.

Прийом “Рольова маска”. Учні пропонуються звикнути до певної ролі й виступити вже не від свого імені, а від імені відповідного персонажа.

Прийоми, пов’язані з організацією групової діяльності

Прийом “Безперервна естафета думок”. Учні “за ланцюжком” висловлюються на задану тему: одні починають, інші продовжують, доповнюють, уточнюють. Від простих суджень (коли головним є власне участь коленого учня в запропонованому обговоренні) за умови введення відповідних обмежень (вимог) слід перейти до аналітичних, а потім проблемних висловлювань учнів.

Прийом “Самостимулювання”. Учні, об’єднані в групи, готують один одному певну кількість зустрічних запитань. Після цього поставлені запитання й відповіді на них колективно обговорюються.

Прийом “Імпровізація на вільну тему”. Учні обирають ту тему, на якій вони найкраще розуміються та яка викликає в них певний інтерес; творчо розвивають головні сюжетні лінії, переносять події в нові умови, по-своєму інтерпретують зміст подій тощо.

Прийоми, пов’язані з організаторською діяльністю психолога,

спрямованою на зміну ситуації навколо учня

Прийом “Інструктування”. На період виконання того чи того творчого завдання встановлюються правила, що регламентують загальне поведіння учнів: у якому порядку, з урахуванням яких вимог можна вносити свої пропозиції, доповнювати, критикувати, спростовувати думки своїх товаришів.

Прийом “Розподіл ролей”. Чіткий розподіл функцій і ролей учнів відповідно до рівня володіння тими знаннями, вміннями й навичками, що потрібні для виконання завдань.

Прийом “Коригування позицій”. Тактовна зміна думок учнів, прийнятих ролей, образів, що знижують продуктивність спілкування й перешкоджають виконанню творчих завдань.

Прийом “Самоусунення психолога”. Після того як визначено цілі та зміст завдання, встановлено правила й форми спілкування під час його виконання, психолог самоусувається від безпосереднього керівництва або ж бере на себе обов’язки рядового учасника.

Прийом “Розподіл ініціативи”. Передбачає створення однакових умов для прояву ініціативи всіма учнями. Прийом можна застосовувати в ситуації “придушеної ініціативи”, коли позиційні виступи й атаки одних гасять ініціативу й бажання спілкуватися – в інших. Головне тут – досягти збалансованого розподілу ініціативи впродовж усієї програми виконання завдання із цілком конкретною участю на кожному етапі всіх учнів.

Прийом “Обмін ролями”. Учні обмінюються ролями (або функціями), які отримали під час виконання завдань. Інший варіант цього прийому передбачає повне або часткове передання психологом своїх функцій учням або окремому учневі.

Прийом “Мізансцена”. Сутність прийому полягає в активізації спілкування та зміні його характеру за допомогою розташування учнів у класі в певному поєднанні одне з одним у ті чи інші моменти виконання творчої роботи.

Запитання для перевірки та самоконтролю

1. Яка роль психосоціальних факторів у формуванні дезадаптивної поведінки?
2. Які головні напрями дезадаптивної поведінки?
3. Охарактеризуйте прийоми індивідуального педагогічного впливу.
4. Охарактеризуйте прийоми, пов’язані з організацією групової діяльності.
5. Охарактеризуйте прийоми, пов’язані з організаторською діяльністю психолога, спрямованою на зміну ситуації навколо учня.

Рекомендована література

1. Обухівська А.Г. Психологу про дітей з особливими потребами у загальноосвітній школі /А. Обухівська, Т. Ілляшенко, Т. Жук. – К. : Редакції загальнопед. газет, 2012, 128 с. (Бібліотека “Шкільного світу”)
2. Лангмейер Й. Психическая депривация в детском возрасте / Й Лангмейер, З Матейчек – Прага, 1984. – 334 с.
3. Туріщева Л. В. Діти з особливостями розвитку в звичайній школі / Л.В. Туріщева – Х. : Вид. група “Основа”, 2011. – 111 с. – (Серія “Психологічна служба школи”).

Загальна література до курсу “Психологічні основи роботи з людьми з особливими потребами”

Основна література

1. Жестова мова і сучасність : збірник наукових праць. – Вип. 1 – К. : Інститут спеціальної педагогіки НАПНУ, 2006. – 176 с.
2. Зиглер Е. Тлумачення розумової відсталості / Е. Зиглер, Р. Ходаш – К. : Сфера, 2008. – 344 с.
3. Ілляшенко Т. Д. Чому їм важко вчитися: діагностика і корекція труднощів у навчанні молодших школярів / Т.Д. Ілляшенко – К. : Початкова школа, 2003.
4. Інклюзивна освіта. Підтримка розмаїття у класі : практич. посіб. / Тім Лорман, Джоан Деспелер, Девід Харві / пер. з англ. – К. : СПД-ФО, 2010. – 296 с.
5. Калягин В. А. Когда ребенок плохо говорит: советы психолога / В.А. Калягин – СПб. : КАРО, 2004. – 192 с.
6. Калягин В. А. Психология лиц с нарушениями речи / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова – СПб. : КАРО, 2007. – 544 с. – Серия – “Психологический взгляд”.
7. Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи: монографія / А.А. Колупаєва – К. : Самміт-книга, 2009. – 272 с.
8. Конопляста С. Ю. Розвиток дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння. Теорія і практика : монографія / С.Ю. Конопляста – К. : НПУ ім. Драгоманова, 2008. – 212 с.
9. Корекція психосоціального розвитку дітей з церебральним паралічем / за ред. Т.Д. Ілляшенко. – К. : Духовна вісь, 2009. – 240 с.
10. Лангмейер Й. Психическая депривация в детском возрасте./ Й. Лангмейер, З. Матейчек. – Прага, 1984. – 334 с.
11. Логопедія: підручник / за ред. М. К. Шеремет. – К. : Слово, 2010. –

672 с.

