

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Миколаївський національний університет
імені В. О. Сухомлинського

І. В. Серeda
В. А. Кисличенко

**СПЕЦІАЛЬНА ПЕДАГОГІКА З ОСНОВАМИ
СПЕЦІАЛЬНОЇ ДИДАКТИКИ**

*Навчально-методичний посібник для самостійної роботи
студентів з курсу*

Частина I

Миколаїв
МНУ імені В. О. Сухомлинського
2020

РЕЦЕНЗЕНТИ:

- О. І. Форостян-Бойко – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри фізичної реабілітації Південноукраїнського державного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського;
- Н. В. Ільїна – кандидат педагогічних наук, старший викладач кафедри природничо-математичних дисциплін та логопедії Херсонського державного університету

*Рекомендовано до друку рішенням вченої ради МНУ
імені В. О. Сухомлинського, протокол № 25 від 22 червня 2020 року.*

Середа І. В.

- С 32 Спеціальна педагогіка з основами спеціальної дидактики: Навчально-методичний посібник для самостійної роботи студентів з курсу. Частина I / І. В. Середа, В. А. Кисличенко. – Миколаїв: МНУ імені В. О. Сухомлинського, 2020. – 164 с.

У навчально-методичному посібнику представлені рекомендації щодо самостійної роботи студентів з вивчення курсу «Спеціальна педагогіка з основами спеціальної дидактики» для студентів II курсу спеціальності 016 Спеціальна освіта. Наведено навчальну програму дисципліни, плани практичних та лабораторних занять. Висвітлено основні теоретичні аспекти з відповідних тем курсу. Запропоновано завдання для самостійної роботи студентів та тестової перевірки їх знань з курсу. До посібника включено словник основних термінів. У додатках подано матеріали для самопідготовки.

Видання буде корисним викладачам та студентам при вивченні курсу «Спеціальна педагогіка з основами спеціальної дидактики».

УДК 378.147:376

Навчальне видання

СЕРЕДА Ірина Валеріївна

КИСЛИЧЕНКО Вікторія Анатоліївна

**СПЕЦІАЛЬНА ПЕДАГОГІКА З ОСНОВАМИ
СПЕЦІАЛЬНОЇ ДИДАКТИКИ**

*Навчально-методичний посібник
для самостійної роботи студентів з курсу*

Частина I

Формат 60×841/16. Ум. друк. арк. 9,5. Тираж 100 пр.

ВИДАВЕЦЬ

Видавництво МНУ імені В. О. Сухомлинського
54030, м. Миколаїв, вул. Нікольська, 24

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи ДК № 3375 від 27.01.2009 р.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
Програма навчальної дисципліни «Спеціальна педагогіка з основами спеціальної дидактики»	6

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СПЕЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ

1.1. Становлення вітчизняної системи спеціального навчання	10
1.2. Сучасні особливості спеціального навчання в Україні	13
1.3. Діти з особливими освітніми потребами. Види порушень психофізичного розвитку	18
1.3.1. Порушення слуху	19
1.3.2. Порушення зору	24
1.3.3. Важкі порушення мовлення	30
1.3.4. Порушення інтелектуального розвитку	34
1.3.5. Затримка психічного розвитку (ЗПР)	40
1.3.6. Порушення опорно-рухового апарату	47
1.3.7. Порушення емоційно-вольової сфери	57
1.4. Інтегроване та інклюзивне навчання	71
1.5. Організація навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами	77
1.6. Форми і методи реалізації спеціального навчання	84

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИКУМ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ

2.1. Практичні роботи.....	106
2.2. Лабораторні роботи	111

РОЗДІЛ 3

ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

СТУДЕНТІВ З КУРСУ

3.1. Методичні рекомендації щодо організації самостійної роботи студентів	116
3.2. Карта самостійної роботи студента.....	118
3.3. Питання для самоперевірки та підготовки до заліку	119
3.4. Тестові завдання для перевірки знань з курсу	121
СЛОВНИК ТЕРМІНІВ	131
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	135
ДОДАТКИ	142

ВСТУП

Впровадження сучасної гуманістичної концепції освіти, входження до європейського соціокультурного простору створюють в Україні передумови для оновлення змісту і технологій підготовки спеціального педагога. Сучасний фахівець цієї спеціальності має бути готовим працювати в умовах модернізації спеціальної освіти, створення інклюзивного освітньо-розвивального простору, який би максимально відповідав потребам і можливостям кожної дитини, незалежно від особливостей її психофізичного розвитку. Оновлення системи спеціальної освіти, розвиток інклюзивного навчання, впровадження нових педагогічних підходів та технологій вимагають підготовки фахівця, який не лише глибоко володіє ґрунтовними психолого-педагогічними та медичними знаннями, а і здатний надавати якісні освітньо-корекційні послуги, який є компетентним, зорієнтованим на неперервний професійний саморозвиток, готовим до запитів і викликів сучасного суспільства в сфері спеціальної освіти.

Сучасний фахівець, працюючий у системі спеціальної освіти, має не лише володіти базовими вузькопрофесійними компетентностями, але й мати сформований гуманістичний світогляд, втілювати морально-етичні принципи педагогічної діяльності, володіти загальнопедагогічними підходами в галузі корекційної педагогіки. Спеціальний педагог повинен розумітись на основах корекційно-педагогічного процесу, вирізняти особливості реалізації принципів, форм, методів навчання і виховання в системі спеціальної освіти, володіти способами реалізації їх корекційної складової.

Навчально-методичний посібник «Спеціальна педагогіка з основами спеціальної дидактики» – це спроба авторів реалізувати зазначені методологічні підходи у професійній підготовці майбутнього корекційного педагога. У навчально-методичному посібнику представлені навчальні матеріали та методичні рекомендації щодо самостійної роботи студентів з вивчення курсу «Спеціальна педагогіка з основами спеціальної дидактики» для

студентів II–III курсів спеціальності 016 Спеціальна освіта. Видання складається з 2-х частин.

Посібник (Частина 1) складено відповідно до чинної програми нормативної дисципліни «Спеціальна педагогіка з основами спеціальної дидактики» для бакалаврів 2-го курсу спеціальності 016 Спеціальна освіта. Наведено навчальну програму дисципліни, плани практичних та лабораторних занять. Висвітлено основні теоретичні аспекти з відповідних тем курсу. Запропоновано завдання для самостійної роботи студентів та тестової перевірки їх знань з курсу. До посібника включено словник основних термінів. У додатках подано вправи та завдання для самопідготовки.

Посібник складається з 3-х розділів: «Теоретичні основи спеціальної педагогіки», «Практикум зі спеціальної педагогіки», «Питання та завдання для самостійної роботи студентів з курсу». Перший розділ містить базові теоретичні питання курсу, серед яких: становлення та сучасні особливості спеціального навчання в Україні, види інтегрованого та інклюзивного навчання, характеристика дітей з особливими освітніми потребами та основних видів порушень психофізичного розвитку, підходи до організації навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами, форми і методи реалізації спеціального навчання. У другому розділі представлено завдання практичних і лабораторних робіт з курсу. Третій розділ містить загальні рекомендації, питання та завдання самостійної роботи студентів з курсу.

Видання буде корисним викладачам та студентам при вивченні навчального курсу «Спеціальна педагогіка з основами спеціальної дидактики».

Програма навчальної дисципліни «Спеціальна педагогіка з основами спеціальної дидактики» (2 курс)

Програма вивчення нормативної навчальної дисципліни «Спеціальна педагогіка з основами спеціальної дидактики» складена відповідно до освітньо-професійної програми підготовки бакалаврів спеціальності 016 Спеціальна освіта освітньої програми: Логопедія. Спеціальна психологія.

Мета курсу: вивчення загальних положень спеціальної педагогіки як галузі наукових знань та ознайомлення з основами дидактики освітньо-корекційного процесу.

Завдання курсу:

- ознайомити студентів з основними положеннями спеціальної педагогіки та сучасною системою освітньо-корекційних послуг;
- розкрити основні види порушень психофізичного розвитку та їх причини;
- ознайомити студентів з особливостями організації корекційно-педагогічного процесу;
- розкрити можливості застосування тих чи інших форм, методів та засобів навчання у майбутній професійній діяльності.

Передумови для вивчення дисципліни: знання сучасних концепцій навчання і виховання, основи теорії педагогіки, психології та загальної дидактики.

Навчальна дисципліна складається з 3-х кредитів.

Очікувані результати навчання: здатність застосовувати отримані знання в галузі спеціальної та інклюзивної освіти при вирішенні навчально-виховних та науково-методичних завдань з врахуванням вікових та індивідуально-типологічних відмінностей учнів, соціально-психологічних особливостей учнівських груп та конкретних психолого-педагогічних ситуацій; використовувати різноманітні методи та форми виховної роботи, прогресивні прийоми керівництва навчальною, трудовою та суспільною діяльністю учнів.

Згідно з вимогами освітньо-професійної програми студент оволодіває такими *компетентностями*:

I. Загальнопедагогічні компетентності:

- функціонально-поведінкова компетентність в спеціальній освіті (ЗК-1.3.),
- міжособистісної взаємодії (ЗК-1.5.),
- адаптивна (ЗК-1.6.).

II. Фахові компетентності:

- комунікативно-педагогічна (відповідно нозології) (СК-2.),
- організаційна (відповідно нозологій (СК-5.)
- корекційно-зорієнтована компетентність (СК-8.).

Навчальний обсяг дисципліни

Кредит 1. Теоретичні основи спеціальної педагогіки

Тема 1. Предмет, завдання та методи спеціальної педагогіки

Об'єкт, предмет, завдання спеціальної педагогіки. Понятійно-категоріальний апарат спеціальної педагогіки. Галузі спеціальної педагогіки. Перспективи розвитку корекційної педагогіки в Україні.

Тема 2. Сучасна система освітньо-корекційних послуг

Спеціальна (корекційна) освітня установа. Спеціальні освітні умови. Диференціація системи закладів для дітей з особливими потребами. Інтегрована та інклюзивна освіта. Компенсація психічних функцій. Спеціальна педагогічна допомога. Індивідуальне навчання.

Принципи відбору дітей у спеціальні заклади. Організація роботи психолого-медико-педагогічних консультацій. Участь педагогів загальноосвітніх закладів у розв'язанні проблеми відбору дітей.

Тема 3. Теоретичні основи та принципи спеціальної педагогіки

Загальні закономірності розвитку психіки.

Основні методологічні принципи спеціальної педагогіки:

– принцип детермінізму (принцип загальної причинної обумовленості явищ). Психічний розвиток дитини обумовлений взаємодією біологічних і соціальних чинників. Біологічними причинами, що обумовлюють відхилення в розвитку, являються або органічна поразка центральної нервової системи, або її функціональна незрілість.

– принцип єдності свідомості, особистості і діяльності. Спеціальна педагогіка розглядає педагогічний процес як процес формування особистості проблемної дитини, її усебічного розвитку в умовах спеціально організованої діяльності;

– принцип розвитку. Психіка людини пластична і постійно знаходиться в динаміці. Знання історії розвитку дитини, аналіз рівнів його актуального і потенційного розвитку допомагають збудувати психолого-педагогічний прогноз і визначити освітній маршрут дитини.

Загальнопедагогічні і спеціальні принципи в спеціальній педагогіці. Принцип науковості. Принцип зв'язку теорії з практикою. Принцип активності і свідомості в навчанні. Принцип доступності. Принцип послідовності і систематичності. Принцип міцності засвоєння знань. Принцип наочності. Принцип індивідуального підходу до навчання і виховання. Спеціальні принципи. Етіопатогенетичний принцип. Принцип системного підходу до діагностики і корекції порушень. Принцип комплексного підходу до діагностики і корекції порушень. Принцип корекційно-компенсуючої

спрямованості освіти. Принцип опори на закономірності онтогенетичного розвитку. Принцип єдності діагностики і корекції. Принцип реалізації діяльнісного підходу в навчанні і вихованні. Принцип педагогічного оптимізму. Принцип соціально-адаптуючої спрямованості освіти. Принцип ранньої педагогічної допомоги. Принцип розвитку мислення, мови і комунікації як засобів спеціальної освіти. Принцип необхідності спеціального педагогічного керівництва.

Кредит 2. Корекційно-педагогічний процес

Тема 4. Види порушень психофізичного розвитку та їх причини (загальна характеристика)

Сутність і класифікація порушень психофізичного розвитку. Поняття порушення психофізичного розвитку дитини. Основні закономірності розвитку нормальної і аномальної дитини. Категорії осіб з обмеженими можливостями (із спеціальними освітніми потребами). Принципи виникнення різних порушень психофізичного розвитку у дітей (вроджені та набуті). Особливості процесу аномального розвитку.

Тема 5. Сутність та особливості корекційно-педагогічного процесу

Особливості та головні завдання навчання у спеціальній освітній установі. Структура процесу навчання. Функції навчання. Причини труднощів засвоєння знань. Державний стандарт спеціальної освіти осіб з обмеженими можливостями здоров'я.

Складові корекційно-педагогічного процесу. діагностико-консультативний; фізкультурно-оздоровчий; виховно-освітній; корекційно-розвивальний; соціально-педагогічний. Технологія психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами в спеціальному дитячому саду або школі. Принципи діагностики. Вимоги до діагностичної діяльності в спеціальній освітній установі. Діагностичне вивчення і динамічне спостереження за дитиною. Рівні консультування. Особливості побудови учбових планів і програм для спеціальних освітніх установ.

Кредит 3. Форми і методи спеціального навчання

Тема 6. Форми організації спеціального навчання

Форми організації навчання. Індивідуальна форма організації навчання. Індивідуально-підгрупова форма організації навчання. Урок – основна форма організації навчального процесу. Типи і структура уроків (Вступний урок. Урок формування (повідомлення) нових знань. Узагальнювальний (повторювальго-узагальнюючий урок.Контрольний урок. Урок формування і закріплення умінь і навичок, де основна увага приділяється практичній діяльності. Комбінований урок). Особливості побудови уроків різного типу. Структура уроку повідомлення нових знань. Структура уроку

закріплення. Структура повторювально-узагальнюючого уроку. Структура комбінованого уроку. Структура контрольного уроку. Підготовка вчителя до уроку.

Тема 7. Методи та засоби у системі спеціальної освіти

Класифікація методів. Методи організації і здійснення учбово-пізнавальної діяльності. Методи стимулювання і контролю. Методи контролю і самоконтролю. Особливості застосування наочних, словесних, практичних методів в роботі з проблемними дітьми. Специфіка в застосуванні методів виховання дітей з відхиленнями в розвитку.

Відповідність засобів навчання принципам спеціальної освіти. Засоби передачі інформації вчителем (словесне мовлення, дактильна та жестова мова, читання з губ, піктографічне письмо). Артпедагогіка та арттерапія. Ручна праця. Театральна діяльність. Підручники. Засоби словесної наочності. Технічні засоби навчання.

Тема 8. Контроль у навчальному процесі

Сутність та основні функції контролю. Види та методи контролю. Контроль і оцінювання у навчальному процесі, умови їх ефективності. Критерії та рівні оцінювання. Особливості оцінювання в деяких закладах спеціальної освіти (для дітей з порушеннями інтелектуального розвитку).

Форма підсумкового контролю успішності навчання: залік.

Засоби діагностики успішності навчання:

- індивідуальне і фронтальне опитування;
- самостійні роботи;
- тестування;
- контрольні роботи.

Розділ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СПЕЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ

1.1 Становлення вітчизняної системи спеціального навчання

Проблема навчання, виховання та розвитку осіб з особливими освітніми потребами була і залишається актуальним упродовж усієї історії розвитку суспільства. Погляди і підходи світового співтовариства у ставленні до таких осіб пройшли тривалий шлях змін, який цілком характерний і для України. Так, згідно досліджень М. Малофєєва [96], в еволюції ставлення суспільства і держави до осіб з особливими потребами можна виокремити п'ять основних етапів:

– *перший етап* (966–1715 рр.) – від нетерпимості та агресії до визнання необхідності турботи про дітей, які мають відхилення в розвитку;

– *другий етап* (1715–1806 рр.) – від розуміння необхідності піклування про дітей з відхиленнями в розвитку до визнання можливості навчання частини з них;

– *третій етап* (1806–1927 рр.) – від визнання можливості навчання до визначення доцільності навчання трьох категорій дітей: з порушеннями слуху, зору та розумово відсталих;

– *четвертий етап* (1927–1991 рр.) – від визнання необхідності навчання частини дітей з вадами до розуміння важливості навчання всіх атипових дітей;

– *п'ятий етап* (1991–донині) – від ізоляції до максимальної інтеграції дітей з особливими потребами до соціуму і освітнього простору.

Ґрунтуючись на дослідженнях І. Кузави [77] та О. Листопада [86], можна представити історичні етапи розвитку спеціальної освіти дітей з особливими потребами у вигляді таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Етапи розвитку спеціальної освіти дітей з особливими потребами

Назва етапу	Хронологічні межі	Освітня модель
Сегрегаційний	Початок ХХ ст. – 60-ті роки ХХ ст.	Медична модель
Інтеграційний	Середина 60-х років – сер. 80-х років ХХ ст.	Модель «нормалізації»
Інклюзивний	середина 80-х років ХХ ст. – поч. ХХІ ст.	Модель «включення/залучення»

Як бачимо з даних таблиці, науковцями взято за основу освітні моделі навчання дітей з особливими потребами, які еволюціонували від медичного варіанту (відторгнення, виявлення жалю, ставлення як до хворих, «недолюдей») до моделі інтеграції (концепція «нормалізації» дітей з особливими потребами, виховання в дусі існуючих суспільних норм), і врешті-решт – до моделі інклюзії (ідея соціального прийняття дітей з особливими потребами шляхом модифікації стилю поведінки й ціннісних норм суспільства).

На думку В. Сачок, у ставленні українського суспільства до людей з обмеженими можливостями, можна простежити п'ять основних етапів:

- церковної благодійності (до X ст.);
- монастирський (X – середина XVIII ст.);
- медичний (XVIII – XIX ст.)
- лікувально-педагогічний (XX ст.)
- сучасний [142].

Як і більшість розвинених країн світу, Україна пройшла тривалий і складний шлях від громадської опіки дітей з особливими потребами (основна форма – патрунування) до створення виховних закладів для глухих і сліпих, а згодом і для розумово відсталих дітей. Зокрема, починаючи з середини XIX століття, у різних губерніях з ініціативи прогресивних громадських діячів, педагогів і лікарів було відкрито перші школи для глухих дітей: у Львові (1830), Одесі (1843), Харкові (1869), с. Тіге Таврійської губернії (1885), с. Вармс Херсонської губернії (1887) [147]. У другій половині XIX століття відкриваються й перші спеціальні заклади для сліпих дітей – це училища у Києві (1884), Кам'янці-Подільському (1885), Харкові (1887), Одесі (1887), Чернігові (1892), Полтаві (1894) [143]. А вже на початку XX століття створюються перші заклади для дітей з легким ступенем розумової відсталості.

Навчально-виховна робота у тогочасних спеціальних закладах мала свою специфіку. Зокрема, комплектування класів відбувалося меншою кількістю учнів, більш широко використовувалася наочність, скорочувалася загальна тривалість навчальних занять. Вивчення навчальних предметів згідно плану тісно поєднувалося з елементарними основами ремісничої праці. В організації діяльності цих закладів значна увага приділялася екскурсіям, прогулянкам, іграм, спостереженням на природі, самообслуговуванню. Єдиної педагогічної системи в роботі з глухими, сліпими, розумово відсталими дітьми на той час не було, як, до речі, не було і єдиних навчальних планів і програм. Значна розбіжність спостерігалася й у методах і формах навчання і виховання.

Зауважимо, що існуюча в Україні на початку XX століття мережа спеціальних закладів для різних категорій дітей була, на жаль,

недостатньою і не задовольняла навіть мінімальних потреб населення. Так, за даними деяких дослідників (О. Граборов, О. Щербина, М. Ярмаченко), на той час у різних типах спеціальних закладів вихованням було охоплено лише від 2 до 5 % глухих, сліпих та розумово відсталих дітей. [42, с. 30] Проте вже сам факт функціонування спеціальних закладів для дітей з особливими потребами зумовив необхідність розробки теоретико-методичних основ їх навчання і виховання, правил утримання і психолого-педагогічного супроводу таких дітей.

Різні аспекти розробки та використання форм і методів навчально-виховного процесу у спеціальних школах висвітлювалися у наукових педагогічних періодичних виданнях того часу: «Шлях освіти», «Український вісник експериментальної педагогіки та рефлексології», «Питання дефектології» тощо. Найбільш відомими серед них були публікації: І. Соколянського «Дефективні діти в системі соціального виховання» (1923), «Про так зване читання з губ глухонімими» (1926), «Про ланцюгову методику навчання глухонімих усної мови» (1930); Р. Зеймана «Становище дітей у дитзакладах України» (1923); І. Левінсона «Діти, важкі у виховному відношенні і боротьба з дитячою дефективністю» (1923); М. Котельникова «Облік дефективного дитинства на Україні» (1926), «Одне з чергових завдань соціального виховання» (1926) тощо [42, с. 49].

Станом на 1941 рік в Україні функціонувало вже 128 спеціальних шкіл, серед яких: 84 школи для глухих дітей, 25 допоміжних шкіл, 17 шкіл для сліпих дітей і 2 – для слабкозорих. Усього в них виховувалося 14100 учнів. [42; 143; 176]. Навчально-виховний процес у цих школах здійснювався вже за спеціальними навчальними планами та програмами. Підручники, які при цьому використовувались, були адаптовані для різних категорій дітей з особливими потребами.

У радянський період в Україні відбувались подальша диференціація та вдосконалення освітньої системи для дітей з психофізичними особливостями, результатом чого стало розширення мережі спеціальних навчальних закладів. На зміну трьом типам спеціальних шкіл (для глухих, сліпих і розумово відсталих) створюються нові: для слабкозорих, слабкочуючих, для дітей із важкими порушеннями мовлення та опорно-рухового апарату. Крім цього, у школах для слабкочуючих дітей і дітей із важкими порушеннями мовлення починають діяти два відділення, кожне з яких мало певну специфіку навчання. Значно зросла мережа логопедичних пунктів. Так, наприклад, якщо у 1961 році їх налічувалося лише 56, то в 1968–1969 навчальному році – вже 253. [143, с. 54].

Суттєвим для подальшого розвитку теорії і практики спеціального навчання та підвищення якості корекційно-виховної роботи у спеціальних закладах освіти стало запровадження в Україні диференційованого навчання. Його теоретичні та методичні основи, зокрема, диференціальну діагностику розумової відсталості, порядок комплектування класів за рівнем розвитку дітей, варіативність змісту навчання, методики фронтальної та індивідуальної роботи, розробляли і активно впроваджували у практику спеціального навчання науковці відділу дефектології НДІ педагогіки УРСР Л. Вавіна, Г. Мерсіянова, В. Турчинська під керівництвом І. Єременка. Активну участь у розробці навчально-методичного супроводу брали також М. Козленко, К. Луцько та ін.

На початку ХХІ століття українське суспільство в еволюції своїх поглядів приходить, нарешті, до розуміння необхідності реорганізації системи спеціального навчання та включення осіб з особливими потребами до здорового суспільства. Зауважимо, що більшість європейських країн світу на той час уже понад 30 років успішно вирішують ці питання.

Одним із основних міжнародних документів, що дали значний поштовх розвитку спільної освіти дітей з особливими потребами і тих, що нормально розвиваються, в Україні і світі, стала заява учасників Всесвітньої конференції в м. Саламанка, (Італія, 1994) «Доступність і якість освіти (World Conference on Special Needs Education. Access and Quality)». У ній стверджувалося, що:

– навчання дітей з особливими освітніми проблемами в загальноосвітніх школах є одним із найбільш ефективних методів подолання дискримінації та негативних настанов на взаємодію з такими дітьми;

– навчання дітей з особливими освітніми потребами в масовій школі має здійснюватися на основі справжньої дитиноцентрованої педагогіки («childcentered pedagogics») [140].

Сучасним свідченням продовження світових тенденцій розвитку спеціальної освіти в Україні є прийняття законодавчої основи та початок практичного впровадження інклюзивної форми навчання.

1.2 Сучасні особливості спеціального навчання в Україні

Система спеціального навчання визначається як сукупність різних типів закладів, які забезпечують відповідну освіту, виховання, корекційну роботу, соціальну допомогу дітям із вадами психофізичного розвитку [98].

Нині в Україні створено диференційовану мережу навчальних закладів, у яких реалізуються різні можливості для осіб з особливими

потребами в одержанні дошкільної, загальної шкільної та професійної освіти. Цей процес здійснюється шляхом подолання фізичних, психологічних та інших бар'єрів, що ускладнюють або унеможливають повноцінну участь дитини з особливими потребами у житті суспільства. Вітчизняна система спеціального навчання, як зауважує В. Засенко, представлена переважно спеціальними загальноосвітніми школами-інтернатами, дошкільними закладами компенсуючого типу, навчально-реабілітаційними центрами [47, с. 140].

Організація діяльності спеціальних закладів освіти ґрунтується на певних принципах. Частина з них є загальними для всіх загальноосвітніх закладів України, передусім: державний характер освіти; єдина перспективна мета; наступність у ланках освіти; обов'язковість і доступність навчання; врахування вікових та індивідуальних особливостей дитини; відокремлення освіти від політики та церкви. Проте не менш важливими є спеціальні принципи, які стосуються осіб з вадами психофізичного розвитку, зокрема: диференційованість закладів залежно від категорії порушення та ступеня інтелекту; поєднання загальноосвітнього і професійно-трудоного навчання; корекційна спрямованість навчання і виховання тощо.

Переважає більшість спеціальних закладів підпорядковується Міністерству освіти і науки України. Другу ланку складають заклади Міністерства праці та соціальної політики, третю – заклади, підпорядковані Міністерству охорони здоров'я. Кожна з них втілює певну мету, зорієнтовану, насамперед, на можливості дитини та максимальну реалізацію її потреб. Заклади системи освіти покликані забезпечувати навчально-виховну і корекційну роботу. Заклади соціального спрямування здійснюють догляд та соціальну роботу. Заклади охорони здоров'я передусім оздоровлюють дітей, забезпечують лікувально-корекційну роботу [98].

У закладах усіх типів дітям надається різнобічна допомога – педагогічна, психологічна, медична, соціальна тощо. При виборі закладу для конкретної дитини враховуються такі показники, як: вік дитини; категорія аномального розвитку (нозологія); конкретний клінічний діагноз; інтелектуальний ступінь; особливості психофізичного розвитку; потреби і можливості дитини. Залежно від цих показників дитині рекомендують перебування в закладі певного типу.

Система спеціальної освіти в Україні будується за вертикально-горизонтальною структурою. Горизонтальна структура враховує психофізичний розвиток дитини, особливості її пізнавальної діяльності, характер порушення. Вона представлена 8-ма типами спеціальних закладів, які, з метою виключення винесення

характеристик діагнозу до реквізитів, в нормативних документах називаються за їх видовим порядковим номером – Спеціальна освітня установа: I виду (школа-інтернат для глухих дітей); II виду (школа-інтернат для слабочуючих і пізньо-оглухлих дітей); III виду (школа-інтернат для незрячих дітей); IV виду (школа-інтернат для слабкозорих дітей); V виду (школа-інтернат для дітей з важкими порушеннями мови); VI виду (школа-інтернат для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату); VII виду (школа або школа-інтернат для дітей з труднощами в навчанні – затримкою психічного розвитку); VIII виду (школа або школа-інтернат для дітей з розумовою відсталістю).

Вертикальна структура ґрунтується на вікових особливостях учнів та рівнях загальноосвітніх програм. Вона визначається такими віковими періодами: раннього дитинства (від 0 до 3 років); дошкільний (з 3 до 6–7 років); шкільного та професійного навчання (з 6–7 до 16–21 років). Дітям можуть надавати корекційну допомогу в центрах раннього втручання, центрах реабілітації, психолого-медично-педагогічних центрах, спеціальних дошкільних, шкільних і професійних навчальних закладах.

Нагадаємо, що згідно проекту стандарту у вітчизняній системі спеціальної освіти виділяється чотири основних варіанти навчання: загальноосвітня підготовка; корекційно-розвивальне навчання; компенсаторно-адаптаційне та абілітаційне навчання [70] (Додаток А).

Особливим видом допомоги дитині та її батькам у вирішенні проблем, пов'язаних з відновлювальним лікуванням, спеціальним навчанням і вихованням, соціалізацією, є медично-соціально-педагогічна допомога. Вона передбачає широкий спектр довготривалих заходів комплексної реабілітації, здійснюваних у процесі спільної роботи команди фахівців різного профілю та орієнтованих на співпрацю з сім'єю дитини з особливими потребами. Така допомога – це єдність діагностики, інформаційного пошуку, допомоги у виборі освітнього маршруту, проектування індивідуальних реабілітаційних програм, супроводу в реалізації планів тощо.

Такий комплексний підхід здійснюється психолого-педагогічними, медично-соціальними установами і службами, створюваними як у структурі державної системи освіти та соціального захисту, так і поза ними із залученням громадських об'єднань, асоціацій, благодійних фондів. Базовою основою здійснення такої комплексної допомоги і подальшого супроводу є ПМПК, ПМСЦ, діагностичні, реабілітаційні та ресурсні центри, логопедичні пункти, служби раннього і надомного навчання. Найважливішою складовою процесу медично-соціально-педагогічної допомоги є рання

діагностика і рання комплексна допомога. Саме від їхньої ефективної організації значною мірою залежатиме попередження інвалідності дитини, зниження ступеня обмеження її життєдіяльності і працездатності у майбутньому.

У нашій країні існують також різні оздоровчі освітні установи санаторного типу для дітей, які потребують тривалого лікування: санаторні школи-інтернати, санаторні дитячі будинки для дітей-сиріт та дітей, які залишилися без піклування батьків та ін. Вони створюються з метою надання допомоги сім'ї в отриманні освіти та вихованні особливої дитини, здійснення реабілітаційних та лікувально-оздоровчих заходів, соціальної адаптації, захисту і всебічного розвитку дітей, які потребують тривалого лікування.

Для дітей-сиріт та дітей, які залишилися без піклування батьків і мають особливі освітні потреби, створюються спеціальні дитячі будинки та школи-інтернати відповідно до типу порушень. Найбільшою кількістю представлені, зокрема, дитячі будинки та школи-інтернати для дітей і підлітків з інтелектуальним недорозвиненням і труднощами в навчанні.

Якщо дитина не в змозі відвідувати спеціальну освітню установу, організується її індивідуальне навчання в домашніх умовах. Право на таке навчання мають діти, захворювання або відхилення у розвитку яких відповідають спеціально встановленому переліку. Медичний висновок лікувально-профілактичного закладу є підставою для організації надомного навчання.

До надання допомоги в навчанні дітей удома залучаються школа або дошкільний заклад за місцем проживання. Педагоги і психологи школи надають методичну та консультативну допомогу батькам в освоєнні дитиною загальноосвітніх програм. Школа забезпечує атестацію дитини та видає документ про відповідний рівень освіти. Для здійснення корекційної роботи додатково залучаються педагоги-дефектологи. За умови організації надомного навчання органи управління освітою повинні компенсувати батькам витрати відповідно до державних та місцевих нормативів фінансування навчання дитини у відповідному типі освітньої установи.

Останнім часом в Україні спостерігається тенденція до створення мережі реабілітаційних закладів, як це прийнято в більшості європейських країн. Найбільш поширеними закладами такого типу є навчально-реабілітаційні центри, які, згідно положення [124], забезпечують умови для відновлення здоров'я, соціальної адаптації, професійної орієнтації дітей, що мають органічні та функціональні захворювання внутрішніх органів та систем або вади психофізичного розвитку. Для навчання, виховання та соціальної адаптації дітей та підлітків зі складними порушеннями в розвитку створюються реабілітаційні центри різних профілів: психолого-медично-

педагогічної реабілітації та корекції; соціально-трудової адаптації та профорієнтації; психолого-педагогічної та соціальної допомоги; соціальної допомоги сім'ї та дітям, які залишилися без піклування батьків та ін.

Основним завданням таких центрів є надання корекційно-педагогічної, психологічної та профорієнтаційної допомоги, а також формування навичок самообслуговування і спілкування, соціальної взаємодії, трудових навичок у дітей з важкими порушеннями. Заняття в реабілітаційних центрах проводяться в індивідуальній та груповій формах. При цьому важливо, що діти одержують комплексну допомогу – лікувальну, психологічну, педагогічну, соціальну. На відміну від традиційних спеціальних закладів у штаті реабілітаційних центрів перебувають не лише педагоги, а й лікарі, масажисти, соціальні працівники. При навчально-реабілітаційних закладах зазвичай діють різні служби: по роботі з сім'ями вихованців; відділення ранньої абілітації та ін. Однією з суттєвих відмінностей їхньої діяльності є тісна співпраця з сім'ями, що виховують дітей з особливими потребами. Натомість у традиційних інтернатних закладах робота з сім'ями проводиться лише епізодично і не є системною.

Для надання логопедичної допомоги дітям дошкільного та шкільного віку, які навчаються в освітніх закладах загального призначення, працює логопедична служба. Вона може бути представлена посадою вчителя-логопеда в штаті закладу освіти, логопедичним кабінетом або центром, створеним при управлінні освітою. Найбільш поширеною формою є логопедичні пункти при закладах загальної освіти. Серед основних їхніх завдань: корекція порушень усного та писемного мовлення; попередження неуспішності, зумовленої мовними порушеннями; логопедична просвіта батьків та педагогів.

Проблема навчання, виховання і розвитку дітей з особливими потребами в Україні нині стоїть особливо гостро. Попри те, що в нашій країні наявна досить розвинена система спеціальної освіти, значна частина дітей наразі не одержує спеціальної допомоги, не маючи змоги задовольнити свої особливі потреби. Є окремі категорії дітей, наприклад, з аутизмом, зі складними комплексними порушеннями, організація навчання яких на державному рівні практично не здійснюється.

Мусимо констатувати, що останнім часом, на жаль, послаблюється увага суспільства до потреб спеціальних закладів. Скорочується їх мережа, погіршується матеріально-технічне забезпечення, втрачаються зв'язки з виробництвом. Складні соціально-економічні умови значно погіршують кадрове забезпечення у спеціальних школах-інтернатах [47, с. 141]. Такі заклади

недостатньо забезпечуються навчально-методичною літературою, дидактичними та наочними матеріалами, спеціальним обладнанням, що певною мірою ускладнює соціально-трудова адаптацію та інтеграцію випускників у суспільство [48]. Актуальною нині залишається й проблема професійного навчання та працевлаштування випускників спеціальних навчальних закладів.

Проте, незважаючи на існуючі кризові явища, в Україні вживаються заходи для того, щоб не лише зберегти набутий досвід спеціальної освіти, а й виробити нові сучасні технології корекційно-компенсаторної роботи, створити умови для реалізації права дітей з особливими потребами на вільний вибір типу навчального закладу, змісту і форм освіти.

У сучасних умовах відбувається пошук моделей спеціальних освітніх установ, що найбільше відповідають запитам суспільства та особливим освітнім потребам учнів, а також моделей, які могли б ефективно функціонувати у віддалених регіонах країни, в умовах дефіциту кадрів спеціальних педагогів і психологів, задовольняючи при цьому освітні та реабілітаційні потреби дітей з відхиленнями у розвитку.

Таким чином, нагальною потребою вітчизняної спеціальної освіти є формування сучасного реабілітаційно-корекційно-розвивального простору для максимального дотримання прав та задоволення освітніх потреб дітей із вадами психофізичного розвитку.

1.3 Діти з особливими освітніми потребами.

Види порушень психофізичного розвитку

Об'єктом спеціальної педагогіки, на який спрямоване виховання, навчання й корекційний психолого-педагогічний вплив, є особистість дитини з вадами психофізичного розвитку.

