

КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД «КІРОВОГРАДСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ІНСТИТУТ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПЕДАГОГІЧНОЇ ОСВІТИ
ІМЕНІ ВАСИЛЯ СУХОМЛИНСЬКОГО»

Валентина Войтко

Навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами: сучасні підходи

Навчально-методичний посібник

Кропивницький
2016

УДК 316.6
ББК 88.3;88.5;88,48

Навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами: сучасні підходи : [навчально-методичний посібник] / В. Войтко. – Кропивницький: КЗ «КОІППО імені Василя Сухомлинського», 2016. – 84 с.

*Рекомендовано до друку науково-методичною радою
комунального закладу «Кіровоградський обласний інститут післядипломної
педагогічної освіти імені Василя Сухомлинського»
(від 14.06.2016 року, протокол № 3)*

Навчально-методичний посібник містить теоретичні характеристики дітей з особливими освітніми потребами та практичні рекомендації щодо роботи з ними. Визначаються напрямки навчальної діяльності, форми виховної та компенсаторної робіт.

У навчально-методичному посібнику надаються методичні рекомендації з профілактики і превентивні заходи щодо запобігання вторинних ускладнень у розвитку дітей з особливими освітніми потребами.

Посібник рекомендовано для вчителів, батьків, психологів.

Рецензенти:

Каськова Н.Ф. – доцент кафедри практичної психології ДВНЗ «Університет менеджменту освіти», кандидат психологічних наук, доцент;

Тарапака Н.В. – завідувач кафедри дошкільної і початкової освіти комунального закладу «Кіровоградський обласний інститут післядипломної педагогічної освіти імені Василя Сухомлинського», кандидат педагогічних наук, доцент.

Відповідальна за випуск – Корецька Л.В.

ЗМІСТ

Вступ.....	4
Затримка психічного розвитку (ЗПР).....	9
Розумова відсталість.....	21
Синдром Дауна.....	28
Епілепсія.....	35
Дитячий церебральний параліч (ДЦП).....	36
Ранній дитячий аутизм (РДА).....	47
Мовлення та мовленнєві порушення.....	63
Діти з порушеннями зору.....	69
Діти з порушеннями слуху.....	73
Діти з гіперактивністю та порушеннями уваги.....	77
Список використаних джерел.....	83

ВСТУП

У статті 23 Конвенції про права дитини зазначено, що розумово чи фізично неповноцінна дитина повинна мати повноцінне гідне життя в умовах, які б сприяли її впевненості в собі і активну участь у житті суспільства.

Відповідно цього документу для здійснення корекції порушень у фізичному та психічному розвитку учнів з особливими освітніми труднощами має проводитися належна корекційно-педагогічна діяльність, яка є складним психофізіологічним і соціально-педагогічним явищем, що охоплює весь освітній процес.

Таким чином, корекційно-розвиваюча робота вирішує специфічні завдання, зумовлені особливостями психофізичного розвитку учнів та спрямовується на:

- розвиток зорового чи слухового сприймання, мовлення, корекцію пізнавальної діяльності, фізичний розвиток, формування навичок просторового, соціально-побутового орієнтування;

- розвиток навичок саморегуляції та саморозвитку учнів шляхом взаємодії з навколишнім середовищем на основі знань, умінь і навичок мовленнєвої, зокрема, комунікативної діяльності і творчості;

- формування компенсаційних способів діяльності як важливої передумови підготовки дітей з особливими освітніми потребами до навчання в основній школі;

- створення передумов для соціальної реабілітації та інтеграції, розвиток самостійності та життєво важливих компетенцій, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку (Постанова Кабінету Міністрів України від 05 липня 2004 р. №848 «Про затвердження Державного стандарту початкової загальної освіти для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку).

Особливості навчально-виховного та корекційного процесу дітей з особливими потребами визначаються їхніми потенційними можливостями і збереженими функціями.

До дітей з особливими потребами відносяться глухі, сліпі, зі зниженим слухом, зі зниженим зором, розумово відсталі, з затримкою психічного розвитку, важкими порушеннями мови, наслідками поліомієліту і церебральним паралічем.

Навчання дітей з особливими потребами у школі I ступеня спрямоване на психолого-педагогічну корекцію і компенсацію відхилень у розвитку, формування початкової грамотності. З урахуванням структури і складності психофізичного порушення та можливостей учнів початкової школи виділяють чотири варіанти навчання:

- **загальноосвітня підготовка** (передбачає засвоєння змісту загальноосвітньої програми; формування навичок і вмінь навчання; корекцію основних психічних функцій. рухової та емоційно-вольової сфери; розвиток умінь соціальної комунікації з іншими учнями та дорослими; профілактика

вторинних відхилень у психофізичному розвитку; розвиток творчих здібностей та усвідомлення дітьми своїх реальних та потенційних можливостей);

- **корекційно-розвивальне навчання** (спрямоване на подолання труднощів у навчанні, пов'язаних із соціальною ізоляцією, педагогічною занедбаністю, затримкою психічного розвитку; передбачає поглиблену роботу з корекції психічних функцій, пізнавальної діяльності, навичок спілкування розвитку умінь і навичок у процесі трудового навчання, формування компенсаторних способів діяльності шляхом максимального використання потенційних можливостей, спроможності і здібностей дитини);

- **компенсаторно-адаптаційне навчання** (організовується для дітей, які мають низькі навчальні можливості, виражені інтелектуальні порушення, відхилення в емоційно-вольовій сфері, комбіновані вади розвитку; програма розробляється з урахуванням комплексної патології розвитку дитини);

- **абілітаційне навчання** (організовується для дітей за індивідуальними освітніми програмами різних варіантів залежно від патології, рівня розвитку дитини, готовності до навчання).

Метою навчання дітей з особливими потребами в школі II ступеня є досягнення загального рівня освіченості за відповідним варіантом, формування особистісних якостей, необхідних для соціальної реабілітації та інтеграції в суспільство.

В основній школі зберігають чотири варіанти навчання дітей з особливими потребами:

- **загальноосвітня підготовка** (формування базового обсягу знань для отримання загальної або спеціальної середньої освіти на основі оволодіння базовими знаннями для подальшого самостійного навчання та отримання професії, оволодіння різними формами і видами навчальної діяльності, корекція психічних властивостей і функцій особистості, допрофесійна адаптація);

- **корекційно-розвивальне навчання** (формування способу продуктивної діяльності як умова інтеграції та адаптації в сучасному суспільстві на основі оволодіння базовими знаннями, досягнення рівня функціональної грамотності, оволодіння допрофесійними вміннями, навичками, корекції затримки психічного розвитку, формування міжпредметних зв'язків на основі інтеграції різних галузей знань як способів пізнавальної діяльності);

- **компенсаторно-адаптаційне навчання** (формування обсягу знань, який сприяє адаптації в навколишньому світі і оволодінню певними трудовими навичками на основі корекції і компенсації сенсомоторних та інтелектуальних відхилень у розвитку, забезпечення рівня знань і практичних умінь для самостійної адаптації випускника);

- **абілітаційне навчання** (досягнення рівня знань, які б відповідали психофізичним та інтелектуальним можливостям учня на основі засвоєння знань відповідно до наявних можливостей, розвитку потенційних здібностей, корекції різних сторін особливості).

Метою навчання у школі III ступеня є досягнення рівня компетентності в освіті, формування способів особистісного і професійного самовизначення,

максимальна соціалізація особистості. Логічно, що навчання у школі III ступеня продовжують учні, які навчались за варіантами загальноосвітньої підготовки та корекційно-розвивального навчання. Для випускників компенсаторно-адапційного та абілітаційного варіантів навчання старша школа може виконувати додаткову функцію для поглиблення соціалізації та професійної підготовки.

Навчання дітей з особливими потребами здійснюється за навчальними планами, програмами, підручниками, посібниками, рекомендованими Міністерством освіти і науки України для відповідних типів загальноосвітніх закладів, або за індивідуальними програмами.

Зміст та основні напрямки корекційно-педагогічної діяльності:

В рамках концепції спеціального навчання і виховання дітей з особливостями психофізичного розвитку корекційно-педагогічна робота займає центральне положення в єдиному педагогічному процесі.

Корекційна діяльність є складовою частиною загальної освіти, в той же час має свій специфічний напрямок при здійсненні навчально-виховного процесу.