12. Обухівська А.Г. Психологу про дітей з особливими потребами у загальноосвітній школі / А. Обухівська, Т. Ілляшенко, Т. Жук. – К. : Редакції загальнопед. газет, 2012, 128 с. (Бібліотека “Шкільного світу”).

13. Островська К. О. Аутизм: проблеми психологічної допомоги : навчальний посібник / К.О. Островська. – Львів : Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. – 110 с.

14. Профілактика оптичної дисграфії : навчально-методичний посібник / укл. І.С. Марченко, Т.В. Кобилякова. – К. : Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2009. – 101 с.

15. Синьов В. М. Психологія розумово відсталої дитини : підручник. / В.М. Синьов, М.П. Матвеева, О.П. Хохліна – К. : Знання, 2008. – 359 с.

16. Синьова Є. П. Тифлопедагогіка. Теорія виховання сліпих і слабоозорих дітей / Є.П. Синьова – К. : НПУ ім. Драгоманова, 2009. – 212 с.

17. Специальная психология : учеб. пособие [для студ. высш. пед. учеб. заведений] / В.И. Лубовский, Т.В. Розанова, Л.И. Солнцева и др. / год ред. В.И. Лубовского. – 2-е изд., испр. – М. : Издательский центр “Академия”, 2005. – 464 с.

18. Стадненко Н. М. Нариси з олігофренопсихології / Н.М. Стадненко, М.П. Матвеева, А.Г. Обухівська. – Кам’янець-Подільський : Кам’янець-Подільський держ. пед. університет, інформаційно-виробничий відділ, 2002. – 200 с.

19. Сучасні технічні засоби реабілітації й навчання дітей з вадами слуху та мовлення : науково-методичний посібник / за ред. Б.С. Мороза, К.В. Луцько. – К. : НВП ВАБОС, 2003.

20. Туріщева Л. В. Діти з особливостями розвитку в звичайній школі / Л.В. Туріщева. – Х. : Вид. група “Основа”, 2011. – 111 с. – (Серія “Психологічна служба школи”).

Додаткова література

1. Акимова М. К. Психологическая коррекция умственного развития школьников / М. К. Акимова. – М. : Академия, 2002. – 274 с.

2. Ануфриев А. Ф. Как преодолеть трудности в обучении детей / А.Ф. Ануфриев. – М., 1989. – 257 с.

3. Баряева Л. Б. Обучение сюжетно-ролевой игре детей с проблемами интеллектуального развития / Л.Б Баряева. – СПб., 2001. – 198 с.

4. Бастун Н. А. Попередження ранньої інституалізації дітей із синдромом Дауна віком до п’яти років / Н.А. Бастун. – К., 2002. – 213 с.

5. Гонеев А. Д. Основы коррекционной педагогики. / А.Д. Гонеев. – М. : Академия, 1999. – 234 с.

6. Катаева А. А. Дидактические игры и упражнения в обучении дошкольников с отклонениями в развитии / А.А. Катаева. – М. : ВЛАДОС, 2001. – 147 с.

7. Липа В. А. Психологические основы педагогической коррекции. / В.А. Липа. – Д. : Лебедь, 2000. – 258 с.

8. Максименко С. Д. Емоційний розвиток дитини / С.Д. Максименко. – К. : Мікрос-СВС, 2003. – 213 с.
9. Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. / И.И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2003. – 247 с.
10. Медведева Е. А. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании. / Е.А. Медведева. – М. : Академия, 2001. – 157 с.
11. Межиева М. В. Развитие творческих способностей у детей 5 – 9 лет / М.В. Межиева – Ярославль, 2002. – 292 с.
12. Осипова А.А. Общая психокоррекция. / А.А. Осипова. – М. : ТЦ Сфера, 2004. – 359 с.
13. Самоукина Н. В. Игры в школе и дома. / Н.В. Самоукина. – Ярославль, 2002. – 211 с.
14. Смирнова Е. О. Межличностные отношения дошкольников / Е.О. Смирнова. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 287 с.

НАВЧАЛЬНЕ ВИДАННЯ

НАТАЛІЯ КАУТ

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ РОБОТИ З ДІТЬМИ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Методичні матеріали до практичних занять

Редакційно-видавничий відділ
Дрогобицького державного педагогічного університету
імені Івана Франка

Головний редактор

Ірина Невмержицька

Редактор

Ольга Крупа

Технічний редактор

Світлана Бецко

Коректор

Оксана Бульбах

Здано до набору 04.07.2016 р. Підписано до друку 11.07.2016 р. Формат 60x90/16. Папір офсетний. Гарнітура Times. Наклад 300 прим. Ум. друк. арк. 8,75 . Зам. 198.

Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка. (Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої діяльності до державного реєстру видавців, виробників і розповсюджувачів видавничої продукції ДК № 5140 від 01.07.2016 р.). 82100, Дрогобич, вул. І.Франка, 24, к. 42, тел. 2 – 23 – 78.