Практика спеціальної освіти та відповідна нормативно-правова документація використовують різні терміни для позначення цієї категорії учнів. Наприклад, понятійно-термінологічний словник зі спеціальної педагогіки трактує їх як аномальних дітей (дітей з вадами психофізичного розвитку), тобто дітей, які мають суттєві відхилення від нормального фізичного або психічного розвитку, зумовлених вродженими чи набутими дефектами, та потребують спеціальних умов навчання і виховання» [8, с. 25–26]. Зауважимо, що *не кожна дитина з проблемами здоров'я чи порушеннями фізичного і (або) психічного розвитку вважається аномальною*. А лише та, вади якої відображаються на усьому розвитку дитини (відповідно теорії складної структури аномального розвитку, обґрунтованої

Л. С. Виготським) і перешкоджають засвоєнню культурного досвіду (а також традиційної освіти) у звичайних умовах життя. Для цієї категорії дітей і створені заклади системи спеціального навчання.

На часі поширеними синонімами до терміну «аномальні діти» є такі: *діти з особливими освітніми потребами; діти з вадами (порушеннями) психофізичного розвитку; діти, які потребують корекції психофізичного розвитку; діти з обмеженими можливостями життєдіяльності, неповносправні діти*. В освітній галузі України найбільш прийнятним визнано поняття «діти з особливими освітніми потребами».

Дітей особливими освітніми потребами поділяють на декілька категорій. У сучасній спеціальній педагогіці існують різні класифікації, зокрема, залежно від галузі застосування чи мети поділу. Найбільш поширеною на сьогодні у спеціальній освіті є класифікація дитячих аномалій за видом порушення. Адже саме на основі цього визначаються зміст і методи роботи з особливою дитиною, добирається освітній заклад для неї, найбільш прийнятні форми організації навчання і виховання.

Виділяють такі **категорії порушень психофізичного розвитку у дітей**:

- ✓ виразні та сталі порушення слухової функції;
- ✓ виразні порушення зору;
- ✓ важкі мовленнєві порушення;
- ✓ стійкі порушення інтелектуального розвитку;
- ✓ затримка психічного розвитку;
- ✓ порушення опорно-рухового апарату;
- ✓ емоційно-вольові розлади;
- ✓ комплексні порушення декількох функцій (Додаток Б).

1.3.1 Порушення слуху

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

Адекватним подразником слухового аналізатора є звук, який являє собою коливальні рухи середовища (повітря, води, землі тощо). До фізичних параметрів звуку відноситься частота звуку, якій відповідає фізіологічна якість, що визначає висоту звуку. *Людське вухо здатне сприймати звуки в діапазоні від 16–20 до 16000–20000 Гц*. Це характеризує значну чутливість слухового сприймання у людей.

Найбільш адекватне розуміння звуків людиною відбувається у діапазоні від 1000 до 3000 Гц, в якому переважно й здійснюється мовленнєве спілкування. Другим фізіологічний параметром є інтенсивність звуку, яка відповідає фізіологічному параметру гучності звуку. Третій параметр – тривалість. Важливим параметром є також звуковий спектр.

Наведемо приклад рівнів інтенсивності різних звуків (див. таблицю 1.2).

Таблиця 1.2

Рівень інтенсивності різних типів звуків

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

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

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

Особливості розвитку, навчання і виховання осіб з порушеннями слухової функції вивчає галузь педагогічної науки – **сурдопедагогіка** (від лат. *surdus* – глухий).

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

В основі деяких класифікацій лежить як здатність дітей з порушеннями слуху сприймати мовлення на різній відстані від розмовного, так і критерії гучності в децибелах. Наведемо приклад класифікації для школи (G.Beckman, 1966) (див. таблицю 1.3).

Таблиця 1.3

Типологія школи відповідно до зниження слуху

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

Для визначення рівня сприймання розмовного та шепітного мовлення існує таблиця, побудована на перерахунку даних тональної аудіометрії. Так, M. Portmann і Cl. Portmann наводять наступні дані для перерахунку втрати слуху в децибелах на сприйняття мовлення (див. таблицю 1.4).

Таблиця 1.4

Перерахунок зниження слуху на сприймання мовлення з метрів у децибелах

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

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

Отже, за ступенем виразності та складністю порушення слухової функції поділяються на такі види:

- *глухота* – глибоке стійке двостороннє порушення слуху, вроджене або набуте у ранньому віці до того, як у дитини сформувалось мовлення;

- *туговухість* – часткова слухова недостатність з різним ступенем виразності, яка є причиною порушень мовленнєвого розвитку;

- *пізнооглухлість* – втрата слуху після того, як мовлення було сформованим.

Відповідно аудіометричних досліджень глухота – це не лише втрата слуху понад 80 дБ, але і його порушення або втрата на різних частотах. Особливо несприятливим є втрата або зниження слуху в коридорі частот, до яких належить розмовне мовлення. Повна відсутність слуху спостерігається рідко. Залишковий слух у дитини дозволяє їй сприймати окремі інтенсивні звуки, фонемі, які вимовляються надзвичайно голосно біля вушної раковини. При глухоті самостійне сприймання розмовного мовлення є неможливим. Діти можуть сприймати розмовне мовлення за допомогою слухового аналізатора лише при слухопротезуванні.

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

Крім того, відсутність слуху і значний недорозвиток або несформованість мовлення виступає часто нездоланною перешкодою у формуванні соціального статусу такої дитини. *Складні вторинні порушення, основними з яких є відсутність мовлення, затримка формування словесно-логічного мислення, призводять до характерного, атипового розвитку особистості глухої дитини.*

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

Якщо порушення слуху відбулось у період від 2-х до 5-и років, проте дитина не отримує кваліфікаційну допомогу вона втрачає звуковий склад мовлення, словниковий запас, здатність до

конструювання фраз. При втраті слуху після 5-и років зберігаються словниковий запас і здатність правильно висловлюватись. Основний напрямок корекційно-розвивальної роботи у цьому випадку полягає в забезпеченні дитині зворотного зв'язку, уміння слухо-зоро-вібраційного сприймання та розуміння усного мовлення тих, хто її оточує; у збереженні фонематичної, лексичної та граматичної сторін власного мовлення. При втраті слуху у період після оволодіння дитиною писемним мовленням, за умови організації індивідуальної допомоги, словниковий запас і усне мовлення можуть зберегтись на досить високому рівні. Пізнооглухлі дорослі потребують аналогічної допомоги у забезпеченні умінь та навичок слухо-зоро-вібраційного сприймання усного мовлення та збереження чіткості власного мовлення. Значної уваги потребує формування у них впевненості, готовності вступати у спілкування.

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

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

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

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

Слабочуючою вважається дитина, якщо вона починає чути звуки в області 20–50 дБ і більше (туговухість першої ступені) і якщо вона чує звуки висотою 50–70 дБ і більше (туговухість другого ступеня). Відповідно у різних дітей варіюється і діапазон звуків по висоті. В одних дітей він майже не обмежений, в інших наближається до висотного слуху глухих. У деяких дітей, які розмовляють як

слабочуючі, визначають туговухість третього ступеня, як у глухих, при цьому відмічається можливість сприймати звуки не лише низькі, але й середньої частоти (в діапазоні від 1000 до 4000 Гц).

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

Мовленнєвий недорозвиток набуває характеру вторинного відхилення, яке виникає як функціональне на фоні аномального розвитку психіки в цілому. Оскільки мовлення є складною системою, за допомогою якого передається і приймається закодована у словах інформація, то дитина з порушеннями слуху вже з самого раннього розвитку відчуває її недостатність. Бідність словникового запасу, викривлення мовленнєвого розвитку на фоні порушеного слухового аналізатора накладає відбиток на весь хід пізнавальної діяльності. У такого школяра виникають значні труднощі при формуванні навичок читання і письма на перших етапах навчання, в засвоєнні нових текстів, їхньому розумінні та усвідомленні. Викривлення, недостатність, аномальність словникового запасу часто створює враження, що дитина має розумову відсталість або в кращому випадку значний пробіл у знаннях про навколишній світ. Це ускладнює соціальну взаємодію такої дитини. Оскільки такі діти мають повноцінну інтелектуальну сферу і усвідомлюють свою аномальність, проблемність, це ще більш негативно впливає на формування навичок соціальної взаємодії. Труднощі мовленнєвого спілкування є головною причиною виникнення конфліктних ситуацій з однолітками, формуванню в неї порушень емоційно-вольової сфери, проявів агресивності, егоїзму.

1.3.2 Порушення зору

Зір (від лат. *visus* – зір) – це здатність організму сприймати і диференціювати світлові подразнення за допомогою зорового аналізатора, що реалізується через зорову систему або зоровий аналізатор людини, який являє собою сукупність нервових структур,

що сприймають і диференціюють світлові подразнення і визначають силу, напрямок, активність світла, його віддаленості, тобто проводять складну зорову орієнтацію в просторі.

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

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

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

ознак, згідно з якою формується контингент шкіл для дітей зі зниженим зором.

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

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

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

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

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

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

- *сліпота* – зорові відчуття у дітей або зовсім відсутні, або зберігається відчуття світла чи незначний залишковий зір, проте недостатній для звичайної життєдіяльності;

▪ *слабкозорість* – виразне зниження гостроти зору або значне порушення інших зорових функцій (наприклад, звуження меж поля зору), або прогресуюче захворювання.

Порушення зору можуть бути вродженими і набутими.

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

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

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

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

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

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

У соціальному розумінні виділяють:

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

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

- виробничу сліпоту - зір падає настільки, що людина не може працювати навіть за умови застосування будь-яких оптичних засобів;
- професійну сліпоту - зір падає настільки, що виконання звичної професійної діяльності стає неможливим.

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

За ступенем порушення зору сліпі діти поділяються на:

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

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

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

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

Своєрідність становища сліпої дитини у середовищі інших поглиблюється помилками у її вихованні, переважно обумовленими явищами гіперопіки. Водночас спостерігаються і протилежні випадки, коли оточення або не рахується з проблемами незрячого, або, навпаки,

завищує вимоги до нього. Це може викликати небажані відхилення в особистісному становленні дитини – низьку самостійність, негативізм, розбещеність, або навпаки, надмірну самовпевненість чи захисні психічні реакції.

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

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

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

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

Діти зі зниженим зором – це діти, які мають захворювання очей, що викликає стійке зниження гостроти зору (від 0,05 до 0,4 на оці, що

краще бачить, з використанням засобів корекції), або зі звуженням поля зору до 20° від точки фіксації. Крім зниження гостроти зору та звуження поля зору слабкозорі діти можуть мати й інші відхилення в роботі зорового аналізатора – порушення сприймання кольору і світла, периферійний і бінокулярний зір.

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

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

Проте навіть сильно порушений зір залишається провідним аналізатором.

1.3.3 Важкі порушення мовлення

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

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

На першому році життя дитина передусім оволодіває вокалізацією, гулінням, лепетом. Після 6-ти місяців лепетне мовлення активізується, наближається до звуків рідного мовлення, збагачується новими

інтонаціями, є відповіддю на голосове звернення дорослих. Відсутність лепетного мовлення вже на ранніх етапах життя може свідчити про порушення у дитини слуху, артикуляційної моторики, інтелекту. На кінець першого року життя дитина розуміє значення багатьох слів і сама вимовляє перші слова. Великого значення вже у цьому періоді (як і впродовж подальшого розвитку) набуває спілкування дитини з оточуючими (передусім з матір'ю). Недостатність мовленнєвого спілкування, недорозвиток сенсомоторних функцій дитини можуть призвести і до недорозвитку мовлення дитини та затримки психічного розвитку в цілому.

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

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

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

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

Порушення мовлення у дітей характеризуються тим, що:

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

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

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

Основними **причинами порушень мовлення** є:

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

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

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

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

До порушень **усного** мовлення відносяться:

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

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

- *ринолалія* – порушення тембру голосу і звуковимови, обумовлене анатомо-фізіологічними дефектами мовленнєвого апарату.

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

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

- *алалія* – відсутність або недорозвиток мовлення внаслідок органічного ураження мовленнєвих зон кори головного мозку;

- *афазія* – повна або часткова втрата мовлення, обумовлена локальними пошкодженнями головного мозку.

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

До порушень **писемного** мовлення відносяться:

- *дислексія (алексія)* – часткове (повне) порушення процесів читання;

- *дисграфія (аграфія)* – часткове (повне) порушення процесів письма.

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

✓ **порушення засобів спілкування:**

- *фонетико-фонематичний недорозвиток мовлення (ФФН)* – порушення процесів формування вимовної системи рідної мови у дітей із різними розладами, внаслідок вад сприймання і вимови фонем;

- *загальний недорозвиток мовлення (ЗНМ)* – порушення формування всіх компонентів мовленнєвої системи, що відносяться до звукової і смислової сторін мовлення (звуковимова, лексика, граматична будова, зв'язне мовлення), при нормальному слухові та первинно збереженому інтелекті.

○ **порушення у застосуванні засобів спілкування:**

- *заїкання;*

- *прояви мовленнєвого негативізму.*

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

Психологічні особливості дітей з порушеннями мовлення знаходяться у прямій залежності від клінічного діагнозу, якості та ступеня порушення, його причин. Зокрема, діти, порушення мовлення яких обумовлені органічними ураженнями центральної нервової системи, є виснажливими, швидко втомлюються передусім у розумових видах діяльності. Вони можуть бути дратівливими, збудженими,

розгальмованими, неспокійними, непосидючими; їхній настрій швидко змінюється внаслідок емоційної нестійкості. У окремих дітей спостерігається загальмованість, зниження розумової працездатності, зниження уваги. Досить часто мовленнєві порушення цієї категорії дітей викликають нестійкість уваги й пам'яті, недостатність регулюючої функції мовлення, порушення пізнавальної діяльності та розумової працездатності.

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

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

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

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

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

1.3.4 Порушення інтелектуального розвитку

Поняття «розумова відсталість» (нині більш прийнятним вважається термін «порушення інтелектуального розвитку») в українській спеціальній психології розглядається як стійке порушення пізнавальної діяльності на основі органічного ураження центральної нервової системи. Термін «розумова відсталість» вказує не лише на кількісну, а й на якісну характеристику порушення, що передбачає певний позитивний розвиток дитини, внаслідок організації цілеспрямованого корекційно-розвивального впливу на неї, який враховує її потенційні можливості і опирається на збережені або менш ушкоджені її функції чи функціональні системи.

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

- 1) органічне ураження головного мозку дифузного характеру (набуте або спадкове);
- 2) порушення пізнавальної діяльності, зокрема, усіх розумових операцій (аналіз, синтез, узагальнення, абстрагування тощо), пам'яті, мовлення;
- 3) стійкість порушення або його регресивність.

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

Структура дефекту у розумово відсталих дітей є достатньо складною. Загальний її аналіз (за Л.Виготським) подамо у вигляді схеми (рис. 1.1):



Рис. 1.1 Структура дефекту при розумовій відсталості

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

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

Причинами олігофренії можуть бути:

- 1) неповноцінність генеративних клітин батьків, обумовлена спадковістю або пов'язана із зовнішніми шкідливостями;
- 2) шкідливості, що діють на зародок і плід у період внутрішньоутробного розвитку: інфекції (червінка, грип,

токсоплазмоз); інтоксикації; гормональні порушення вагітної; несумісність антигенних властивостей крові матері й дитини; механічні впливи на зародок і плід;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Довільна увага дітей є недорозвиненою; порушеними є і такі її властивості, як: цілеспрямованість, концентрація, стійкість. Ці діти характеризуються підвищеною розсіяністю, невмінням утримувати увагу на будь-якій діяльності тривалий час. Це створює їм підвищені труднощі під час оволодіння шкільною програмою, елементами самообслуговування, трудовими операціями.

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

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

Помірна розумова відсталість характеризується несформованими пізнавальними процесами. Мислення у таких дітей є конкретним, непослідовним, інертним; діти є практично не здатними до утворення абстрактних понять. Вони не вміють своєчасно користуватись вже засвоєними діями, не обдумують свої вчинки, не передбачають результат. Ці діти повільно утворюють логічні зв'язки і

зазвичай краще запам'ятовують те, що безпосередньо пов'язується з задоволенням їхніх фізіологічних потреб.

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

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

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

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

Досить яскраво недоліки пізнавальних процесів проявляються у цієї категорії дітей при формуванні у них навичок читання, письма, рахунку. Вихованці не здатні зрозуміти прочитане (хоча інколи навчаються технічно правильно відтворювати текст), допущені помилки ними не помічаються, і, отже, не виправляються. Вони можуть навчитись рахувати у межах 10, інколи в межах 100 на наочному матеріалі, але абстрактний рахунок, навіть у межах першого десятка, є для них переважно недоступним.

У процесі спеціальної корекційно-виховної роботи діти можуть оволодіти деякими базовими навичками самообслуговування. Спеціально розроблені навчальні програми відповідають сповільненому характеру навчання з невеликим обсягом матеріалу, який потрібно засвоїти. У зрілому віці люди з помірною розумовою відсталістю зазвичай спроможні виконати просту практичну роботу, якщо при цьому їм даються доступні вказівки і організовується контроль її виконання. Повністю незалежне проживання дорослої людини з помірною розумовою відсталістю здебільшого є

неможливим. Проте такі люди є цілковито мобільними та фізично активними. Більшість з них здатні встановлювати контакти, спілкуватись з іншими людьми, бути залученими до простих соціальних дій.

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

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

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

У дітей цієї групи не має достатнього для спілкування словникового запасу, що значно ускладнює їхню соціалізацію. У своєму мовленні вони використовують лише найбільш знайомі слова і мовленнєві штампи, заучені граматичні конструкції, часто при цьому не усвідомлюючи їхнього змісту. При спілкуванні використовують додаткові невербальні форми комунікації – жести, міміку, окремі звуки, якими висловлюють свої бажання і потреби. Краще ідуть на контакт зі знайомими людьми, завдяки чому після тривалих тренувань у них вдається сформулювати елементи соціалізованих емоцій.

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

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

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

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

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

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

1.3.5 Затримка психічного розвитку (ЗПР)

ЗПР виражається в уповільненому темпі дозрівання різних психічних функцій. ЗПР може бути зумовлена як біологічними, так і соціальними факторами, а також різними варіантами їх поєднання.

Особливості психічного розвитку цієї категорії дітей перешкоджають повноцінному засвоєнню ними навчальної програми загальноосвітньої школи без спеціально створених умов. Проте ці діти істотно відрізняються від розумово відсталих, оскільки здатні оволодіти ширшим і глибшим обсягом знань, є спроможними самостійно узагальнювати й застосовувати засвоєні знання, сприймають допомогу.

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

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

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

Патогенез затримки психічного розвитку вивчений недостатньо. Вважається (Т. А. Власова, В. В. Лебединська, М. М. Певзнер), що *основним механізмом* затримки психічного розвитку є порушення дозрівання і функціональна недостатність лобних відділів кори великих півкуль головного мозку, які забезпечують проведення усвідомлених актів поведінки і діяльності суб'єкта.

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

– конституційного походження;

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

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

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

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

ЗПР психогенного походження (від гр. *ψυχή* – душа, *genos* – рід, походження) обумовлена несприятливими умовами соціального оточення, в якому перебуває дитина, неправильністю її виховання.

Вже доведено, що несприятливі умови соціального середовища, які починають рано впливати на дитину і мають тривалий, затяжний вплив на психіку дитини, призводять не лише до відставання в отриманні знань та інформації про навколишній світ, але й до стійких порушень її нервово-психічної сфери, обумовлюючи патологічний розвиток психіки. Залежно від несприятливого соціального впливу виділяють ЗПР психогенного походження, обумовлену:

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

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

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

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

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

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

Уповільнення темпу формування пізнавальної сфери у цих дітей значною мірою пов'язане з нейродинамічними розладами. Емоційно-вольова незрілість проявляється у вигляді органічного (церебрально-органічного) інфантилізму. Він характеризується передусім підвищеною стомлюваністю, яка впливає на порушення працездатності, пам'яті, уваги, інших вищих психічних функцій, уповільненням темпу інтелектуальної діяльності з швидким настанням виснаженості. У цих дітей відсутні жвавість і яскравість емоцій, їм притаманна слабка диференційованість, відсутність зацікавлення в оцінці, низький рівень домагань. Навіюваність має більш грубий відтінок і часто відображає органічний дефект критики. Ігрова діяльність характеризується малою творчістю, уявою, певною монотонністю і одноманітністю, перевагою компонентів розгальмованості. Саме прагнення до гри часто набуває характеру опосередкованого втікання від цілеспрямованої інтелектуальної діяльності, яка викликає в них негативні емоційні переживання.

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

ЗПР, особливо нескладних форм, важко диференціюється до початку шкільного навчання. Це обумовлюється рядом причин, і передусім тим, що, *по-перше*, батьки не помічають якихось «незначних» відхилень у розвитку дитини. Вона грається, трохи пізніше починає говорити (але таке буває у багатьох дітей), товариська; за порушеннями емоційно-вольової сфери вони не вбачають якихось значних негараздів. Так, їхня дитина не оволодіває тими знаннями, якими оволодівають більшість дітей дошкільного віку, але вони це відносять до, скоріше, відсутності у них педагогічного досвіду, необхідних навичок організації навчання. Вони

думають, що дитина прийде до школи і там вчитель, який володіє необхідними методичними прийомами, краще за них навчить їхню дитину. *По-друге*, як би ми не говорили, для кожного батька та матері їхня дитина є найкращою у світі. І саме тому більшість негараздів у поведінці, інтелектуальному, особистісному розвитку батьки просто не хочуть помічати. Крім того, вони не мають зразків для порівняння, в кращому випадку порівнюють її зі своєю старшою дитиною чи сусідською. І знову ж таки певні труднощі, притаманні молодшому синові або доньці, ними відносяться до відсутності достатнього часу, своєї підвищеного завантаженості, певною вседозволеністю по відношенню до меншої дитини. Знову ж таки, дитина піде до школи, де є дисципліна, проводяться уроки і дитина отримає необхідні навички поведінки і відповідну базу знань.

Коли така дитина приходиться до школи, вчителі спостерігають наступне:

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

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

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

Діти із ЗПР спочатку шкільне навчання, як і їхні однолітки, сприймають з задоволенням. Вони дуже хочуть іти до школи, адже всі їхні друзі навчаються. І тому нові покупки, які роблять батьки перед початком шкільного навчання (шкільна форма, портфель, шкільне

приладдя, спортивна форма тощо) викликають у них задоволення. Проте коли починається навчання, нові "іграшки" (ті ж самі підручники, олівці, ручки, ранець) швидко набридають. Діти починають приносити на уроки свої іграшки, вже справжні, і, уникаючи негативних емоцій від навчання, починають ними гратися. Вони залазять з ними під парту, граються на підвіконнях. Це провокує конфлікти між вчителем і такою дитиною, між самими дітьми. Через брак знань про навколишній світ пояснення вчителя не розуміються ними, і, як наслідок, не виконуються. Такі діти випадають з загального темпу роботи, поступово накопичуються прогалини у знаннях вже на початку шкільного навчання.

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

Діти із ЗПР є недопитливими. Часто такі діти ставлять багато запитань, але при цьому вони поверхові, не стосуються сутності предмета або явища і свідчать про обмеженість інтересів, невміння спостерігати. Знижена пізнавальна активність відображається на всіх пізнавальних процесах і, як наслідок, позначається на всій діяльності дитини із ЗПР.

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

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

Функціональний розлад нервової системи у дітей із ЗПР позначається не лише на їхній працездатності, а й на поведінці в

цілому. У окремих дітей помітною є виразність переваги процесів збудження над процесами гальмування, їм важко володіти своєю поведінкою, вони ні на чому не зосереджуються, постійно крутяться, відволікаються, заводять сварки, зачіпають інших дітей.

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

1.3.6 Порухення опорно-рухового апарату

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

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

Проблема дитячого церебрального паралічу (надалі – ДЦП) є однією з найбільш актуальних на даному етапі розвитку суспільства і організації системи інтегрованого (інклюзивного) навчання. Це обумовлюється, з одного боку, значною поширеністю даної патології серед населення і відсутністю її своєчасної діагностики, з іншого – недостатністю наявних механізмів надання адекватної допомоги таким дітям на ранніх етапах розвитку – лікарями і спеціалістами з корекційної педагогіки та спеціальної психології. Саме це і обумовлює високу ступінь інвалідизації цієї категорії дітей.

Поширення ДЦП, за даними різних авторів, варіюється в межах від 2 до 5–9 випадків на 1000 новонароджених. В останній час кількість новонароджених з церебральними паралічами помітно збільшилась. За даними Державного комітету статистики в Україні у 2006 році налічувалось 168128 дітей-інвалідів віком до 18 років.

У структурі дитячої інвалідності відповідно до даних МОЗ України органічні порушення центральної нервової системи посідають перше місце (47,9%), причому більшу частину з них займають різні форми дитячого паралічу.

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

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

Термін «дитячий церебральний параліч» належить З. Фройдю. У 1893 році він запропонував об'єднати всі форми спастичних паралічів внутрішньочеревного походження з подібними клінічними ознаками в групу церебральних паралічів. У 1958 році на засіданні ВООЗ в Оксфорді відповідно до 8 перегляду класифікацій хвороб цей термін було затверджено і запропоноване визначення: **Дитячий церебральний параліч** – непрогресуюче захворювання головного мозку, яке вражає ті його відділи, що відповідають за рухливість і положення тіла, і виникає на ранніх етапах розвитку головного мозку.

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

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

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

відсоток ДЦП серед таких дітей в межах 43–50%, що в 6 разів більше, ніж у дітей з нормальною вагою тіла); ненормальну позицію плоду; малу вагу плаценти; вагітність терміном менше 37 тижнів; виражений дефект пологів; аномалії кінцівок; мікроцефалію; генетичні фактори (приблизно у 2%).

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

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

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

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

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

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

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

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

Прогресуюча м'язова дистрофія (або міопатія) – це клінічно і генетично гетерогенна група спадкових захворювань м'язів, основними ознаками яких є: зниження м'язового тону; зниження або відсутність сухожильних рефлексів; зміни в біоелектричній активності м'язів. Поширеність прогресуючої м'язової дистрофії складає біля 200 випадків на 1 млн. населення, що дозволяє віднести їх до групи найбільш поширених спадкових захворювань.

До теперішнього часу немає засобів, які виліковують м'язову дистрофію. Розрізняють чотири основних види цієї патології. Найбільш часто зустрічається дистрофія Дюшена (50% випадків). Захворювання починається у ранньому віці і хворий помирає приблизно у 20-річному віці. М'язова дистрофія Беккера розвивається повільніше – хворі помирають приблизно у 40-річному віці. Плече-лопаточно-лицьова і кінцівочно-пояснична не впливають на тривалість життя.

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

спинного мозку. Тому в дітей розвиваються в'ялі паралічі кінцівок з атрофіями і відсутністю рефлексів.

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

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

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

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

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

Виникнення у дитини з ДЦП тих чи інших варіантів порушення психічного здоров'я, різноманітності їхнього поєднання є результатом одночасного або послідовного впливу на її організм різних несприятливих факторів, які вступають у взаємодію з позитивними, компенсаторними механізмами. До останніх можна віднести і позитивне ставлення до дитини в сім'ї, сприятливий морально-економічний клімат, прагнення батьків до адекватності надання допомоги таким дітям, організація ранньої діагностики і, як наслідок, адекватної корекційної допомоги, залучення відповідних фахівців. Ці фактори сприятимуть зменшенню або й запобіганню різних негативних вторинних відхилень, які можуть негативно впливати на

формування особистості такої дитини і посилення первинних дефектів. Не менш важливу роль відіграють правильно організоване харчування дітей, відповідний режим праці й відпочинку, дозування фізичних навантажень, необхідних медикаментозних препаратів і фізіотерапевтичних процедур. Необхідно також зазначити, що в кожному віковому періоді характер клінічних проявів психічних розладів у дітей з ДЦП може мати свої особливості. Причому, чим меншим є вік дитини, тим простіші у неї психопатологічні прояви. Це говорить на користь ранньої діагностики і, відповідно, початку ранньої корекційно-реабілітаційної роботи з такими дітьми.

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

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

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

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

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

Синдром невротатії, або «вроджені дитячої нервовості» є досить поширеною психопатологічною ознакою у дітей з явищами органічного ушкодження головного мозку, що виникає досить рано. Центральне місце у структурі цього синдрому посідає різко підвищена збудливість дитини і виражена нестійкість її вегетативних функцій, порушення формули сну і неспання, а також апетиту. Вони поєднуються з загальною гіперстезією хворого і його швидко виснаженістю. Характерними є підвищена тривожність, наявність фобічних реакцій, особливо перед всім новим. Цей синдром в основному діагностується у дітей перших 2-х років життя. Надалі, при відносно позитивному протіканні, він пом'якшується і трансформується у цереброастенічні прояви. У більш тяжких випадках він поступово набуває рис гіпердинамічного синдрому або ж стає основою для формування у дитини з ДЦП психопатій і психопатоподібних форм реагування гальмівного кола.

Основним проявом синдрому *раннього дитячого аутизму* (РДА) є виражена недостатність або повна відсутність потреби у спілкуванні, емоційна холодність по відношенню до близьких людей. Для таких дітей притаманний страх нового, будь-яких змін у навколишній обстановці, одноманітна поведінка зі схильністю до стереотипних рухів, відсутність мовлення або наявність різноманітних його порушень. Мовлення, вірніше небажання дитиною його використовувати, відсутність елементарних орієнтовних рефлексів, реакцій на зовнішні подразники створюють ілюзію про наявність у неї порушень аналізаторних систем. Поведінка таких дітей одноманітна. Вони можуть годинами виконувати одні і ті ж маніпуляції з іграшками, перекладати їх з одного місця на інше, але помітити при цьому ігрові дії, сюжетно-рольову гру буває надзвичайно складно. Ці діти надають перевагу самотності. На самоті вираз їхнього обличчя задоволений, у

присутності інших людей – невдоволений, без емоційний. Найбільш часто цей синдром проявляється у віці від 2 до 5 років, хоча його окремі прояви можуть виникати і раніше. У дітей з ДЦП синдром ОДА спостерігається надзвичайно рідко, та в окремих хворих і при відсутності спеціальних психокорекційних заходів може сприяти формуванню у дитини з ДЦП ознак аутистичної (шизоїдної) психопатії.

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

Ще одними з порушень при ДЦП є різні варіанти *патологічного формування особистості та органічні психопатії і психопатоподібні синдроми*. Під ними розуміється набуття людиною в дитячому та підлітковому віці під впливом несприятливих соціально-побутових факторів деяких досить стійких негативних якостей характеру, які негативно впливають на процес соціалізації особистості. У своїй основі вони містять особливості психогенезу порушень характеру, який формується і клінічні особливості провідного «синдрому» патологічних змін характеру. Частіше всього у дітей з ДЦП зустрічаються афективно-збудливий, гальмівний, істероїдний і нестійкий варіанти патологічного розвитку особистості. За механізмами свого формування патологічний розвиток особистості дітей з ДЦП відбувається за дефіцитарним типом – тобто пов'язаним з наявністю у підлітків різноманітних фізичних дефектів, до яких відносяться і порушення опорно-рухового апарату. Саме вони стають основою набутої дитиною з ДЦП психопатії відповідного кола – афективно-збудливого, гальмівного, істероїдного тощо). При правильному підході ці стани поступово можуть згладжуватись. Характерними відмінностями при поєднанні ДЦП і психопатій та психопатичних форм поведінки є патологічні механізми їх формування, переважно спадкові і резидуально-органічні – при

психопатіях, і психогенні – при психохарактеріологічних формуваннях. Оскільки в реальному житті у більшості випадків можна говорити про вплив на дитину і тих, і інших факторів таких розподіл особистісних девіацій набуває ще більш умовного характеру. Але наявність органічного ушкодження головного мозку у хворих на ДЦП дозволяє розглядати властиві їм особистісні аномалії як ознаки органічної психопатії (якщо ушкодження відбулось у період вагітності або під час пологів) або психопатоподібного резидуально-органічного синдрому (якщо ушкодження відбулось на ранніх етапах постнатального розвитку).

Третя група психопатичних проявів – **тяжкі психічні розлади психотичного типу** – включає в себе випадки екзогенного типу психопатологічних реакцій, які виникають у дітей з різним ступенем вираження резидуально-органічних ушкоджень головного мозку. У більшості випадків психотичні порушення розвиваються у хворих на ДЦП під впливом додаткових несприятливих факторів (психічна або фізична травма, важка загальна нейроінфекція, інтоксикація, ураження струмом тощо) і проявляються у вигляді епізодичних короткочасних розладів свідомості. Характер їх клінічної симптоматики багато в чому залежить від особливостей екзогенних факторів, які провокують загострення захворювання. Частіше у таких хворих розвиваються короткочасні розлади свідомості по типу деліріозного стану, рідше – по типу агентивного стану або стану помутніння свідомості. Можливий розвиток істеричного, депресивного, маніакального або гебефренічного синдрому. Під час проведення необхідного симптоматичного антипсихотичного лікування у хворих на ДЦП відносно швидко відбувається усунення психотичного епізоду, внаслідок чого настає стан відносної психічної компенсації.

Четверту групу психічних проявів при ДЦП складають **інтелектуально-мнестичні розлади**. Основним психічним проявом при цих станах виступає інтелектуальна недостатність. Залежно від її вираження виділяють такі клінічні варіанти розладів: граничні форми інтелектуальної недостатності, розумова відсталість легкого, помірного, важкого та глибокого ступеня.

Діти з ДЦП з граничними формами розумової відсталості (за тестом Векслера IQ – 71–89 балів) в основному характеризуються ознаками незрілості емоційно-вольової сфери, відрізняються недостатньою продуктивністю будь-якої сфери діяльності, де вимагається вольове зусилля. Ці діти надають перевагу грі, заняттям ЛФК, емоційно та інтелектуально інфантильні. У поведінці завжди переважають мотиви безпосередніх задовольень і бажань. Часто звертають на себе увагу надмірною залежністю від матері, несамостійністю, страхом перед медичною апаратурою, лікарями.

Вони важко адаптуються до дитячого колективу, підвищено плаксиві, часто капризують. У школі важко зосереджуються на завданні, легко відволікаються, швидко стомлюються. За умови організації активної адекватної педагогічної допомоги можуть засвоїти програму загальноосвітньої школи, отримати відповідний їхньому вікові багаж знань і вмінь. Мовлення є достатньо правильним, словниковий запас відповідає віку дитини.

Діти з ДЦП з легким ступенем розумової відсталості (за тестом Векслера IQ – 50–70 балів) характеризуються перш за все конкретністю свого мислення, низькою здатністю до узагальнень, абстрагувань. Переважно вони є непогано адаптованими в сім'ї, сусідському оточенні, легко знаходять вирішення елементарних побутових проблем, орієнтуються у знайомих ситуаціях соціального оточення. Але при цьому програму загальноосвітньої школи у тому темпі й на тому рівні, які це притаманно дітям з нормальним психофізичним розвитком, засвоїти не можуть. Вони не вміють творчо гратись, фантазії їхні бідні і одноманітні. Через свою неуспішність вони стають об'єктами глузувань з боку однолітків, що призводить до небажання відвідувати школу, формування агресивності, апатичності, створює підвищену конфліктність. Неусвідомлення їхнього стану педагогом призводить до виникнення конфліктів з учителями і, як наслідок, негативного ставлення до самого процесу навчання. Діти цієї категорії мають навчатись у спеціальних загальноосвітніх школах.

Діти з ДЦП з помірним, тяжким, глибоким ступенем розумової відсталості в загальноосвітній школі не навчаються.

1.3.7 Порушення емоційно-вольової сфери

Відхилення у розвитку дітей, шкільна неуспішність, негативні зміни у поведінці дітей можуть бути обумовлені тяжкими психічними переживаннями дитини, довготривалими несприятливими впливами, різними формами психопатій.

Порушення емоційно-вольової сфери – це вид дизонтогенезу, який вирізняється від інших видів порушень психофізичного розвитку як з наукової, так і з практичної точки зору.