Основні напрямки корекційно-педагогічного процесу:

- корекційний вплив на дитину факторами середовища («терапія середовищем»);
- корекційний напрямок навчального процесу;
- спеціальний підбір культурно-масових засобів;
- психогігієна сімейного виховання;
- корекція окремих сторін психічної діяльності;
- розвиток процесів мислення;
- розвиток різних видів мислення;
- корекція порушень емоційно-вольової сфери;
- розвиток мовлення;
- розвиток уявлень про навколишній світ;
- збагачення словникового запасу;
- корекція індивідуальних прогалин у знаннях;
- відновлення позитивних якостей, які одержали незначну девіацію;
- накопичення навичок моральної поведінки.

В основі спеціальних методів і прийомів корекційно-педагогічної діяльності лежать загальнопедагогічні підходи, які направлені на розвиток збереження або відновлення порушених функцій організму, знань чи умінь дитини. Це методи вправ, переконань, прикладу, стимулювання поведінки і діяльності дітей з відхиленнями в розвитку та поведінці.

Найважливіші корекційні вміння учителя, в класі якого є діти з особливостями психофізичного розвитку:

- вміння бачити відхилення в розвитку дитини;
- провести педагогічну діагностику разом з дефектологом і психологом;

- спрогнозувати шляхи подальшого розвитку дитини з урахуванням наявного дефекту;
- попередити виникнення порушень розвитку вторинних відхилень;
- визначити загальні і конкретні завдання корекційного навчання і виховання;
- планувати окремі види корекційної роботи;
- враховувати в навчально-виховному процесі характерні для дітей з особливостями психофізичного розвитку можливості і фактори компенсації, використовувати їх в корекційній діяльності;
- відбирати і застосовувати необхідні для вирішення корекційних завдань методи, прийоми і засоби навчання, виховання, діагностики, корекції, компенсації;
- створювати корекційні умови виховання, навчання, розвитку і соціальної адаптації дітей з особливостями психофізичного розвитку для засвоєння ними інтелектуального і морального досвіду в поєднанні з засвоєнням мови і мовлення;
- формувати позитивну мотивацію участі в корекційній роботі у дітей з особливостями розвитку і виховувати в них оптимізм, бачення життєвої перспективи, відчуття успіху;
- визначати результативність корекційної роботи на всіх етапах педагогічної діяльності;
- свідомо і критично керувати своєю корекційною діяльністю;
- працювати в тісному контакті з фахівцями: дефектологом, психологом, логопедом, медичними працівниками, а також з батьками.

Корекційна робота повинна бути направлена на корекцію особистості в цілому.

В корекційній роботі поряд з спеціальними вправами необхідно поєднувати вправи на:

- зміцнення м'язів кисті руки, дрібної моторики пальців рук;
- розвиток орієнтування в просторі;
- розвиток пам'яті;
- розвиток мислення;
- розвиток мовлення.

Загальні рекомендації щодо роботи з дітьми-інвалідами

1. Створіть для роботи спокійну атмосферу:

–міміка та пантоміміка (жести) відіграють важливу роль у встановленні контактів;

- жести мають носити відкритий доброзичливий характер;
- не слід перехрещувати руки на грудях, ховати їх за спину або у кишені.

2. Намагайтеся налагодити доброзичливий, партнерський контакт:

- починайте свою роботу з усмішки;
- ні в якому разі не можна налаштовуватись на почуття жалю або зверхності, тим паче нехтувати дитиною – ваше обличчя і жести вас видають.

3. Дитина-інвалід має своє психологічне життя:

- коректно увійдіть у внутрішній світ дитини;
- м'яко зацікавте дитину грою або іграшкою, завданням;
- використовуйте дидактичні ігри, роздатковий матеріал, мозаїку, конструктор та ін;
- у процесі гри доцільно включати елементи корекції порушень мовлення;
- дитина-інвалід піддається впливу страхів більше, ніж здорова;
- повсякчас підбадьорюйте дитину;
- виключіть з розмови слова «не вмієш», «злякався», «у тебе не вийде»;
- постійно тримайте дитину у полі зору, стежте за її реакціями: напруженість, стереотипні рухи, невдоволені репліки мають бути поміченими;
- будьте насторожі, якщо дитина голосно сміється, співає, залишаючись напруженою;
- іноді можуть виявлятися сексуальні нахили дитини.

Для того, щоб корекційна спрямованість навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку дала позитивні результати, вчитель повинен знати, наскільки вона ефективна, тобто враховувати такі критерії, як:

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

Користуючись цими критеріями, вчитель може зробити висновок щодо правильності та якості корекційної роботи. Висвітлювати їх можна у індивідуальних картках розвитку через певні проміжки часу. Підставою для цього стануть результати роботи дефектолога, психолога, логопеда. Дидактичними показниками при цьому виступатиме традиційна оцінка знань, умінь і навичок.

ЗАТРИМКА ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ (ЗПР)

Затримка психічного розвитку (ЗПР) характеризується як межовий стан між нормою та порушенням онтогенезу, якому властиві негрубі недоліки інтелектуальної та емоційно-вольової сфери, що виявляється в зниженні навчально-пізнавальної діяльності та соціальної адаптації в цілому. Такий стан визначається як порушення темпу психічного розвитку, коли окремі психічні функції (пам'ять, увага, мислення, емоційно-вольова сфера) відстають від прийнятих психологічних норм даного віку. ЗПР, як психолого-педагогічний діагноз, ставиться тільки в дошкільному і молодшому шкільному віці. Якщо по закінченні цього періоду залишаються ознаки недорозвитку психічних функцій, то мова йде вже про конституціональний інфантилізм чи про розумову відсталість.

Причини виникнення ЗПР поділяються на біологічні та соціально-психологічні.

До біологічних причин відносяться:

- порушення конституційного розвитку дитини (гармонійний інфантилізм);
- соматогенно обумовлені фактори (тяжкі гострі та хронічні захворювання внутрішніх органів і систем організму), що призводить до соматичної астенії і соматичної інфантилізації;
- церебрально-органічні фактори (різні варіанти патологій вагітності, недоношеності дитини, пологові та постнатальні черепно-мозкові травми, інтоксикації, резус-конфлікти тощо з розвитком клініки мінімальної мозкової дисфункції).

До соціально-психологічних причин відносяться:

- раннє відлучення дитини від матері з наступним вихованням в умовах соціальної депривації;
- дефіцит ігрової і предметної діяльності, а також спілкування з дорослими та ровесниками;
- несприятливі умови виховання дитини в сім'ї (гіперопіка або авторитарний тип виховання).

10-та Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10) розглядає затримку психічного розвитку як синдром, що входить до структури будь-якого неврологічного, психічного або соматичного захворювання. Відповідно, ЗПР не можна розглядати як самостійну нозологічну одиницю. Однак цей термін, який уперше запропонувала Г.Є. Сухарева (1970), широко використовується в сучасній корекційній педагогіці і спеціальній психології та становить психолого-педагогічне твердження, що, у свою чергу, є складовою частиною більш значущого поняття – «межова інтелектуальна недостатність».

У медицині виділяється чотири клініко-психологічних синдроми, які визначають недоліки пізнавальної діяльності й обумовлюють труднощі в навчанні:

- синдром психічного інфантилізму;

- церебрастенічний синдром;
- гіпердинамічний синдром;
- психоорганічний синдром.

Всі найбільш розповсюджені класифікації ЗПР базуються на вказаних клініко-психологічних синдромах.

За матеріалами досліджень, проведених у 1972-1973 рр. НДІ дефектології, М.С. Певзнер та Т.А. Власова запропонували поділ ЗПР на 2 види:

- 1) неускладнений психофізичний та психічний інфантилізм;
- 2) «вторинна» ЗПР, викликана стійкою церебрастенією (прискореною виснажливістю психічних функцій) різного походження, які виникли на ранніх етапах онтогенезу, у зв'язку з чим порушуються, в першу чергу, пізнавальна діяльність та працездатність.

Класифікація В.В. Ковальова (1979) виділяє чотири варіанти ЗПР, обумовлені впливом біологічних факторів:

1. Дизонтогенетичний (при психічному інфантилізмі).
2. Енцефалопатичний (при негрубих органічних ураженнях ЦНС).
3. ЗПР «вторинного» характеру при сенсорних дефектах (при ранніх порушеннях зору, слуху).
4. ЗПР, пов'язана з ранньою соціальною депривацією (наприклад, при госпіталізації).