По-перше, вади емоційно-вольової сфери досліджується не лише з позицій корекційної педагогіки і психопатології, а й з позицій загальної педагогіки, вікової, педагогічної, соціальної та практичної психології. При цьому кожна галузь, описуючи ті ж самі явища поведінки та переживань дитини, трактує їхню сутність по-різному (наприклад, розуміння сутності раннього дитячого аутизму, затримки психічного розвитку відрізняється у медицині, педагогіці, психології, а таке явище в поведінці дитини як розгальмованість, нездатність до самоконтролю має різні назви – *«мінімальна мозкова дисфункція»*,

«синдром гіперактивності з дефіцитом уваги», «імпульсивність поведінки», «порушення динаміки нервових процесів» тощо). Попри те, в самій дефектології відсутня єдність поглядів щодо класифікації видів порушень емоційно-вольової сфери та їх місця серед інших нозологій.

За сучасною класифікацією Н. Я. Семаго, М. М. Семаго, яка є відображенням розвитку ідей В. В. Лебединського, виділяються такі **види розладів емоційно-вольової сфери:**

✓ Недостатній розвиток – парціальна несформованість вищих психічних функцій з переважанням недостатності регуляторного компоненту;

✓ Асинхронний дисгармонічний розвиток екстрапунітивного, інтрапунітивного та аптичного типів;

✓ Асинхронний викривлений розвиток – спотворення розвитку переважно емоційно-вольової сфери.

По-друге, при вивченні емоційно-вольових розладів важко виділити чітку межу між нормою і патологією, оскільки ті ж самі поведінкові явища дитини можуть розглядатися як вікові особливості, як тимчасовий прояв, зумовлений конкретною ситуацією, як відхилення в емоційно-вольовій сфері, як якість характеру, як індивідуальна особливість (наприклад, негативізм, тривожність, агресивність, імпульсивність, некоммунікабельність і т.п.). При цьому залежно від соціальних впливів тимчасовий прояв у поведінці дитини може перетворитись і на якість характеру, і на патологію і, навпаки, перші паростки відхилень в емоційно-вольовій сфері за належного ставлення з боку оточення з часом нівелюються або трансформуються в індивідуальну особливість в межах адаптивної норми.

По-третє, на відміну від етіології інших нозологій, провідним чинником формування порушень емоційно-вольової сфери виступають несприятливі соціальні умови.

По-четверте, у дітей з вадами інтелекту та сенсомоторики спостерігаються порушення емоційно-вольової сфери вторинного характеру, як реакція на формування комплексу неповноцінності. З іншого боку недостатність емоційно-вольової сфери негативно позначається на розвитку інтелекту та успішності навчання.

По-п'яте, для дітей з вадами емоційно-вольової сфери не існує спеціальних освітніх закладів. Діти з відхиленнями в емоційно-вольовій сфері зі збереженим інтелектом перебувають у масових освітніх установах, оскільки до основних умов оптимізації їхнього розвитку і корекції відхилень є спілкування з однолітками з нормальним психофізичним розвитком, заняття з психологом, емпатичне ставлення педагога, бажання батьків забезпечити своїй дитині сприятливі умови.

По-шосте, у практиці спостерігається виразна дисоціація між потенційними можливостями оптимізації психічного розвитку таких

дітей і реальними досягненнями. Педагоги часто сприймають дезадаптивну поведінку вихованця як прояв неслухняності, педагогічної занедбаності, сприяють формуванню негативного ставлення до нього однокласників, чим ще більше посилюють дезадаптацію. Часом вони прагнуть позбутися незручного учня, радячи батькам перевести його до іншого закладу. У відповідь батьки докладають значних зусиль до того, щоб втиснути своїх “особливих” дітей у рамки “норми”, що зазвичай призводить лише до загострення проблеми і формування негативних особистісних новоутворень, появи схильності до девіантної поведінки.

Розглянемо характеристику різних видів порушень емоційно-вольової сфери, користуючись класифікацією вад психофізичного розвитку, розробленою Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. Ці автори виділяють три типи вад психофізичного розвитку – **недостатній, асинхронний, пошкоджений**. В середині кожного типу виділяються різні види дизонтогеній.

Специфікою **недостатнього розвитку** виступає низький рівень сформованості усіх (тотальний недорозвиток) або окремих (парціальний недорозвиток) психічних функцій. Парціальна недостатність регулюючої функції кори головного мозку, зокрема, призводить до недорозвитку вольової сфери. **Асинхронний розвиток** – це порушення принципу гетерохронії, коли спостерігаються складні поєднання недостатності, прискорення та спотворення розвитку. Асинхронний тип розвитку, в свою чергу, Н. Я. Семаго, М. М. Семаго поділяють на дисгармонійний та викривлений. **Дисгармонійний психічний розвиток** – це така форма порушення, для якої характерною є недостатність емоційно-вольової та мотиваційної сфери особистості при відносній збереженості інших структур. При **викривленому розвитку** психіки спостерігається поєднання загального недорозвитку, затримки, пошкодження та прискореного розвитку окремих функцій.

Недорозвиток емоційно-вольової сфери внаслідок недостатності регулюючої функції лобних відділів кори головного мозку характеризується імпульсивністю поведінки. Поведінка дитини виявляється залежною від безпосередніх внутрішніх імпульсів або випадкових зовнішніх подразників. Розвитку імпульсивності поведінки і слабкості самоконтролю сприяє сімейне виховання за типом гіпопротекції, коли вихованням дитини мало опікуються, ігноруються її потреби, разом з тим вона немає ніяких обов'язків, їй нічого не забороняють, від неї нічого не вимагають, дитиною ніхто не цікавиться, її ніхто не контролює.

Ієрархія мотивів у таких дітей в молодшому шкільному віці не вибудовується, тому вони не можуть відмовитись від безпосередньо бажаного задля чогось більш важливого. Інтереси у них дуже нестійкі,

до активності їх стимулюють ігрові, яскраво емоційно забарвлені мотиви. Мотивація досягнення успіху виявляється зниженою, переважає прагнення уникнення невдач.

Дитина не спроможна організувати свою діяльність, визначати цілі, здійснювати орієнтацію в умовах, планувати, передбачати результати, здійснювати контроль, не може долати щонайменші труднощі, докладати зусилля; може бути метушливою, неохайною. Невдачі викликають різку втрату інтересу. Відмічається виразне прагнення уникати труднощів, знімати з себе відповідальність за їх подолання. Перешкоди на шляху досягнення бажаного викликають негативні афективні реакції, призводять до відмови від мети і переключення на інший вид діяльності. Схильність таких дітей до енерговитрат зумовлює швидку виснажливість нервової системи і наростання втоми. Вони погано почувуються в умовах більш менш тривалої діяльності, яка складається з декількох ланок і вимагає зосередженості.

У дітей із переважанням збудження відмічаються значні труднощі у формуванні внутрішнього гальмування, яке лежить в основі здатності до довільної регуляції поведінки. Грубо порушеною виявляється у них цілеспрямованість діяльності. Такі учні довго не можуть приступити до виконання завдання – крутяться, гублять необхідні знаряддя, займаються сторонніми справами, а далі «з місця» включаються в роботу без необхідної орієнтації в умовах. Ці діти часто не вислуховують інструкції до кінця, виконуючи завдання, сповзають на сторонні асоціації. втрачають мету, не доводять розпочату справу до кінця, відволікаючись на інші стимули. Через неорганізованість вони часто не справляються з доступними для них завданнями і тому іноді складають враження дітей з недостатнім рівнем інтелектуального розвитку.

Особливістю цих дітей є знижена чутливість до зауважень і похвали. Дитина може щиро шкодувати про те, що її поведінка призвела до негативних наслідків. У неї і не було прагнення зробити щось погане – «так сталося», і станеться ще не раз. Поведінка імпульсивної дитини їй самій не належить, тому вона не спроможна відповідати за її наслідки.

Спроби дорослих впливати на активність такої дитини часом приносять лише тимчасовий результат, а часом виявляються взагалі марними. Дитина може зрозуміти і засвоїти інструкцію, проте не керуватись нею у своїй поведінці. Батьками, педагогами поведінка імпульсивної дитини сприймається як неслухняність, свідоме небажання виконувати їхні настанови. Тому від настанов, умовлянь, пояснень, переконань вони переходять до покарань, обмежень, негативного оцінювання. Дитина це переживає як неприйняття, неспроможність заслужити любов батьків. Такі умови стають

сприятливими для дисгармонійного розвитку особистості *екстраунітивного типу і формування девіацій*.

Не просто складаються стосунки імпульсивної дитини і з однолітками, оскільки вона не вміє підпорядковувати свою активність правилам гри, рахуватись з прагненнями і переживаннями інших, орієнтуватись на групові цілі та цінності. Такі діти часто мимохіть виявляються в епіцентрі конфліктів і сутичок серед однолітків.

Відмінною рисою розвитку пізнавальної сфери виступає несформованість довільності вищих психічних функцій. Страждають довільне запам'ятовування і відтворення, здатність обирати адекватний задачі спосіб розв'язування, організація розумової діяльності загалом. Особливо порушеною виявляється увага, яка характеризується низькою стійкістю, мимовільністю, залежністю від сторонніх подразників. За умов зовнішньої організації діяльності та контролю діти здатні до виконання задач пізнавального характеру.

На уроці імпульсивна дитина швидко втрачає інтерес, виявляє бажання вийти з класу, часто відволікається на сторонні подразники, може заважати іншим учням, почувається втомленою, допускає велику кількість помилок через неухважність. Своїх помилок такі учні не помічають і не виправляють. Навчальні навички формуються у них сповільнено. Часом їм важко виконати самі прості навчальні операції, на зразок, відкрити книжку на потрібній сторінці, записати домашнє завдання в щоденник, приготуватись до уроку. Зошити таких учнів неохайні, з великою кількістю виправлень, з незавершеними письмовими завданнями. Імпульсивні діти без нагадування не беруться за виконання домашніх завдань. Намагаються читати швидко, демонструють здогадує читання, пропускають букви, перестрибують через рядок. Пишуть за поля, з великою кількістю помилок через неухважність (недописування слів, пропуск, перестановка, заміна букв, багаторазове повторення букв та їх елементів), при цьому при списуванні помилок може бути більше, ніж при письмі під диктовку.

Особливо великі труднощі виявляються в процесі навчання цих дітей рахунку. Перерахунок предметів є для них ускладненим через імпульсивність і відсутність установки на завдання. Так, наприклад, якщо дитині пропонувалось з 10 лічильних паличок взяти тільки певне число, то вона може взяти усі або будь-яку іншу кількість паличок.

Основні діагнози: органічний інфантилізм, синдром гіперактивності з дефіцитом уваги, мінімальна мозкова дисфункція, гіперкінетичні розлади, F-90 (за МКХ -10).

До **асинхронного дисгармонійного** розвитку можна віднести такі психічні захворювання як психопатії та неврози. **Психопатія** – це патологія характеру, яка проявляється в усіх сферах життєдіяльності

(тотальність), в усіх вікових періодах (стабільність) і призводить до соціальної дезадаптації. Психопатія зумовлена поєднанням тривалих несприятливих соціальних впливів зі спадковими або набутими внаслідок раннього пошкодження головного мозку особливостями вищої нервової діяльності. Залежно від причин психопатії поділяються на **дві групи**: 1) *конституційні* (шизоїдні, епілептоїдні, циклоїдні, психастенічні, істероїдні), ступінь виразності яких залежить від особливостей соціального середовища; 2) *органічні*, зумовлені шкідливими впливами на незрілий мозок внутрішньоутробних та ранніх післяпологових чинників (травми, інтоксикації). Незалежно від виду психопатія характеризується зниженою критичністю щодо власної особистості та наявністю подвійних стандартів щодо оцінки своїх та чужих вчинків.

Невроз – психогенний (конфлікто-генний) нервово-психічний розлад, який виникає внаслідок порушення особливо значущих для людини взаємин, проявляється в емоційно-афективних та соматовегетативних розладах за відсутності психотичних симптомів (розладів свідомості). На відміну від психопатій при неврозах страждає лише частина особистості, зберігається критичність щодо хвороби та власної особистості загалом.

Етіологічні чинники дитячих неврозів детально розглядає А. Співаковська. Це – 1) психічна травма, 2) преневротичні патохарактерологічні радикали, 3) порушення системи взаємин, предусім, сімейних; 4) дисгармонія сімейного виховання. Психічна травма – це зовнішні подразники, що хворобливо впливають на психіку індивіда. Це можуть бути надсильні подразники, які викликають переляк, раптові гострі конфлікти у родині, школі, дитячому садку; або хронічні порівняно слабкі але тривало діючі подразники. Слід зазначити, що патогенним виявляється не сам по собі зовнішній подразник, а його значущість для дитини. Той самий подразник може бути неважливим і непомітним для однієї дитини і психотравмуючим для іншої.

До преневротичних патохарактерологічних радикалів можна віднести: сензитивність (емоційна чутливість та вразливість); безпосередність; виразність почуття «я»; внутрішній тип опрацювання емоцій; суперечливість розвитку через несумісність окремих рис темпераменту та характеру; нерівномірність психічного розвитку. Проте, якщо обсяг соціальних вимог не перевищує можливостей дитини, якщо її сприймають такою, як вона є, прояви невротичності зникають до 9–10 років. Якщо ж виховання в родині та освітніх закладах не зорієнтоване на індивідуальні особливості дитини, мають місце надмірні суперечливі вимоги, гіперсоціалізація, тоді невротичність переходить у невроз. Отже, *основним патогенним*

чинником дитячих неврозів виступає порушення системи сімейних взаємин.

Т. М. Мішина виділяє три основних **типи невротичних взаємин у сім'ї**: *суперництво* – прагнення самоствердитись за рахунок іншого, *псевдоспів-робітництво* – демонстрація турботи про іншого, за якою ховається байдужість, *ізоляція* – емоційна відокремленість кожного члена сім'ї. Дисгармонія подружніх взаємин і сімейного виховання (невідповідність виховання можливостям дитини та досвіду становлення її «я») створюють несприятливий фон для емоційного розвитку дитини.

Визначальну роль в патогенезі неврозу відіграє переживання внутрішнього конфлікту особистості, який не має шляхів вирішення. Це можуть бути конфлікти:

- між бажаннями дитини та реаліями життя, які роблять неможливим задоволення бажаного;
- суперечливого ставлення до близької людини (одночасне переживання любові та агресії);
- між вимогами і можливостями;
- між цінностями та конкретно-особистісним ставленням.

Внутрішній конфлікт породжується неконструктивно вирішеною зовнішньою суперечністю між особистістю дитини та значущими для неї вимогами та можливостями дійсності. Дитина несвідомо сприймає норми та ідеали своїх батьків і намагається їм відповідати. Якщо ж це суперечить особливостям її нервової системи, темпераменту, інтелектуальним та фізичним можливостям, виникає неузгодженість між бажаннями та досягненнями дитини. В результаті назріває внутрішній конфлікт між власними потребами та нав'язаними ззовні цілями.

Залежно від клінічних проявів виділяється **3 основних види неврозів**: *неврастенія, невроз нав'язливих станів, істерія*.

Асинхронний дисгармонійний розвиток екстрапунітивного типу – це такий вид порушення емоційно-вольової сфери, при якому на перший план виступають реакції емансипації, демонстративності, негативізму. Реакція емансипації - прагнення дитини до незалежності, бажання звільнитись від опіки старших, робити все по-своєму. Негативізм – це установка чинити опір пропозиціям інших, робити все навпаки, всупереч вказівкам інших. Негативізм відображає прагнення дитини до самостійності. Демонстративність – прагнення будь-що бути у центрі уваги. Якщо не вдається викликати захоплення, здивування, співчуття, то влаштовує і ненависть, обурення щодо себе, тільки не байдужість. Прояви реакції емансипації, негативізму і демонстративності в ранньому дитячому та підлітковому віці розглядаються як нормальне вікове, хоч і кризове, явище. У дітей з ознаками дисгармонійного розвитку екстрапунітивного типу реакція

емансипації, негативізм і демонстративність у гострій формі зберігаються і в інші вікові періоди.

Фізіологічною основою дисгармонійного розвитку екстрапунітивного типу виступає порушення динаміки нервових процесів слабкість гальмування, переважання збудження над гальмуванням. Загостренню і закріпленню цих якостей сприяє виховання в сім'ї за типом домінуючої гіперпротекції, коли батьки приділяють дитині дуже багато сил, часу, дитина знаходиться в центрі уваги. Виховання стає найважливішою центральною справою батьків. При цьому самостійність дитини обмежується, а вимоги і заборони щодо неї виявляються надмірними. Дитина зі стеничним (сильним) типом нервової системи активно протестує проти такого ставлення. Дисгармонійному розвитку за екстрапунітивним типом сприяє також потураюча гіперпротекція у родині, коли дитину опікають, все дозволяють їй, не обмежують її поведінку заборонами та обов'язками, ніяк не карають при порушенні поведінкових норм, коли дитина знаходиться в центрі уваги сім'ї, яка прагне максимально задовольнити її потреби.

Поведінку дитини з дисгармонійним розвитком екстрапунітивного типу вирізняють прагнення задовольнити свої егоцентричні потреби, протистояти вимогам, привертати увагу. Відповідно, вони проявляють інтерес до тих видів діяльності, які їм добре вдаються. Якщо ж дитина стоїть перед необхідністю виконати нове завдання, вона може відмовитись це робити, може робити це по-своєму, не дотримуючись інструкції. Зауваження з цього приводу сприймаються агресивно, спроби з боку дорослих надати допомогу, підтримати, виправити помилки дитиною знецінюються, не приймаються і можуть викликати афективні реакції.

Діти цієї групи є працездатними, але швидко виснажуються від однотипної діяльності, яка їм набридає і викликає бурхливий протест. Розвиток пізнавальної діяльності відповідає віковій нормі. Високий рівень домагань поєднується з завищеною самооцінкою.

Такі діти можуть бути дуже вимогливими до оточуючих (на зразок «маленького монстра» в сім'ї), можуть свідомо демонструвати поведінкові реакції, властиві дітям молодшого віку, або, навпаки, вимагати визнання як лідера, навіть не маючи на це ніяких підстав. Часто бувають дратівливими, легко переходять від дисфорії (пригніченого емоційного стану) до ейфорії (емоційного піднесення). При цьому, з одного боку, добре орієнтуються у проявах емоційного стану інших щодо себе, а з іншого боку – виявляються неспроможними проявляти емпатію і не відчувають потреби контролювати власні емоційні прояви щодо інших.

У спілкуванні з однолітками такі діти прагнуть домінувати, використовувати інших, маніпулювати, бути лідером. Дружніх

стосунків вони не цінують, не відчують потреби у постійності найближчого соціального оточення.

Основні діагнози: у дитячому віці – формування особистості за істеричним типом, неврозоподібні реакції, характерологічні і патохарактерологічні реакції; у підлітковому віці – психопатія збудливого типу, патологічне формування особистості, істеричний невроз, F-91.3 (за МКХ -10).

Асинхронний дисгармонійний розвиток інтрапунітивного типу характеризується принципово протилежними ознаками. Інтрапунітивний тип формується на основі: а) астенічного (слабкого) типу нервової системи – порушення динаміки нервових процесів зі слабкістю збудження, переважанням гальмування над збудженням; б) сенситивного (чутливого) типу нервової системи - зниження порогів чутливості, коли подразники середньої інтенсивності сприймаються як сильні. До дисгармонійного розвитку інтрапунітивного характеру може призвести сімейне виховання за типом:

- підвищеної моральної відповідальності, коли недостатня увага до дитини, ігнорування її потреб поєднуються з надмірністю вимог-обов'язків;

- домінуючої гіперпротекції (як і екстрапунітивний);

- емоційного відторгнення, коли вихованню дитини приділяється значна увага, яка спрямована в основному на дотримання правил і норм, порушення яких суворо карається, при цьому потреби та інтереси дитини ігноруються.

Такі діти є пасивними, моторно та емоційно скутими, нерішучими, невпевненими у собі. Вони надмірно контролюють власну діяльність, надкритично ставляться до себе, мають занижену самооцінку. Усі емоційні реакції (тривога, агресія) виявляються спрямованими не назовні, а всередину. Діти потребують постійної підтримки і схвалення з боку близьких. За відсутності підтримки у стресових ситуаціях вони можуть бути вкрай сповільненими, аж до повного ступору.

Мотивація уникнення невдачі, економія енерговитрат у цих дітей переважають. Тому вони не проявляють ініціативи, не схильні наполягати на своєму чи в якийсь інший спосіб заявляти про свої потреби. Намагаються ретельно дотримуватись вимог і правил. Цілеспрямованість збережена. Діти дещо сповільнено здійснюють орієнтацію в умовах діяльності. За необхідності самотійно планувати свою діяльність почуваються невпевнено, розгублено. Ретельно контролюють відповідність своїх дій наміченому плану і меті. Можуть самотійно помітити і виправити помилки. Наявність перешкод може призвести до відмови від діяльності і мотивів, що її спонукали. Разом з тим, в умовах колективної діяльності або за для іншої (навіть зовсім

чужої людини) дитина в змозі перебороти себе і ціною власного афективного виснаження досягти наміченого. Афективні енерговитрати компенсуються в цьому випадку за рахунок задіявання захисних механізмів у вигляді нав'язливих ритуалів, стереотипних форм емоційного реагування, фантазій щодо досягнення успіху, долання перешкод, ризику.

Для дітей з дисгармонійним розвитком інтрапунітивного типу важливо виконувати всі настанови та інструкції дорослих. При цьому вони погано переносять директивний стиль спілкування. Негативна оцінка, зауваження викликають у них ступор, блокують пізнавальну активність, трансформуються в аутоагресію. Похвала, підтримка, надання допомоги, створення психологічного комфорту для дитини дозволяють їй повною мірою актуалізувати свій потенціал.

Діти з дисгармонійним розвитком інтрапунітивного типу дуже рідко ініціюють спілкування з дорослими, не звертаються по допомогу, навіть якщо потребують її, не задають запитань, не повідомляють про свої потреби, не скаржаться. Дружні стосунки з однолітками дуже цінують. Їм важливо мати постійне близьке оточення. Вкрай дискомфортно почуваються у новому колективі. Важко переносять переведення до іншої школи.

Рівень розвитку пізнавальної сфери відповідає віковій нормі. Мислення може бути дещо інертним. Продуктивність розумової активності значною мірою залежить від психологічного комфорту дитини. Дискомфорт блокує інтелектуальну активність. Рухові навички формуються сповільнено. Часом таким дітям важко запам'ятовувати. Значно полегшує цей процес осмислення змісту матеріалу. Засвоєне зберігається досить тривалий час.

У навчальній діяльності такі діти є досить старанними. Виявляють хвилювання при перевірці знань та оцінюванні. Часом не можуть реалізувати свій інтелектуальний потенціал через сповільненість та високий рівень тривожності. Їм може бути важко працювати під час уроку у швидкому темпі. Внутрішньо загострено реагують на зауваження вчителя, навіть якщо вони адресовані іншим учням. Домашні завдання можуть виконувати самостійно. Часом якість того, що дитина робить вдома, перевищує успішність у класі. Навчальні навички формуються дещо сповільнено.

Вони не включаються в роботу класу, не відповідають на запитання, не спілкуються з дітьми, швидко потрапляють до розряду ізольованих. Занадто інтенсивні спроби вчителя встановити контакт з таким учнем, залучити його до діяльності колективу, активізувати можуть зумовити бурхливі афективні реакції.

Невисокою може бути техніка читання: така дитина може читати правильно з інтонацією, добре усвідомлюючи зміст прочитаного, проте, у повільному темпі. Сповільненим також є темп письма. Дитина

може не встигати записувати під диктовку, виконувати всі завдання класної самостійної роботи.

Основні діагнози: у дитячому віці – формування особистості за гальмівним типом, неврозоподібні реакції, невротичний розвиток особистості; у підлітковому віці – невроз нав'язливих станів, психопатія гальмівного типу, психосоматичні розлади (зокрема, психогенна нервова анорексія), незлоякісні дисморфофобії, F-98 (за МКХ -10).

Асинхронний дисгармонійний розвиток апатичного типу діагностується в передпідлітковому, підлітковому віці і проявляється у млявості, байдужості, відсутності інтересів, внутрішній спустошеності, пасивному негативізмі. У старшому дошкільному та молодшому шкільному віці цей тип дисгармонійного розвитку проявляється в загальному зниженні психічного тону, у відсутності специфічно дитячих інтересів та жвавості реагування. Такі підлітки є настільки емоційно виснажливими, що прагнуть уникнути будь-якої активності, щонайменших енерговитрат. Їм простіше відмовитись від задоволення власних потреб, ніж докладати щонайменші зусилля. Інтереси у них дуже бідні, активність проявляється лише за наявності зовнішньої стимуляції. Якщо такого підлітка не контролювати, він не ставить перед собою цілей, не здійснює орієнтації в завданні, не планує своє життя, не доводить розпочату справу до завершення. Підліток ніби знаходиться в психологічному анабіозі. Він не проявляє прагнень до успіху та самоствердження, не засмучується через невдачі, не потребує похвали, виявляється байдужим до оцінки. Будь-яка соціальна стимуляція не посилює його активності. Розпочата під контролем дорослих активність за наявності перешкод одразу ж згасає. Апатичні підлітки швидко втомлюються. Особливо виснажливими виявляються навантаження емоційного характеру. При цьому втомлюються вони і від негативних, і від позитивних переживань.

Апатичні підлітки прагнуть уникати будь-якої взаємодії з іншими людьми. Спілкування, як найемоційніший вид діяльності є для них надвиснажливим. Тому у групі вони намагаються бути непомітними, прагнуть до усамітнення. Друзів у них немає.

Оцінити розумові здібності апатичних підлітків важко через відсутність у них пізнавальної активності та прагнення до успіху. До навчальної діяльності їх спонукає потреба уникати емоційних контактів з дорослими («Виконаю завдання щоб відчепилися»). Відсутність контролю і зовнішньої стимуляції призводить до згасання активності.

За визначенням В. В. Лебединського, О. С. Нікольської, *викривлення переважно емоційно-афективного розвитку – це важка дефіцитарність афективного тону, яка перешкоджає формуванню*

активних та диференційованих контактів з середовищем, виразне зниження порогів афективного дискомфорту, перевага негативних переживань, стан тривоги, страху перед оточенням, прагнення стереотипізувати і спростити контакти з ним. Таке спотворення афективного компоненту розвитку веде за собою своєрідність генези мовлення, інтелекту та вищих форм довільної регуляції поведінки. Такі діти, з одного боку, часто виявляють парціальну обдарованість, а з іншого – надмірну загальмованість, лякливість, несамостійність, емоційну залежність від матері.

Одним із варіантів названого виду дизонтогенезу є **ранній дитячий аутизм** (надалі **РДА**). **Аутизм**, як відсутність реакції на подразники зовнішнього світу, занурення у внутрішній світ, це симптом, який може входити до складу різних синдромів. Наприклад, аутизм є одним із симптомів шизофренії, часом проявляється у дітей з вродженою сліпотою. Ранній дитячий аутизм виникає внаслідок генетично обумовленого порушення обміну речовин в організмі. Перші ознаки РДА проявляються досить рано, ще до року. Це відсутність контакту очей та фіксації погляду на обличчі іншої людини, затримка у розвитку локомоторних функцій, сповільненість формування навичок самообслуговування і при цьому ранній розвиток фразового мовлення. В основі дефекту при РДА лежить гіперсензитивність, зниження порогів чутливості. У таких дітей страх викликає кожен новий подразник, навіть якщо його інтенсивність не висока – шелест паперу, дотик руки, поява нових предметів. Тому найбільш комфортно така дитина відчувається за відсутності подразників – у темноті та тиші. Залежно від виразності РДА формуються різні *механізми захисту* від тривоги і фобій – уникнення будь-яких контактів з оточенням, агресія; відгородження від зовнішнього світу, занурення у власні фантазії, схильність до стереотипій (надання переваги тим самим іграм, їжі, одягу, режиму дня, вияв опору і напруження за щонайменших змін у способі життя, одноманітне багаторазове повторення певних рухів, фраз); перевтілення в образ якоїсь істоти, від імені якої легше контактувати з оточенням (наприклад, дитина у психотравмуючій для неї ситуації уявляє себе орлом і поводить відповідно до своїх уявлень про особливості життя цієї тварини); виконання різноманітних когнітивних операцій, пов'язаних з абстрагуванням, узагальненням, класифікацією; засвоєння штампів поведінки, формування зразків правильної поведінки у певних ситуаціях, намагання бути «хорошими», виконувати вимоги батьків.

В. Лебединський, О. Нікольська виділяють **4 ступеня виразності РДА**. При найважчому *1-му ступені* спостерігається польова поведінка, відсутність емоційного контакту навіть з батьками, повна відмова від мовлення як засобу спілкування,

уникнення впливу подразників, схильність до емоційної перенасичуваності. Дитина з *2-м ступенем* виразності РДА прагне збереження стабільності в навколишньому середовищі. Вона контактує лише з батьками, не переносить щонайменших змін у звичному способі життя, зокрема, таких як перестановка меблів, зміна одягу, нова страва, інша заставка у телепередачі тощо. Важливою умовою відчуття стабільності і захищеності є постійне перебування з матір'ю, дитина не може відійти від неї ні на мить, мати повинна бути постійно у її полі зору. Для стимуляції органів відчуттів такі діти вдаються до стереотипних рухів – перегортання сторінок книжки, перекладання предметів, розгойдування, стрибки тощо. Спілкуються вони, використовуючи однотипні мовні штампи, часто у безособовій формі («Треба їсти», «У дві години прогулянка на свіжому повітрі», «Не можна сміятися»), з допомогою яких повідомляють про свої потреби. Розуміння зверненого мовлення залежить від актуального стану дитини, конкретної ситуації та співрозмовника. Дитина 2-ї групи РДА може виконувати нескладні прохання матері.

Дітей з *3-м ступенем* РДА вирізняє надмірна захопленість власними стійкими інтересами, що проявляються у стереотипній формі. Роками вони можуть гратися в ту саму гру, малювати ті самі малюнки, говорити те саме. Зміст інтересів часто може бути пов'язаним з чимось страшним, неприємним, асоціальним. Захоплені своїм заняттям вони бурхливо негативно реагують на спроби дорослих урізноманітнити їхню активність або залучити їх до іншого виду діяльності.

Діти цієї групи демонструють високий рівень сформованості мовлення, мають великий словниковий запас, користуються складними граматичними конструкціями. Проте, спілкуючись, вони не орієнтуються на співрозмовника, не реагують на його запитання і повідомлення. Вони можуть визначити мету і розгорнути програму дій, спрямованих на її досягнення, але ця програма виявляється негнучкою, нечутливою до змінних умов. Порушення ж реалізації планів зумовлює деструктивний зрив у поведінці.

Висока ерудиція та інтелектуальні здібності при 3-му ступені виразності РДА поєднуються з моторною незграбністю, побутовою непристосованістю. Ці діти нікого не наслідують, активно відмовляються виконувати щось нове, тому для формування навичок відповідні дії необхідно виконувати їхніми руками. Вони є соціально наївними, погано розуміють те, що відбувається, не відчують підтексту ситуації. Можливість здійснювати мислительні операції стає для них джерелом аутоstimуляції. Вони одержують задоволення від здійснення математичних обчислень, відтворення певних логічних схем.

Дитина погано переносить зміни у своїх життєвих програмах. Все нове, запропоноване іншою людиною, викликає негативізм та агресію вербального характеру, яку важко витримувати навіть близьким людям.

Для аутостимуляції діти з 3-м ступенем виразності РДА вдаються до відновлення лякаючих неприємних вражень: говорять про пожежі, вбивства, малюють піратів, щурів і т.п. В такий спосіб вони намагаються справитись зі своїми страхами.

Прив'язаність до батьків, як гарантів стабільності і захищеності, поєднується з прагненням жорстко контролювати взаємини з ним, домінувати, нав'язувати свою волю, з неспроможністю поступитися, пожаліти.

При 4-му *найлегшому ступені* виразності аутизму на перший план виступають вже не механізми захисту у вигляді рухових та вербальних стереотипів, а підвищена вразливість, загальмованість в контактах, несформованість навичок комунікації, неможливість взаємодіяти з людьми. Щонайменші перешкоди у спілкуванні призводять до його негайного припинення. Діти з 4-м ступенем виразності РДА спроможні на нетривалий контакт очей зі співрозмовником. За труднощів спілкування з однолітками вони активно шукають захисту у близьких, зберігають постійність середовища за рахунок засвоєння штампів поведінки, формування зразків правильної поведінки у певних ситуаціях, намагаються бути "хорошими", виконувати вимоги батьків. Така дитина легко засвоює складні наукові поняття але відчуває труднощі у формуванні рухових навичок, у практичному застосуванні знань, у накопиченні та використанні життєвого досвіду взаємодії з іншими людьми; легко опановує складними граматичними конструкціями і виявляє дезорієнтацію у просторі власного тіла. Її поведінка є негнучкою, одноманітною. Стереотипність проявляється у педантичному прагненні точно дотримуватись правил, робити так, як навчили. Надмірна правильність, надмірна орієнтованість на дорослого, емоційна залежність від дорослого можуть сприйматись як тупість. Діти 4-ї групи можуть виявляти здібності у конструюванні, музиці та інших невербальних видах творчості.

Основні діагнози: ранній дитячий аутизм (F-84.0), синдром Аспергера (F-84.5).

Комплексні порушення декількох функцій

Ця категорія дітей характеризується поєднанням двох чи навіть декількох виразних психофізичних порушень: зору, слуху, мовлення, рухового й пізнавального розвитку. Наприклад, *сліпоглухі діти*; діти, в

яких вади зору, слуху чи опорно-рухового апарату поєднуються із розумовою відсталістю або затримкою психічного розвитку.

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

У всіх вище означених категорій дітей є специфічні труднощі й проблеми розвитку, обумовлені характером і ступенем виразності наявних відхилень, умовами соціально-педагогічного оточення дитини на ранніх етапах її розвитку. Водночас властивими для всіх категорій дітей з вадами психофізичного розвитку є наступні **проблеми розвитку** (О. Л. Венгер, О. А. Єкжанова, Н. М. Назарова, О. А. Стребелева):

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

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

1.4 Інтегроване та інклюзивне навчання

Одним із пріоритетних завдань сучасного українського суспільства виступає не лише навчання, виховання та розвиток дітей з особливими потребами, а й їх повноцінне включення до соціуму.

Донедавна навчання такої категорії дітей в нашій країні здійснювалося переважно у формі навчання в спеціальних школах та школах-інтернатах. Існуюча розгалужена мережа спеціальних закладів інтернатного типу здатна забезпечити досить ефективне навчання, виховання, лікування та реабілітацію дітей із порушеннями розвитку. Проте зауважимо, що свого часу ще Л. Виготський зазначав, що попри

всі переваги основний недолік нашої спеціальної школи полягає в тому, що вона замикає свого вихованця... у вузьке коло шкільного колективу, створює відрізаний і замкнутий світ, в якому все прилаштовано і пристосовано до дефекту дитини, фіксує її увагу на тілесному недоліку і не вводить її у справжнє життя. [17] Таке навчання лише посилює ізоляцію дитини і зводить фактично нанівець усі отримані нею корисні навички. Внаслідок штучної ізоляції, відриву дітей від сім'ї, здорових ровесників формується непідготовлена до життя у суспільстві, невпевнена в собі та власних можливостях особистість. Тому необхідно створити таку систему, наголошував учений, яка б органічно пов'язувала спеціальне навчання з навчанням дітей з нормальним розвитком.

Певною мірою цю проблему світове співтовариство вирішує за допомогою реалізації інтегрованого навчання. Особливо гостро необхідність інтеграції в освітній простір загальноосвітніх закладів постає стосовно дітей із невиразними формами порушень психофізичному розвитку, які при цьому не відвідують заклади спеціального навчання. Нагальною проблемою виступає також негативне ставлення значної частини родин особливих дітей до традиційних форм спеціальної освіти. Так, наприклад, багатьох батьків не влаштовує варіант перебування їхньої дитини у відокремленому закладі з відривом від сім'ї. Це сприяє виникненню стихійної інтеграції, коли, попри рекомендацій ПМПК, батьки залишають дітей з психофізичними вадами у масових школах. І такі діти навчаються з великими труднощами, не одержуючи, на жаль, необхідні освітні послуги відповідно особливостям свого розвитку.

Отже, інтеграція – це форма залучення учнів з особливими потребами до загальноосвітніх шкіл, за якої учні пристосовуються до вимог школи. Як свідчить досвід багатьох країн світу, головним принципом інтеграції дітей з особливими потребами є принцип рівних прав і можливостей в одержанні освіти. При цьому інтеграція здійснюється у двох основних напрямках: соціальному та освітньому.

Соціальна інтеграція спрямована на соціальну адаптацію дитини з психофізичними вадами відносно системи соціальних стосунків, насамперед, у межах того освітнього середовища, до якого вона інтегрується (Л. Шипіцина). У деяких країнах цей вид інтеграції отримав спеціальну називу – «мейнстрімінг».

Освітня інтеграція передбачає можливість спільного навчання в одній школі чи класі дітей з психофізичними вадами та дітей з нормальним розвитком, за програмою загальноосвітньої або спеціальної школи (А. Колупаєва).

Реалізація інтегрованого навчання у вітчизняних закладах освіти регламентується тимчасовим «Положенням про організацію інтегрованого навчання дітей з особливими потребами в

загальноосвітніх (дошкільних) навчальних закладах» [125], у якому зазначено, що інтегроване навчання не є альтернативою системі спеціальної освіти дітей з особливими потребами, а доповнює її. При цьому головною метою інтегрованого навчання визначено створення умов для особистісного розвитку, творчої самореалізації та утвердження людської гідності дітей з особливими потребами.

Відповідно існуючих нормативних документів розрізняють 4 основні форми інтегрованого навчання, які реалізуються у вітчизняних закладах освіти:

– *повна* – включення дитини з відповідним віковій нормі рівнем психофізичного і мовленнєвого розвитку та психологічною готовністю до спільного навчання в масовому закладі рівноцінно зі здоровими однолітками; при цьому корекційну допомогу дитина одержує за потребою у фахівців за місцем проживання або навчання;

– *комбінована* – коли діти з близьким до норми рівнем психофізичного і мовленнєвого розвитку навчаються разом зі здоровими однолітками у масовій загальноосвітній школі, одержуючи в процесі навчання професійну допомогу вчителя-дефектолога;

– *часткова* – передбачає перебування дітей з особливими потребами, які не спроможні нарівні зі здоровими однолітками оволодіти освітою на рівні державного стандарту, у масових загальноосвітніх закладах тільки частину дня, на окремих уроках;

– *тимчасова* – полягає у періодичному об'єднанні дітей з особливими потребами зі здоровими дітьми для проведення спільних заходів, свят.

В умовах масової загальноосвітньої школи інтеграція передбачає організацію спеціальних класів або залучення дітей з психофізичними вадами до традиційних класів. Зауважимо, що форма інтеграції залежить, насамперед, від рівня розвитку дитини. Так, повна і комбінована форми прийнятні для дітей з високим рівнем психофізичного і мовленнєвого розвитку, часткова і тимчасова форми придатні для дітей з більш низьким рівнем розвитку.

Згідно з нормативними положеннями, за умови відповідного висновку ПМПК, в інтегрованих класах (групах) загальноосвітніх (дошкільних) навчальних закладів можуть перебувати діти з психофізичними вадами таких категорій:

- з порушеннями опорно-рухового апарату (з церебральними паралічами, наслідками поліомієліту, деформаціями опорно-рухового апарату, міопатією артрогрипозом, хондродистрофією);

- з порушеннями слуху (з втратою слуху від 30-ти і більше децибел);

- з важкими мовленнєвими порушеннями (з ринолалією, алалією, афазією, заїканням, дизартрією при збереженні нормального рівня інтелекту та слуху);

- з порушеннями зору;
- із затримкою психічного розвитку;
- з обмеженими можливостями розумового розвитку (легка форма розумової відсталості лише за умови навчання в спеціальному класі або за індивідуальною нецензовою програмою).

Відмінність навчання «інтегрованих» дітей полягає в тому, що воно здійснюється за навчальними планами і програмами відповідних типів спеціальних шкіл або за індивідуальними планами й програмами з обов'язковим урахуванням категорії порушення. Навчально-виховний процес є корекційно спрямованим. Залежно від особливих потреб дитини з нею працюють різні фахівці: вчитель-дефектолог, психолог, лікар, соціальний педагог. Слід пам'ятати, що ефективність корекційно-розвивальної, навчально-виховної і лікувально-профілактичної роботи, напряму залежить від скоординованості зусиль команди фахівців. До цієї спільної роботи також обов'язково залучаються батьки дитини.

Ми поділяємо думку С. Миронової про те, що інтегроване навчання має низку переваг, головними з яких є подолання ізоляції вихованців, можливість отримання ними освіти за місцем проживання; орієнтація дітей з психофізичними вадами у своєму розвитку на здорових однолітків [98]. Також зазначимо, що процес інтеграції зміщує і загальні акценти у корекційно-педагогічній роботі: об'єктом впливу виступає особистість дитини, а не її вади і порушення.

Проте нині впровадження інтегрованого навчання у вітчизняних освітніх закладах гальмується недостатньою розробленістю законодавчої бази; низькою підготовленістю фахівців до роботи в інтегрованому середовищі, труднощами науково-методичного забезпеченні корекційного та навчально-виховного процесу.

Наразі в центрі уваги нашої держави перебуває перехід від спеціального навчання, як ізольованої його форми, до максимально відкритої – інклюзивного навчання. Воно передбачає спільне перебування дітей, які мають певні порушення психофізичного розвитку, з їхніми здоровими ровесниками, що відображено у низці законодавчих актів, серед яких Накази МОН України: «Про затвердження Плану дій щодо запровадження інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах на 2009–2012 роки» (2009), «Про затвердження плану заходів щодо розвитку загальної, середньої, дошкільної та позашкільної освіти на період до 2012 року» (2010).

За визначенням ЮНЕСКО, інклюзія – це процес визнання і реагування на різноманітність потреб тих, хто навчається. Така форма потребує змін на всіх рівнях освіти, оскільки є особливою системою, що охоплює весь контингент учнів і диференціює освітній процес відповідно до потреб усіх груп та категорій учнів. Згідно сучасних

світових підходів основними принципами інклюзивної освіти є: цінність кожної людини незалежно від її здібностей і досягнень; право кожного на спілкування, розуміння і підтримку; різноманітність, яка підсилює всі аспекти людського життя та ін.

Інклюзивне навчання полягає у створенні освітнього середовища, яке відповідало б можливостям і потребам кожної дитини, незалежно від особливостей її психофізичного розвитку (А. Колупаєва). Інклюзивну освіту розглядають як є підхід, який передбачає адаптацію освітньої програми та освітнього середовища до потреб тих учнів, які відрізняються за своїми навчальними можливостями.

Модель інклюзивного навчання в Україні набуває поширення в рамках державної програми, а також за ініціативи різних громадських організацій. Інклюзивна модель передбачає навчання дітей з особливими потребами спільно зі здоровими однолітками. Для дітей із фізичними обмеженнями створюються необхідні умови для навчання – у навчальних закладах будуються пандуси й спеціальні туалети, у штат залучаються асистенти педагогів, які здійснюють супровід учнів з особливими потребами під час занять, діти забезпечуються спеціальними підручниками, іншим навчальним обладнанням [77, с. 384].

З огляду на проблематику дослідження, викликає інтерес модель інклюзивної освіти, запропонована В. Бондарем. [37] В її основу покладено створення при загальноосвітньому закладі системи диференційованих груп для дітей з різним рівнем навчальних можливостей. Перший компонент складають основні групи, які комплектуються зі здорових дітей і навчання в яких здійснюється відповідно до державних стандартів і програм. Другим компонентом є інклюзивні групи, що комплектуються дітьми з особливими потребами, у яких рівень мовленнєвого розвитку наближається до здорових однолітків (діти з вадами зору, слуху, інтелекту). Навчання здійснюється за державною програмою за допомогою вчителя-асистента, фахова підготовка якого має бути не нижче рівня бакалавра. Третій компонент моделі представлений компенсуючими групами, які комплектуються дітьми, мовленнєвий розвиток яких нижчий від рівня здорових однолітків. Такі вихованці потребують спеціального навчання та корекції і навчаються корекційним педагогом за відповідною програмою. У таких групах можуть навчатися від 6 до 10 дітей залежно від нозології. За умови, якщо діти засвоюють програму, їх переводять до інклюзивних груп, якщо ні – до компенсуючих груп, які комплектуються вихованцями з глибоким ураженням здоров'я [77, с. 385].

Переважає більшість фахівців розглядає варіант інклюзивного навчання як позитивний не лише для дітей з порушеннями психофізичного розвитку, а й для їх здорових однолітків. Наприклад,

на думку С. Миронової, перевагами інклюзивної освіти є: посилення розуміння суспільством проблем інвалідності, розвиток солідарності дітей з особливими потребами та їх здорових однолітків, формування у дитини з особливими потребами моделі здорового повноцінного способу життя, ефективна соціальна адаптація, створення умов для самореалізації дитини з вадами розвитку, виховання толерантності у здорових однолітків та ін. [98].

Проте, незважаючи на безумовний позитив інклюзивної форми навчання, що доводить багаторічний досвід реалізації різних її моделей у європейських країнах, існує багато факторів і бар'єрів, які заважають упровадженню інклюзивної форми навчання в Україні. Серед них ми б поставили на перше місце не матеріально-технічне чи фінансове забезпечення та часом елементарну архітектурну недоступність навчальних закладів, а недостатність знань і навіть упередженість суспільства щодо дітей з психофізичними порушеннями, передусім, адміністрації та педагогів шкіл, батьків здорових учнів. На жаль, українське суспільство поки що не готове повною мірою до включення особливих дітей у колективи здорових однолітків. Недостатніми є нормативно-правове забезпечення, методична готовність педагогів, забезпечення необхідним обладнанням. Відсутні посади спеціальних педагогів і психологів у багатьох закладах освіти, необхідні знання у переважній більшості батьків, не розроблена повноцінна система психолого-педагогічного супроводу сім'ї дитини з особливими потребами тощо.

Ефективність інклюзивного навчання значною мірою залежить від здійснення якісного і системного психолого-педагогічного супроводу, який можуть забезпечити лише скоординовані дії різних фахівців: учителя-дефектолога певної галузі, спеціального психолога, соціального педагога, лікарів, за обов'язкового залучення батьків дитини. Якщо ж визначати загальні умови забезпечення ефективності як інтегрованого, так і інклюзивного навчання, то як і для будь-якого корекційно-педагогічного процесу, першочерговими умовами є раннє виявлення та діагностика вад розвитку і початок корекційної роботи; психологічна готовність дитини та її батьків до обраного варіанту навчання; тісна співпраця педагогів і батьків; якісна підготовка фахівців для забезпечення необхідного корекційного супроводу дитини; створення спеціальних організаційних, методичних, психологічних, гігієнічних умов тощо.

1.5 Організація навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами

Важливу роль в існуючій сьогодні системі освіти посідає ланка, яка охоплює теорію і практику навчання дітей з особливими потребами в умовах спеціально організованих освітніх закладів і сім'ї. Численні наукові дослідження, передусім Л. Виготського, доводять, що наслідком первинних відхилень і вад розвитку у більшості випадків є випадіння дитини з соціо-культурно та освітнього простору. Відповідно суттєво порушується вплив соціуму, культури та освіти як основних факторів розвитку. Проблема ускладнюється тим, що не менш сильно порушується і зв'язок батьків з дитиною, особливо на ранніх етапах, коли вони вперше стикаються з проблемами «особливої» дитини. Навіть високоосвічена доросла людина, не володіючи спеціальними знаннями і навичками, специфічними засобами і методиками, невзможі передати дитині з порушеннями у розвитку навіть той елементарний соціальний досвід, який однолітки з нормальним перебігом розвитку набувають цілком самостійно і навіть спонтанно. Спеціальна педагогіка констатує, що відносно дитини з порушеннями психофізичного розвитку втрачають актуальність традиційні способи розв'язання освітніх завдань, притаманних кожному віковому етапу. Характеризуючи дитину з порушеннями у розвитку, Л. Виготський використовував термін «соціальний вивих», проводячи аналогію з тілесним ушкодженням і підкреслюючи, наскільки сильно таке ушкодження змінює функціонування всіх звичних зв'язків і систем дитини. Він наголошував, що педагогічно виховати таку дитину – це означає вправити її в життя, подібно до того як вправляють вивихнутий і хворий орган [18].

На відміну від вивиху тілесного, подолання соціального вивиху можливе лише засобами освіти. Але освіти, особливим чином побудованої і організованої, з визначенням «обхідних шляхів» для реалізації існуючих освітніх завдань, які досягаються традиційними способами в умовах нормального розвитку дитини.

Підґрунтям сучасної системи спеціальної освіти виступає низка важливих положень, головними серед яких є такі:

- максимально рання діагностика порушень у розвитку дитини і надання комплексної допомоги дитині та її родині;
- розробка стандарту спеціальної освіти як поєднання загальноосвітньої складової та основ формування життєвої компетенції дітей із вадами розвитку для кожного вікового етапу;

- особлива організація освітнього середовища, побудова «обхідних шляхів» навчання через використання специфічних технологій, методів, прийомів, засобів і форм;
- диференційоване, «покрокове» навчання, більш глибока диференціацію та індивідуалізація навчання;
- консультативна допомога та тісна співпраця з батьками в процесі навчання і виховання дитини з особливими потребами;
- реалізація інклюзивного навчання та створення освітніх установ нового типу для спільного навчання дітей з відхиленнями у розвитку та їх здорових однолітків, свобода вибору форм організації освіти та типів навчальних закладів;
- підготовка фахівців відповідно сучасних стандартів та викликів суспільства.

Від дотримання зазначених принципів та умов умов великою мірою залежать результати навчання, виховання, розвитку, соціалізації дітей з особливими освітніми потребами.

Соціалізація є складовою соціального становлення особистості, процесу, який дає людині можливість усвідомити себе як особистість, як частину суспільства. Соціальне становлення особистості відбувається в процесі освіти, виховання та самовиховання, коли людина спроможна самостійно визначати власні цілі й досягати їх. Це дає їй відчуття власної цінності та впевненість у своєму суспільному статусі. Становлення особистості відбувається шляхом пізнання дитиною навколишнього світу, розуміння вічних цінностей, категорій добра і зла, культурних норм, правил поведінки тощо. У дітей з відхиленнями в розвитку проблеми соціалізації особистості, як правило, проявляються найбільш гостро.

Існуюча традиційна вітчизняна практика організації спеціального навчання, на жаль, виявляє серйозні прогалини в плані соціального становлення, життєвої компетенції, подальшої самореалізації особистості. В сучасних умовах все більше актуалізується необхідність переосмислення існуючих стандартів спеціальної освіти в напрямі співвідношення освітніх досягнень дитини та її життєвої компетенції. Важлива роль в умовах сучасного суспільства покладається на особистісний саморозвиток, формування механізмів самопізнання, свідомої регуляції поведінки, підготовку до реального життя в швидкозмінних соціокультурних умовах. Адже не секрет, що переважна більшість випускників спеціальних закладів освіти психологічно, емоційно, соціально не готова, на жаль, до самостійного життя в суспільстві. Ізольованість, обмежене коло спілкування в умовах інтернату досить часто породжують егоцентризм, настанову на подальше соціальне утриманство.

Не одне покоління педагогів та психологів переконливо довело, що для успішної соціалізації особистості особливо важливим є

дитинство. Саме на цьому віковому етапі закладається фундамент соціалізації, дитина знайомиться з правилами, нормами та зразками поведінки, засвоює мову, основні культурні цінності. За свідченням фахівців, діти, тривалий час ізольовані від суспільства, відчують великі труднощі в опануванні елементів соціо-культурного та мовного середовища. Натомість, ізоляція дорослих людей від суспільства не чинить такого суттєвого впливу на результати соціалізації. Саме тому, в умовах змін соціо-культурних ціннісних орієнтацій сучасного суспільства, процесу соціалізації дітей з особливими потребами має приділятися особлива увага.

Науково доведено, що цілком реально можна прискорити розвиток дитини, процес її дорослішання, але взагалі неможливо прискорити перебіг соціалізації. Найталановитіший педагог неспроможний надати універсальні рецепти правильної поведінки в будь-яких умовах. Бути гарним другом, громадянином, сім'янином, фахівцем, діловим партнером людина вчитиметься все життя, часом припускаючись помилок, набуваючи безцінного власного досвіду соціальної поведінки та взаємин. Але в той же час авторитетний учитель, правильно організовані тренінги та ділові ігри, корисні і цікаві книги допоможуть підростаючій особистості оволодіти культурою суспільства, тонкощами соціальних ролей, сприятимуть її самовдосконаленню.

Як свідчить практика, у сім'ях, де виховуються діти з певними порушеннями, батьки часто припускаються помилок, які гальмують процес соціалізації дитини. Насамперед, вони надмірно опікують свою дитину, дуже неохоче надають їй певну свободу, часто діють авторитарно і директивно. Такі особливості виховання призводять до збільшення розриву між можливостями дитини і виконуваними нею завданнями, посилюють залежність від дорослих і, як наслідок, уповільнюють соціалізацію особистості.

Спеціальний педагог покликаний постійно враховувати не лише загальні закономірності розвитку і соціалізації особистості, а і пам'ятати про унікальність кожної дитини з особливими потребами, своєрідність її емоційних і поведінкових реакцій. Наприклад, зуміти переконати підлітка з особливими потребами, перед яким постає проблема життєвого самовизначення, вибору професії, в тому, що в світі існує багато цікавих, корисних і, головне, доступних для нього професій.

Особливий підхід до кожної особливої дитини важливий як у медичному, так і психолого-педагогічному аспекті. Звісно, дитячий мозок має велику пластичність. Проте говорити про повне відновлення або компенсацію порушених функцій доводиться далеко не завжди. Це залежить від цілого комплексу чинників: вікових та індивідуальних особливостей, генези захворювання, масштабу

ураження тощо. Спеціальні педагоги та психологи мусять пам'ятати, що в певних випадках дефекти залишаються на все життя. І, хоча це й значно ускладнює психічний розвиток дитини, але не завжди впливає на її інтелектуальний рівень та розвиток збережених функцій. Тому педагоги мають індивідуально підходити до процесу навчання та соціалізації таких дітей, враховуючи індивідуальні особливості розвитку. Тому буде педагогічно некоректним, наприклад, переводити таку дитину до допоміжного класу компенсуючого типу лише через погану успішність з окремих предметів, оскільки це може гальмувати її подальший загальний інтелектуальний розвиток. У старших класах спеціальних шкіл таким дітям важливо створити можливість продовження навчання за різними програмами з переважанням певного профілю (гуманітарного, технічного, природничого та ін.). Це сприятиме формуванню у таких дітей адекватної самооцінки, позитивної мотивації та емоційного фону. Адже тривалий неуспіх навіть у дитини з нормальним розвитком призводить до зниження самооцінки, шкільної і соціальної дезадаптації, розвитку негативних якостей особистості.

Процес психолого-педагогічного супроводу таких дітей теж має свої особливості. Спеціальний педагог повинен бути добре обізнаним не лише стосовно особливостей діагнозу дитини, а і його нейропсихологічних аспектів. Насамперед, розуміти внутріпівкульну локалізацію ділянок мозку та усвідомлювати, до порушення яких психічних функцій може призвести їхня функціональна недостатність. Так, наприклад, у дитини-правші при лівопівкульній недостатності задньолобних і тім'яних областей, порушення не має такого серйозного характеру, як при правопівкульному розташуванні дефекті. Такі діти краще малюють за зразком, ніж за словесним завданням. Коли ж подібне порушення виявляється при правопівкульному дефекті, діти, навпаки, часто не можуть скопіювати зразок, припускаються помилок у просторовій орієнтації.

При труднощах в оволодінні дитиною навичками читання або письма, знання педагогом локалізації її ураження виступає важливим фактором для відбору найбільш ефективних корекційних прийомів. У випадку, коли, наприклад, спостерігаються ускладнення аналізу та синтезу або порушення слухо-мовної пам'яті, головний акцент у прийомах навчання читання та письма робиться на збережену зорову пам'ять і роботу правої півкулі. Правопівкульна тактика інтелектуальної діяльності передбачає сприйняття стимулів цілком, не розкладаючи, наприклад, слова на окремі склади, а запам'ятовувуючи його написання повністю. Для дитини з правопівкульним дефектом більш успішними при навчанні читання та письма будуть прийоми лівопівкульної тактики, наприклад, аналіз окремих букв у складі, складів у слові тощо.

Методи і прийоми навчання дітей з порушеннями внаслідок органічної патології головного мозку об'єднує нова педагогічна галузь – нейропедагогіка. Добре, якщо педагоги не лише спеціальних, але і загальноосвітніх шкіл будуть володіти хоча б основними її аспектами. Адже досить часто діти з незначними порушеннями опиняються в групі «невстигаючих», хоча елементарне використання нескладних прийомів нейропедагогіки могло б суттєво допомогти вчителю, а головне, дитині.

Очевидно, що навчання та соціалізація дітей з нормальним і проблемним розвитком стандартними педагогічними методами, з використанням єдиних критеріїв оцінювання призводить до появи значних труднощів у дітей та педагогів і позначається, насамперед, на успішності навчання і виховання. Звичайно, особливості організації спеціального навчання передбачають розробку і використання індивідуальних планів та програм. Але, якщо це неможливо, наприклад, в умовах масової школи або при невстановленому остаточно діагнозі дитини, важливо використовувати, принаймні, індивідуальний підхід при роботі з нею, який буде враховувати особливості дитини і її можливості у навчанні.

В умовах модернізації вітчизняної системи освіти актуалізується питання щодо переосмислення ролі спеціального навчання у соціалізації учнів з особливими потребами, їх підготовці до самостійного життя. З огляду на це змінюються пріоритетні цілі та завдання навчання і виховання дітей з проблемами розвитку, здійснюється пошук ефективних методів та технологій реалізації змісту спеціальної освіти з урахуванням сучасних вимог та викликів сьогодення.

Зміст спеціальної освіти реалізується у навчальному, виховному, розвивальному та корекційному напрямах, які створюють умови для набуття особами з особливими потребами необхідного соціокультурного досвіду, практики життя в соціумі. Позитивною тенденцією сьогодення є пошук інноваційних підходів до навчання дітей з проблемами розвитку, зумовлений поширенням ідей гуманізації та демократизації освіти.

У розгортанні змісту спеціального навчання пріоритетними визначаються нині діяльнісний підхід та ідея неперервності навчання. Це створює умови для поступового засвоєння дітьми моральних норм, культури спілкування, соціально значущого досвіду поведінки, трудових навичок. Найбільш актуальні проблеми соціальної адаптації та реабілітації вирішуються шляхом залучення учнів до доступних видів побутової, індивідуальної та суспільно значущої діяльності.

Центральним питанням виховного процесу в усі часи у всіх культурах було і залишається формування особистості. Змінюються лише пріоритетні цілі та завдання, втілюючись у питанні: «Яку саме

особистість прагне виховати те чи інше суспільство?» Сучасне розуміння особистості трактується як сукупність всіх суспільних відносин у сутності людини. Особистість водночас є і продуктом соціальних відносин, і їх виразником. Вітчизняні науковці однак не в тому, що провідною спрямованістю особистості людини виступають мотиви і цілі її діяльності. А. Леонтьєв, наприклад, зауважував, що структура особистості – це відносно стійка конфігурація головних мотиваційних ліній. Виходячи з цього, у будові особистості він виділяє 3 параметри: широту зв'язків людини і світу, ступінь їх ієрархізованості та загальну структуру [85]. Подібних поглядів дотримується Л. Божович, зазначаючи, що спрямованість мотивів, яка складає центральне ядро особистості, не є вродженою, а формується в процесі життєдіяльності дитини [8]. А Б. Зейгарник наголошує на тому, що особистість не є простою проекцією умов життєдіяльності, вона створює їх сама [50]. Дійсно, суспільство творить особистість, але цей процес не лінійний, він опосередкований і детермінований діяльністю самої людини. Це – загально психологічний підхід до формування особистості з нормальним розвитком.

В умовах аномального розвитку проблема формування особистості набуває специфічних рис. Насамперед, вона вимагає врахування соціальної ситуації розвитку особистості, яку свого часу Л. Виготський визначав як особливе поєднання внутрішніх процесів розвитку і зовнішніх умов, типове для кожного вікового етапу, яке визначає динаміку психічного розвитку та новоутворення на кожному етапі [154].

Намагаючись пояснити складну взаємодію біологічного і соціального факторів у розвитку аномальної дитини, А. Литвак визначає 3 основних варіанти: 1) коли у розвитку особистості провідними є соціальні фактори (погляди, переконання, риси характеру тощо), відносно незалежні від біологічних та аномальних; 2) коли дія соціальних факторів опосередкована біологічними і аномальними факторами, що позначається на ставленні аномальної дитини до навколишньої дійсності, впливає на повноту психічної діяльності, не змінюючи, однак, її основного змісту (інтересів, пізнавальних особливостей тощо); 3) коли властивості особистості, особливо на початкових етапах розвитку, безпосередньо залежать від глибини і часу виникнення патології (пізнавальна активність, перцептивні потреби тощо) [88].

З огляду на вищезазначене, більшість науковців одним із найважливіших завдань спеціальної педагогіки та психології вважають виявлення ступеня і характеру впливу первинного дефекту на формування окремих компонентів особистості дитини. І це завдання набагато ширше дефектологічних аспектів. Як зазначає, наприклад, Г. Ковальов, найважливішою психолого-педагогічною

проблемою взагалі є дослідження ефективності різних методів впливу на особистість у навчально-виховному процесі залежно від етапів розвитку особистості учня та його індивідуальних особливостей [64].

Актуальною проблемою сучасної спеціальної педагогіки в Україні і світі є рання діагностика і рання педагогічна допомога. На сучасному етапі у багатьох країнах світу розроблені й успішно використовуються програми ранньої діагностики та ранньої педагогічної допомоги дітям з відхиленнями у розвитку. Вагомим теоретичним підґрунтям для їх розробки та створення відповідного методичного забезпечення стали положення теорії Л. Виготського про зони актуального і найближчого розвитку дитини, про профілактику вторинних дефектів, тобто так званого «соціального вивиху».

У сучасній світовій практиці широко відомими програмами ранньої допомоги визнані: Коннектикутський тест «Обстеження розвитку новонароджених і дітей до 3-х років», Каролінський навчальний план для дітей від народження до 5-ти років, Мюнхенська функціональна діагностика, Гавайський профіль раннього навчання, програма ранньої діагностики розвитку «Тандем» (Голландія), програма ранньої педагогічної допомоги дітям з вадами розвитку «Маккуері» (Австралія) [98].

Існуюча в нашій країні мережа спеціальних закладів забезпечена певною мірою основними методиками та навчально-методичними матеріалами, розробленими відповідно до сучасних вимог, хоча іноді і їх буває недостатньо. Проте, зауважимо, що все-таки основним фактором виховання дитини з проблемами розвитку є не обладнання спеціальних шкіл, а послідовна і адекватна можливостям дитини система її включення в соціум, забезпечення компенсації порушень шляхом активізації діяльності збережених аналізаторів. Л. Виготський, нагадаємо, неодноразово наголошував на тому, що «дитяча дефективність» – не стільки біологічна проблема, скільки соціальна, пов'язана з соціальними наслідками біологічних факторів [89].

Важлива роль у розв'язанні проблем спеціального навчання і виховання покладається на педагога, до складових професійної компетенції якого входить організація та забезпечення якості корекційно-виховного процесу. Педагог-вихователь, зокрема, здійснює контроль за виконанням медично-педагогічних заходів; несе відповідальність за дотримання режиму дня, рухового та ортопедичного режимів, проведення фізкультурно-оздоровчих заходів. У позаурочний час він організовує так звані години розвитку, тобто додаткові заняття з корекції розумового і психо-фізичного розвитку вихованців. Вихователь також координує та контролює ведення різними фахівцями спеціальної документації стосовно корекційної роботи з учнями: корекційних карт, листків здоров'я,

щоденників педагогічних спостережень, зошитів зв'язку вчителя і вихователя та ін.

Система спеціального навчання і виховання тісно пов'язана з корекційною складовою. Тому паралельно у формі індивідуальних і групових занять з логопедами, психологами, лікарями, ведеться робота з корекції та відновлення порушених функцій. Комплексна діагностика, психолого-педагогічне вивчення учнів, яке здійснює команда різних фахівців, дозволяє уточнити діагноз дитини та визначити найбільш ефективні шляхи для її навчання, виховання та корекції.

У комплексі завдань індивідуально-корекційного розвитку особливої дитини старшого підліткового віку виокремлюють два головні аспекти: подальший максимальний індивідуальний розвиток дитини з урахуванням її можливостей і підготовка дитини до самореалізації у соціо-культурному середовищі, цілеспрямована її профорієнтація. Другий аспект виступає як першочерговий, оскільки вмотивований та обгрунтований вибір професії здатний великою мірою забезпечити самореалізацію людини з особливими потребами в соціумі.

При розв'язанні завдань професійної орієнтації молоді з вадами розвитку увага передусім зосереджується на таких аспектах: комплексній діагностиці індивідуальних можливостей людини в оволодінні певними видами професійної діяльності, відповідно клініко-функціональних і психологічних параметрів її розвитку; розвитку комплексу якостей, універсальних умінь та навичок, необхідних для професійної самореалізації; формуванні професійно-орієнтованих інтересів.

1.6 Форми і методи реалізації спеціального навчання

Навчання дітей і дорослих з особливими освітніми потребами починалося як *індивідуальне*. Історія спеціальної освіти наводить численні приклади спроб індивідуального навчання глухих і сліпих дітей, переважно в домашніх умовах або в монастирях. Індивідуальним було переважно ремісниче і художнє навчання.

У сучасній спеціальній педагогіці ***індивідуальна форма*** організації навчання застосовується в деяких випадках. Коли дитина, що навчається, має важкі і множинні порушення в розвитку, у навчанні і вихованні рекомендований саме індивідуальний підхід, тому що людина не здатна до роботи в умовах групи і колективу. У зв'язку з особливостями її пізнавальної діяльності навчання такої дитини потребує безперервної індивідуальної психолого-педагогічної підтримки і покрокового контролю, багаторазовості повторення, а її

сенсорні і моторні системи відчують значні утруднення у взаємодії з навколишнім світом.

Таким чином організується навчання дітей з важкими формами розумової відсталості і супутніх порушень, сліпоглухих дітей на початкових стадіях їхнього навчання; коли у відповідності зі специфікою освітнього процесу, особливостями відхилень у розвитку, віковими особливостями (ранній вік) дитина має потребу в індивідуальній психолого-педагогічній, логопедичній й іншій корекційній допомозі, що може доповнювати фронтальні заняття. Тут враховуються усі тонкощі і глибока своєрідність розвитку порушених функцій, систем, рівень індивідуальних досягнень і можливості просування конкретної дитини.

Так, для дітей з порушеним слухом проводяться індивідуальні заняття з формування і розвитку в них вимови, розвитку залишкового слуху. Мовленнєві порушення в різних категорій дітей коригуються переважно на індивідуальних заняттях. У ряді випадків психологічна допомога, психокорекційна і психотерапевтична допомога надаються також в умовах індивідуальної роботи. Тривалість індивідуальних занять звичайно близько 20–30 хвилин.

Індивідуально-групова форма організації навчання у спеціальній освіті використовується як продовження індивідуальної, коли досягнутий деякий корекційно-педагогічний ефект на індивідуальних заняттях. Наприклад, *корекційні заняття* (розвиток мовлення, навичок самообслуговування, орієнтування в просторі й ін.), особливо в умовах інтегрованою навчання, передбачають можливість роботи з дітьми *в малих групах*. На більш пізніх етапах навчання, за умов досягнення певного корекційно-педагогічного ефекту, індивідуально-групова форма організації навчання застосовується в роботі з дітьми, що мають комбіновані порушення, важкі форми розумової відсталості.

Класно-урочна система. Урок є однією з основних форм організації навчального процесу. Урок, як і в загальноосвітній масовій школі, дозволяє організувати не тільки навчально-пізнавальну, але й інші види розвивальної діяльності дітей. Урок створює можливість для поєднання фронтальної, групової й в меншому ступені індивідуальної роботи школярів.

Його *відмінність від інших організаційних форм* навчальної роботи полягає у наступному:

- склад групи учнів постійний (хоча в умовах інтегрованого навчання можливо тимчасове об'єднання учнів у робочі групи за ознакою подібності рівня розвитку, темпів навчальної діяльності, характеру порушення в розвитку, характеру уроку, сталість складу

груп при цьому порушується: за одними ознаками діти працюють в одній групі, за іншими - об'єднуються в іншій групі);

- діяльністю всіх учнів з урахуванням можливостей і особливостей кожного з них керує вчитель;

- учні опановують знання безпосередньо на уроці.

У той же час у спеціальній освіті існує система пропедевтичної роботи, завдяки якій підготовка до освоєння яких-небудь нових знань на тому або іншому уроці готується педагогом заздалегідь, через систему підготовчих вправ, включених до структури інших уроків, індивідуальних занять, додаткових форм організації навчання.

У більшості випадків, особливо на початкових етапах навчання, уроки в спеціальній школі будуються за змішаному або комбінованим типом. Це пояснюється тим, що:

- молодші школярі з відхиленнями в розвитку не можуть засвоювати новий матеріал великими порціями;

- поясненню нового матеріалу передують підготовчо-пропедевтична робота, спрямована на актуалізацію відповідних знань і досвіду учнів або формування такого досвіду;

- кожна порція нового матеріалу потребує негайного його закріплення в діяльнісних, практичних формах вправ;

- на всіх етапах уроку необхідний покроковий, часто індивідуальний контроль засвоєння матеріалу, виявлення виникаючих освітніх утруднень.

У середніх і старших класах уроки *набувають класичних ознак*.

Уроки в спеціальній школі характеризуються широким використанням *групових* форм роботи. Це робота парами, бригадами. В основному це *диференційовано-групові* форми роботи, коли діти об'єднуються в групи в залежності від їхніх пізнавальних можливостей, темпів навчальної діяльності, завдань корекційно-освітнього процесу, а також *бригадні*, коли діти працюють (за власним бажанням або за вказівкою педагога) у тимчасових групах з метою виконання певного навчального завдання. Такі форми роботи використовуються на спеціальних (корекційних) уроках, наприклад, на уроках предметно-практичного навчання.

Групові форми роботи сприяють активізації діяльності дітей, більш повному залученню їх до навчального процесу, практичному засвоєнню умінь колективної діяльності і навичок соціальної поведінки, активізації мовленнєвої, розумової і комунікативної діяльності в умовах природної, ситуаційної мотивації спілкування, пізнання, міжособистісної взаємодії. Робота парами, бригадами дозволяє здійснювати взаємонавчання дітей, розвиває самостійність, ініціативність, відповідальність, почуття товариства, партнерства, готовності до взаємодопомоги.

Індивідуалізована форма роботи на уроці використовується у навчанні тих учнів, що значно відрізняються за своїми пізнавальними можливостями, темпами і обсягом пізнавальної діяльності від інших дітей.

До числа додаткових форм організації педагогічного процесу в закладах спеціальної освіти відносяться *екскурсії, додаткові заняття, позакласні форми педагогічної роботи (наприклад, позакласне читання, самопідготовка в спеціальній школі-інтернаті)*.

До числа допоміжних форм організації педагогічного процесу в спеціальній школі-інтернаті відносяться проведення *факультативів, гурткової та клубної роботи (олімпіади, змагання, огляди, конкурси, вікторини, тематичні вечори, походи і експедиції)*.

Як основні, так і допоміжні і додаткові форми організації навчального процесу в спеціальних школах-інтернатах будуються з врахуванням особливих освітніх потреб учнів, їхніх можливостей участі в різних організаційних формах навчальної і виховної роботи.