На основі класифікації М.С. Певзнер і Т.А. Власової, К.С. Лебединська в 1980 році запропонувала варіант класифікації ЗПР, де за основу було взято етиопатогенетичну систематику, яка є найбільш обґрунтованою і зручною для практичного застосування.

Це 4 основні типи ЗПР:

- конституціонального генезу;
- соматогенного генезу;
- психогенного генезу;
- церебрально-органічного генезу.

ЗПР конституціонального генезу проявляється у вигляді гармонійного або дисгармонійного інфантилізму (інфантилізм – порушення темпу дозрівання мозкових структур, що формуються пізніше).

Клініка гармонійного інфантилізму характеризується затримкою в рості, властивій дітям більш молодшого віку, психічною незрілістю, з переважанням емоційно-вольової незрілості (без додаткових ускладнюючих психопатологічних синдромів) над інтелектуальною й іншими сферами діяльності дитини. Основними ознаками незрілості емоційно-вольової сфери при цьому є: емоційна жвавість уяви, фантазія, життєрадісність і яскравість емоцій, а також дитинність, безпосередність поведінки, наївність, підвищена навіюваність, перевага ігрових інтересів, нездатність до сприйняття занять, які вимагають вольового зусилля, що створює феномен «шкільної незрілості» (виявляється з початком шкільного навчання). Учені відмічають, що гармонійний інфантилізм нерідко можна зустріти у близнюків, що може вказувати на зв'язок даної патології з розвитком багатоплідності.

Інтелектуальна недостатність у цього контингенту дітей має в більшості випадків вторинний характер, внаслідок відставання в дозріванні компонентів особисті, що формується. Особливості їх мислення співпадають з особливостями мислення дітей, що страждають розумовою відсталістю, а саме:

- перевага конкретного-дієвого і наочно-образного мислення над абстрактно-логічним (Л.С. Виготський);
- схильність до наслідувального виду діяльності при виконанні інтелектуальних завдань (Т.В. Єгорова, З.І. Калмикова);
- слабкість логічної пам'яті, недостатня цілеспрямованість психічної діяльності (Н.Г. Лутонян, Н.А. Менчинська, Н.Г. Піддубна).

Дисгармонійний інфантилізм обумовлений явищами органічного ураження нервової системи.

При дисгармонійному (органічному) інфантилізмі клінічні прояви гармонійного інфантилізму, як правило, поєднуються з психоорганічним синдромом, набуваючи при цьому «органічного забарвлення» у вигляді:

- відсутності емоційної живості й яскравості емоцій;
- обмеженості й одноманітності ігрової діяльності з відсутністю в ній уяви і творчості;
- низького рівня домагань, байдужості в оцінці їх дій;
- слабовираженої здатності до використання допомоги дорослих.

Окрім «органічно забарвленої» недостатності емоційно-вольової сфери при обмеженому інфантилізмі визначаються також і порушення так званих передумов інтелекту (уваги, пам'яті, психічної працездатності), тоді як власне інтелектуальна недостатність (інертність, тугорухливість, погане перемикавання, нерідко персеверація розумових процесів, мимовільне повторення або наполегливе відтворення уявлення, ідеї, думки) у них хоча і має місце, але не є переважною в клінічній картині.

Дані нейропсихологічного дослідження І.Ф. Марківської показують, що при органічному інфантилізмі порушення вищих кіркових функцій мають динамічний характер, обумовлений їх недостатньою сформованістю і підвищеною виснаженістю.

Основна корекційна робота з дітьми із ЗПР конституціонального генезу відводиться формуванню пізнавальних мотивів (створення проблемних навчальних ситуацій, стимулювання активності дитини на заняттях) із врахуванням типу сімейного виховання.

ЗПР соматогенного генезу характеризується розвитком у дитини стійкої соматичної астенії і соматичної інфантилізації.

Соматично стійка астенія проявляється у вигляді фізичної і психічної астенії (швидка стомлюваність, дратівливість, плаксивість, погіршення сну, боязливість, примхливість, сором'язливість, невпевненість та ін.).

Явища астенії посилюються створенням для фізично ослабленої дитини режиму обмежень і заборон, у якому вона, як правило, постійно знаходиться, що поступово призводить до штучно-соматичної інфантилізації, викликаній умовами гіперопіки. Діти цієї категорії мало спілкуються зі своїми ровесниками через опіку батьків, які намагаються відгородити своїх дітей від

зайвого, на їх погляд, спілкування, тому в них занижений поріг міжособистісних зв'язків.

Корекційно-психологічними задачами щодо вирішення проблеми навчання дітей із ЗПР соматогенного генезу стають такі: навчити дитину орієнтуватись у часі; допомагати в організації послідовних дій для виконання завдань; аналізувати разом з дитиною використовувані способи діяльності; навчити продуктивним видам діяльності (моделюванню, малюванню, конструюванню), контролю у процесі та за результатами і способами діяльності; сприяти розвитку позитивного міжособистісного спілкування; формувати навички самоконтролю та рефлексії.

ЗПР психогенного генезу. При цьому варіанті затримки психічного розвитку спостерігається патологічний розвиток особистості за невротичним типом із наступним переходом у психогенну інфантилізацію.

Патологічний розвиток особистості при цьому варіанті ЗПР обумовлений раннім виникненням і тривалою дією психотравмуючого чинника, що призводить до виникнення стійких порушень у нервово-психічній сфері дитини, а це формує стан психічної нестійкості (невміння стримувати свої емоції і бажання, імпульсивність, відсутність почуття відповідальності), егоцентричності, жорстокості, агресивності або невротичної боязкості, підвищеної стомлюваності, виснажуваності навіть при незначних фізичних і розумових навантаженнях. У цьому випадку можна говорити про аномалії в розвитку особистості. Це особливо проявляється в молодшому шкільному віці, коли дитині пред'являються нові вимоги.

Інтелектуальна недостатність при цьому визначається уповільненим темпом психічної діяльності, низькою продуктивністю, порушеннями уваги і пам'яті.

У структурі цього варіанту ЗПР також виявляються утруднення у відтворенні звуків та ритмів, недостатня автоматизація навичок читання, письма й інших мовних рядів.

Одночасно клініко-психологічне обстеження, що проводиться після відпочинку і лікування, виявляє у цих дітей хоча і невисоку, але достатню здатність до абстрактного мислення.

Дану форму ЗПР треба правильно диференціювати від педагогічної недбалості, що не характеризується патологічним станом, а виникає на фоні браку відповідних до віку знань, умінь та навичок.

Психолого-корекційними задачами при ЗПР психогенного генезу є: формування пізнавальних мотивів (створення проблемних навчальних ситуацій); стимулювання активності дитини на заняттях; навчання контролю за результатами та способом діяльності (через моделювання за зразком, самостійне малювання, вправи на розвиток уваги, дидактичні ігри).

ЗПР церебрально-органічного генезу зустрічається частіше за інші, характеризується стійкістю та вираженістю порушень в емоційно-вольовій і пізнавальній діяльності.

Клініка цього варіанту ЗПР певною мірою ідентична гармонійному і дисгармонійному інфантилізму. У зв'язку з цим залежно від міри

співвідношення органічної незрілості і органічного ушкодження структур головного мозку цей варіант ЗПР поділяється ще на два варіанти.

При першому варіанті домінують явища органічного інфантилізму. При наступному варіанті – клініка органічного інфантилізму доповнюється ще низкою неврологічних симптомів, що вказують на домінування симптомів пошкодження мозку.

Емоційні реакції дітей із ЗПР психоорганічного генезу менш диференційовані і більш глибокі порівняно як зі здоровими, так і з дітьми, в яких є психічний інфантилізм. У деяких дітей переважають ейфоричний фон настрою, імпульсивність поведінки, розгальмованість нижчих потягів.

На формування цього виду ЗПР можуть патологічно впливати токсикози вагітних, інфекційні захворювання, травми, резус-конфлікт тощо. Діти з ЗПР церебрально-органічного генезу характеризуються емоційно-вольовою незрілістю.

Задачі психологічної корекції співпадають із тими, що вирішуються при ЗПР соматогенного генезу.

Таким чином, клініко-психологічна структура кожного з описаних 4 видів ЗПР включає специфічне поєднання незрілості емоційної й інтелектуальної сфер. При цьому в одних випадках переважає затримка психічного розвитку емоційної сфери, в інших, навпаки, переважає уповільнення розвитку інтелектуальної діяльності у вигляді межевої розумової відсталості легкого ступеня.

Нерівномірність розвитку окремих вищих психічних функцій здебільшого проявляється у вигляді порушень пам'яті, уваги, сприйняття і, як наслідок, – розладів мислення.

У дітей із всіма видами ЗПР спостерігаються наступні специфічні особливості пам'яті:

- зниження об'єму пам'яті і швидкості запам'ятовування;
- зниження довільної пам'яті;
- порушення механічної пам'яті, що характеризується зниженням продуктивності перших спроб запам'ятовування на певний час, необхідної для повного заучування, близького до норми;
- перевага наочної пам'яті над словесною;
- мимовільне запам'ятовування ближче до норми, але менш продуктивне.

Розвиток пам'яті в дітей із ЗПР знаходиться у певній залежності від особливостей уваги і сприйняття. Тому розумова діяльність дітей із ЗПР має ряд загальних недоліків у порівнянні з мисленням здорових однолітків, а саме:

- несформованість або низький рівень пошуково-пізнавальної мотивації і розумової активності;
- стереотипність мислення;
- відставання рівнів наочно-образного і логічного мислення.

На думку У.В. Ульянкової, «...діти із ЗПР не вміють думати, робити висновки; прагнуть уникати таких ситуацій. Через несформованість логічного мислення вони дають випадкові, необдумані відповіді, проявляють нездатність

до аналізу умов завдання. При роботі з цими дітьми необхідно звертати особливу увагу на розвиток у них усіх форм мислення».

Нерівномірність розвитку окремих психічних функцій призводить до диспропорційних й асинхронних міжфункціональних зв'язків і, як наслідок, до послаблення діяльності всіх інших психічних функцій, що виражаються в їх нестійкості, парціональності, зворотності.

Нестійкість (запізнення розвитку основних психофізичних функцій, що вказує на нестійкий характер психічного недорозвинення), також як і **парціональність** (порушення темпу розвитку окремих нейрофізіологічних систем) обумовлюють виникнення інтелектуальної недостатності.

Наприклад, відставання формування рухових функцій (згасання деяких безумовних рефлексів, формування асиметричних рефлексів положення і випрямлення тощо) у постнатальному періоді призводить до уповільнення і часто непослідовного формування таких рухових актів, як утримання голови, сидіння, повзання, вставання, ходьба тощо. Отже, спричиняє до відставання розвитку цілеспрямованих і усвідомлених рухових актів (інтеграційні психомоторні функції).

Надалі в дитини з'являються такі відхилення, як пізня фіксація погляду, слабе спостереження за предметами, відставання зорово-моторної координації, недостатність передмовних етапів мовлення і пізнавальної діяльності (зниження орієнтовних реакцій уваги, відсутність або недостатність наслідування, утруднення придбання навичок самообслуговування, запізнене промовляння перших слів і неповне розуміння зверненої мови).

Якщо до 3-х років подальшого регресу запізнення розвитку основних психофізичних функцій не відбувається, то характерними відхиленнями від онтогенезу психомоторної сфери цього періоду є:

- поява вираженої диспраксії внаслідок незрілості моторних функцій;
- відставання мовних функцій (відсутність фразового мовлення, мовленнєвого наслідування, наявність аграматизмів і неправильних вимов та ін.);
- уповільненість ускладнення ігрової діяльності (гра залишається примітивною);
- ускладненість засвоєння навичок самообслуговування; слабкість мисленнєвої діяльності (слабкість первинних узагальнень, відсутні ідентифікація статі, здатність виділяти істотні ознаки предметів, немає диференційованого інтересу до інтелектуальних форм гри).

Відставання мовних функцій свідчить про порушення не лише моторного компоненту мовлення, але і вказує на розлади сенсорного сприйняття, фонематичного слуху, гнозису і є ранньою ознакою інтеграційних розладів вищих психічних функцій – читання, письма, рахунку і, відповідно, інтелектуальної недостатності.

Незрілість емоційно-вольової сфери є результатом пізньої появи комплексу поживлення, запізнення диференційованих емоційних реакцій на оточення в зміні загальної психічної активності. Емоційно-вольова сфера дітей із ЗПР наче знаходиться на більш ранньому ступені розвитку і відповідає

психіці дитини більш молодшого віку в яскравості і жвавості реакції, перевазі емоцій в поведінці, ігрових інтересах, навіюваності і недостатній самостійності. Ці діти невтомні у грі, водночас швидко пересичуються інтелектуальною діяльністю.

Через нездатність до вольового зусилля і систематичної діяльності вже в першому класі школи у них нерідко виникають труднощі, пов'язані як з невмінням підкорятися правилам дисципліни, так і з тим, що на заняттях вони більше віддають перевагу ігровій, а не інтелектуальній діяльності.

Зворотність. Ця особливість ЗПР вказує на функціонально-зворотний характер порушень. Проте зворотність психічного дефекту можлива лише при наданні цьому контингенту дітей відповідної психолого-педагогічної і медико-соціальної допомоги та створення для них усіх необхідних умов, які відповідають стану дитини як в умовах освітньої установи, так і сім'ї.

Питаннями диференційної діагностики затримки психічного розвитку і схожих з нею станів займалися багато вітчизняних учених (М.С. Певзнер, Г.Є. Сухарева, І.А. Юркова, В.І. Лубовський, С.Д. Забрамна, Є. Мастюкова, Г.Б. Шаумаров, О. Монкявічене, К. Новакова та ін.).

На ранніх етапах розвитку дитини ускладненням є розмежування випадків грубого мовленнєвого недорозвитку, моторної алалії, розумової відсталості, аутизму і затримки психічного розвитку.

Особливо важливо розрізняти розумову відсталість і ЗПР церебрально-органічного генезу, оскільки в тому чи іншому випадках у дітей прослідковуються недоліки пізнавальної діяльності в цілому і виражена дефіцитарність морально-специфічних функцій зокрема.

Основні відмінні ознаки затримки психічного розвитку та розумової відсталості:

- для ЗПР характерні такі особливості, як парціональність (нестійкість і зворотність), у той же час як для розумової відсталості характерні тотальність і стійкість ураження психічної сфери, а також незворотність порушених психічних функцій;

- при затримці психічного розвитку практично не відмічається патологічна спадковість на відміну від розумової відсталості, при якій майже завжди виявляється наявність обтяженої патологічної спадковості;

- з боку неврологічного стану при затримці психічного розвитку грубих проявів органічного ураження нервової системи немає. Можуть спостерігатися лише ряд розсіяних неврологічних симптомів (мікросимптоматика) у вигляді асиметрії лицевої іннервації, симетричне оживлення сухожильних і періостальних рефлексів тощо. При розумовій відсталості, як правило, означені грубі та виразні прояви органічної патології головного мозку;

- у соматичному статусі дітей із затримкою психічного розвитку в основному відсутні будь-які ознаки диспластичності. У той час як у дітей із розумовою відсталістю вона спостерігається достатньо часто, то при спостереженні за дітьми із затримкою психічного розвитку простежується чітка дисоціація між грубо вираженими порушеннями діяльності та

передумовами інтелекту й відносно збереженістю власне інтелектуальних можливостей. При цьому рівень мисленнєвих операцій, абстрагування, узагальнення, логічних процесів, а також здатність до використання допомоги і переносу засвоєних способів дій на новий матеріал у таких дітей значно вищі, ніж у дітей із розумовою відсталістю навіть легкого ступеня;

- для дітей із затримкою психічного розвитку характерний феномен «стрибокподібності динаміки мисленнєвої діяльності». У дітей із розумовою відсталістю даний феномен не виявляється;

- у процесі предметно-маніпулятивної та ігрової діяльності діти із затримкою психічного розвитку в процесі спеціального навчання переходять на вищий рівень сюжетно-рольової гри. Разом з тим діти з розумовою відсталістю ніби «застрагують» на рівні предметно-ігрових дій;

- більшість дітей із затримкою психічного розвитку ще в дошкільному віці виявляють інтерес до різних видів образотворчої діяльності: малювання, ліпки тощо. У дітей із розумовою відсталістю без спеціальної психолого-педагогічної підготовки мотивація до образотворчої діяльності не виникає, а у випадках залучення до образотворчого мистецтва вона зупиняється на рівні передумов предметних зображень, тобто на рівні черкання.