Учитель визначає конкретні освітні, виховні та корекційні завдання уроку. Освітні завдання визначаються відповідно до програми навчання.

Виховні завдання уроку істотно впливають на організацію і методи навчальної роботи. Наприклад, виховання самостійності та пізнавальної активності як якостей особистості вимагає більше уваги приділяти вправам і *різним видам самостійної роботи* (природно, з врахуванням особливостей контингенту учнів даного класу).

Корекційно-розвиваючі завдання припускають роботу з розвитку та корекції як немовних процесів, так і мови.

На кожному уроці необхідно враховувати *особистий досвід учнів*, оскільки учням легше, цікавіше, доступніше вивчати матеріал, якщо він пов'язаний з особистими враженнями.

При організації уроку враховується індивідуальний темп роботи кожного учня, особливості його пізнавальної діяльності, пам'яті, моторики і т. д., Що допомагає домогтися оптимального поєднання колективної, групової та індивідуальної форм роботи на уроці.

Всякий урок вимагає від учителя *контролю* за навчальною діяльністю учнів, який дозволяє йому визначити характер розуміння і засвоєння дітьми навчального матеріалу, рівень сформованості умінь і навичок. *Аналіз* процесу навчання допомагає вчителю вводити необхідні корективи з метою розвитку позитивних і зниження негативних моментів уроку.

Урок є основною формою організації навчальної та корекційно-виховної роботи як в масовій загальноосвітній школі, так і в спеціальній школі. Проте в спеціальній школі урок має свою **специфіку**, зумовлену особливостями пізнавальної діяльності учнів і завданнями корекційно-виховної роботи школи, а саме:

1. На уроках у спеціальній школі, крім загальноосвітніх та виховних завдань, однакових з масовою школою, розв'язуються інші завдання, властиві тільки спеціальному закладу освіти: *відбувається компенсація й корекція вад розвитку дітей*. Тільки завдяки цьому стає можливим загальний розвиток особистості дитини з порушенням інтелекту і формування в неї духовних і фізичних якостей.

2. У зв'язку з труднощами в роботі з розумово відсталими дітьми, а також з наявністю великої нерівномірності в розвитку пізнавальних сил і здібностей кожного школяра, *кількість учнів у класах спеціальної школи набагато менша, ніж у масовій*. Вона *не повинна перевищувати 12 осіб*. При такій наповнюваності класу вчитель може приділяти максимум уваги кожному учневі, здійснювати індивідуальний підхід без серйозних порушень фронтальної організації праці.

3. Класи у спеціальному закладі комплектують з урахуванням не тільки віку, а й ступеня розвитку інтелекту дитини. До навчання залучають дітей лише з легкими формами розумової відсталості. Через те в одному і тому класі *можуть навчатися учні різного віку*. *Різниця у віці може становити до двох років*.

4. Враховуючи низьку продуктивність пізнавальної діяльності учнів, на кожен урок визначають *значно менший обсяг матеріалу* порівняно з масовою школою. Крім того, цей матеріал спеціально опрацьовують, щоб він був доступний для учнів з вадами розумового розвитку.

5. Певні особливості є і в доборі форм і методів навчальної роботи: *широко практикуються повторення вивченого, ігрові моменти; навчання здебільшого відбувається на практичній основі*: складні системи знань подаються в розчленованому вигляді, відповідно і діяльність учнів також набуває розчленованого характеру, особливо на початкових етапах навчання.

6. В організації учнів особливо *велику роль відіграють безпосереднє керівництво і пряма допомога вчителя*, а у молодших класах це зводиться до патрунування кожної дії учнів.

У спеціальній школі урок включається в систему захисно-педагогічного режиму. На ньому створюються найсприятливіші умови для захисту ослабленої нервової системи і психіки дитини від надмірних подразнень, різких змін в умовах перевтоми, появи астеничних емоцій тощо. Урок регламентований навчальною програмою і шкільним розкладом.

Крім уроку застосовують й інші форми організації навчальної роботи: *екскурсії, практичні і лабораторні роботи, домашню самотійну роботу, виробничу практику* тощо. Вони доповнюють і удосконалюють класно-урочну систему.

Існують також **специфічні форми позакласної навчально-корекційної роботи** (логопедичні заняття, ЛФК, ритміка, соціально-побутова орієнтація, предметні гуртки).

Сучасні вимоги до уроку наступні:

- реалізація в комплексі освітньої, корекційно-розвивальної, виховної функції навчання;
- відповідність уроку принципам навчання;
- організаційна чіткість уроку;
- оптимізація навчально-виховного процесу;
- інтенсифікація навчально-виховного процесу;
- відповідність змісту уроку навчальним програмам;
- здійснення міжпредметних і внутрішньопредметних зв'язків;
- підвищення самостійності учнів.

Важливим етапом підготовки вчителя спеціальної школи до уроку є правильне комплексне планування **мети і завдань** уроку.

Мета – більш загальне поняття, ніж завдання. Як правило, мета передбачає послідовне розв'язання конкретних завдань під час уроків. Загальна мета зумовлює необхідність комплексного планування конкретних завдань кожного уроку, яке включає чітке визначення навчального (освітнього), виховного та корекційного завдань. Правильне проектування цих завдань оптимізує навчально-виховний і корекційний процеси, тобто забезпечує якість і ефективність проведення уроків, зумовлює цілеспрямованість добору необхідного змісту, форм, методів і засобів навчання, виховання, корекції й розвитку учнів.

Взаємозв'язок і єдність завдань – важлива умова успішного проведення уроку.

Основою комплексного планування завдань уроку в спеціальній школі є їх спрямованість на всебічний розвиток особистості учнів з урахуванням їх типологічних та індивідуальних психофізичних особливостей і пізнавальних можливостей.

Навчальне (загальноосвітнє) завдання уроку має бути спрямоване на розв'язання такого кола загальноосвітніх завдань, реалізація яких забезпечить формування в учнів системи практичних і наукових знань, умінь і навичок, зокрема: засвоєння (вивчення, повторення, закріплення, систематизація та узагальнення) основних понять, законів, теорій, правил, наукових фактів; формування (вироблення, закріплення ...) умінь і навичок. На кожен урок учитель добирає конкретне завдання, яке може бути реалізоване тільки на матеріалі даного уроку (його змісту, завдань, вправ, видів робіт, наочних засобів тощо).

Виховне завдання уроку спрямоване на формування в учнів наукового погляду на матеріальний світ, забезпечення морального,

трудового, естетичного, духовного, патріотичного та фізичного виховання.

Вчитель повинен вміло визначати ті виховні завдання, які більш успішно можуть бути розв'язані при вивченні конкретного матеріалу з кожного предмета (конкретної граматичної теми, художнього твору, математичного матеріалу чи трудового процесу).

Цілий ряд виховних завдань носить загальнонавчальний характер і вирішується систематично на кожному уроці. До таких завдань відносять формування в учнів загальнонавчальних навичок і вмінь: самостійності, організованості, дисциплінованості, відповідальності, охайності, навичок культури поведінки, навчальної діяльності тощо. Ці завдання не обов'язково плануються на кожен урок, проте розв'язуються систематично.

Корекційно-розвивальне завдання уроку має на меті виправлення та розвиток в учнів інтелектуальної, емоційно-вольової, мотиваційної, рухової сфери особистості, пізнавальних інтересів, навчальних здібностей. На одному уроці неможливо коригувати відразу всі сфери особистості дитини, тому залежно від типу, структури, змісту уроку визначається його конкретна корекційна мета – навчити, наприклад, узагальнювати виявлені закономірності, зробити самостійний висновок з прочитаного, побаченого тощо. Матеріал іншого уроку найбільш ефективно сприятиме розвитку в учнів наполегливості, подолання труднощів у навчанні, тобто розв'язання завдань корекції у дітей вольової сфери.

Структура уроку (або його побудова) – цілісна система певним способом поєднаних і організаційно впорядкованих та узгоджених між собою дій учителя й учнів, спрямованих на розв'язання завдань уроку. Загальними елементами уроків є: *організація початку уроку, перевірка засвоєння раніше вивченого матеріалу, повідомлення учням мети і завдань уроку, пояснення нового матеріалу, його закріплення, повторення, підбиття підсумків уроку, повідомлення домашнього завдання і підготовка дітей до самостійної роботи над ним.*

Урок для учнів з вадами розумового розвитку має бути побудований таким чином, щоб кожен його структурний компонент сприяв досягненню не лише освітніх, а й корекційних цілей, забезпечував рівновагу між максимально можливою активністю і оптимальним рівнем витрат психофізіологічної енергії учнів.

Характер структури уроку визначається багатьма **факторами**. Головними з них є:

- мета і завдання уроку;
- рівень розвитку в учнів пізнавальних можливостей і здібностей;
- сформованість в учнів прийомів організації своїх пізнавальних дій, поведінки і регуляції ними;

- розумова працездатність учнів;
- логіка розгортання педагогічного процесу.

Кожен урок повинен бути нерозривно пов'язаний з попереднім, оскільки готує школярів до вивчення наступного матеріалу.

На уроці розв'язуються не тільки завдання неперервного просування у вивченні питань програми даного предмета, а й встановлюються зв'язки з іншими предметами. Наприклад, на уроках рідної мови складаються речення, оповідання, пишуться диктанти на теми, пов'язані з історичними подіями, географічними явищами та ін.

Аналогічним чином забезпечується комплексність корекційної роботи. Адже при виконанні завдань з математики, мови, природознавства задіюються ті ж самі операції мислення, мовлення, пам'яті, використовуються ті ж самі властивості уваги. Наприклад, формування умінь аналізувати умову задачі сприяє розвитку аналізу як такого (як операції мислення). Проте дитина з вадами інтелектуального розвитку не може самостійно перенести вміння аналізувати з уроку математики на уроки української мови. Завдання педагога – показати учню узагальнений спосіб аналітичної діяльності й продемонструвати особливості його використання під час вивчення різних предметів. Отже, **корекційна робота повинна бути наскрізною, що означає спільність прийомів корекції незалежно від навчального предмета, а також необхідність закріплення і перенесення досягнень у пізнавальній діяльності з одних предметів на інші.**

В учнів спеціальної школи знижені пізнавальні можливості, порівняно з нормальними дітьми в них ослаблена довільна регуляція дій і здатність докладати зусилля, є значні порушення процесів працездатності. Усе це зумовлює особливу логіку побудови навчального процесу на уроці. Тут важливого значення набуває індивідуалізація навчання та організація і стимуляція пізнавальної діяльності учнів.

Урок у спеціальній школі складається з таких етапів: **загальнокорекційного; основного; заключного.**

Орієнтовна структура уроку включає наступні етапи:

I. Загальнокорекційний етап

1. Організаційна підготовка учнів до праці (привітання тощо).
2. Психологічна підготовка учнів до уроку (активізація уваги, сприймання, мислення).

II. Основний етап

1. Повідомлення теми, мети і завдань уроку.
2. Підготовча (пропедевтична) частина (підготовка до сприйняття нового матеріалу, актуалізація знань, встановлення зв'язків між попереднім та новим).

3. Формуюча частина (зміст її безпосередньо залежить від типу уроку, тому складовими формуючої частини можуть виступати всі нижченазвані компоненти, декілька або один із них:

- ознайомлення з новими знаннями, уміннями та навичками;
- уточнення та доповнення матеріалу, корекція неправильно сформованих знань;
- систематизація і узагальнення знань;
- застосування знань у практичній діяльності;
- перевірка знань, умінь і навичок.

III. Заключний етап

1. Підбиття підсумків і оцінювання.
2. Пояснення домашнього завдання.
3. Релаксація.
4. Приведення у порядок робочих місць.
5. Створення установки на відпочинок.

Зупинимось на характеристиці орієнтовної структури уроку та її корекційній спрямованості.

У зв'язку з інертністю нервових процесів у дітей з вадами розумового розвитку на початку уроку вони досить довго перебувають під впливом вражень і форм поведінки, які мали місце до уроку. Одні з них продовжують залишатись у стані збудженості, інші – перебувають у полоні розумової інертності. Учні тривалий час посправжньому не включаються в навчальний процес, саме «втягування» триває занадто довго.

Для попередження і усунення такої негативної післядії та прискорення адаптації учнів до розумової праці на початку уроку запроваджується загальнокорекційний етап. Його мета – ослабити й зняти попередні враження й збудження в учнів, що заважають їм нормально включитись у працю; активізувати нервово-психічні процеси, вивести окремих учнів із стану загальмованості, якщо він перед цим виник; підготувати учнів до подальшої праці на уроці. Усе це сприяє створенню оптимального збудження центральної нервової системи учня, що є необхідною передумовою успішного навчання. Психологічна підготовка є одним із типових корекційних засобів. Проводиться вона на початку уроку. На початку уроку важливо, щоб учитель зробив паузу: в класі повинна встановитись хвилина мовчання. Це не звичайний психологічний момент, а спосіб корекції: хвилина мовчання дає можливість учням заспокоїтись від нервового збудження і зосередити увагу на вчителів. В цей час ніяких приготувань, ніяких зауважень учитель не повинен робити. Психологічна підготовка триває 5–7 хвилин, що дає можливість максимально вплинути на організм і психіку дітей.

Між змістом вправ для психологічної підготовки та змістом основної частини уроку існує тісний зв'язок: для підготовчої частини

добирають такі види діяльності, які за характером подібні до тих, що застосовуються в основній частині уроку.

Після загальнокорекційної частини на початку основної слід організаційно підготувати учнів до праці в основній частині уроку. За умов правильної організації уроку в масовій школі всі організаційні питання не стають окремим об'єктом уваги педагога й учнів. Учні з нормальним інтелектом виконують їх за виробленою навичкою, розв'язують їх мимохідь, у комплексі.

У спеціальній школі, особливо в молодших класах, навпаки, кожен організаційний момент висуває окреме завдання. Проводячи роботу з усім класом, учитель змушений водночас керувати діями майже кожного учня. Крім організації робочого місця учнів, слід передбачити також створення позитивного ставлення до праці, пробудження інтересу до того, що вивчатиметься. Забезпечення високого рівня мотивації до засвоєння знань на уроці гарантує пізнавальну активність, включеність учнів у процес пізнання, створює необхідні умови для свідомого вивчення матеріалу і психічного розвитку. Для цього вчителю доцільно використовувати такі прийоми: актуалізація досвіду та інтересів учнів, пов'язаних з темою уроку; моделювання проблемних ситуацій тощо.

На кожному уроці вчитель ставить певну мету, досягнення її значною мірою залежить від того, наскільки вона усвідомлена та прийнята учнями.

В **основній частині уроку** реалізують його завдання, які залежать від типу уроку. Це може бути: ознайомлення учнів з новим програмним матеріалом; поглиблене вивчення його; корекція неправильно сформованих уявлень і понять; систематизація і узагальнення вивченого раніше; застосування знань і вмінь; повторення вивченого матеріалу; перевірка знань, умінь і навичок. Проте не можна відразу переходити до подачі нових знань, до пояснення нових способів дій. Цьому має передувати відповідна підготовча (пропедевтична) робота. Це пов'язано з тим, що в учнів з вадами розумового розвитку немає основи, спираючись на яку діти з нормальним інтелектом успішно, за незначною допомогою педагога, переходять до сприймання нових знань. Усе це і потребує введення спеціального пропедевтичного етапу перед засвоєнням нових знань. Його мета – відновити, актуалізувати набуті вже знання й способи дій, встановити зв'язки між попереднім і новим матеріалом, ввести учнів в коло понять та ідей, що є основою для кращого сприймання нового.

Найпоширенішими **формами проведення пропедевтичного етапу** є такі:

1. Перевірка домашніх завдань, що безпосередньо підводить учнів до сприймання нового і забезпечує наступність у переході між

вивченим до нового або від однієї частини до другої, від знань до практики.

2. Вступна бесіда, що вводить у коло уявлень, необхідних для успішного сприймання нового. Частіше вступна бесіда проводиться перед виконанням практичних робіт а малювання, ручної праці, перед проведенням екскурсії та ін.

3. Розповідь вчителя, що підводить учнів до розуміння нового матеріалу.

4. Повторення попереднього матеріалу, що встановлює систему зв'язків з новим матеріалом.

5. Спостереження за явищами природи, за життєвими ситуаціями, слухання музики, розглядання картин та ін., на основі яких в учнів утворюються нові або повніше відтворюються старі зв'язки, необхідні для усвідомленого сприймання нового, а також поглиблення раніше вивченого матеріалу.

Наступним етапом основної частини уроку є **формуючий**. Його завданням є не лише засвоєння нових знань, умінь і навичок, а й корекція вад психічного розвитку. Тому, добираючи прийоми та засоби подачі нового матеріалу, вчитель повинен опікуватись тим, щоб вони сприяли і психічному розвитку. Ту ж саму інформацію можна подавати у готовому вигляді - тоді учням залишається лише запам'ятати її; можна створити умови, в яких діти з допомогою педагога здобувають її і, завдяки цьому, піднімаються на вищий щабель пізнавального розвитку.

Отже, на даному етапі уроку учні вперше ознайомлюються з новими знаннями або поповнюють раніше засвоєні факти новими відомостями, яких раніше не сприйняли.

Для учнів з вадами розумового розвитку, особливо в початкових класах, новий матеріал на кожному уроці подається в малому обсязі, інакше вони неспроможні будуть його засвоїти. *Етап першого ознайомлення учнів з новим матеріалом може тривати 5-10 хвилин.* Хоч би як чітко учням не пояснювали новий матеріал, вони повністю і цілком свідомо не можуть засвоїти його відразу. Це зумовлено особливостями їхньої пізнавальної діяльності, перш за все - вадами сприймання. Тому після пояснення навчального матеріалу вчитель повинен повторно звертатись до щойно викладеного у різних формах з включенням в сферу сприймання нових об'єктів, домагаючись повного усвідомлення матеріалу і закріплення в пам'яті основних фактів. На цьому етапі здійснюється уточнення, поглиблення, систематизація й узагальнення вивченого матеріалу, а також виконуються вправи для застосування знань. Для забезпечення усвідомленості й міцності знань та корекційного ефекту уроку необхідно проводити учнів через усі етапи формування розумових дій, починаючи зі спільного виконання завдань у практичному плані й

завершуючи переходом до оперування поняттями. Закономірності формування розумових дій є спільними для дітей з нормальним та недорозвиненим інтелектом. При інтелектуальній недостатності узагальнені розумові дії не формуються, тому засвоєння нового матеріалу, незалежно від віку, потребує суворого дотримання поетапності. Удосконалення дій на кожному етапі часто потребує не одного, а декількох уроків.

Необхідно також враховувати, що *найпродуктивнішим для учнів часом на уроці є період від 7–8 до 20-ї хвилини уроку*, а після цього спостерігається загальне зниження працездатності. Правильне чергування різних видів навчальної діяльності значною мірою запобігає швидкій втомі та зниженню працездатності учнів, забезпечує підтримання оптимального рівня протягом усієї основної частини уроку.

Кожен урок потребує організованого завершення. Тому наявність у структурі уроку як складової **заключної частини** зумовлюється самою природою уроку. Основними завданнями цієї частини є:

1) підбиття підсумків роботи на уроці й оцінка старанності учнів – вчитель має переконатись у тому, що учні усвідомили матеріал уроку і свої досягнення;

2) пояснення учням домашнього завдання (його обсягу, способів і послідовності виконання), настанови щодо самостійної роботи, спрямованої на поглиблення і закріплення знань, здобутих на уроці, та на застосування їх на практиці;

3) заспокоєння учнів, які на уроці перебували у напруженні (виконували фізкультурні вправи, працювали фізично тощо);

4) приведення до порядку робочих місць, знарядь, інструментів, письмового приладдя тощо;

5) створення установки на відпочинок. В кінці уроку необхідно залучати учнів до спільної роботи, яка діє на них заспокійливо, знімає в одних учнів нервово-психічне збудження, а інших виводить із стану гальмування, що виникає внаслідок перевтоми.

Вирішальною умовою, що забезпечує оптимальну побудову уроку для дітей з вадами розумового розвитку, залишається всебічне вивчення особистості учнів і колективу класу з метою визначення типологічних та індивідуальних особливостей, досягнення з допомогою спеціальних заходів успішного навчання і розвитку кожної дитини. Принцип індивідуального та диференційованого підходу є найважливішим принципом спеціального навчання і запорукою його оптимізації.

Виробляючи систему заходів **індивідуальної допомоги** учням, вчитель повинен надати кожному спеціальну допомогу, спрямовану на ліквідацію конкретних прогалин у знаннях, на формування

навчальних умінь, розвиток корекції когнитивної сфери. Якщо спробувати узагальнити всі відомі види, варіанти, способи, прийоми та напрямки цієї допомоги, яку можуть використати вчителі, то їх можна звести до наступних:

- вказати правила, тип задачі тощо, на що спирається дана вправа, завдання;
- доповнити завдання конкретним малюнком, схемою, планом виконання;
- записати умову у вигляді таблиці, умовних позначень тощо;
- вказати алгоритм розв'язання, виконання вправи;
- вказати чи навіть навести аналогічну задачу, розв'язану раніше;
- пояснити хід виконання даного завдання;
- запропонувати виконати допоміжне завдання, яке наводить на розв'язання основного питання, задачі;
- навести на пошук рішення з допомогою асоціації;
- розчленити складне завдання на ряд елементарних, тобто знизити його складність; поставити допоміжні питання; повторити інструкцію, новий матеріал;
- багаторазово повторити спосіб виконання завдання або дії, прочитати інструкцію, умову задачі тощо;
- змінити умови роботи на уроці (викликати до дошки, міркувати вголос та ін.);
- переключити учнів на практичну діяльність з предметами, на інші завдання, які підтримують інтерес до завдання і підкріплюють віру в свої сили;
- поєднувати при виконанні завдання дії за наочним зразком зі словесною інструкцією;
- зменшити обсяг завдання (проте не складність його виконання);
- попередити про можливі помилки в діях учнів;
- висловити схвалення, щоб вселити віру учнів у свої сили, підтвердити правильність їх дій та ін.

Групи учнів, які вимагають допомоги вчителя, не повинні бути постійними. По мірі усунення тих чи інших прогалин, труднощів, особистісних недоліків змінюється індивідуальний підхід до учнів. Жодних списків сильних, середніх і слабких у класі не складається і не оголошується. Вчитель умовно враховує їх існування при доборі навчального матеріалу, під час проведення уроку, при поясненні домашнього завдання тощо.

Отже, для розв'язання корекційних завдань на уроці для учнів з вадами розумового розвитку запроваджуються **допоміжні засоби**, а саме:

- спрощується структура і зменшується обсяг знань пояснення нового матеріалу відповідно до обмежених пізнавальних можливостей учнів;
- уповільнюється темп навчання, що відповідає уповільненості психічних процесів учнів;
- багато разів у різних варіантах повторюється щойно поданий навчальний матеріал на всіх етапах його вивчення, щоб запобігти забуванню, нечіткості сприймання;
- максимально використовується предметна діяльність – досвід дітей під час формування важких для них узагальнень;
- забезпечується взаємокомпенсація функцій різних аналізаторів у поєднанні з аналітико-синтетичною діяльністю мозку: одночасно використовуються слово, дія й наочне сприймання, щоб запобігти розриву між практичними діями, образами, поняттями, предметні дії та сприймання супроводжуються словесним поясненням і, навпаки, – співвідносять з предметами та їх зображеннями словесне мовлення;
- складні завдання розподіляються на окремі частини для ґрунтовного вивчення кожної з них окремо з наступним відтворенням початкової структури знань;
- використовуються різні види інструкцій, попередньо плануються дії;
- учителем і учнем спільно виконуються частини завдання, якщо учень не може сам його виконати;
- за допомогою запитань, показу, тренувань тощо виявляються й уточнюються їх дії, якими керує вчитель;
- постійно реалізується індивідуальний і диференційований підхід до учнів.

Індивідуальне навчання дітей з порушеннями психофізичного розвитку

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

Діти з порушеннями психофізичного розвитку також мають право на таку форму навчання в разі, якщо за медичними показаннями їм протипоказано знаходитись у колективі, наприклад, наявність епілептичних нападів, психотичних розладів, виразних

соматичних захворювань тощо. До учнів, які за станом здоров'я не можуть відвідувати спеціальну школу, вчитель приходить додому.

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

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

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

Згідно з «Положенням про індивідуальну форму навчання в загальноосвітніх навчальних закладах» індивідуальне навчання має здійснюватись педагогічними працівниками з відповідною фаховою (дефектологічною) освітою. Адже для реалізації корекційного навчання вчитель має на високому фаховому рівні оволодіти спеціальною психологією, педагогікою та методикою у певній галузі дефектології. Саме тому **вчитель індивідуального навчання повинен мати відповідну дефектологічну освіту**.

Педагогічні умови реалізації індивідуального підходу

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

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

- ✓ особливості емоційної сфери;
- ✓ характерологічні особливості.

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

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

Важливого значення набуває й *правильний підхід до оцінювання*.

У оцінюванні слід дотримуватись таких вимог:

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

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

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

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

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

✓ **Активізація учня**. Учень не повинен бути пасивним учасником навчального процесу. Вчитель має підібрати такий зміст

навантаження на індивідуальний урок та методи залучення учня, щоб він був активним і свідомим у засвоєнні знань та вмінь.

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

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

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

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

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

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

– стимулююча, яка полягає у тому, щоб заохотити учня, запевнити його у власних можливостях, підтримати, – надається дітям, які не можуть самостійно приступити до роботи через невпевненість у собі, загальмованість;

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

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

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

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

– постановка навідних (підштовхуючих) запитань;

– зміна умов роботи: наприклад, міркувати вголос тощо;

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

- додаткове пояснення;
- багаторазове повторення і показ способу виконання завдання або дії;
- попередження про можливі помилки і способи їх усунення тощо.

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

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

✓ **Урахування індивідуальних особливостей пізнавальних процесів.** Індивідуальне навчання часто надається дітям, у яких окрім основного порушення наявні й специфічні проблеми, зокрема: нестійка увага; знижена здатність до узагальнення, абстрагування, встановлення причиново-наслідкових зв'язків; акалькулія чи дискалькулія, аграфія чи дисграфія; недостатність рухових умінь, грубі порушення моторики; недостатній розвиток просторових уявлень; грубі порушення пам'яті; порушення зв'язного мовлення. При виявленні таких проблем вчителю слід узгодити свої дії з психологом, логопедом чи іншим спеціалістом з метою добору правильних корекційних прийомів і відповідного змісту роботи. Наприклад, корекція недоліків уваги досягається тренуванням уваги з допомогою спеціальних вправ; розвитком регулюючої функції мовлення та навичок самоконтролю. Дітям з грубими порушеннями моторики варто дуже ретельно дозувати рухові завдання, вправи з письма. Коригувати вади письма можна шляхом тренування пам'яті з допомогою спеціальних вправ та ігор; формування раціональних прийомів запам'ятовування; опосередкування пам'яті процесами мислення та мовлення. Від учнів із недорозвитком зв'язного мовлення необхідно вимагати відповідей повними реченнями, стимулювати їх міркувати вголос, вголос планувати свою діяльність.

У корекційно-педагогічної діяльності, як у всякому виді діяльності, існують певний інструментарій, методи, прийоми і засоби досягнення поставленої мети, реалізації конкретних завдань, здійснення відповідних заходів з різних аспектів і напрямів діяльності.

В основі спеціальних методів і прийомів корекційно-педагогічної діяльності лежать загальнопедагогічні підходи, підтвердженням чому може бути сукупність методів і прийомів корекційної роботи з аномальними дітьми, націлених на розвиток, збережених або відновлення порушених функцій організму, знань або вмінь дитини. Це методи вправ, переконання, прикладу, методи стимулювання поведінки і діяльності дітей з відхиленнями у розвитку і поведінці.

У корекційно-педагогічної діяльності, що має виховно-профілактичну спрямованість, мета якої - руйнування негативних установок і поведінкових стереотипів особистості та формування на цій основі соціально значущих рис і якостей особистості підлітків, виділяються група методів переконання, примусу, привчання, заохочення або методи перенавчання, переконання, «реконструкції» характеру, метод «вибуху», методи перемикування, заохочення і покарання.

Разом з тим педагоги і психологи виділяють і специфічні методи психокорекції відхилень у поведінці та розвитку дітей та підлітків: сугестивні і гетеросугестивні методики психокорекції, побудовані на самонавіянні та педагогічному умовлянні; дидактичні методики психокорекції, що включають роз'яснення, переконання і інші прийоми аргументованого впливу, метод «сократівської бесіди», методики навчання саногенному мисленню, спрямовані на управління собою, на зміцнення свого нервово-психічного здоров'я, саморефлексію; методики групової психокорекції, розігрування рольових ситуацій: методи конгруентної комунікації, метод руйнування конфліктів; метод арттерапії; метод соціальної терапії: метод поведінкового тренінгу і т. д.

Всі ці методи та методики психокорекції розвитку та поведінки дитини є важливим інструментом у вирішенні головного завдання корекційно-педагогічної діяльності з подолання існуючої нестачі у дитини, з реабілітації її особистості та здійснення успішної адаптації та інтеграції дитини в соціум.

Особливості методики корекційного навчання різних категорій дітей з психофізичними вадами

Для успішної організації індивідуального навчального процесу дітей з психофізичними вадами вчитель має добре володіти знаннями особливостей їх психофізичного розвитку, типових труднощів, що виникають при оволодінні навчальним матеріалом і є обумовленими

характером захворювання. Педагог має розуміти, на якому етапі й чому виникла та чи інша проблема у навчанні, як це відображається на засвоєнні навчальної програми.

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

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

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

Методи слід застосовувати у нерозривній єдності, гармонійно. Це обумовлено характером процесу пізнання, в якому поєднуються безпосереднє сприймання об'єктів і явищ, розумова обробка результатів сприймання і практична діяльність. Тому жодна форма пізнання не може бути абсолютизована, оскільки це негативно вплине на реалізацію корекційних завдань. Гармонійність у поєднанні методів навчання означає не рівномірний розподіл методів на уроці, а поєднання їх у оптимальних пропорціях в залежності від певного критерію. Так, за аспектом передачі та сприймання навчальної інформації узгоджуються словесні, наочні та практичні методи; за логічним – індуктивні та дедуктивні; за аспектом мислення і розв'язання корекційних завдань – репродуктивні та проблемно-

пошукові; за аспектом керування навчанням – методи самостійної роботи і роботи під керівництвом вчителя; за аспектом мотивації – методи стимулювання інтересу до навчання і відповідальності за нього тощо.

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

Методи мають відповідати принципам спеціальної дидактики. А саме:

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

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

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

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

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

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

Різні категорії дітей з психофізичними вадами потребують специфіки у використанні прийомів корекційного навчання.

Розділ 2

ПРАКТИКУМ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ

2.1 Практичні роботи

Практичне заняття № 1

Тема: Предмет, завдання та галузі спеціальної педагогіки

План

1. Предмет, завдання та понятійно-категоріальний апарат спеціальної педагогіки
2. Галузі спеціальної педагогіки
3. Перспективи розвитку спеціальної педагогіки в Україні

Завдання:

1. Схематично зобразити зв'язок спеціальної педагогіки з іншими науками.
2. Скласти міні-таблицю: «Галузі спеціальної педагогіки».
3. Підібрати та записати не менше 20 основних категорій (понять) спеціальної педагогіки, розподілити їх на загальні та спеціальні (*завдання № 2 самостійної роботи за 1-й кредит*).

Література

1. Бородулина С. Ю. Коррекционная педагогика: психолого-педагогическая коррекция отклонений в развитии и поведении школьников. – Ростов н/Д: Феникс, 2004. – 352 с.
2. Лапшин В. А., Пузанов Б. П. Основы дефектологии: учеб. пособие для студ. пед. ин-тов. – М.: Просвещение, 1991. – 143 с.
3. Миронова С. П. Основы коррекційної педагогіки: навчально-методичний посібник / С. П. Миронова, О. В. Гаврилов, М. П. Матвеева. – Кам'янець-Подільський, 2010. – 264 с.
4. Синьов В. М., Коберник Г. М. Основы дефектології: навчальний посібник. – К.: Вища школа, 1994. – 143 с.
5. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: Підручник. – Частина I. – К.: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2007. – 238 с.
6. Специальная педагогика: учебное пособие / под ред. Н. М. Назаровой. – М.: Академия, 2000. – 400 с.
7. Спеціальна педагогіка: Понятійно - термінологічний словник / за ред. Академіка В. І. Бондаря. – Луганськ: Альма-матер, 2003. – 436 с.

Практичне заняття № 2 (№ 1 для зфн)
Тема: Сучасна система освітньо-корекційних послуг

План

1. Диференціація системи закладів для дітей, що потребують корекції психофізичного розвитку.
2. Можливості інтегрованого навчання і виховання дітей, що потребують корекції психофізичного розвитку.
3. Сутність та особливості інклюзивного навчання.

Завдання:

1. Дати відповідь на питання: «Що спільного і відмінного між інтеграцією та інклюзією?»
2. Скласти таблицю: «Умови реалізації інтегрованого та інклюзивного навчання».
3. Підготувати завдання № 3 самостійної роботи за 1-й кредит «Аналіз системи освітньо-корекційних послуг за місцем проживання» (стислий загальний аналіз та розгорнуте повідомлення про особливості діяльності одного з таких закладів). Форми: повідомлення з наочністю, газета, презентація, відео та ін.

Теми для рефератів та повідомлень (за бажанням):

1. Законодавчі аспекти організації системи освітньо-корекційних послуг.
2. Показники розвитку дитини, що покладені в основу диференційованої системи спеціальних закладів.
3. Розвиток інклюзивного навчання в Україні.
4. Робота педагогічного колективу з батьками для забезпечення інтеграції та інклюзії.
5. Сучасна система освітньо-корекційних послуг в різних країнах світу.

Література

1. Бородулина С. Ю. Коррекционная педагогика: психолого-педагогическая коррекция отклонений в развитии и поведении школьников. – Ростов н/Д: Феникс, 2004. – 352 с.
2. Колупаєва А. А. Педагогічні основи інтегрування школярів з особливостями психофізичного розвитку у загальноосвітні навчальні заклади: Монографія. – К.: Педагогічна думка, 2007. – 458 с.
3. Миронова С. П. Олігофренопедагогіка. Компактний навчальний курс: навчальний посібник. - Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський державний університет, редакційно-видавничий відділ, 2008. – 204 с.
4. Положення про індивідуальну форму навчання в загальноосвітніх навчальних закладах // Управління освітою. – 2003. – № 9 (57). – С. 11.

5. Положення про навчально-реабілітаційний центр // Інформаційний вісник. – 1997. – № 11. – С. 27–30.

6. Положення (тимчасове) про організацію інтегрованого навчання дітей з особливими потребами в загальноосвітніх (дошкільних) навчальних закладах. – К., 2002. – 16 с.

7. Положення про спеціальну загальноосвітню школу (школу-інтернат) для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку. – К. – 2008. – 24 с.

8. Синьов В. М., Коберник Г. М. Основи дефектології: навчальний посібник. – К.: Вища школа, 1994. – 143 с.

9. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: Підручник. – Частина I. – К.: Вид-во НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2007. – 238 с.

10. Специальная педагогика: учебное пособие / под ред. Н. М. Назаровой. – М.: Академия, 2000. – 400 с.

Практичне заняття № 3 (№ 1 для зфн)

Тема: Сутність та особливості корекційно-педагогічного процесу

План

1. Зміст та завдання корекційно-педагогічного процесу (Додаток В).

2. Компоненти корекційно-педагогічного процесу:

- діагностико-консультативний;
- фізкультурно-оздоровчий;
- виховно-освітній;
- корекційно-розвивальний;
- соціально-педагогічний.

3. Стандарт спеціальної освіти (базовий навчальний план, ступені навчання, освітні стандарти галузей знань).

Завдання:

1. Порівняти зміст, основні завдання та особливості корекційної та корекційно-педагогічної роботи.

2. Стисло розкрити зміст компонентів структури корекційно-педагогічного процесу.