Безперечно, це не всі відмінні ознаки, що враховуються при розмежуванні ЗПР та розумової відсталості. Але знання вищеперерахованих ознак дозволяє достатньо чітко диференціювати ці два схожі за клінічною характеристикою стани.

Більшість вітчизняних досліджень свідчать, що дітям із затримкою психічного розвитку у всіх її клінічних проявах можна допомогти при системній корекційно-педагогічній роботі з ними.

За умов адекватної та своєчасної корекції інтелектуальна діяльність дітей із ЗПР може досягати високого рівня компенсації.

Уся навчально-виховна робота повинна ґрунтуватися на принципах корекційної педагогіки та розумінні першопричини відхилень у психічному розвитку цих дітей, повинна здійснюватися підготовка в особистісно-розвиваючій сфері дитини. Якщо правильно організувати підхід до кожної дитини, такі діти здатні на значний прогрес у знаннях, уміннях і навичках. Позитивна динаміка дає можливість дітям нормально адаптуватися в суспільстві.

Крім навчальної корекційної роботи має проводитися і лікувально-профілактична робота з цими дітьми. Вона складається з різних лікувально-фізкультурних занять.

Неодмінною умовою успішності корекційної роботи з дітьми є її ранній початок. Ознаки відставання дитини в психічному розвитку можна помітити вже на першому році життя, і чим старшою стає дитина, тим вони помітніші.

Ще однією умовою успішної корекції психічного розвитку дитини із ЗПР, тісно пов'язаною з першою, є комплексний підхід до її здійснення. Працюючи над усуненням певної вади в інтелектуальній діяльності учня, необхідно усвідомлювати тісний взаємозв'язок та взаємозалежність між окремими психічними функціями. Практично неможливо розділити розвиток сприймання,

мислення, пам'яті та інших функцій, спочатку зайнявшись однією, а потім іншою. Чим би ми не займалися з дитиною, ми розвиваємо її психіку в цілому, тому що сприймаючи річ, дитина тут же запам'ятовує її зовнішній вигляд, назву, дії з нею, осмислює її належність до певної групи вже відомих предметів.

Ланцюг формування вищих психічних функцій – уяви, мовлення, понятійного мислення і бере свій початок у чуттєвому пізнанні світу. Воно на все життя залишається основою побудови складної споруди, якою є людська психіка. У дітей із ЗПР ця основа слабка. Через це така важлива роль протягом усього шкільного навчання відводиться збагаченню знань та уявлень дітей про навколишній світ, осмисленню та систематизації цих знань та вмінь, які діти засвоюють (за умовами нормального розвитку) ще в дошкільному віці. При цьому важливо, щоб дитина активно діяла з предметами: спостерігала їх ознаки, порівнювала, знаходила спільне і відмінне за ними.

Отже, оволодіння дитиною із ЗПР здатністю мислити, мовленням, засвоєнням знань відбувається більш осмислено й систематизовано. У результаті і функції пам'яті (запам'ятовування та відтворення) стають більш продуктивними.

Важливою умовою успішності корекції психічного розвитку дітей із його затримкою є добір і поєднання відповідних видів діяльності в навчальному процесі та організації дозвілля. Щоб діти із ЗПР стали повноцінними учнями, їм треба пройти певний період формування навичок навчальної діяльності. Тому на початку навчання в цих дітей продуктивнішою є гра, яка сьогодні досить широко використовується.

Зрозуміло, що навчання не може будуватися тільки на ігровій діяльності дитини. Хоча ця діяльність легша і продуктивніша спочатку, але для подальшого розвитку дітей необхідно формувати і більш складні види діяльності. З огляду на це, залучення дітей до виконання суто навчальних завдань починається з перших днів роботи з ними. Воно бере початок з вироблення в них здатності виконувати певні правила поведінки на уроці, зосереджувати увагу на вимогах педагога. Через труднощі виконання навчальні завдання для дітей спочатку повинні бути простими, короткими, а перехід від однієї дії до іншої передбачає допомогу.

Важливою умовою успішної корекції розвитку дитини є підтримання її активності та інтересу до виконуваної справи. Збуджує інтерес тільки те завдання, яке дитина може свідомо і успішно виконувати. Водночас воно не повинно бути надто легким, таким, що не потребує жодних зусиль. Поступове нарощування складності завдань тренує інтелектуальні і вольові здібності дитини.

Для подолання пасивності дітей із ЗПР, яка становить серйозну перешкоду в корекційній роботі з ними, виняткове значення має позитивна оцінка їх діяльності. Слід мати на увазі, що пасивність цих дітей часто зумовлюється не тільки об'єктивною складністю для них певного завдання, а й невпевненістю у власних силах. Відстаючи в розвитку від своїх ровесників, вони вже встигли закріпити негативний досвід невдач, бо завжди були серед невмілих, гірших і в групі дитячого садка, і в масовій школі, де більшість з них

починала навчатися. Кожен, кому доводилося працювати з такими дітьми, не раз переконувався, як під впливом доброзичливого ставлення, похвали, часом перебільшеної, дитина ставала вправнішою, кмітливішою і справді поліпшувала результати виконуваної роботи. Тому, яким би маленьким не був успіх дитини, він не повинен пройти непоміченим. Цим підтримується і розвивається впевненість, повага до себе, яку вона неодмінно захоче зберегти і намагатиметься утриматися на рівні зростаючих вимог до неї.

Отже, корекція ЗПР дітей потребує тривалої і системної роботи, яка охоплює всі види їх діяльності.

Тільки при суворому дотриманні таких підходів до процесу реабілітації даного контингенту дітей можливо домогтися відновлення всіх сфер психічної діяльності, включаючи пізнавальну й емоційно-вольову, що і забезпечує повноцінну інтеграцію і функціонування дітей із ЗПР в соціумі.

Специфіка корекційної роботи з дітьми, у яких ЗПР

Затримка психічного розвитку (ЗПР) – це порушення нормального темпу психічного розвитку, в результаті чого дитина, яка досягла шкільного віку, продовжує залишатися в колі дошкільних, ігрових інтересів. При ЗПР діти не можуть включатися в шкільну діяльність, сприймати шкільні завдання і виконувати їх. Вони ведуть себе в класі так, як в умовах гри в групі дитячого садка або в сім'ї.

Основні завдання корекційно-виховної роботи:

–допомогти дітям з ЗПР оволодіти різноманітними знаннями про навколишній світ, розвивати в них спостереження і досвід практичного навчання, формувати вміння самостійно здобувати знання і користуватися ними;

–шукати такі види завдань, які максимально стимулюють активність дитини;

–проводити лікувально-оздоровчі заходи;

–змінювати види діяльності на уроці з метою відпочинку;

–здійснювати індивідуальний підхід, індивідуальну допомогу;

–давати завдання з опорою на зразки;

–проводити доступніший інструктаж щодо виконання завдань;

–для закріплення нового матеріалу давати багаторазові вказівки і вправи;

–проводити динамічне спостереження за просуванням кожної дитини;

–під час навчання дитини звертати увагу на стан різних сторін його психічної діяльності: пам'яті, уваги, мислення, мовлення, темп роботи, вміння поборювати перешкоди;

–в разі необхідності учень повинен відвідувати логопедичні заняття;

–проводити індивідуальні корекційні заняття, на заняттях використовувати різноманітні види практичної діяльності.

Важливо, щоб батьки дитини з ЗПР стали активними учасниками корекційно-розвивального процесу, повірили в можливості своєї дитини і позитивний результат корекційної роботи.

Для вчителя класу, вихователя групи повинні стати правилами: відвідування сім'ї дитини, спостереження за ним в домашніх умовах, спілкування і взаємодія з батьками вдома.

Особливості навчання

Мова і мовлення. Діти мають бідний словниковий запас, граматичні конструкції носять примітивний характер, переважна кількість помилок синтактичного плану (злиття кількох слів, невміння визначати межі речень). У дітей із ЗПР викликають труднощі звуковий аналіз слів, пропуски голосних й приголосних у середині та в кінці слів, складів, цілих слів, присутні змішування «буква-звук», «склад-слово», «склад-буква», «склад-слово-речення», є характерним низький фонематичний слух. Взагалі усне мовлення дітей не має грубих порушень. Недоліки виявляються у нечіткій вимові звуків у потоці мовлення і загальній в'ялості артикуляції. Деякі діти нечітко вимовляють шиплячі й свистячі, дзвінкі й глухі, тверді й м'які звуки. Темп читання у дітей із ЗПР дуже повільний, відстає від норми на 15-20 слів на хвилину. Багато робиться помилок заміни, пропуски і перестановки букв, складів, ковання закінчень, змішування граматичних форм. Читання монотонне, інтонаційно недиференційоване. При перевірці графічних навичок простежується своєрідна каліграфія: недотримання рядка, елементи букв непробійні, розтягнуті або зменшені. Письмові роботи виконані неохайно, з великою кількістю виправлень.

Математика. Особливі труднощі дітей із ЗПР виникають у засвоєнні математики. Це проявляється у низькому рівні пізнавальних процесів, таких як увага, логіка, орієнтування у просторі та ін. Тому виникають порушення розуміння структури чисел, лівого та правого боку, складність у цифрових операціях при переході через десяток. Діти важко диференціюють геометричні фігури, відчувають труднощі при співвіднесенні їх з реальним предметом, в основі якого знаходяться.

Проблеми, з якими зустрічаються діти із затримкою психічного розвитку під час розв'язування задач:

- ознайомлення зі змістом задачі;
- перетворення простої задачі на складну;
- аналіз задачі;
- пошук способу розв'язання (неправильний вибір арифметичної дії);
- розв'язання задачі; помилки в обрахунках;
- відповідь та перевірка розв'язання задач.

Рекомендації щодо організації навчання і виховання дітей з затримкою психічного розвитку:

-зосередити увагу на сильних сторонах учня і спиратися на них у процесі навчання. Водночас бути готовим, що доведеться поступово заповнювати прогалини у знаннях, вміннях і навичках учня;

-подавати зміст навчального матеріалу невеликими частинами, використовуючи мультисенсорний підхід (слуховий, візуальний, маніпуляційний). Якомога більше повторювати та закріплювати вивчене;

-заохочувати учня, підтримувати позитивну мотивацію навчання. Дещо сповільнювати темп навчання, зважаючи на знижені психічну витривалість і розумову працездатність учня;

-бути терплячими, якщо учневі необхідно пояснити чи показати щось багаторазово. Віднайти оптимальний варіант взаємодії з ним (пояснити новий матеріал до уроку, на занятті давати письмовий тезовий план, алгоритм дій та ін.);

-завдання розчленовувати на окремі невеликі частини. Якщо необхідно - складати письмовий алгоритм поетапного виконання завдання. Усні інструкції давати по одній, доки учень не навчиться утримувати у пам'яті одразу кілька;

-варто практикувати прикладне застосування набутих учнем знань;

-спільно з учнем покроково аналізувати виконання завдання;

-урізноманітнювати навчальну діяльність, забезпечивши плавний перехід від одних видів діяльності до інших;

-завдання мають відповідати можливостям учнів та виключати відчуття стійких невдач;

-надавати учням достатньо часу для виконання завдання та практичного застосування нових умінь і навичок, водночас, надто тривале виконання однієї справи може стомити його;

-не перекладати подолання проблем у навчанні виключно на батьків;

-допомагати їм усвідомлювати найменші успіхи учня та закріплювати їх.

Учні з труднощами у навчанні потребують не авторитарних підходів у сімейних стосунках, а виваженого, доброзичливого ставлення до дитини;

-подолання труднощів у навчанні - це результат спільної тривалої та копіткої роботи педагогів, психологів, батьків і навіть терапевтів.

РОЗУМОВА ВІДСТАЛІСТЬ

Розумова відсталість (олігофренія) – це група різних за причинами виникнення, розвитку і клініки патологічних станів, обумовлених органічними ураженнями головного мозку, що виникли на ранніх етапах онтогенезу (від внутрішньочерепного – до 3 років).

Загальною ознакою цих станів є вроджений недорозвиток психіки, в якому переважає інтелектуальна недостатність. Вроджене слабоумство одним із перших описав у 1770 році Дюфур. Термін «олігофренія» для визначення всієї групи вродженого та набутого у ранньому дитинстві слабоумства запропонував Е.Є. Крапелін. Л.С. Виготський розглядав розумову відсталість не як ізольоване захворювання інтелекту, а як захворювання, що вражає особистість у цілому.

Розумова відсталість – стійкий стан ослаблення, затримки або неповного розвитку психіки, який, насамперед, характеризується порушенням когнітивних (пізнавальних), мовленнєвих, моторних і соціальних навичок на фоні виражених емоційних порушень.

Причинами виникнення олігофренії більш ніж у половині випадків є генетичні аномалії (с-м Дауна, с-м Шерешевського-Тернера тощо).

Близько 10% випадків недорозвинення пов'язані з порушеннями активності ферментів, що спричинили зміни обміну амінокислот, металів, солей, жирів та вуглеводів (фенілкетонурія, синдром Лоуренса тощо).

Олігофренія виникає при порушеннях розвитку плоду та під впливом різних шкідливих факторів у ранньому дитинстві (гемолітична хвороба, атипічні олігофренії, краніостеноз, олігофренія, яка поєднується з ДЦП тощо).

Особливо небезпечними є травми, отруєння, інфекційні захворювання (токсоплазмоз, краснуха, сифіліс тощо), перенесені майбутньою матір'ю під час вагітності (особливо в першій половині вагітності), алкоголізм та наркоманія.

Травми, перенесені при пологах, гіпоксія також можуть призвести до психічного недорозвинення дитини.

Викликають олігофренію ранні постнатальні інфекції (енцефаліти, менінгіти).

Незважаючи на досягнення в дослідженні етіології розумової відсталості, у багатьох випадках вона залишається невідомою.

Клінічна картина розумової відсталості різноманітна за характером, але об'єднуючим для різних її форм є тотальний недорозвиток психіки, який включає нестачу пізнавальних здібностей та особистості в цілому. Провідна роль у структурі психічного дефекту належить недостатності вищих форм пізнавальної діяльності, насамперед, абстрактного мислення. Потреби, що пов'язані з інстинктами, сформовані на відносно достатньому рівні.

Особливості психічного дефекту стають більш виразними наприкінці дошкільного, початку шкільного віку дитини і мають індивідуальний характер.

У ранньому та дошкільному віці недостатність пізнавальної діяльності характеризується наступними проявами, такими як:

- відставання у термінах розвитку психічної діяльності та моторної активності;
- викривлення та уповільнений темп розвитку зорових та слухових умовних рефлексів;
- відставання термінів появи емоційних реакцій на оточення на першому році життя з подальшою їх недостатністю;
- відставання в розвитку мовлення;
- наслідувальний, «маніпулятивний» характер гри;
- довготривала відсутність навичок самообслуговування;
- слабковиражений пізнавальний інтерес до оточення;
- недиференційованість або відсутність вищих емоцій (співчуття, доброзичливість) як результат недорозвинення психічних функцій, які відносяться до початкового етапу розвитку абстрактного мислення.

У дітей шкільного віку домінують конкретно-ситуативний характер мислення, слабкість або відсутність можливості щодо узагальнення, виділення суттєвих ознак предметів та явищ. Якщо в дитини важкий чи глибокий ступінь розумової відсталості, засвоєння будь-яких загальних знань та шкільне навчання можуть бути неможливі.

У підлітків та дорослих нарівні з недостатністю абстрактного мислення відмічаються: збільшена навіюваність, некритичність, нездатність прийняти правильне рішення в складних життєвих ситуаціях, виражена залежність поведінки від зовнішньої ситуації, імпульсивність дій тощо, як результат незрілості всіх сторін особистості.

Недостатність розумової діяльності при розумовій відсталості тією чи іншою мірою впливає на всі психічні процеси, перш за все, пізнавальні. Це виражається в порушеннях активної уваги, недостатності сприйняття, затримці та неміцності запам'ятовування і низькому рівні логічної пам'яті. При цьому також характерні недорозвиненість і слабка диференційованість інтелектуальних і моральних емоцій, неадекватність афектів, пережитих подій, слабкість ініціативи та спонукань, відсутність боротьби мотивів, недостатність цілеспрямованих дій. Для мови, як правило, характерна недостатність словникового запасу, велика кількість штампів, наявність аграматизмів і дефектів звуковимови.

Ознаки розумової відсталості проявляються не тільки в психічній сфері, але і у моторній активності: відставання в розвитку статичних та кінестетичних функцій, недостатня цілеспрямованість та координація рухів, недостатність тонкої моторики, міміки та пантоміміки.