3. Визначити мету та провідні завдання кожного освітнього ступеня для закладів спеціальної освіти.

Література

1. Бородулина С. Ю. Коррекционная педагогика: психолого-педагогическая коррекция отклонений в развитии и поведении школьников / С. Ю. Бородулина. – Ростов н/Д : Феникс, 2004. – 352 с.

2. Лапшин В. А. Основы дефектологии : учеб. пособие для студ. пед. ин-тов / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М. : Просвещение, 1991. – 143 с.

3. Петрова В. Г. Кто они, дети с отклонениями в развитии 2-е изд. / В. Г. Петрова, И. В. Белякова. – М. : Флинта ; Московский социально-психологический институт, 2000. 104 с.

4. Про Концепцію державного стандарту спеціальної освіти дітей з особливими потребами / Рішення колегії МОН України, Президії НАПН України від 23.06.99 № 7/5—7.

5. Синьов В. М. Основи дефектології : навчальний посібник В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища школа, 1994. 143 с.

6. Специальная педагогика : учебное пособие / под ред. Н. М. Назаровой. – М. : Академия, 2000. 400 с.

7. Спеціальна педагогіка : понятійно-термінологічний словник / за ред. академіка В. І. Бондаря. – Луганськ : Альма-матер, 2003. – 436 с.

Практичне заняття № 4 (№ 2 для зфн) **Тема: Форми організації спеціального навчання**

План

1. Форми організації спеціальної освіти.
2. Особливості уроку в системі спеціальної освіти.
3. Форми організації навчальної діяльності учнів на уроці.
4. Позаурочні форми навчання.
5. Індивідуальне навчання дітей з порушеннями психофізичного розвитку.

Завдання:

1. Виділити особливості уроку в системі спеціальної освіти.
2. Порівняти 2 специфічні форми позакласної навчально - корекційної роботи.
3. Визначити педагогічні умови реалізації індивідуального підходу у корекційному навчанні.

Практична частина (додатково, за бажанням)

На основі ознайомлення з навчальними програмами для закладів спеціальної освіти та методичними розробками в спеціальній періодичній літературі роробити розгорнутий **план-конспект позаурочного заняття** (логопедичного заняття, предметного гуртка та ін.). Підготувати зразки необхідних для заняття дидактичних матеріалів (Додаток Д).

Література

1. Бех І. Д. Теоретичні засади навчання і розвитку аномальних дітей. Педагогіка і психологія. – 1995. – № 4.
2. Бородулина С. Ю. Коррекционная педагогика: психолого-педагогическая коррекция отклонений в развитии и поведений школьников / С. Ю. Бородулина. – Ростов н/Д : Феникс, 2004. – 352 с.

3. Миронова С. П. Підготовка вчителів до корекційної роботи в системі освіти дітей з вадами інтелекту: монографія. – Кам'янець - Подільський: Аксіома, 2007. - 205 с.

4. Лапшин В. А. Основи дефектології : учеб. пособие для студ. пед. ин-тов / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М. : Просвещение, 1991. – 143 с.

5. Липа В. О. Організаційно-методичні умови поліпшення стану корекційної роботи в спеціальній школі. Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі: Наук.-метод. зб.: Вип. 4 // за ред. В. І. Бондаря, В. В. Засенка. – К.: Знання, 2002. – С. 156–159.

6. Петрова В. Г. Кто они, дети с отклонениями в развитии 2-е изд. / В. Г. Петрова, И. В. Белякова. – М. : Флинта ; Московский социально-психологический институт, 2000. – 104 с.

7. Синьов В. М. Основи дефектології : навчальний посібник В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища школа, 1994. – 143 с.

8. Специальная педагогика : учебное пособие / под ред. Н. М. Назаровой. – М. : Академия, 2000. – 400 с.

9. Спеціальна педагогіка : понятійно-термінологічний словник / за ред. академіка В. І. Бондаря. – Луганськ : Альма-матер, 2003. – 436 с.

Практичне заняття № 5

Тема: Методи та засоби у системі спеціальної освіти

План

1. Методи навчання. Класифікація методів навчання.
2. Методи виховання. Класифікація методів виховання особистості.
3. Методи корекційно-педагогічної діяльності, їх специфіка.
4. Особливості методики корекційного навчання різних категорій дітей з психофізичними вадами.
5. Засоби навчання і виховання у спеціальній школі.

Завдання:

1. Розкрити суть та навести приклади реалізації методів навчання (не менше 3-х методів) та методів виховання (не менше 3-х методів).

Творче завдання (виконується у мікрогрупах по 3–5 осіб):

Самостійна робота № 4 за 3-й кредит: підготувати «Візитку» (творче представлення) своєї спеціальності з використанням таких форм: агітбригада, поетичне представлення, гумористична форма, відео, презентація, газета та ін. Представити в аудиторії (5–7 хвилин).

Література

1. Бех І. Д. Теоретичні засади навчання і розвитку аномальних дітей. Педагогіка і психологія. – 1995. – № 4.
2. Лозова В. І., Троцько Г. В. Теоретичні основи виховання і навчання: Навчальний посібник. – 2-е вид., випр. і доп. – Харків: “ОБС”, 2002. – 400 с.
3. Фіцула М. М. Педагогіка: Навчальний посібник для студентів вищих педагогічних закладів освіти. – К.: “Академія”, 2002. – 528 с.
4. Волкова Н. П. Педагогіка: Посібник для студентів вищих начальних закладів. – К.: Видавничий центр “Академія”, 2001. – 576 с.
5. Карпенчук С. Г. Теорія і методика виховання: Навч. посібник. – К.: Вища шк., 1997. – 304 с.: іл.
6. Липа В. О. Організаційно-методичні умови поліпшення стану корекційної роботи в спеціальній школі. Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі: Наук.-метод. зб.: Вип. 4 // за ред. В. І. Бондаря, В. В. Засенка. – К.: Знання, 2002. – С. 156–159.
7. Миронова С. П. Основи корекційної педагогіки: навчально-методичний посібник / С. П. Миронова, О. В. Гаврилов, М. П. Матвеева. – Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2010. – 264 с.
8. Миронова С. П. Підготовка вчителів до корекційної роботи в системі освіти дітей з вадами інтелекту: Монографія. – Кам'янець - Подільський: Аксіома, 2007. – 205 с.
9. Синьов В. М. Основи дефектології. – К.: Вища школа, 1994. – 193 с.

2.2 Лабораторні роботи

Лабораторна робота № 1

Тема: Теоретичні основи та принципи спеціальної педагогіки

Основні поняття: закономірності розвитку дитини, аномальний розвиток, особа з обмеженими можливостями здоров'я, фізичний недолік, психічний недолік, складний недолік, спеціальна освіта, принципи спеціальної освіти.

Теоретична частина

1. Загальні закономірності розвитку особистості. Концепція Л. С. Виготського про зону найближчого розвитку дитини.
2. Принципи спеціальної педагогіки:
 - 2.1. Основні методологічні принципи спеціальної педагогіки.
 - 2.2. Загальнопедагогічні (дидактичні) принципи.
 - 2.3. Спеціальні принципи.

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

Практична частина

1. Підготувати презентацію творчого завдання «*Прийоми реалізації спеціальних дидактичних принципів та приклади для ілюстрації*» (№ 4 з самостійної роботи за 1-й кредит).

Література

1. Бородулина С. Ю. Коррекционная педагогика: психолого-педагогическая коррекция отклонений в развитии и поведении школьников / С. Ю. Бородулина. – Ростов н/Д : Феникс, 2004. – 352 с.

2. Лапшин В. А. Основы дефектологии : учеб. пособие для студ. пед. ин-тов / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М. : Просвещение, 1991. – 143 с.

3. Петрова В. Г. Кто они, дети с отклонениями в развитии 2-е изд. / В. Г. Петрова, И. В. Белякова. – М. : Флинта ; Московский социально-психологический институт, 2000. 104 с.

4. Синьов В. М. Основы дефектологии : навчальний посібник В. М. Синьов, Г. М. Коберник. К. : Вища школа, 1994. 143 с.

5. Специальная педагогика : учебное пособие / под ред. Н. М. Назаровой. – М. : Академия, 2000. 400 с.

6. Спеціальна педагогіка : понятійно-термінологічний словник / за ред. академіка В. І. Бондаря. Луганськ : Альма-матер, 2003. 436 с.

Лабораторна робота № 2-3

Тема: Види порушень психофізичного розвитку та їх причини (загальна характеристика)

Мета: актуалізувати знання студентів щодо класифікації порушень психофізичного розвитку; розглянути основні причини таких порушень; визначити загальні напрями та шляхи корекційно-педагогічної роботи з дітьми з психофізичними вадами.

Теоретична частина

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

Практична частина

У мікрогрупах (2–3 особи) розподілити види порушень психофізичного розвитку та виконати наступні завдання: 1) *стисло визначити сутність порушення*; 2) *розкрити його основні причини*; 3) *визначити загальні напрями та шляхи корекційно-педагогічної роботи з дітьми цієї категорії*; 4) *зробити висновок щодо можливості*

гармонізації розвитку обраної категорії дітей. До виступу (7-10 хв.) підготувати презентацію або іншу наочність!!!

1. Виразні та сталі порушення слухової функції (глухі, слабчущі, пізно оглухлі діти);
2. Виразні порушення зору (сліпі, слабкозорі діти);
3. Важкі мовленнєві порушення (діти-логопати);
4. Стійкі порушення інтелектуального розвитку на основі органічного ураження центральної нервової системи (розумово відсталі діти);
5. Затримка психічного розвитку (діти із ЗПР);
6. Порушення опорно-рухового апарату (діти з вадами опорно-рухового апарату);
7. Емоційно-вольові розлади (діти з вадами емоційно-вольової сфери);
8. Комплексні порушення декількох функцій (сліпоглухі діти; діти, в яких вади зору, слуху, опорно-рухового апарату поєднуються із розумовою відсталістю).

Література

1. Бородулина С. Ю. Коррекционная педагогика: психолого-педагогическая коррекция отклонений в развитии и поведении школьников. – Ростов н/Д: Феникс, 2004. – 352 с.
2. Основы дефектологии / Под ред. Т. А. Власовой. – М.: Педагогика, 1983. –Т. 5. – 368 с.
3. Лапшин В. А., Пузанов Б. П. Основы дефектологии: Учеб. Пособие для студ. пед. ин-тов. – М.: Просвещение, 1991. – 143 с.
4. Петрова В. Г., Белякова И. В. Кто они, дети с отклонениями в развитии? – 2-е изд. – М.: Флинта: Московский социально-психологический институт. – 2000. – 104 с.
5. Синьов В. М., Коберник Г. М. Основы дефектології: навчальний посібник. – К.: Вища школа, 1994. – 143 с.
6. Специальная педагогика: Учебное пособие / Под ред. Н. М. Назаровой. – М.: Академия, 2000. – 400 с.
7. Спеціальна педагогіка: Понятійно - термінологічний словник / За ред. Академіка В. І. Бондаря. – Луганськ: Альма-матер, 2003. – 436 с.

Лабораторна робота № 4 (№ 1 для зфн)

Тема: Сутність та особливості корекційно-педагогічного процесу

Теоретична частина

1. Зміст та завдання корекційно-педагогічного процесу.
2. Компоненти корекційно-педагогічного процесу:
 - діагностико-консультативний;
 - фізкультурно-оздоровчий;
 - виховно-освітній;

- корекційно-розвиваючий;
- соціально-педагогічний.

3. Стандарт спеціальної освіти (базовий навчальний план, ступені навчання, освітні стандарти галузей знань).

Практична частина

На основі ознайомлення з *концепцією Державного стандарту спеціальної освіти дітей з особливими потребами* (Додаток А) схематично зобразити та описати загальну модель освітнього стандарту для спеціальних (корекційних) закладів. У моделі представити всі ступені та варіанти корекційного навчання у вітчизняних спеціальних школах. Зробити висновки.

Література

1. Бородулина С. Ю. Коррекционная педагогика: психолого-педагогическая коррекция отклонений в развитии и поведении школьников / С. Ю. Бородулина. – Ростов н/Д : Феникс, 2004. – 352 с.

2. Лапшин В. А. Основы дефектологии : учеб. пособие для студ. пед. ин-тов / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М. : Просвещение, 1991. – 143 с.

3. Петрова В. Г. Кто они, дети с отклонениями в развитии 2-е изд. / В. Г. Петрова, И. В. Белякова. – М. : Флинта ; Московский социально-психологический институт, 2000. 104 с.

4. Про Концепцію державного стандарту спеціальної освіти дітей з особливими потребами / Рішення колегії МОН України, Президії НАПН України від 23.06.99 № 7/5—7.

5. Синьов В. М. Основы дефектологии : навчальний посібник В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища школа, 1994. 143 с.

6. Специальная педагогика : учебное пособие / под ред. Н. М. Назаровой. – М. : Академия, 2000. 400 с.

7. Спеціальна педагогіка : понятійно-термінологічний словник / за ред. академіка В. І. Бондаря. Луганськ : Альма-матер, 2003. – 436 с.

Лабораторна робота № 5

Тема: Контроль і оцінювання у навчальному процесі

Теоретична частина

1. Контроль як загальнопедагогічна категорія, функції контролю.
2. Види та методи контролю.
3. Оцінювання, його роль у навчальному процесі. Критерії та рівні оцінювання за 12-бальною системою.
4. Загальні критерії оцінювання навчальних досягнень учнів з особливими освітніми потребами.
5. Оцінювання навчальних досягнень учнів із затримкою психічного розвитку та розумовою відсталістю.

Практична частина

1. Дати відповідь на питання: «У чому полягають відмінності контролю і оцінювання знань учнів загальноосвітнього та спеціального навчального закладу?»
2. Визначити умови ефективності контролю та оцінювання у спеціальній школі.

Література

1. Бех І. Д. Теоретичні засади навчання і розвитку аномальних дітей. Педагогіка і психологія. – 1995. – № 4.
2. Лозова В. І., Троцько Г. В. Теоретичні основи виховання і навчання: Навчальний посібник. – 2-е вид., випр. і доп. – Харків: “ОБС”, 2002. – 400 с.
3. Фіцула М. М. Педагогіка: Навчальний посібник для студентів вищих педагогічних закладів освіти. – К.: “Академія”, 2002. – 528 с.
4. Волкова Н. П. Педагогіка: Посібник для студентів вищих начальних закладів. – К.: Видавничий центр “Академія”, 2001. – 576 с.
5. Миронова С. П. Основи корекційної педагогіки: навчально-методичний посібник / С. П. Миронова, О. В. Гаврилов, М. П. Матвєєва. – Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2010. – 264 с.
6. Миронова С. П. Підготовка вчителів до корекційної роботи в системі освіти дітей з вадами інтелекту: Монографія. – Кам'янець - Подільський: Аксіома, 2007. – 205 с.
7. Синьов В. М. Основи дефектології. – К.: Вища школа, 1994. – 193 с.

Розділ 3

ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ З КУРСУ

3.1 Методичні рекомендації щодо організації самостійної роботи студентів

Підготовка висококваліфікованих фахівців, конкурентоспроможних на ринку праці, а також здатних до компетентної, відповідальної й ефективної діяльності за своєю спеціальністю неможливе без підвищення ролі самостійної роботи студентів. спрямованої на стимулювання їх професійного зростання та виховання їхньої творчої активності.

Самостійна робота студента (СРС) – невід'ємний складник підготовки фахівців в університеті. СРС є однією з форм оволодіння навчальним матеріалом поза межами обов'язкових навчальних занять. Її спрямовано на закріплення теоретичних знань, отриманих студентами за час навчання, їх поглиблення, набуття і удосконалення практичних навичок та умінь щодо відповідних спеціальностей та напрямків.

Навчальний час, відведений на самостійну роботу студента, регламентується робочим і навчальним планом і повинен складати не менше, ніж 1/3 і не більше, ніж 2/3 загального обсягу навчального часу, відведеного на вивчення окремої навчальної дисципліни.

Головною метою самостійної роботи студента є формування його пізнавальної активності, засвоєння ним основних умінь та навичок роботи з навчальними матеріалами, поглиблення та розширення вже набутих знань, підвищення рівня організованості студентів тощо.

Основними завданнями самостійної роботи студентів є засвоєння в повному обсязі основної освітньої програми та послідовне вироблення навичок ефективної самостійної професійної (практичної й науково- теоретичної) діяльності на рівні світлих стандартів.

Зміст самостійної роботи студентів визначається навчальною програмою вивчення конкретної дисципліни, завданнями та рекомендаціями викладача.

Самостійна робота студентів здійснюється за кількома типами:

1. Самостійна робота з теоретичним матеріалом (СРТМ) – це самостійне поза аудиторне письмове виконання ряду завдань для засвоєння навчального матеріалу на рівні «відтворення» і «розуміння».

Можливі види завдань:

• конспектування, реферування, анотування рекомендованої літератури:

• формулювання висновків і підсумків;
• відповіді на запитання і самостійне формулювання запитань до навчальної теми;

• заповнення таблиць;
• креслення структурно-логічних схем;
• складання термінологічних словників, покажчиків планів;
• розподіл елементів бази знань на групи;
• наведення прикладів, опис ситуацій;
• завдання на аналіз, синтез, дослідження, порівняння, класифікацію, узагальнення, конкретизацію, інтерпретацію теоретичного матеріалу.

2. Самостійна робота з підготовки до практичних занять та закріплення їх результатів (СРПЗ) – самостійне поза аудиторне письмове виконання ряду завдань для засвоєння навчального матеріалу на рівні «застосування» і «створення».

Можливі види завдань:

Вирішення задач, аналіз і вирішення ситуацій, вправи, спостереження, експерименти, психодіагностика, аналіз результатів психодіагностики, підготовка до мікровикладання, оформлення звіту до практичного заняття, підготовка тестів, допоміжних таблиць і т.п.

3. Робота на практичних заняттях (ПЗ) – індивідуальне чи групове виконання ряду завдань під керівництвом викладача на рівні засвоєння навчального матеріалу «застосування» і «створення».

Можливі види завдань:

• дискусії і бесіди;
• виступи з доповідями і рефератами;
• вирішення задач і ситуацій;
• психодіагностика, інтерпретація й аналіз результатів виконання психодіагностичних методик;

• спостереження;
• експеримент;
• мікровикладання;
• дидактичні ігри.

4. Контрольна робота (КР) – індивідуальне чи групове виконання ряду контрольних завдань для перевірки реалізації навчальних цілей – досягання запланованих рівнів засвоєння навчального матеріалу теоретичного і практичного блоків тем.

Можливі види завдань:

Дидактичні тести, усні і письмові відповіді на запитання, аналіз і вирішення ситуацій, задач, співбесіди, звіти з самостійної роботи.

3.2 Карта самостійної роботи студента

267 групи II курсу спеціальності 016. Спеціальна освіта

з дисципліни Спеціальна педагогіка з основами спеціальної дидактики

Кредит та тема	Академічний контроль (форма представлення)*	Кількість балів (за видами роботи)**	Кількість балів всього за кредит	Термін виконання (тижні)***	Викладач (підпис)
<i>Кредит № 1</i> Тема 1: «Предмет, завдання та галузі спеціальної педагогіки» Тема 2: «Сучасна система освітньо-корекційних послуг» Тема 3: «Теоретичні основи та принципи спеціальної педагогіки»	Творче есе «Спеціальна освіта і моє місце в ній»	15	70		
	Словник термінів з теми	15			
	Аналіз системи освітньо-корекційних послуг за місцем проживання (область, місто, район)	20			
	Творча робота: «Прийоми реалізації спеціальних дидактичних принципів та приклади для ілюстрації» (можна у вигляді презентації)	20			
<i>Кредит № 2</i> Тема 4: «Види порушень психофізичного розвитку та їх причини (загальна характеристика)» Тема 5: «Сутність та особливості корекційно-педагогічного процесу»	Таблиця «Класифікація видів порушень психофізичного розвитку»	10	70		
	Контрольна робота № 1	30			
	Опорна схема «Сутність і особливості корекційно-педагогічного процесу»	10			
	План-сценарій етичної бесіди «Допомагаючи іншим – допомагаєш собі» (особливі діти)	20			
<i>Кредит № 3</i> Тема 6: «Форми організації спеціального навчання» Тема 7: «Методи та засоби у системі спеціальної освіти» Тема 8: «Контроль у навчальному процесі»	Порівняльна таблиця «Форми організації спеціального навчання»	10	70		
	Презентація «Методи та засоби спеціальної освіти»	15			
	Контрольна робота № 2	30			
	Творче представлення своєї спеціальності (в мікрогрупах)	15			
Всього балів за самостійну роботу		210 балів	210		
ВСЬОГО за семестр – 60 год.					

3.3 Питання для самоперевірки та підготовки до заліку

1. Предмет, завдання та понятійно-категоріальний апарат корекційної педагогіки.
2. Галузі корекційної педагогіки.
3. Еволюція наукових уявлень про аномальний розвиток.
4. Нормативно-правова база системи спеціальної освіти.
5. Перспективи розвитку корекційної педагогіки в Україні.
6. Диференціація системи закладів для дітей, що потребують корекції психофізичного розвитку.
7. Методологічні і теоретичні основи спеціальної педагогіки.
8. Принципи спеціальної педагогіки.
9. Можливості інтегрованої та інклюзивної освіти дітей, що потребують корекції психофізичного розвитку.
10. Індивідуальне навчання дітей з порушеннями психофізичного розвитку як форма організації корекційно-педагогічного процесу.
11. Корекційна спрямованість як основний принцип організації навчання дітей з вадами психофізичного розвитку.
12. Принципи відбору дітей у спеціальні заклади.
13. Сутність та класифікація порушень психофізичного розвитку.
14. Причини порушень психофізичного розвитку.
15. Особливості процесу аномального розвитку.
16. Класифікація порушень мовлення.
17. Психолого-педагогічна характеристика дітей з порушеннями мовлення.
18. Сутність, етіологія та класифікація затримки психічного розвитку
19. Психолого-педагогічна характеристика дітей із затримкою психічного розвитку.
20. Сутність, етіологія та патогенез порушень опорно-рухової системи.
21. Психолого-педагогічна характеристика дітей з порушеннями опорно-рухової системи.
22. Причини виникнення та класифікація порушень слухової функції.
23. Порушення зору як психолого-педагогічна проблема.

24. Класифікація порушень зорової функції та причини їхнього виникнення.

25. Психолого-педагогічна характеристика дітей з порушеннями інтелекту.

26. Психолого-педагогічна характеристика дітей з порушеннями емоційно-вольової сфери.

27. Суть і особливості корекційно-педагогічного процесу.

28. Структура корекційно-педагогічного процесу.

29. Форми організації спеціального навчання.

30. Методи навчання та виховання дітей з особливими освітніми потребами.

31. Засоби навчання в системі спеціальної освіти.

32. Організація корекційного навчання і виховання дітей з особливими потребами в системі спеціальної освіти

33. Педагогічна система спеціального навчання і виховання дітей з порушеннями слуху.

34. Педагогічна система навчання і виховання дітей з порушеннями зору.

35. Система виховання і навчання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.

36. Педагогічна система навчання і виховання дітей з порушеннями мовлення.

37. Педагогічна система виховання і навчання дітей із затримкою психічного розвитку.

38. Педагогічна система навчання і виховання дітей з порушеннями інтелектуального розвитку.

39. Організація корекційно-педагогічної допомоги дітям з комплексними порушеннями розвитку.

40. Корекційний-педагогічна допомога дітям з порушеннями емоційного розвитку (синдром раннього дитячого аутизму).

3.4 Тестові завдання для перевірки знань з курсу «Спеціальна педагогіка з основами спеціальної дидактики»

Варіант 1

1. Корекційна педагогіка – це:

- А) наука про виховання, освіту та навчання людей;
- Б) галузь спеціальних психолого-педагогічних знань про сутність освіти та виховання дітей, які мають незначні психофізичні недоліки в розвитку та в поведінці;
- В) теорія й практика спеціальної освіти осіб з відхиленнями у фізичному й психічному розвитку;
- Г) наука, що досліджує психофізіологічні особливості розвитку аномальних дітей.

2. Олігофренопедагогіка – галузь дефектології, предметом дослідження якої є:

- А) діти з вадами слуху;
- Б) діти з порушеннями розвитку мови;
- В) діти з вадами зору;
- Г) діти з вадами інтелекту.

3. Зміст корекційно-компенсуючого принципу можна виразити твердженням:

- А) раннє виявлення та рання діагностика відхилень у розвитку;
- Б) навчатися можуть всі діти;
- В) корекція – засіб забезпечення людині з обмеженими можливостями максимально можливої для неї самостійності та незалежності.

4. Дитячі будинки та будинки-інтернати для дітей-інвалідів підпорядковуються:

- А) Міністерству освіти і науки;
- Б) Міністерству праці та соціальної політики;
- В) Міністерству охорони здоров'я;
- Г) Міністерству культури.

5. До екзогенних факторів, що призводять до порушень психофізичного розвитку відносять:

- А) спадкові захворювання;
- Б) інфекційні хвороби;
- В) генетичні відхилення.

6. Вторинні дефекти за Л. С. Виготським:

- А) відображають порушення психічного розвитку в умовах первинного дефекту;
- Б) пов'язані з пошкодженнями ЦНС;
- В) пов'язані з пошкодженнями вищих психічних функцій;
- Г) виникають через відсутність допомоги при первинному дефекті.

7. Форма організації навчальної роботи на уроці, коли діти працюють (за власним бажанням або за вказівкою педагога) у тимчасових групах з метою виконання певного навчального завдання:

- А) групова;
- Б) мікрогрупова;
- В) диференційовано-групова;
- Г) бригадна.

8. Екскурсії, додаткові заняття, позакласні форми педагогічної роботи в спеціальній школі відносять до таких організаційних форм:

- А) індивідуальних;
- Б) групових;
- В) фронтальних;
- Г) позаурочних.

9. Досліди, вправи, навчально-виробнича праця – ці методи належать до групи:

- А) словесні;
- Б) практичні;
- В) наочні;
- Г) відеометоди.

10. Найвищим рівнем для груп методів виховання за їх логічною послідовністю є:

- А) стимулювання діяльності;
- Б) формування свідомості;
- В) самовиховання;
- Г) організації діяльності.

Варіант 2

1. Об'єктом корекційної педагогіки є:

- А) спеціальна освіта осіб з особливими освітніми потребами;
- Б) виховання як свідомо та цілеспрямовано здійснюваний процес;
- В) особистість дитини, що має певні відхилення в розвитку й поведінці;
- Г) навчання і виховання дітей з особливими потребами.

2. Яке із завдань не входить в систему завдань спеціальної педагогіки:

- А) вивчення педагогічних закономірностей розвитку особистості в умовах обмежених можливостей життєдіяльності;
- Б) розробка наукових основ змісту освіти, організаційних умов спеціальної освіти;
- В) матеріальна допомога особам з обмеженими можливостями;
- Г) розробка і реалізація програм профорієнтації, професійної підготовки, соціально-трудової адаптації осіб з обмеженою працездатністю.

3. Сукупність різних типів закладів, які забезпечують відповідну освіту, виховання, корекційну роботу, соціальну допомогу дітям з вадами психофізичного розвитку – це:

- А) корекційна освіта;
- Б) система корекційної освіти;
- В) соціальна реабілітація;
- Г) система психофізичної корекції.

4. При виборі для дитини закладу корекційної освіти не враховується такий показник:

- А) вік дитини;
- Б) особливості психофізичного розвитку;
- В) соціальний стан дитини;
- Г) потреби і можливості дитини.

5. За якою ознакою здійснена класифікація категорій осіб з обмеженими можливостями: глухі, слабчуючі, незрячі, слабозрячі?

- А) За локалізацією порушень в тій або іншій системі організму.
- Б) За характером порушення, недоліку.
- В) За причинами виникнення порушення, недоліку.
- Г) За ступенем складності порушення.

6. Залежно від причин виникнення аномалій і порушень розвитку відхилення поділяють на:

- А) комплексні та поодинокі;
- Б) первинні та вторинні;
- В) вроджені та набуті.
- Г) прості і складні.

7. Кількість учнів у класі спеціальної школи не повинна перевищувати:

- А) 5 осіб;
- Б) 10 осіб;
- В) 12 осіб;
- Г) 15 осіб.

8. У більшості випадків, особливо на початкових етапах навчання, уроки в спеціальній школі будуються за таким типом:

- А) урок отримання нових знань;
- Б) урок формування вмінь і навичок;
- В) урок перевірки і корекції знань;
- Г) комбінований урок.

9. Метод прикладу відносять до методів такої групи:

- А) формування свідомості;
- Б) організації діяльності;
- В) стимулювання діяльності;
- Г) самовиховання.

10. Навчальні досягнення учнів спеціальної школи оцінюються за такими рівнями:

- А) початковий, середній, достатній;
- Б) середній, достатній, високий;
- В) початковий, середній, високий;
- Г) початковий, середній, достатній, високий.

Варіант 3

1. Процес навчання й виховання дітей та підлітків з недоліками в розвитку та відхиленнями в поведінці, які зазнають тимчасових адаптаційних труднощів і складнощів у засвоєнні освітніх програм – для корекційної педагогіки це:

- А) концепція;
- Б) модель;
- В) предмет;
- Г) завдання.

2. Виберіть найбільш прийнятні для педагогічної сфери терміни.

- А) Аномальні (діти, особи).
- Б) Діти (особи) з патологією розвитку.
- В) Діти з особливими освітніми потребами.
- Г) Особи (діти) з обмеженими можливостями.

3. У всіх типах освітньо-корекційних закладів діти НЕ одержують такий вид допомоги:

- А) педагогічну;
- Б) психологічну,
- В) фізичну;
- Г) медичну.

4. Який компонент не входить до структури аномального розвитку за Л. С. Виготським:

- А) первинний дефект (ядро);
- Б) вторинні порушення;
- В) третинні порушення;
- Г) супутні порушення.

5. Предметная норма – це:

- А) знання, уміння й дії, необхідні учневі для оволодіння даним предметним змістом програми (відображені в стандартах освіти);
- Б) показники інтелектуального та особистісного розвитку школяра, які повинні сформуватися до кінця певного вікового етапу;
- В) проявляється в індивідуальних особливостях розвитку та саморозвитку дитини.

6. За якою ознакою здійснена наступна класифікація категорій осіб з обмеженими можливостями: тілесні (соматичні) порушення; сенсорні порушення (слух, зір); порушення діяльності мозку.

- А) За локалізацією порушень в тій або іншій системі організму.
- Б) За характером порушення недоліку.
- В) За причиною виникнення порушення, недоліку.
- Г) За ступенем порушення.

7. Етап першого ознайомлення учнів з новим матеріалом триває в середньому:

- А) 3–5 хвилин;
- Б) 5–10 хвилин;
- В) 10–15 хвилин;
- Г) 15–20 хвилин.

8. Індивідуальне навчання НЕ може бути рекомендоване:

- А) дітям, батьки яких відмовляються від їхнього направлення у спеціальну загальноосвітню школу;
- Б) дітям з порушеннями психофізичного розвитку, якщо за медичними показаннями їм протипоказано знаходитись у колективі;
- В) дітям, батьки яких виявили таке бажання і мають згоду адміністрації школи;
- Г) обдарованим дітям, які мають високі здобутки в творчості, спорті і зосереджують зусилля на підвищення своїх досягнень.

9. Традиційна класифікація методів навчання систематизує методи за такою ознакою:

- А) джерело знань;
- Б) дидактична мета;
- В) характер пізнавальної діяльності;
- Г) за всіма переліченими ознаками.

10. До специфічних методів корекційної освіти НЕ належать:

- А) методи психокорекції;
- Б) методи самовиховання;
- В) методи навчання саногенному мисленню;
- Г) методи арттерапії.

Варіант 4

1. Хто розробив теорію складної структури аномального розвитку дітей з дефектом:

- А) Кащенко В.;
- Б) Виготський Л.;
- В) Ельконін Д.;
- Г) Давидов В.

2. Виберіть найбільш прийнятний для педагогічної сфери термін:

- А) Аномальні (діти, особи).
- Б) Діти (особи) з патологією розвитку.
- В) Діти з особливими освітніми потребами.
- Г) Особи (діти) з обмеженими можливостями.

3. Заклад освіти, який забезпечує умови для відновлення здоров'я, соціальної адаптації, професійної орієнтації дітей, що мають органічні та функціональні захворювання внутрішніх органів та систем або вади психофізичного розвитку – це:

- А) навчально-реабілітаційний центр;
- Б) спеціальна загальноосвітня школа-інтернат;
- В) реабілітаційний заклад;
- Г) дитячий психоневрологічний санаторій.

4. Періодичне об'єднання зі здоровими дітьми для проведення спільних заходів є характерним для такої форми інтегрованого навчання:

- А) повної;
- Б) комбінованої;
- В) часткової;
- Г) тимчасової.

5. Залежно від причин виникнення аномалій і порушень розвитку відхилення поділяють на:

- А) комплексні та поодинокі;
- Б) первинні та вторинні;
- В) вроджені та набуті.
- Г) прості і складні.

6. Найдавнішою історично формою організації навчання є:

- А) групова;
- Б) індивідуальна;
- В) індивідуально-групова;
- Г) колективна.

7. Форма організації навчання, за якої вчитель керує навчанням одночасно групи учнів постійного складу за чітким планом і розкладом – це:

- А) урок;
- Б) факультатив;
- В) гурток;
- Г) екскурсія.

8. Різниця у віці учнів спеціальної школи може становити до:

- А) 1 року;
- Б) 2 років;
- В) 3 років;
- Г) 4 років.

9. Який метод навчання практично не використовується у спеціальній школі?

- А) повторення вивченого;
- Б) проблемний виклад матеріалу;
- В) ігрові моменти;
- Г) навчання на практичній основі.

10. Урок у спеціальній школі складається з етапів, до яких не належить:

- А) загальнокорекційний;
- Б) основний;
- В) заключний;
- Г) діагностичний.

Варіант 5

1. Система спеціальних і загальпедагогічних заходів, спрямованих на ослаблення або подолання недоліків психофізичного розвитку визначається як:

- А) компенсація;
- Б) корекція;
- В) адаптація;
- Г) реабілітація.

2. Навчання ефективно впливає на процес розвитку тоді, коли ...

- А) орієнтується на вже розвинуті здібності;
- Б) знаходиться поза межами можливостей дитини;
- В) знаходиться в зоні найближчого розвитку здібностей дитини;
- Г) не залежить від здібностей і можливостей дитини.

3. Принципу спеціальної освіти, який ґрунтується на сучасному гуманістичному світогляді, що визнає право кожної людини, незалежно від її особливостей і обмежених можливостей життєдіяльності, бути включеним в освітній процес – це:

- А) принцип ранньої педагогічної допомоги;
- Б) принцип розвитку мислення, мови і комунікації як засобів спеціальної освіти;
- В) принцип педагогічного оптимізму;
- Г) принцип диференційованого та індивідуального підходу.

4. Наповнюваність інклюзивного класу має становити не більше:

- А) 10 учнів;
- Б) 15 учнів;
- В) 20 учнів;
- Г) 25 учнів.

5. Яка група є найбільш вразливою категорією дітей з відхиленнями в розвитку і вимагає більшого, ніж всі інші, об'єму комплексної реабілітаційної і соціально-педагогічної допомоги?

- А) Діти з порушеннями слуху.
- Б) Діти з порушеннями зору.
- В) Діти з порушеннями інтелекту.
- Г) Діти з порушеннями мовлення.
- Д) Діти з комплексними порушеннями розвитку.

6. Класно-урочну систему навчання вперше обґрунтував:

- А) Й. Г. Песталоцці;
- Б) К. Д. Ушинський;
- В) Я. А. Коменський;
- Г) Й. В. Гербарт.

7. Урок у спеціальній школі складається з етапів, до яких не належить:

- А) загальнокорекційний;
- Б) основний;
- В) заключний;
- Г) діагностичний.

8. Головною метою використання ігрових методів, моделювання реальних ситуацій на уроках у спеціальній школі є:

- А) закріплення матеріалу;
- Б) пробудження інтересу до навчання;
- В) повторення пройденого матеріалу;
- Г) соціалізація учнів.