При розумовій відсталості часто спостерігаються різноманітні неспецифічні неврологічні розлади:

- порушення черепно-мозкової іннервації (перекошеність обличчя, закашлювання, осиплість голосу, роздвоєння перед очима, косоокість);
- порушення функції пірамідної системи (парези, порушення м'язового тону);

– прояви різних розладів лімбічної системи (гігантизм, акромегалія, цереброендокринна надостатність, нецукровий діабет).

Зміни в соматичному статусі, обумовлені порушеннями внутрішньочерепного розвитку, як правило, характеризуються різноманітними аномаліями розвитку дитини:

- деформація розмірів черепа, вушних раковин, очей, щелеп, зубів, зменшення фалангів пальців;
- заяча губа, розщеплення піднебіння тощо;
- патологія розвитку внутрішніх органів: серця, легенів, сечостатевого органів, жовчнокишкового тракту.

Динаміка клініки розумової відсталості залежить від ступеня вікового дозрівання центральної нервової системи, своєчасного включення до реабілітаційного процесу найбільш ефективних та сучасних методів відновлювального лікування та психолого-педагогічної корекції.

Основними проявами позитивної динаміки при розумовій відсталості є:

- поступове, більш уповільнене, ніж у звичайних дітей, збільшення рівня розумових здібностей;
- посилення динаміки психічних процесів;
- розвиток фразового мовлення;
- поява більш виваженої самооцінки та критичного відношення до оточення;
- зменшення моторної недостатності;
- формування побутових та нескладних трудових навичок.

Позитивна динаміка психічного розвитку при легкій та помірній ступенях розумової відсталості може гальмуватися періодично виникаючими станами декомпенсації, що спостерігаються в перехідні вікові періоди: розгальмованість потягів, гіперсексуальність і бродяжництво, агресія, імпульсивність; стани дисфорії та депресії тощо.

Діагностика ступенів розумової відсталості та окремих її нозологічних форм залежить від того чи іншого сполучення окремих клінічних проявів (симптомокомплексів), що характерні тільки для даного виду патології.

Десята міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10) передбачає поділ розумової відсталості, в залежності від ступеня інтелектуального дефекту та вираження його клінічних проявів.

Класифікація розумової відсталості (МКХ-10)

Розумова відсталість легкого ступеня	Розумова Відсталість помірна	Розумова Відсталість важка	Розумова відсталість глибока
Дебільність	Імбецильність		Ідіотія

Для визначення ступеня розумової відсталості використовують коефіцієнт інтелекту (IQ), який є кількісною відміткою інтелекту та визначається за результатами стандартних психологічних тестів.

Розумова відсталість легкого ступеня. Коефіцієнт розумового розвитку (IQ) – 50-70. Клінічна картина розумової відсталості характеризується широким діапазоном інтелектуальної недостатності, достатнім розвитком побутового мовлення, здатністю засвоєння спеціальних програм, заснованих на конкретно-наочному навчанні, відносною адекватністю та самостійністю поведінки у звичайній ситуації. Діти можуть оволодіти нескладними трудовими та професійними навичками.

Когнітивні порушення характеризуються уповільненістю психічних процесів, конкретністю мислення, слабкістю суджень, пам'яті. При цьому діти механічно можуть запам'ятовувати інформацію, але в багатьох випадках не можуть використовувати її у практичній діяльності.

Більшість може використовувати мовлення у повсякденних цілях, підтримувати бесіду, але часто їх мовлення невиразне, бідне, з паузами й аграматизмами.

Емоційні розлади характеризуються або скупістю емоцій, їх одноманітністю, або сталим збудженим настроєм, безпечністю, безглуздими пустощами, руховою розгальмованістю.

Таким чином, клінічна картина осіб з легкою розумовою відсталістю характеризується:

- негрубими порушеннями пізнавальної діяльності у вигляді конкретності мислення, зниженням аналітичних здібностей, порушеннями пам'яті та уваги, мовленнєвими порушеннями;
- різноманітними емоційними розладами;
- змінами адаптивної поведінки (руховою розгальмованістю, багатогранністю невербального спілкування та ін.).

Більшість дітей із віком досягає повної незалежності у сфері особистого догляду, практичних господарсько-побутових навичках, але низька соціальна компенсація утруднює формування сімейних відносин та різко обмежує їх соціальний статус.

При легкій розумовій відсталості риси особистості та характеру відрізняються більшою диференційованістю та індивідуальністю. У багатьох випадках такі хворі добре адаптуються у звичайних умовах життя.

Розумова відсталість помірна. Коефіцієнт розумового розвитку (IQ) – 35-49. Клінічна картина таких хворих характеризується більш стійкими та вираженими органічними та неврологічними проявами, а також порушеннями когнітивної та особистісної сфер, а саме:

- вираженою конкретністю мислення, його ситуативним характером, неповною здатністю до утворення абстрактних понять;
- недостатньо розвиненим мовленням з аграматизмами. Одні діти можуть брати участь у звичайних бесідах, інші мають мовленнєвий запас, достатній лише для оголошення власних потреб, або нездатні оволодіти мовленням взагалі, хоча і розуміють прості інструкції;

- не різко вираженою моторною недостатністю (діти мають здатність до самостійного пересування);
- емоційним збідненням (емоційна бідність іноді поєднується з радістю від соціальної взаємодії та звичайної бесіди);
- розкиданістю неврологічних симптомів (парези, порушення чуттєвості, ураження окремих черепно-мозкових нервів);
- уповільненим темпом психічного розвитку;
- відставанням розвитку навичок самообслуговування (деякі діти потребують догляду протягом усього життя, окремим доступні не тільки навички самообслуговування, але і трудові навички).

Самообслуговування, комунікативні навички та трудова діяльність різко обмежені. Реабілітаційна робота має життєво-практичну спрямованість. Але не викликає сумнівів той факт, що діти даної категорії мають певні потенційні можливості, щоб оволодіти елементарною за змістом трудовою діяльністю через створення спеціальних виробничих умов.

Частина дітей все ж оволодіває основними навичками, необхідними для читання, письма та лічби, а також для простої практичної роботи при забезпеченні кваліфікованого догляду. У зрілому віці спостерігається різке відставання соціального інтелекту, але такі люди повністю мобільні та фізично активні, здатні встановлювати прості контакти, спілкуватися та брати участь в елементарних соціальних заняттях.

Однак слід пам'ятати, що навіть незначний соціальний стрес веде до неадекватної поведінки людини з помірною розумовою відсталістю. Це викликає необхідність спостереження та контролю за такими пацієнтами.

Розумова відсталість важка. Коефіцієнт розумового розвитку (**IQ**) – **20-34**. За клінічною картиною наявності органічної неврологічної симптоматики та супутніх розладів дана категорія схожа з категорією помірної розумової відсталості. Але спостерігається більш виражена ступінь неврологічних, психічних, інтелектуальних та особистісних патологічних проявів:

- виражені інтелектуальні порушення: неповноцінність уявлень щодо числа, часу і простору; відсутність розуміння причинно-наслідкових зв'язків, абстрактних уявлень, цінностей;
- мовленнєві порушення: необхідно пам'ятати, що медичне спостереження, спеціальне навчання та корекційна робота можуть викликати позитивну динаміку у вигляді обмеженого мовленнєвого та невербального спілкування.

Розумова відсталість глибока. Коефіцієнт розумового розвитку (**IQ**) – **нижче 20**. Таке IQ вказує на дуже низький рівень інтелекту та мінімальний рівень сенсомоторики. Більшість дітей не можуть контролювати фізіологічні потреби. Елементарне спілкування можливе лише на невербальному рівні. Клінічна картина характеризується:

- багаточисельними фізичними дефектами;
- вираженою неврологічною симптоматикою (паралічі, парези кінцівок, порушення різних видів чуттєвості, ураження черепно-мозкових нервів, випадання різних аналізаторних систем);

- проявами найпростіших рефлексорних актів (наприклад, відчуття голоду може викликати злісні крики, аутоагресію тощо);
- нездатністю до вербального, у ряді випадків до невербального спілкування.

Діти з важкою розумовою відсталістю потребують постійної допомоги та нагляду.

Таким чином, основними ознаками розумової відсталості різних ступенів важкості є порушення інтелекту та зниження соціальної адаптації на фоні різних неврологічних та психічних проявів, а також фізичних дефектів розвитку.

Для більшості дітей характерні незадовільний стан рівня сформованості соціально-побутових навичок, недорозвинення мовлення, навичок комунікації та недостатній рівень розвитку психомоторних та сенсорних процесів.