9. Знаходження відповідного рівня навантаження для кожного учня; вивчення ставлення учня до труднощів, успіхів, оцінки - це характеристика такої з функцій перевірки та оцінювання знань:

- А) контролюючої;
- Б) діагностико-коригуючої;
- В) реалізації індивідуального підходу;
- Г) розвивально-виховної.

10. Навчальні досягнення учнів спеціальної школи оцінюються за такими рівнями:

- А) початковий, середній, достатній;
- Б) середній, достатній, високий;
- В) початковий, середній, високий;
- Г) початковий, середній, достатній, високий.

СЛОВНИК ТЕРМІНІВ

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

Аномальні діти (діти з вадами психофізичного розвитку) – діти, які мають суттєві відхилення від нормального фізичного чи психічного розвитку, зумовлені вродженими або набутими дефектами, і потребують спеціальних умов навчання й виховання.

Артикуляційна гімнастика – підготовчі вправи, метою яких є вироблення правильних, повноцінних рухів артикуляційних органів, необхідних для правильної вимови звуків.

Арт-терапія – технологія цілеспрямованого використання мистецтва як засобу психотерапевтичного та психокорекційного впливу на особистість.

Арт-педагогіка – новий педагогічний напрямок арт-терапії, який передбачає роботу з особистістю дитини шляхом організації живого конструктивного союзу дитини та дорослого у культуротворчому мистецькому просторі з метою реалізації освітніх завдань.

Аутизм – замкнутість, відстороненість від реального світу, занурення у світ власних внутрішніх переживань.

Гра – освоєння дитиною світу тими засобами, якими вона володіє на рівні свого фізичного та інтелектуального розвитку.

Дивергенція – розходження біологічного та соціального розвитку.

Диференційоване навчання – спеціально організована навчально-пізнавальна діяльність, яка з огляду на вікові, індивідуальні особливості суб'єктів учіння, соціальний досвід

спрямована на їх оптимальний фізичний, духовний і психічний розвиток, засвоєння необхідного обсягу знань, практичних дій за різними навчальними планами та програмами.

Звукова гімнастика – методика, яка полягає у проголошенні різних звуків певним способом.

Зона найближчого розвитку – потенційні можливості дитини.

Затримка психічного розвитку (ЗПР) – розлад, який виражається в уповільненому темпі дозрівання різних психічних функцій.

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

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

Корекція (з латинської – виправлення) – система психолого-педагогічних і медичних заходів, спрямованих на виправлення або послаблення недоліків психофізичного розвитку дітей.

Корекційна педагогіка – розділ педагогічної науки, що вивчає сутність та закономірності освіти, навчання і виховання дітей з психічними і (або) фізичними порушеннями, шляхи корекції порушень їхнього психофізичного розвитку.

Корекційно-педагогічний процес в спеціальній освіті – цілісна система, що включає ряд взаємопов'язаних і взаємообумовлених компонентів: діагностико-консультативний; фізкультурно-оздоровчий, виховно-освітній; корекційно розвиваючий; соціально-педагогічний.

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

Корекційно-виховна робота – система комплексних заходів психолого-педагогічного впливу на різні особливості аномального розвитку особистості в цілому.

Недорозвинення мовлення – якісно низький рівень сформованості порівняно з нормою тієї чи іншої мовної функції або мовної системи в цілому.

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

Психогімнастика – метод збереження психічного здоров'я, запобігання емоційним розладам у дитини шляхом зняття психічного напруження, створення можливостей для кращого розуміння себе та інших, самовираження.

Розумова відсталість – стійке порушення пізнавальної діяльності на основі органічного ураження центральної нервової системи.

Реабілітація – застосування цілого комплексу заходів медичного, соціального, освітнього та професійного характеру з метою підготовки або перепідготовки індивідуума до найвищого рівня його функціональних здібностей.

Складна структура аномального розвитку – структура, що складається з первинного дефекту (ядра), викликаного певним хворобливим фактором, і вторинних та супутніх порушень, що

виникають під впливом первинного дефекту у процесі розвитку дитини.

Слабкозорість – виразне зниження гостроти зору або значне порушення інших зорових функцій (наприклад, звуження меж поля зору), або прогресуюче захворювання.

Словесні ігри – найскладніший різновид ігор, який змушує дітей оперувати уявленнями, мислити про речі, з якими на той час вони не діють, використовувати набуті знання у нових ситуаціях і зв'язках.

Соціо-ігрова педагогіка – нова галузь педагогіки, яка опікується пошуком ігрових прийомів і обґрунтуванням їх доцільності.

Тугоухість – часткова слухова недостатність з різним ступенем виразності, яка є причиною порушень мовленнєвого розвитку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Базова програма розвитку дитини дошкільного віку «Я у світі» / М-во освіти і науки України, Акад. пед. наук України / Наук. ред. та упоряд. О. Л. Кононко. К.: Світич, 2008. 430 с.
2. Богуш А. М. Мовленнєвий розвиток дітей від народження до 7 років: [монографія] / Алла Михайлівна Богуш. К.: Видавничий Дім «Слово», 2004. 376 с.
3. Бородулина С. Ю. Коррекционная педагогика: психолого-педагогическая коррекция отклонений в развитии и поведении школьников. Ростов н/Д: Феникс, 2004. 352 с.
4. Борякова Н. Ю. Педагогические системы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии: [учебное пособие для студентов педвузов] / Наталья Юрьевна Борякова. М.: АСТ: Астрель, 2008. 222 с.
5. Вавіна Л. С. Розвиваємо у дитини вміння бачити: Від народження до 6 років: [поради батькам] / Л. С. Вавіна, В. М. Ремаржевська. К.: Літера ЛТД, 2008. 128 с., іл.
6. Вержиховська О. М. Формування моральних якостей у розумово відсталих молодших школярів у позакласній виховній роботі: монографія / О. М. Вержиховська. Кам'янець-Подільський : видавець Зволейко Д. Г., 2009. 228 с.
7. Висоцька А. М. Основні напрямки виховної роботи з формування спеціальної поведінки учнів спеціальних шкіл-інтернатів: методичний посібник / А. М. Висоцька, І. І. Івашина. Черкаси : ЧОІПОПП, 2003. 31 с.
8. Войтко В. Навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами: сучасні підходи : [навчально-методичний посібник] /

В. Войтко. Кропивницький: КЗ «КОІППО імені Василя Сухомлинського», 2016. 84 с.

9. Вступ до абілітації та реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності: [навчально-методичний посібник] / Л. Б. Люндквіст, В. В. Бурлака, А. Г. Шевцов [та ін.]. К.: Герб, 2007. 288 с.

10. Даніелс Е. Залучення дітей з особливими потребами до загальноосвітніх класів // Е. Деніелс, К. Стаффорд. Львів: Т-во «Надія», 2000. 255 с.

11. Дегтяренко Т. М. Корекційно-реабілітаційна робота в спеціальних дошкільних закладах для дітей з особливими потребами: [навчальний посібник] / Т. М. Дегтяренко, Л. С. Вавіна. Суми: ВТД «Університетська книга», 2008. 302 с.

12. Журавльова А. Є. Домашня логопедія без проблем: [книга для батьків, які хочуть самі навчити дитину правильно вимовляти звуки] / А. Є. Журавльова, В. В. Федієнко. Харків.: Видавничий дім «Школа», 2006. 112 с.: іл.

13. Закон України «Про дошкільну освіту» // Відомості Верховної Ради. 2001.

14. Закон України «Про охорону дитинства» // Відомості Верховної Ради. 2001. № 30. С. 142–150.

15. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» // Відомості Верховної Ради. 2006. № 2-3. С. 36–42.

16. Закон України «Про спеціальну освіту» (проект) // Міністерство освіти і науки // www.mon.gov.ua.

17. Ілляшенко Т. Д. Корекція психосоціального розвитку дітей з церебральним паралічем у реабілітаційному центрі (Дошкільний і молодший шкільний вік) / Т. Д. Ілляшенко, А. Г. Обухівська, О. В. Романенко, Н. С. Скрипка. К., 2003. 155 с.

18. Инклюзивное образование. Политика, содержание и сравнительные перспективы / Под ред. Ф. Армстронга, Д. Армстронга, Л. Бартона. Лондон, 2000. 78 с.

19. Інклюзивна школа: особливості організації та управління: [навч.-метод. посібник] / А. А. Колупаєва, Н. З. Софій, Ю. М. Найда та ін. / За заг. ред. Л. І. Даниленко. К.: 2007. 127 с.

20. Колупаєва А. А. Педагогічні основи інтегрування школярів з особливостями психофізичного розвитку у загальноосвітні навчальні заклади: [монографія] / Алла Анатоліївна Колупаєва. К.: Педагогічна думка, 2007. 458 с.

21. Колупаєва А. А., Таранченко О. М. «Інклюзивна освіта: від основ до практики»: [монографія] / А. А. Колупаєва, О. М. Таранченко. К. : ТОВ «АТОПОЛ», 2016. 152 с. (Серія «Інклюзивна освіта»).

22. Коментар до Базового компонента дошкільної освіти в Україні: [науково-методичний посібник] / Наук. ред. О. Л. Кононко. К.: Ред. журн. «Дошкільне виховання », 2003. 244 с.

23. Концепція державного стандарту освіти учнів з порушеннями мовленнєвого розвитку // Дефектологія. 2000. № 2. С. 2–10.

24. Концепція спеціальної освіти осіб з особливостями психофізичного розвитку в найближчі роки та перспективу. К., 2003.

25. Кузьмінський А. І. Педагогіка родинного виховання: навч. посіб/ А. І. Кузьмінський, В. Л. Омеляненко. К.:Знання, 2006. 324 с.

26. Марченко І. С. Спеціальна методика початкового навчання української мови (логопедична робота з корекції порушень мовлення у дошкільників). Навчальний посібник для студентів вищих педагогічних навчальних закладів. Спеціальність: Корекційна освіта (логопедія) / І. С. Марченко, 1-е видання. К. : Видавничий Дім «Слово», 2010. 288 с.

27. Методика навчання учнів 1–4 класів спеціальної школи: навч. посіб. / за ред. О. В. Гаврилова. Кам'янець-Подільський : Друк-Сервіс, 2011. 312 с.

28. Методичні аспекти реалізації Базової програми розвитку дитини дошкільного віку «Я у світі» / О. Л. Кононко, З. П. Плохій, А. М. Гончаренко [та ін.]. К.: Світич, 2009. 208 с.

29. Миронова С. П. Олігофренопедагогіка. Компактний навчальний курс: Навчальний посібник. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський державний університет, редакційно-видавничий відділ, 2008. 204 с.

30. Миронова С. П. Основи корекційної педагогіки: навчально-методичний посібник / С. П. Миронова, О. В. Гаврилов, М. П. Матвеева. Кам'янець-Подільський, 2010. 264 с.

31. Основи корекційної педагогіки: навчально-методичний посібник / С. П. Миронова, О. В. Гаврилов, М. П. Матвеева; за заг. ред. С. П. Миронової. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2010. 264 с.

32. Петрова В. Г., Белякова И. В. Кто они, дети с отклонениями в развитии? 2-е изд. М.: Флинта: Московский социально-психологический институт, 2000. 104 с.

33. Положення про центральну та республіканську (Автономна республіка Крим), обласні, Київську та Севастопольську міські, районні (міські) психолого-медико-педагогічні консультації / Наказ Міністерства освіти і науки України та Академії педагогічних наук України від 07.07.2004. № 569/38.

34. Порядок комплектування дошкільних навчальних закладів (груп) компенсуючого типу / Наказ Міністерства освіти і науки України та Міністерства охорони здоров'я від від 27.03.2006. № 240/165.

35. Проект Положення про організацію інтегрованого навчання дітей з особливими потребами в загальноосвітніх (дошкільних) навчальних закладах. К., 2002. 16 с.

36. Програма навчання і виховання дітей дошкільного віку від 3 до 7 років «Дитина» / Наук. ред. О.В. Проскура. К.: Богдан, 2004. 270 с.

37. Проект Положення про організацію інтегрованого навчання дітей з особливими потребами в загальноосвітніх (дошкільних) навчальних закладах. К., 2002. 16 с.

38. Ратнер Ф. Л. Интегрированное обучение детей с ограниченными возможностями в обществе здоровых детей / Ф. Л. Ратнер, А. Ю. Юсупова. М.: Владос, 2006. 175 с.: ил.

39. Резниченко Т. С. Логопедическая энциклопедия для родителей дошкольников и младших школьников / Т. С. Резниченко, О. Д. Ларина. М.: АСТ: Астрель, 2009. 319 с.: ил.

40. Савіна Л. П. Пальчикова гімнастика для розвитку мовлення: [посібник для батьків і педагогів] / Лідія Павлівна Савіна. К.: Вид-во «Школа», 2002. 48 с.

41. Савченко М. А. Методика виправлення вад вимови фонем у дітей / Марія Аврамівна Савченко. Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2007. 160 с.

42. Сак Т. В. Особлива дитина: Від народження до 6 років: [поради батькам] / Тамара Василівна Сак. К.: Літера ЛТД, 2008. 144 с., іл.

43. Саламанская декларация. Рамки действий по образованию лиц с особыми потребностями, принятые Всемирной конференцией по образованию лиц с особыми потребностями: доступ и качество. Саламанка. Испания, 7–10 июня 1994. К., 2000. 21 с.

44. Серета І. В. Корекційно-виховна діяльність педагога у сучасних закладах освіти: монографія / Н. В. Савінова, І. В. Серета, Н. В. Стельмах. Миколаїв: Іліон, 2019. 190 с.

45. Серета І. В. Технології корекційно-виховного процесу: навчально-методичний посібник / Н. В. Савінова, І. В. Серета, Д. М. Борулько. Миколаїв: Іліон, 2018. 172 с.

46. Сєдих Н. О. Вчимося писати й говорити правильно: поради логопеда / Неля Олексіївна Сєдих. Харків: Видавнича група «Основа», 2007. 176 с.

47. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: Підручник. Частина І. К.: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2007. 238 с.

48. Спеціальна педагогіка: Понятійно - термінологічний словник / За ред. Академіка В. І. Бондаря. Луганськ: Альма-матер, 2003. 436 с.

49. Специальная педагогика: Учебное пособие / Под ред. Н. М. Назаровой. М.: Академия, 2000. 400 с.

50. Сухар В. Л. Розвиток звукової культури мовлення дітей молодшого дошкільного віку / Упоряд. В. Л. Сухар. Х.: Веста: Вид-во «Ранок», 2008. 80 с.

51. Холковська І. Л. Корекційна педагогіка / Ірина Леонідівна Холковська. Вінниця: ВДПУ ім. М. Коцюбинського, 2007. С. 6–23.

52. Хрестоматія з логопедії: Історичні аспекти. Дислалія. Дизартрія. Ринолалія: навчальний посібник / За заг. ред. М. К. Шеремет, І. В. Мартиненко. К.: КНТ, 2008. 380 с.

53. Тищенко В. Як навчити дитину правильно розмовляти: Від народження до 5 років: [поради батькам] / В. Тищенко, Ю. Рібцун. К.: Літера ЛТД, 2006. 128 с.

54. Чередніченко Н. В. Початковий курс навчання української мови молодших школярів із тяжкими порушеннями мовлення (ТПМ). Навчально-методичний посібник (курс лекцій) / Н. В. Чередніченко. К.: Видавничий Дім «Слово», 2012. 208 с.

55.Чепка О.В. Сучасні системи спеціальної педагогіки та психології : навчально-методичний посібник / укладач О.В. Чепка. Умань : ВПЦ «Візаві», 2015. 108 с.

56.Шевцова А. Активізація пізнавальної діяльності учнів за допомогою ситуативних завдань // Дивослово. 2001. №12.

57.Юрченко З. В. Ігрові методики розвитку художньо-словесних здібностей учнів 5–11 клас // Практична психологія та соціальна робота. 2000. №2. С. 9–12.

КОНЦЕПЦІЯ ДЕРЖАВНОГО СТАНДАРТУ СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Обґрунтування проблеми

В сучасну епоху соціально-політичного розвитку України відкрилися нові перспективи змін в системі спеціальної освіти, пов'язані з новим ставленням до дітей з особливими потребами, з вирішенням питань їх соціалізації й інтеграції в суспільство.

Нині спеціальна освіта в Україні має складну, розгалужену і диференційовану систему навчально-виховних (корекційних) закладів, реабілітаційних і медико-педагогічних центрів, навчально-виховних комплексів, спеціальних (корекційних) класів при середніх закладах освіти та ін. Розвиток системи спеціальної освіти пов'язаний з подальшою диференціацією і вдосконаленням діючої мережі корекційних закладів, відкриттям нових типів закладів, в яких надається комплексна допомога і підтримка дітям з особливими потребами, а також з інтеграцією цих дітей в загальноосвітню школу.

Після прийняття Закону України "Про освіту" та Законі України "Про загальну середню освіту" у батьків і дітей з'явилася можливість вибору різних форм навчання (у спеціальній школі, школі-інтернаті, навчально-реабілітаційному центрі» у корекційних класах при загальноосвітній школі, дитсадку-школі, надомного навчання, у формі екстернату та ін.).

У 24 областях (крім Вінницької, Житомирської і Хмельницької) працюють штатні психолого-медико-педагогічні консультації, які створюють банк даних дітей з особливими потребами, що дає змогу прогнозувати розвиток мережі спеціальних навчально-виховних закладів, надавати дітям на ранній періодах розвитку корекційну допомогу, а батькам – консультативно-методичну. Відповідно до постанови Уряду України від 29.04.91 № 103 у країні має функціонувати 100 штатних консультацій (1 на 120 тис. дітей до 18 років), проте вони на сьогодні працюють на громадських засадах.

Водночас у зв'язку із зростанням за останні п'ять років на 22 відсотки кількості дітей з особливими потребами в різних регіонах країни (дітей із складними комплексними дефектами, різними формами затримки психічного розвитку, дитячим аутизмом, девіантною поведінкою, труднощами у навчанні і спілкуванні), щорічним збільшенням на 5–6 тис. дітей-інвалідів (нині на обліку 152,2 тис. чол.), відсутність необхідної кількості спеціальних (корекційних) закладів, кваліфікованих кадрів та ін., існуюча система спеціальної освіти» потребує якісних змін.

Крім того, починаючи з 30-х років спеціальні школи для дітей з порушеннями психофізичного розвитку намагались дати ідентичну з масовою школою освіту. Такий підхід обумовлений висновками радянських і зарубіжних вчених - дефектологів про надкомпенсаторні можливості розвитку дитини з фізичною й інтелектуальною недостатністю. Обґрунтовувалася ідея про те, що, наприклад, сенсорна обмеженість стимулює функціонування всіх збережених аналізаторів, особливо інтелектуальну діяльність. Це ніби дає можливість учневі

вільно і успішно оволодіти програмою загальноосвітньої школи. Справа лише у виборі педагогічних технологій і тривалості навчання.

Практика навчально-виховної роботи з дітьми з особливими потребами підтвердила, що така освітня система не відповідає реальним можливостям цих дітей.

Спеціальні дослідження, проведені в Україні в останні роки, сприяють подоланню стереотипів у розумінні проблем навчання і виховання дитини з особливими потребами, відходу від концентрації уваги на ураженні. Провідною ідеєю сучасної спеціальної освіти є орієнтація на ефективне використання збережених систем та функцій, здатних взяти на себе компенсаторно-корекційне навантаження, цілеспрямований розвиток психічних процесів, які обумовлюють рівень опанування знань, умінь, навичок та відповідну освіченість дитини, її інтеграцію в суспільство.

Концепція державного стандарту базується на:

розумінні особистості дитини з урахуванням закономірностей її розвитку;

визначенні ступеню компенсаторно-корекційного впливу на розвиток дитини залежно від характеру та глибини ураження (сенсорного, фізичного чи інтелектуального) в умовах спеціального навчання;

проектуванні віддалених цілей та результатів навчання і виховання з відповідним змістом, технологічним та матеріальним забезпеченням.

Зміни в системі загальної середньої освіти, пов'язані з розробкою і впровадженням державного освітнього стандарту, призводять до необхідності визначення нового статусу спеціальної освіти та нового етапу у розвитку української дефектологічної науки і практики.

Методологічні підходи до розробки державного освітнього стандарту для спеціальних (корекційних) шкіл

Дана Концепція стандартів спеціальної освіти поширюється на вісім існуючих типів шкіл, на нові типи, які можуть виникнути, на всі заклади, осередки, незалежно від місця та форми навчання дітей з особливими потребами.

Кожен вид порушення потребує розробки своїх стандартів, навчальних планів, змісту, особливої компенсаторно-корекційної роботи, спеціальної методики. Проте загальні закономірності формування особистості, врахування їх при розробці компенсаторно-корекційних заходів, вироблення специфічних схем взаємозв'язків, розривів та прогалів у функціонуванні, розвитку психічних процесів хворої дитини, дозволяє визначити оптимальні шляхи впливу на особистість, забезпечити доступний зміст розвивального характеру та відповідну методику навчання.

Соціалізація дитини з особливими потребами здійснюється у відповідності з оногенетично обумовленими етапами розвитку дитини, яка не має відхилень, проте із можливими змінами у тривалості конкретного етапу.

В основу розробки стандартів спеціальної освіти покладено сучасне наукове розуміння компенсації та корекції, соціальної адаптації дитини, її інтеграції в суспільство, а саме: розвиток збереженого чуттєвого сприймання, психічних функцій, які, як правило, не підлягають системній науково обумовленій стимуляції, формуванню нових механізмів, здатності до рефлексії, сенсорно-перцептивного та семантичного аналізу, взаємодії з дорослими, мовленнєвої та комунікативної діяльності з акцентуванням уваги на здатності сприймання та розуміння інформації, рухової активності, стимулювання породження позитивних емоцій тощо.

Таким чином, державний стандарт спеціальної освіти – це унормована система показників психофізичного розвитку і освіченості, соціалізації та інтеграції особистості з особливими потребами на кожному етапі навчання з урахуванням її особливостей та потенційних можливостей, що реалізується комплексом нормативних документів, норм і вимог, які відображають специфіку освіти та вимоги і гарантії держави щодо її одержання.

Стандартизація освіти здійснюється шляхом розробки базових навчальних планів і програм, визначення певного рівня освіти з урахуванням стану фізичного і (або) психічного порушення у дитини.

Основними об'єктами стандартизації в спеціальній освіті є структура, зміст, обсяг навчального матеріалу та рівень підготовленості учнів. Норми і вимоги, встановлені стандартом, є обов'язковими при визначенні рівня розвитку та освіченості кожного учня.

Водночас введення державного стандарту відкриває широкі можливості для педагогічної творчості, створення, з урахуванням обов'язкового освітнього рівня, варіативних програм, різних технологій навчання, навчальних посібників.

Державний освітній стандарт визначає певні нормативи, дотримання яких забезпечить інтеграцію особистості в систему національної та світової культури. Він включає:

- зміст освіти за ступенями навчання, який держава гарантує надати учневі в обсязі необхідної загальноосвітньої підготовки;

- вимоги до обов'язкового рівня загальноосвітньої підготовки учнів та системи показників;

- максимально допустимий обсяг навчального навантаження школярів за роками навчання.

Традиційна загальноосвітня школа будується на триступеневій основі: початкова, основна і середня.

Кожна з них, вирішуючи загальні завдання, має свої специфічні функції, пов'язані з віковими особливостями учнів і особливостями конкретного навчального закладу.

Державний стандарт спеціальної освіти як комплексний нормативний документ включає базовий навчальний план для різних типів спеціальних шкіл-інтернатів (шкіл) та зміст освітніх стандартів галузей знань (з переліком навчальних предметів, які їх наповнюють), показники психічного розвитку, інтеграції в суспільство, залежно від характеру та глибини порушення.

У базовому навчальному плані виділяються інваріантна та варіативна складові змісту спеціальної загальної середньої освіти.

Інваріантна частина державного компоненту змісту загальної середньої освіти забезпечує єдність шкільної освіти в Україні і включає ту частину змісту освіти, в якій виділяються обов'язкові навчальні галузі загальнокультурного і загальнодержавного значення, встановлює мінімальну кількість відведених для їх опанування навчальних годин. Інваріантна частина дає можливість досягти такого рівня розвитку та освіченості, який відповідає потенційним можливостям учня і забезпечує подальше формування його особистості, можливість продовжити навчання та інтеграцію в суспільство.

Варіативна складова змісту освіти забезпечує особливі потреби, пізнавальні інтереси і нахили учнів, відображає специфіку конкретного закладу, його корекційну спрямованість, етносоціальну своєрідність регіону, його історію та культуру, національні традиції; вона забезпечує можливість реалізації індивідуального підходу до школярів.

Інваріантна і варіативна частини не є повністю незалежними. А тому в навчальному плані будь-якого спеціального загальноосвітнього навчального закладу виділяються чотири основні види навчальних занять:

обов'язкові заняття, які складають базове ядро загальної середньої освіти;
обов'язкові індивідуальні та фронтальні корекційні заняття;
обов'язкові заняття за вибором учнів;
факультативні заняття.

Шкільна освіта має забезпечити досягнення випускником соціальної зрілості, достатньої для подальшого самовизначення і самореалізації особистості в трудовій, суспільно-політичній, культурно-дозвільній, сімейно-побутовій, освітній сферах життєдіяльності.

Соціальна зрілість – досягнення рівня розвитку та освіченості, який сприятиме соціальній реабілітації та інтеграції особистості в суспільство, і відповідає її потенційним можливостям.

Мета і завдання стандарту спеціальної освіти

Сучасний розвиток суспільства, соціалізація і інтеграція учнів з відхиленнями у розвитку потребують суттєвого оновлення системи спеціальної освіти, її форм і змісту, введення нових педагогічних підходів і інноваційних технологій, психологічного супроводу навчального процесу, а також нових комплексних програм розвитку особистості дитини і її найбільш ефективної і оптимальної соціально-трудової адаптації.

Мета стандарту спеціальної освіти:

створення оптимальних умов для досягнення соціальної зрілості кожною особистістю, розвиток тих здібностей, які потрібні їй і суспільству, досягнення певного рівня освіченості, використовуючи потенціал компенсаторно-корекційних можливостей, включення її в соціально-вартісну активну діяльність, забезпечення тих знань, умінь та навичок, рис характеру, які уможливають її нормальне життя в соціумі.

Концепція стандарту спеціальної освіти проектується на дитину з особливими потребами, її вік, час і характер порушення (сенсорне, фізичне чи інтелектуальне), його глибину, потреби та потенційні можливості у відношенні до психофізичних показників розвитку в нормі та логіку змісту навчальної галузі, в тому числі корекційно-компенсаторного компоненту.

Основними завданнями спеціальних освітніх стандартів є:

Створення необхідних умов для розвитку особистості дитини з максимальним використанням її потенційних можливостей.

Забезпечення розвитку психічних функцій, сенсорних систем збереження і зміцнення фізичного здоров'я дітей.

Забезпечення змістової і методичної наступності на різних ступенях навчання.

Розробка різних варіантів навчання в межах початкової, основної і середньої школи для різних категорій дітей залежно від їх потенційних можливостей і збережених функцій.

Розробка змісту державного, корекційного і шкільного компонентів базового навчального плану для різних типів спеціальних освітніх закладів, визначення засобів соціалізації та адаптації, основних принципів корекційного навчання, змісту спеціальних педагогічних технологій.

Підготовка інституту сім'ї, надання батькам допомоги і підтримки у вихованні дитини.

Принципи побудови стандарту освіти для дітей з особливими потребами:

Гуманізація освіти, її відкритість, що сприятиме створенню таких умов, які допоможуть дітям з проблемами в розвитку задовольнити їх потреби, виходячи з реальних можливостей особистості і вимог суспільства.

Гнучкість освітньої системи дозволяє отримати освіту відповідно до потенційних можливостей особистості.

Варіативність навчальних планів, освітніх програм та технологій навчання сприятиме включенню дітей з особливими потребами у відповідну освітню систему. Вона дає можливість працювати за певною програмою, але в різному темпі на декількох рівнях: будь-яка дитина може отримати освіту відповідно своїх пізнавальних можливостей (всі три ступені; обмеження одним ступенем); оволодіти різними професіями, залежно від власного вибору, ступеня освіти, індивідуальних можливостей, допрофесійної підготовки.

Безперервність і наступність освіти забезпечується від дошкільного до шкільного і позашкільного навчання. Безперервна освіта передбачає мережу пов'язаних між собою навчально-виховних закладів, забезпечує взаємозв'язок і наступність програм, створює простір для різного характеру компенсаторно-корекційних послуг з урахуванням етапів розвитку дитини та характеру взаємодії сім'ї, школи, однолітків. Вона включає компоненти адаптації та соціалізації, досвід, практично-побутові, професійні уміння та навички, спілкування, навчально-пізнавальну діяльність.

Компенсаторно-корекційна спрямованість передбачає розуміння закономірностей в розвитку дитини з особливими потребами, пріоритетність розвитку психічних процесів та функцій у зв'язку з опануванням знань.

Психолого-педагогічне супроводження на всіх етапах, соціальна захищеність – це індивідуальна допомога дитині в процесі її становлення, гарантування державними інституціями права на працю, підготовка суспільства до сприйняття особи з особливостями в розвитку.

Адаптація і інтеграція в сучасному світі – це соціалізація відповідно до змісту загальноосвітньої та відповідної індивідуальної програми.

Диференційований та індивідуальний підхід у спеціальних закладах пов'язаний з особливостями і структурою порушень в розвитку, вибором типу школи, освітньої програми, технологій навчання.

Професійно-трудове навчання – один з найбільш важливих напрямів роботи з такими дітьми, що передбачає оволодіння певними професійними навичками, кваліфікацією, виходячи з власних функціональних можливостей і інтересів.

Педагогічні кадри, які здатні реалізувати освітні програми за відповідним ступенем і варіантом навчання, повинні мати спеціальну освіту або не спеціальну, підкріплену сертифікатом спеціальної підготовки. Передбачається підготовка і перепідготовка педагогів відповідно до вимог, завдань і змісту освітнього стандарту для спеціальних закладів.

Лікування, реабілітаційна і абілітаційна робота передбачає своєчасну діагностику, поєднання психолого-педагогічної допомоги з використанням лікувальних препаратів, оздоровчих заходів, загальнозміцнюючих процедур та ін.

Загальна модель освітнього стандарту для спеціальних (корекційних) закладів

У державному стандарті освіти виділяються три ступені освіти (початкова, основна і середня школа). В межах кожного ступеня виділено по декілька варіантів залежно від складності структури відхилення в розвитку. Кожен ступінь і варіант освітньої програми мають свою мету і завдання, терміни і умови навчання.

З метою еквівалентності освіти подібних категорій дітей з особливими потребами, які мають різні умови навчання (спеціальна школа-інтернат чи школа, інтегроване навчання в загальноосвітній школі чи класі, надомне навчання, екстернат, навчально-реабілітаційний центр), розробляється вісім базових навчальних планів для кожного типу закладу (для дітей: глухих, сліпих, зі зниженим слухом, зі зниженим зором, розумове відстає, з затримкою психічного розвитку, важкими порушеннями мови, наслідками поліомієліту і церебральним паралічем).

Для всіх дітей 6–7 років з особливими потребами, особливо для тих, хто не отримав спеціальної дошкільної підготовки, має комплексні порушення в розвитку і потребує тривалої діагностики в динаміці педагогічного процесу, організовується діагностичний клас з метою визначення варіанту навчання.

Діагностичний клас.

Мета: психолого-медико-педагогічна діагностика і визначення варіанту навчання на I ступені освіти (початкова школа).

Завдання:

адаптація дитини до школи і нових видів діяльності;
комплексне психолого-медико-педагогічне обстеження дитини в динаміці педагогічного процесу;
розвиток комунікативних умінь і навичок;
розвиток психічних процесів та функцій компенсуючого характеру;
підготовка до навчання у початковій школі;
підбір індивідуальних форм і методів психокорекції і психопрофілактики;
розробка діагностичне орієнтованих змісту та методики навчання;
формування адекватних сімейних відносин до особливостей навчання і розвитку дитини, максимальне включення сім'ї у педагогічний і корекційний процеси;
інтеграція в суспільство.

I ступінь навчання (початкова школа)

Мета: здійснення психолого-педагогічної роботи з корекції і компенсації відхилень в розвитку дитини, формування початкової грамотності.

Завдання:

розвиток психічних процесів та функцій;
формування основ грамотності шляхом засвоєння базових знань освітніх галузей: мова і література, математика, природничі і суспільні дисципліни;
соціальний розвиток дитини, навичок її спілкування, мови, мислення, емоційної сфери і особистості шляхом образотворчого і музичного мистецтва, фізкультури;
початкове допрофесійне навчання з урахуванням потенційних можливостей і інтересів дитини;

компенсація і корекція порушень розвитку шляхом психолого-педагогічних (мовних, ігрових, музичних та ін.), лікувальних (медикаментозної, масажу, лікувальної фізкультури, фізіотерапії, психотерапії та ін.) методик з максимальним використанням засобів індивідуальної корекції в умовах спеціальної школи і сім'ї;

інтеграція в суспільство.

На першому ступені освіти для дітей з особливими потребами з урахуванням структури і складності психофізичного порушення і можливостей учня виділяється *чотири варіанти навчання*:

загальноосвітня підготовка;
корекційно-розвивальне;
компенсаторно-адаптаційне;
абілітаційне.

I варіант (загальноосвітня підготовка)

Мета: підготовка до навчання на II ступені за I варіантом в межах загальноосвітньої програми.

Варіант освіти передбачає:

засвоєння змісту загальноосвітньої програми (опорні знання);
формування навичок і вмінь навчання;
корекція основних психічних функцій, рухової і емоційно-вольової сфери;
розвиток вмінь соціальної комунікації з дорослими та іншими учнями;
профілактика вторинних відхилень у психофізичному розвитку;
розвиток творчих здібностей і усвідомлення дітьми своїх реальних і потенційних можливостей.

Термін навчання – 5–6 років, включаючи діагностичний клас, залежно від типу спеціального (корекційного) освітнього закладу. Наповнюваність класу – виховної групи – 6–12 чоловік, виходячи з типу закладу, з урахуванням вимог постанови Уряду України від 29.04.91 № 103, наказу Міносвіти від 10.09.97 № 341. Навчання здійснюється за варіантом базового навчального плану.

II варіант (корекційно-розвивальне навчання)

Мета: підготовка до навчання на II ступені відповідного варіанту, створення умов для навчання за I варіантом II ступеня, профорієнтація і оволодіння елементарними вміннями і навичками, які б сприяли вибору і оволодінню в подальшому професією.

Даний варіант освіти створює умови для подолання труднощів у навчанні, пов'язаних із соціальною депривацією, педагогічною занедбаністю, затримкою психічного розвитку, і передбачає поглиблену роботу:

з корекції психічних функцій, пізнавальної діяльності, навичок спілкування;
з розвитку вмінь і навичок у процесі трудового навчання, спроможності і здібностей дитини;

з формування компенсаторних способів діяльності шляхом максимального використання потенційних можливостей дитини.

Термін навчання 5–6 років за варіантом базового навчального плану із збільшенням навчальних годин на трудове навчання.

III варіант (компенсаторно-адаптаційне навчання)

Мета: підготовка до навчання на II ступені за відповідним варіантом, створення умов для оволодіння допрофесійними вміннями і навичками.

Освітня програма орієнтує на навчання дітей, які мають низькі навчальні можливості, виражені інтелектуальні порушення, відхилення в емоційно-вольовій сфері, комбіновані вади розвитку (наприклад, зниження слуху і розумова відсталість, порушення зору і затримка психічного розвитку, порушення опорно-

рухового апарату і розумова відсталість та ін.). Освітня програма зорієнтована на соціальну реабілітацію і адаптацію і передбачає допрофесійну підготовку. Програма розробляється з урахуванням різних варіантів поєднаної патології розвитку дитини.

Термін навчання – 5–6 років.

IV варіант (абілітаційне навчання)

Мета: підготовка дітей до навчання на II ступені за індивідуальними освітніми програмами різних варіантів залежно від патології, рівня розвитку дитини і готовності до навчання.

Індивідуальне навчання (переважно надомне, в центрах реабілітації) може здійснюватися за спеціально розробленими програмами, виходячи із психолого-педагогічних, фізичних, інтелектуальних можливостей дитини. Як правило, цьому варіанту навчання підлягають діти з важкими формами рухових порушень, які самостійно не пересуваються, глибоким ступенем розумової відсталості, дитячим аутизмом, складними комплексними відхиленнями у розвитку.

Рішення про індивідуальне навчання приймає психолого-медико-педагогічна консультація з урахуванням захворювання дитини та побажання батьків. Рішення затверджує рада чи педагогічна рада школи (школи-інтернату).

Термін навчання – 4–6 років залежно від патології розвитку, інтелектуальних можливостей дитини.

II ступінь навчання (основна школа)

Мета: досягнення загального рівня освіченості на даному ступені за відповідним варіантом, формування особистісних якостей, необхідних для соціальної реабілітації і інтеграції в суспільство.

Завдання:

подальше оволодіння знаннями з основних освітніх галузей для досягнення потенційно можливого рівня грамотності;

розвиток і вдосконалення сенсорної і інтелектуальної сфери;

корекція і компенсація порушених якостей і властивостей особистості, формування практичних вмінь, навичок, емоційно-особистісних якостей, подальший розвиток пізнавальної діяльності;

допрофесійне навчання;

формування мотиваційного вибору варіанту подальшої освіти і профілю професійного навчання;

створення ціннісних орієнтацій значення сім'ї і сімейного виховання для надання допомоги в соціалізації, працевлаштуванні, самостійному житті.

I варіант (загальноосвітня підготовка)

Мета: формування базового обсягу знань для отримання загальної або спеціальної середньої освіти.

Освітня програма передбачає:

оволодіння базовими знаннями з метою подальшого самостійного отримання знань і професії;

оволодіння різними формами і видами навчальної діяльності;

корекція психічних властивостей і функцій особистості;

допрофесійна орієнтація особистості.

Навчання проводиться за варіантом базового навчального плану з терміном 5–6 років.

Передбачається, що після завершення освіти на цьому ступені випускник може продовжити свою освіту в середній школі, в середньому спеціальному

закладі, а в подальшому отримати вищу освіту, оволодіти різними професіями, виходячи з інтересів і можливостей.

II варіант (корекційно-розвивальне навчання)

Мета: формування способів продуктивної діяльності як умова інтеграції і адаптації в сучасному світі.

Навчання проводиться за варіантом базового навчального плану з орієнтацією на профільну освіту для підготовки кваліфікованого робітника.

Освітня програма передбачає:

оволодіння базовими знаннями, досягнення рівня функціональної грамотності;

оволодіння допрофесійними вміннями і навичками;

корекцію затримки психічного розвитку;

формування міжпредметних зв'язків на основі інтеграції різних галузей знань як способів пізнавальної діяльності.

Передбачається, що випускники після оволодіння базового обсягу знань, досягнення рівня функціональної грамотності будуть мати можливість як для продовження освіти на III ступені, так і для подальшого оволодіння професійною грамотністю.

Цей варіант освітнього стандарту зорієнтований на значне посилення рівня професійної інформованості і компетентності.

III варіант (компенсаторно-адаптаційне навчання).

Мета: формування обсягу знань, який сприяє адаптації в навколишньому світі і оволодінню певними трудовими навичками.

Навчання проводиться за варіантом базового навчального плану із суттєвою зміною змісту і термінів оволодіння програмним матеріалом. Варіант навчання передбачає підготовку дітей, які мають відхилення в інтелектуальному розвитку або комбіновані порушення.

Освітня програма передбачає:

корекцію і компенсацію сенсомоторних, інтелектуальних відхилень в розвитку;

соціалізацію особистості в сучасному суспільстві;

оволодіння різними видами допрофесійних, у разі потреби професійних знань і вмінь;

забезпечення рівня знань і практичних умінь для самостійної адаптації випускника.

Термін навчання 4–6 років.

IV варіант (абілітаційне навчання).

Мета: досягнення рівня знань, які б відповідали психофізичним і інтелектуальним можливостям учнів.

Навчання проводиться за варіантами базових навчальних планів, які мають індивідуальний різнорівневий і багато-профільний характер.

Освітня програма спрямована:

на засвоєння знань в силу наявних можливостей;

на використання розвитку потенційних здібностей дітей у межах їх можливостей;

на корекцію різних сторін особистості;

на соціальну адаптацію і інтеграцію підлітка;

на надання допомоги у життєзабезпеченості і працевлаштуванні.

Термін навчання 4—6 років за спеціальною індивідуальною програмою, визначеною психолого-медико-педагогічною консультацією і педагогічною радою школи, з урахуванням можливостей учня та бажання батьків.

III ступінь навчання (середня школа)

Мета: досягнення рівня компетентності в освіті, формування способів особистісного і професійного самовизначення, максимальна соціалізація особистості.


Передбачається, що III ступінь освіти доступний випускникам з I, II варіантів навчання. Для випускників з III і IV варіантами навчання III ступінь може виконувати додаткову функцію для поглиблення соціалізації і професійної підготовки, тобто як продовження навчання для здобуття професії і оволодіння культурою молодого робітника. Цей ступінь може стати перехідною ланкою між школою і індивідуальною трудовою діяльністю.


Таким чином, *концепція державного стандарту освіти для дітей з особливими потребами передбачає зміну змісту спеціальної освіти відповідно до вимог суспільства, його соціально-економічних умов, а головне – може сприяти розвитку, освіченості учня з урахуванням його потенційних можливостей, максимально повно адаптувати і інтегрувати випускника спеціального (корекційного) закладу в сучасному світі.*


Додаток Б



ВИДИ ПОРУШЕНЬ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ТА МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ


Види	Характеристика	Причини	Особливості розвитку дитини	Напрями, методи корекції
1. Виразні та сталі порушення слухової функції	За ступенем виразності та складністю порушення слухової функції поділяються на такі види: глухота — глибоке стійке двостороннє порушення слуху, вроджене або набуте у ранньому віці до того, як у дитини сформувалось мовлення; туговухість - часткова слухова недостатність з різним ступенем виразності, яка є причиною порушень мовленевого розвитку; пізнооглухлість — втрата слуху після того, як мовлення було сформоване.	<u>Причини вродженої глухоти</u> и: 1) неправильний розвиток слухового органу у період вагітності матері; 2) перенесені інфекційні захворювання — грип, кір, травми; вживання матер'ю алкоголю; травма плоду в перші місяці вагітності. Набута глухота найчастіше є результатом запальних процесів у внутрішньому вусі і слуховому нерві при різних захворюваннях: менінгіті, кори, скарлатині, грипі. <u>Причини виникнення туговухості різноманітні:</u> 1) як результат гострого або хронічного запалення середнього вуха; 2) як результат хронічних захворювань носа і носоглотки; 3) як результат	<ul style="list-style-type: none"> ✓ недорозвинення мисленневих операцій, словесно-логічного мислення ✓ відставання в розвитку словесної пам'яті ✓ менш стійко і тривало зберігаються точні образи об'єктів ✓ продуктивність уваги залежить від ступеня виразності об'єктів, які сприймаються ✓ недостатній рівень розвитку слухового сприймання ✓ уповільненість розвитку здатності до наслідування мовлення та оволодіння ним ✓ пізнання предметів довкілля з опорою на тактильне сприймання 	По-перше, необхідно сформувати у дітей з порушеннями слуху уявлення про якості особистості, емоційних властивостях, про норми поведінки. По-друге, потрібно навчити дітей бачити прояви цих якостей в поведінці інших людей – дітей та дорослих, формувати вміння розуміти вчинки оточуючих людей, дати їм для цього еталони оцінки. По-третє, формувати у дітей з порушеннями слуху адекватну самооцінку, яка є, з одного боку, основою регуляції власної поведінки, з іншого боку, запорукою успішного встановлення


		<p>перенесених інфекційних захворювань (скарлатини, грипу, кори); 4) як результат природжених аномалій органів слуху в ембріональному періоді.</p>		міжособистісних відносин.
<p>2. Виразні порушення зору</p>	<p>Відповідно до ступеня порушення зорового аналізатора розрізняють:</p> <ul style="list-style-type: none"> • сліпота- зорові відчуття у дітей або зовсім відсутні, або зберігається відчуття світла чи незначний залишковий зір, проте недостатній для звичайної життєдіяльності; • слабкозорість — виразне зниження гостроти зору або значне порушення інших зорових функцій (наприклад, звуження меж поля зору), або прогресуюче захворювання. 	<p>Порушення зору можуть бути вродженими і набутими. Вроджена сліпота обумовлюється ушкодженням або захворюванням плоду в період внутрішньоутробного розвитку або виникає внаслідок впливу негативних спадкових факторів. Набута сліпота в основному виникає внаслідок захворювань органів зору - сітківки, рогівки або захворювань центральної нервової системи (менінгіт, пухлина мозку, менінг-гоенцефаліт), ускладнень після загальних захворювань організму (кір, грип, скарлатина), травматичних ушкоджень</p>	<p>✓ У цілому розвиток вищих пізнавальних процесів (увага, логічна пам'ять, мислення, мова) протікає нормально. ✓ Уповільнено розвивається конструктивне мислення. ✓ Абстрактне мислення не має достатньої опори в конкретних уявленнях ✓ Словесно-логічне мислення випереджає розвиток наочно-образного ✓ Мова формується з деякою затримкою і відрізняється наслідуванням структури та інтонації мови дорослих</p>	<p>Існує ряд вправ на розвиток зору: 1. ігри на розвиток гостроти зору: Мозаїка різної величини і форми. Конструктор. Сортування насіння. Малювання через кальку. 2. ігри на розвиток окорухаючої функції: Малювання по пересічену контуру. Малювання через кальку. Спостереження за іграшкою, що рухається. Лабіринти (прості і складні). Малювання по крапках. 3. ігри на розвиток бінокулярного і стереоскопічного зору: "Злови рибку".</p>

		<p>головного мозку або очей.</p>	<p>Метання в ціль, в обрuch. Більярд. Розглядання картинок у стереоскопі. Слухові диктанти.</p>
<p>3. Важкі мовленнєві порушення</p>	<p>Порушеннями мовлення вважаються відхилення від норми, загальноприйнятої у певному мовленнєвому середовищі, які повністю або частково перешкоджають мовленнєвому спілкуванню та обмежують можливості соціальної адаптації людини.</p>	<p>Біологічні причини:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ гіпоксія плоду ✓ родові травми ✓ мозкові інфекції, травми. <p>Соціально-психологічні:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ засвоєння дитиною одночасно двох мовних систем ✓ займа стимуляція мовленнєвого розвитку дитини ✓ неадекватний тип виховання дитини ✓ педагогічна занедбаність ✓ мовленнєві дефекти оточуючих дитину людей. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ діти швидко виснажуються і пересичуються будь-яким видом діяльності ✓ характеризуються дратівливістю, підвищеною збудливістю, не можуть спокійно сидіти, сминають щось у руках. ✓ емоційно нестійкі, настрий швидко змінюється. ✓ нерідко виникають розлади настрою з проявом агресії, нав'язливості, занепокоєння. Значно рідше у них спостерігаються загальмованість і млявість. ✓ таким дітям важко зберігати посидючість, працездатність і
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Логопедичний масаж ✓ Артикуляційна та дихальна гімнастика ✓ Дрібна моторика ✓ Рухливі заняття ✓ Музикотерапія, казкотерапія, ✓ програма для вивчення математики <u>Нумікон</u> теж є ефективними для навчання та корекції мовлення 			

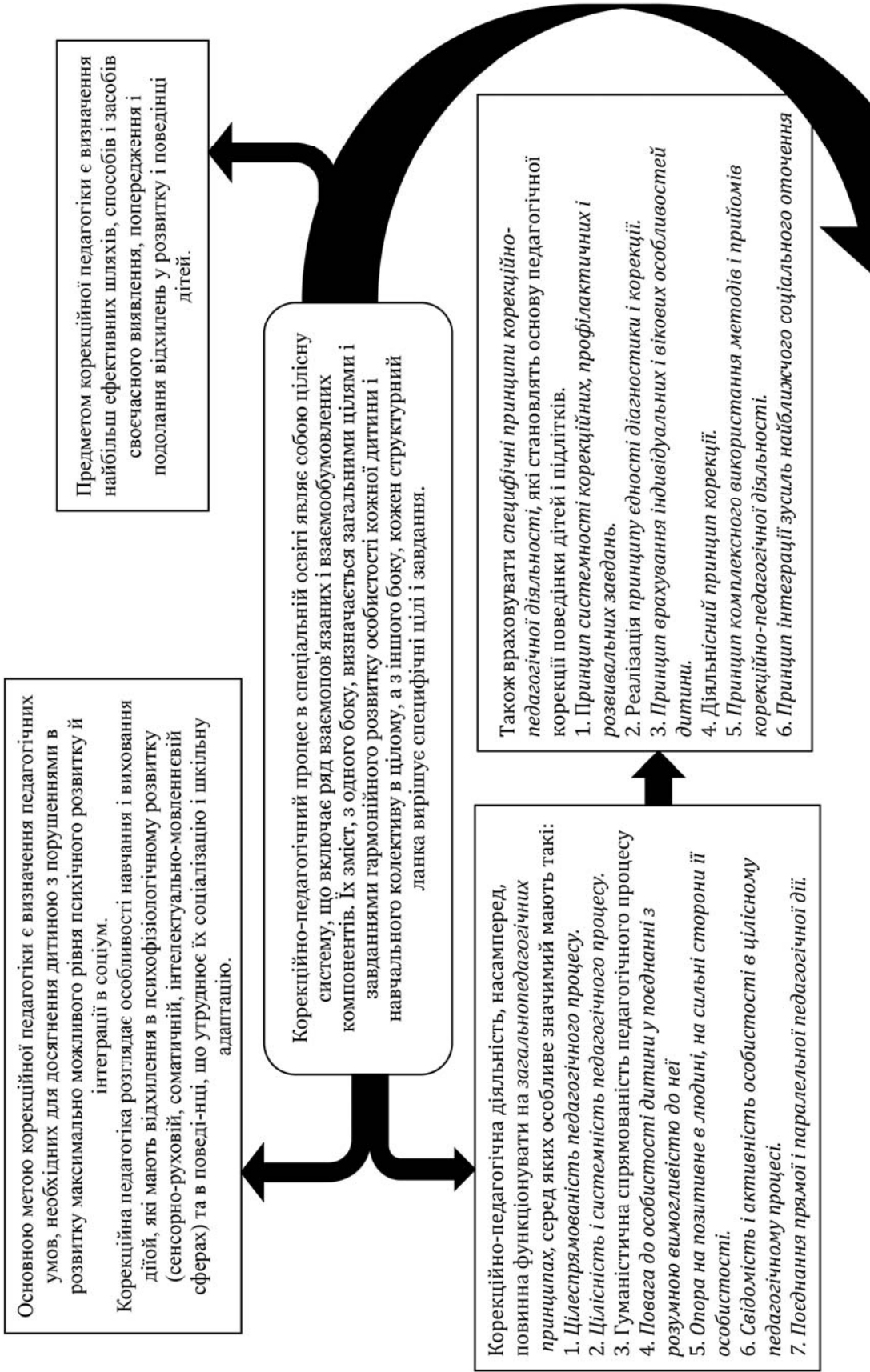
			<p>✓ довілну увагу на протязі всього уроку.</p> <p>✓ діти погано переносять спеку, задуху, їзду в транспорті, довгий гойдання на гойдалці, нерідко вони скаржаться на головні болі, нудоту і запаморочення</p> <p>✓ нестійкість уваги та пам'яті</p>	<p>✓ максимальна реалізація вікових можливостей дитини</p> <p>✓ розвиток індивідуальних особливостей дитини</p> <p>✓ створення сприятливого, емоційного позитивного фону, який визначається, перш за все, продуктивним спілкуванням; єдність вікової і індивідуальної в розвитку дитини. Це означає індивідуальний підхід до дитини в контексті його</p>
<p>4. Затримка психічного розвитку</p>	<p>Затримка психічного розвитку (ЗПР) – синдром тимчасового відставання розвитку психіки у цілому або її функцій, уповільнення темпу реалізації потенційних можливостей організму</p> <p>Основними типами ЗПР є наступні:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ЗПР конституційного походження (психічний та психофізичний інфантилізм); ■ ЗПР соматогенного генезу; ■ ЗПР психогенного генезу; ■ церебрастенічна ЗПР. 	<p>Біологічні причини:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) різні варіанти патології вагітності (важкі інтоксикації, резус-конфлікт тощо.); 2) недоношеність дитини; 3) родові травми; 4) різні соматичні захворювання 5) нетяжкі мозкові травми. <p>Соціально-психологічні:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ранній відрив дитини від і у повній ізоляції за умов соціальної депривації; 2) дефіцит повноцінної, відповідної віку діяльності: предметної, ігровий, стосунки з дорослими тощо. 3) спотворені умови виховання 	<p>✓ недостатність загального запасу знань</p> <p>✓ обмеженість уявлень</p> <p>✓ незрілість мислення</p> <p>✓ мала інтелектуальна цілеспрямованість</p> <p>✓ переважання ігрових інтересів</p> <p>✓ швидка виснажливості в інтелектуальній діяльності.</p> <p>✓ недостатній розвиток дрібної моторики, загальне фізичне і соматичне ослаблення</p>	<p>✓ максимальна реалізація вікових можливостей дитини</p> <p>✓ розвиток індивідуальних особливостей дитини</p> <p>✓ створення сприятливого, емоційного позитивного фону, який визначається, перш за все, продуктивним спілкуванням; єдність вікової і індивідуальної в розвитку дитини. Це означає індивідуальний підхід до дитини в контексті його</p>

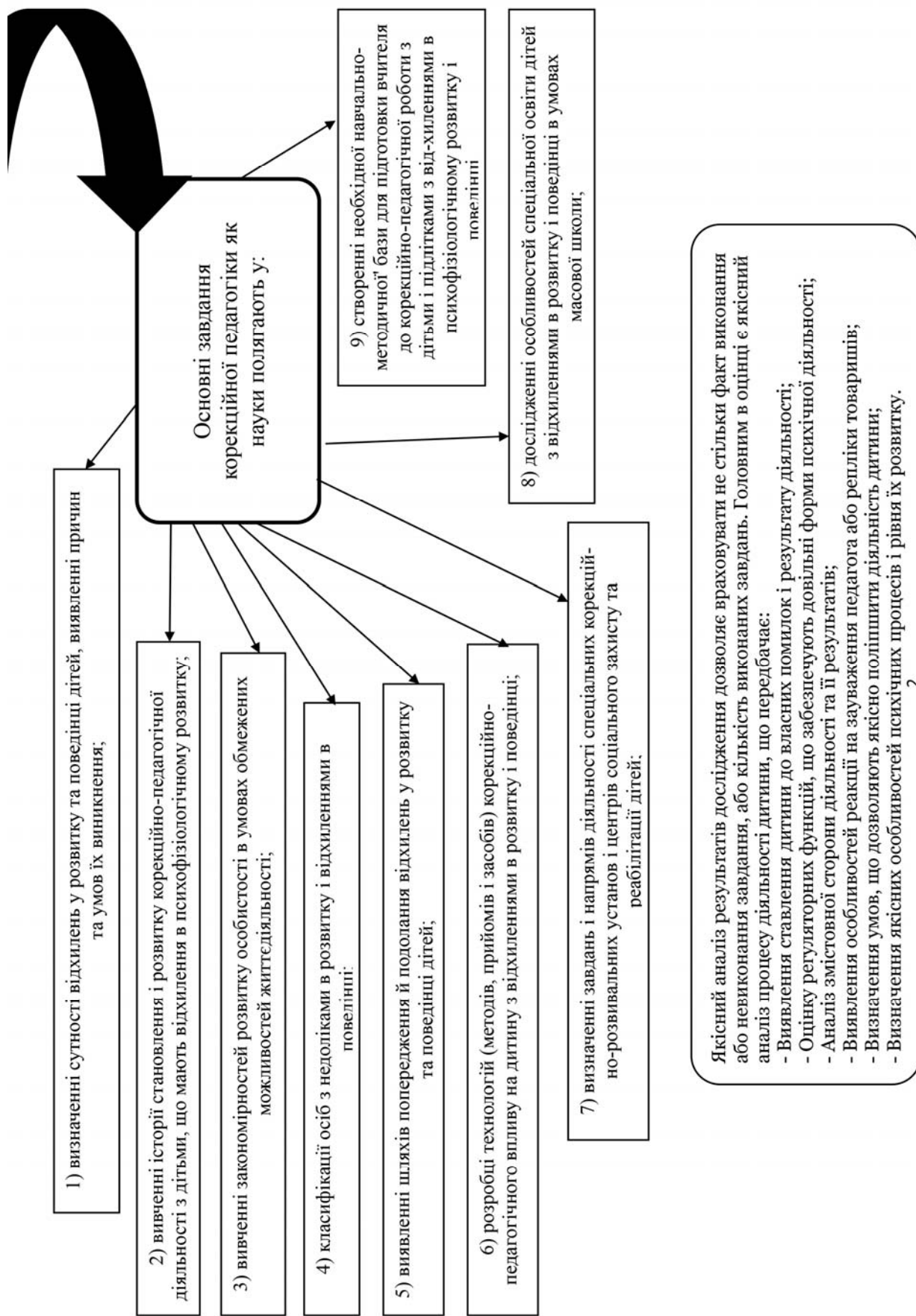
				<p>вікового розвитку; діяльній принцип здійснення корекції.</p> <p>✓ Розвиток психічних функцій</p>
<p>5. Порушення опорно-рухового апарату</p>	<p>Відхилення в розвитку дітей з такою патологією відрізняються значною різноманітністю і можуть мати різну ступінь вираженості.</p> <p>Більшість дітей з порушеннями опорно-рухового апарату - це діти з церебральним паралічем</p> 	<p>■ Захворювання нервової системи:</p> <ul style="list-style-type: none"> • дитячий церебральний параліч, • поліомієліт; • вроджені патології опорно-рухового апарату: • вроджений звих стегна, • аномалії розвитку хребта (сколіоз), • недорозвиток і дефекти кінцівок, • аномалії розвитку пальців кисті <p>■ Набуті захворювання і порушення опорно-рухового апарату:</p> <ul style="list-style-type: none"> • травматичні ураження спинного і головного мозку, кінцівок, 	<p>✓ У дітей з дитячим церебральним паралічем часто спостерігаються психічні порушення.</p> <p>✓ У 30-40 % наявна розумова відсталість різного ступеня, в інших – при задовільному розвитку логічного мислення часто відбувається недорозвинення функцій.</p> <p>✓ Мовленнєві труднощі, порушення м'яких, інколи слинотеча можуть створювати більш погане враження про інтелектуальний розвиток дітей, ніж це є в дійсності. Дійсний психічний стан можна визначити лише шляхом уважного спостереження та спеціальних методів</p>	<p>✓ арт-терапія,</p> <p>✓ звукова терапія,</p> <p>✓ медитативні техніки,</p> <p>✓ мандала,</p> <p>✓ елементи тілесно-орієнтованої психотерапії,</p> <p>✓ метафоричні асоціативні карти</p> <p>✓ системні корекційні заняття</p> <p>✓ реабілітаційні заходи, вправи</p>

6. Емоційно-вольові розлади	<p>До емоційно-вольових розладів, зокрема, відносяться:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ранній дитячий аутизм; ■ реактивні стани; ■ конфліктні переживання; • психопатичні форми поведінки 	<ul style="list-style-type: none"> • поліартрит, • захворювання скелету (туберкульоз, пухлини кісток, остеомієліт), • системні захворювання хребта (рахіт, хондродистрофія). 	<p>Діагностики.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Дітям цієї категорії властиві емоційна збудливість, зміна настрою. 	
	<p>Основними причинами порушень є:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ перенесені стреси; ✓ відставання в інтелектуальному розвитку; ✓ недостатність емоційних контактів із близькими дорослими; <p>Соціально-побутові причини;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ фільми та комп'ютерні ігри, не призначені для його віку; ✓ ряд інших причин, що викликають у дитини внутрішній дискомфорт і відчуття неповноцінності. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Емоційна напруженість ✓ труднощі в організації розумової діяльності, ✓ зниження ігрової активності ✓ швидке психічне стомлення дитини ✓ Підвищена тривожність. ✓ Агресивність. ✓ Відсутність емпатії. ✓ Неготовність і небажання долати труднощі. ✓ Низька мотивація до успіху. ✓ Надмірна імпульсивність дитини ✓ Уникнення близьких контактів з оточуючими людьми 	<p>✓ Для усунення порушень емоційної сфери слід звернутися до дитячого психолога, який за допомогою спеціальних занять, допоможе навчитися правильно реагувати при виникненні стресових ситуацій і контролювати свої почуття.</p> <p>✓ Також важливим моментом є робота психолога з самими батьками.</p> <p>✓ методи казкотерапії та лялькотерапії</p>	

<p>7. Комплексні порушення декількох функцій</p>	<p>Ця категорія дітей характеризується поєднанням двох чи навіть декількох виразних психофізичних порушень: зору, слуху, мовлення, рухового й пізнавального розвитку. Наприклад, сліпоглухі діти; діти, в яких вади зору, слуху чи опорно-рухового апарату поєднуються із розумовою відсталістю або затримкою психічного розвитку.</p>		<p>-соціальна дезадаптованість дитини;</p> <ul style="list-style-type: none"> • уповільнене й обмежене сприймання; • недоліки розвитку моторики; • вади мовленнєвого розвитку; • недоліки розвитку мислиннєвої діяльності; • недостатня у порівнянні із звичайними дітьми пізнавальна активність; • прогалини у знаннях і уявленнях про навколишній світ, міжособистісні стосунки; • недоліки у розвитку особистості (невпевненість у собі, невиправдана залежність від оточуючих, низька комунікабельність, егоїзм, песимізм, занижена або завищена самооцінка) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ методи казкотерапії та лялькотерапії ✓ арт-терапія, ✓ звукова терапія, ✓ медитативні техніки, ✓ мандала, ✓ елементи тілесно-орієнтованої психотерапії, ✓ метафоричні асоціативні карти ✓ системні корекційні заняття
--	--	---	---	---

ОПОРНА СХЕМА «СУТНІСТЬ І ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЙНО-ПЕДАГОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ»





ЕТИЧНА БЕСІДА НА ТЕМУ: «У ДУШАХ ЛЮДСЬКИХ ХАЙ ПАЛАЄ ТЕПЛО, ЛЮДСЬКЕ МИЛОСЕРДЯ ХАЙ ТВОРИТЬ ДОБРО»

Мета: ознайомити учнів із поняттями «етикет», «етика», «толерантність», «вихованість», «дитина з особливими потребами»; формувати в учнів навички культурної поведінки у повсякденному житті і досвід моральних взаємин у колективі; підвищити рівень культури, прищеплювати мовленнєвий етикет, уміння правильно оцінювати себе та інших; сприяти розвитку стійкого інтересу до формування морально-етичних якостей; виховувати ввічливість, милосердя, толерантність, чуйність, любов і повагу до ближнього. *Вікова категорія: учні 1–4 класів*



I. Організаційний момент

Вправа «Створення емоційного комфорту»

Діти стають у коло, беруться за руки, посміхаючись, говорять одне одному: «Привіт, я радий(а) тебе бачити. Гарного дня».

Перегляд уривка мультфільму «Крихітка Єнот»

(<https://www.youtube.com/watch?v=MkdgZ8aL7Rw>)

Обговорення з теми «У чому головне призначення людини?»

Учитель. У чому, на вашу думку, головне призначення людини?

(Діти висловлюють свої твердження.)

Учитель. Головне призначення людини – творити добро, бути милосердним, толерантним, ввічливим, вихованим... Адже люди народжуються різними, несхожими. У житті в кожного з нас є друзі, товариші, знайомі, родичі, сусіди, спілкування з якими приносить задоволення. Але довкола нас є і такі люди, яких ми недолюблюємо, якими нехтуємо, бо вони не схожі на нас.

Цього не має бути, бо всі ми, насамперед, люди і маємо ставитися до людей так, як ми хочемо, щоб вони ставилися до нас. Щоб розуміти інших, потрібно виховувати у собі толерантність.

Учитель. Ми сьогодні дізнаємось, хто такі люди з особливими потребами, сформулюємо основні правила етикету у спілкуванні з такими людьми, визначимо, як поняття «толерантність» пов'язане з добротою, дізнаємось різницю між «етикою» та «естетикою».

II. Основна частина

Вправа «Зірка толерантності»

Проговорити і записати на зірці визначення змісту поняття «толерантність» – *творити добро, бути милосердним, вихованим, ввічливим, поважати інших, пробачати, співчувати, співпрацювати.*



Вправа «Риси характеру толерантної людини»

Учитель. Оберіть рису характеру, що характеризують толерантну людину. Поясніть свій вибір.

- Жорстокість.
- Доброта.
- Гордість.
- Чуйність.
- Байдужість.
- Милосердя.
- Агресивність.

Бесіда

– Усі ви прагнете бути хорошими людьми. Дуже хочеться почути від вас, яка ж вона — хороша людина? (Відповіді учнів: добра, чуйна, весела, ввічлива, лагідна, милосердна, слухняна тощо.)

– Ми вчимося любити, бути добрими, ввічливими, працьовитими, вчимося берегти наше здоров'я, бути справедливими і співчутливими. Прагнемо завжди бути хорошими людьми.

Діти, підкажіть, доброта і милосердя – це якості людини, що даються при народженні, чи їх потрібно виховувати? (Діти висловлюють свої думки). Я також довго думала над цим питанням і дійшла до висновку, що людина повинна постійно удосконалювати себе на протязі життя.

Діти давайте спробуємо з'ясувати що таке милосердя? Як виникло це слово? Яких правил життя ми повинні навчитися дотримуватися?

Виступ дітей

Отже, милосердя – це щедрість, доброта, любов до ближнього.

– Отже, що ж робить людину прекрасною? (Вчинки)

– А вчинки бувають або добрими або поганими.

Учитель. Але скажіть будь ласка як же могло статися, що милосердя втратило сьогодні свою цінність? А його зміст звівся в основному до милостині? Невже для того, щоб виіскрити доброту із наших сердець, потрібен землетрус чи Чорнобиль? Хіба без них не можна бути милосердними? Хіба в звичайному житті немає людей, які потребують допомоги?

Є, і дуже багато таких людей. Але за своєю заклопотаністю про свій зовнішній вигляд, гонінням за кращим комп'ютером, найдорожчим мобільним телефоном ми не бачимо цих обділених людей.

– А зараз я вам наведу один приклад.

Біля води на піску сидить гарна молода жінка і ніжно обіймає свій скарб – хлопчика років чотирьох. Малюк хворий. У нього тяжка форма церебрального паралічу. Мама пригортає його дуже лагідно. Вони сидять на березі так, що їхні ноги торкаються води. Мама усміхається і щось розповідає хлопчикові. Він не може їй відповісти, а лишень якось незграбно намагається повертати своєю голівкою вбік. Із вигляду хлопчика зрозуміло, що він не може ходити, говорити, можливо, і ніколи не скаже їй “мама”, і ніколи не піде до школи, ніколи не принесе ні двійку, ні десятку...

Цієї ж миті у воді ще одна сім'я робить фото сесію своєї доньки. Їй 12 років. Вона не ходить сама, дівчинку заніс у воду її батько, він намагається втримати її на воді, але тільки дівчинки не слухається – ручки скручені страшною хворобою, та батько не впадає у відчай. Тримавши дівча, пораючись із хвилями, що намагаються скинути круг, він хоче, щоб його донька виглядала гарною на фотографії. Дівчатко намагається усміхатися. Збоку здається, що це в неї не дуже виходить. А мама в цей час ловить дорогоцінні моменти життя їхньої сім'ї простеньким фотоапаратом. Поруч друга дівчинка, напевно, друга донька в цій сім'ї, допомагає батькові. Сім'я разом. І вони щасливі!

Інші батьки привозять діток на інвалідних візках, купуються разом із ними, відносять їх плавати у море, вони разом засмагають, про щось розмовляють, спілкуються з іншими батьками, в яких такі самі особливі дітки. Вони разом лікуються... Відпочивають... Відпочивають від чого? Від людської байдужості й жорсткості, що оточує цих особливих дітей, яких наше суспільство називає "інвалідами". А ще – відпочивають від усього того,



що приходить з цим словом на додаток: нерозуміння, байдужість, неприйняття, відторгнення, жорсткість, криві погляди...

Учитель. Кожен із нас може допомогти людям з особливими вадами бути щасливими. Достатньо тільки побачити в цих людях – людей, в цих дітях – дітей.

Кожен із вас, мабуть, зараз ставить собі питання: «А що я можу

зробити, щоб допомогти їм бути щасливими?». Я відповім – любити! Не відвертати свого погляду від дітей, що виглядають не так, як здорові діти. Вони особливі. Чому? Не знаю. Але вони живуть, і Бог також привів їх на цей світ. Для чого? Можливо, щоб зробити нас добрішими, людянішими... І вони будуть щасливі!



Вправа «Дороби речення»

– Діти, на які вчинки може наштовхнути злість?

– А на які вчинки наштовхне ненависть, образа?

– А якщо у вашому серденьку любов, ласка, доброта, то що тоді хочеться робити?

– От, бачите, ви й самі вже знаєте, як важливо бути добрим, любити людей, добре ставитись до тваринок, себе поважати у цьому світі.

–А тепер скажіть, як ви вчините, якщо поряд:

–Хтось плаче;

– Старший ображає меншого;

– Дівчинка загортає кошения у хустку замість ляльки;

– Однокласники дражнять і насміхаються над інвалідом.

–Чому потрібно робити добро?

Учитель. Бути добрим нелегко, а постійно творити добро важко. Треба менше говорити про добро, а постійно його робити.

Мабуть, важко уявити, що люди можуть страждати не лише від хвороб або бідності. Душевний біль може спричинити і холодна байдужість оточуючих, непривітність. І як образливе слово може поранити душу, так привітне слово може зцілити її.

Технологія «Займи свою позицію»

Ситуація 1

Прогулюючись вулицею міста, ви побачили незрячого чоловіка, у якого в одній руці була сумка, а в іншій – палиця. Він вирішив перепочити, поставивши сумку і палицю біля стіни будинку. Раптом палиця впала. Які ваші дії?

Ситуація 2

У сусідньому будинку живе хлопчик Валерій, який користується інвалідним візком. Ваш друг Юрко, спілкуючись з ним, постійно спирається на його візок. Яке правило етикету у спілкуванні з людьми з особливими потребами порушує Юрко?

Ситуація 3

У вашому класі навчається дівчинка з інвалідністю. Ваша подруга звертається до неї зі словами: «Гей, ти чуєш...?» Що ви повинні зробити?

Вправа «Опиши свої відчуття»



Робота в групах

(Учні діляться на три групи і, виконавши завдання, обмінюються відчуттями та роблять висновки.)

Група 1 – із зав'язаними очима підійти до дошки і написати своє ім'я.

Група 2 – одягнувши рукавиці, дістати щоденник з рюкзака і записати назву місяця.

Група 3 – закрити вуха і, прослухавши загадку, відгадати її.

Заключна частина

Учитель

– Ось головна думка, яку я хотіла би донести сьогодні до вас, діти. У доброчинності повинна бути закладена любов і поклик серця. Тільки тоді вона принесе взаємне задоволення, очікуваний результат. Доброчинність або милосердя – це насамперед любов до ближнього.

Вправа «Побажай добра собі і всім».

Один мудрець запитав у народа: «Якого кольору милосердя?» Люди стали гадати. Зеленого – як земля. Жовтого – як сонце. Блакитного – як небо. Візьміть свого голуба і розфарбуйте його тим кольором, яким на вашу думку є милосердя і подаруйте кому ви хочете фразу «Я бажаю собі і всім вам...».