Особливо важливим є той факт, що систематичне медичне спостереження, спеціальне навчання та повсякденна реабілітаційна і корекційна робота з дітьми з порушеннями інтелектуального розвитку, незалежно від важкості захворювання, призводять до позитивної динаміки.

Задача вчителя – розвиток інтелектуальних здібностей, трудових навичок та умінь дітей, вирішення особистісних проблем, сприяння процесу професійного самовизначення та формування навичок самопрезентації й упевненої поведінки, підготовка до самостійної трудової діяльності.

При цьому **найбільш важливими є не** надання академічних знань, а оволодіння дітьми навичками самообслуговування, спілкування, пристосування до повсякденного життя людей, стилю життя в суспільстві. Сформованість соціально-побутових навичок у розумово відсталих дітей прискорить їх соціально-побутову адаптацію.

У процесі складання індивідуальних планів реабілітації дитини-інваліда з вадами розумового розвитку необхідно звернути особливу увагу на виявлення збережених у дитини систем і функцій, здатних узяти на себе компенсаторне навантаження, визначення системи засобів раннього запобігання вторинних відхилень, використання оптимальних корекційних технологій для підвищення якості реабілітаційного процесу.

Основними напрямками корекційно-виховної роботи з розумово відсталими дітьми дошкільного віку є:

- адаптація до умов реабілітаційної установи та підготовка до всіх можливих видів діяльності;
- створення позитивного психологічного клімату;
- формування особистісних якостей, виховання особистості дитини як члена суспільства та родини;
- розвиток пізнавальних можливостей дитини, формування знань та уявлень про довкілля;
- формування та розвиток ігрової діяльності як засіб формування соціальних відношень дитини;
- розвиток і корекція основних психічних процесів (увага, пам'ять, мисленнєва діяльність);

- розвиток відчуттів і сприймання (тактильно-рухове, слухове, зорове тощо);
- формування та розвиток мовленнєвих здібностей та комунікації;
- формування навичок санітарно-гігієнічної культури та самообслуговування;
- подолання недоліків фізичного розвитку.

Основним напрямом корекційно-виховної роботи з розумово відсталими дітьми старшого віку є формування в них усвідомленої трудової діяльності, тобто перед дитиною необхідно ставити задачі поетапного виконання та усвідомлення діяльності.

Основними задачами роботи з формування соціально-побутових і трудових навичок у розумово відсталих дітей старшого віку є:

- забезпечення максимально можливої самостійності в побутовому та санітарно-гігієнічному самообслуговуванні, формування та підтримка навичок автономного проживання шляхом розвитку навичок особистісної гігієни, одягання-роздягання, самообслуговування за столом, формування стереотипів безпечної поведінки тощо;
- розвиток соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації;
- розвиток пізнавальної та рухової сфери як передумови навчання та виконання трудової діяльності;
- формування елементарних навчальних навичок;
- мовленнєвий та комунікативний розвиток: розуміння зверненого мовлення; вимова голосних та приголосних звуків, звукокомплексів; можливість використання альтернативних засобів комунікації;
- професійна просвіта шляхом розширення загального кругозору і знайомства з професіями, оволодіти якими можуть діти з інтелектуальними проблемами;
- професійні проби, які полягають у виконанні дітьми певного виду діяльності, пов'язаного з конкретною професією;
- опанування специфічними формами діяльності (їзда верхи, плавання, образотворче мистецтво, театральна-драматична діяльність тощо);
- вироблення стереотипів поведінки в типових побутових ситуаціях;
- формування позитивного відношення до посильних видів праці, готовності допомогти в господарсько-побутовій праці;
- формування звички та позитивної установки до визначеного виду праці;
- формування навичок виконання ряду операцій у тому чи іншому виді праці;
- розвиток уміння переключатися з одного виду діяльності на інший;
- навчання спільній роботі з дотриманням прийнятих норм та правил поведінки.

Корекційна робота проводиться вчителем як на спеціально організованих заняттях, так і в процесі повсякденної реабілітаційної роботи у всіх видах дитячої діяльності і передбачає такі напрямки:

- розвиток когнітивних здібностей;
 - організація корекційно-виховної роботи в процесі трудового навчання;
 - формування соціально-побутових навичок, які застосовуються в домашніх умовах;
 - формування соціально-побутових навичок, які застосовуються за межами дому;
 - формування передумов до оволодіння посильними видами праці;
 - професійна орієнтація.
- Очікуваний результат реабілітаційної роботи:**
- активізація пізнавальної діяльності, пов'язаної із вибором професії;
 - корекція певних індивідуальних психологічних особливостей особистості;
 - формування професійної (трудової) спрямованості особистості.

СИНДРОМ ДАУНА

Синдром Дауна – один з найпоширеніших хромосомних розладів, що легко розпізнається і який характеризується порушеннями розумового розвитку. Синдром спричинюється хромосомними розладами: внаслідок порушення в розвитку клітини в ній нараховується 47 (замість 46 хромосом – як це буває при нормальному розвитку). Ця додаткова хромосома змінює перебіг розвитку організму і, зокрема, мозку. У більшості випадків Синдром Дауна діагностують під час хромосомного аналізу, одразу після народження.

Синдром вперше описано у 1866 році Джоном Ленгдоном Дауном під назвою «монголізм». Частота захворювань серед немовлят у середньому 1:700 (за даними різних авторів частота варіюється від 1:290 до 1:935), ризик народити дитину із синдромом Дауна збільшується в залежності від віку матері. У жінок віком старше 45 років вона складає 1:20 – 1:45.

При обстеженні виявляються аномалії нервової системи, недорозвиток мозку в цілому або окремих його частин: мікроцефалія, гідроцефалія, порушення диференціації нервових клітин, патологія судинних систем мозку тощо. Непоодинокі випадки вад серця, великих магістральних судин, інших внутрішніх органів.

Лікарі можуть діагностувати захворювання вже у перші хвилини життя дитини, зважаючи на характерний зовнішній вигляд: череп округлої форми, потилиця скошена, косий розріз очей, широке перенісся, додаткове віко, плями світло-сірого кольору на райдужній оболонці, «готичне» піднебіння. Рот, звичайно, відкритий, язик товстий, часто висовується із рота, вкритий повздовжніми борознами. Кисть широка, пальці кисті і стоп вкорочені, мізинець часто викривлений. Іноді пальці зрощені. На долоні нерідко прослідковується повна повздовжня (мавпяча) складка.

У дітей більш старшого віку постать приземкувата, кінцівки короткі, плечі опущені, голова нахилена вперед. Почасті порушення прикусу та аномалії зубів. Дуже часто проявляються офтальмологічні порушення (короткозорість, далекозорість, астигматизм).

Багато хворих страждають на ендокринні порушення: ожиріння, зниження основного обміну.

У неврологічному статусі можуть бути виявлені збіжна косоокість, ністагм, асиметрія обличчя, легкі координовані порушення. М'язовий тонус звичайно знижений. Рухові навички розвиваються із затримкою, відмічається незграбність рухів.

Однак навіть при відсутності сумнівів у діагнозі призначається додаткове обстеження дитини. Це важливо для профілактики вторинного народження у батьків дитини з хворобою Дауна.

Лікування хвороби Дауна повинно проводитися постійно, починаючи з народження дитини: загальнозміцнювальна терапія, профілактика захворювань внутрішніх органів, раціональне годування, лікувальна гімнастика. Широко використовуються ліки, що поліпшують функціональні можливості нервової системи.

Тривалість життя хворих обмежена. Як правило, спостерігається раннє старіння організму. На сьогодні немає даних, на підставі яких можна було б із більшою мірою достовірності зробити припущення відносно тривалості життя людей із синдромом Дауна. Попередні дослідження на цю тему застарілі. Тривалість життя, можливо, менша, ніж у всіх останніх, але не настільки, наскільки це стверджувалося раніше. Причиною смерті є, звичайно, вади розвитку внутрішніх органів і декомпенсація їх функцій.

Характерною ознакою при синдромі Дауна є порушення інтелекту, ступінь недорозвитку якого варіюється від легкого ступеня до глибокого.

Діти із синдромом Дауна, зазвичай, менші за розмірами тіла за своїх здорових однолітків, їхній фізичний та розумовий розвиток відбувається повільніше.

Зазвичай, дитина, яка страждає на синдром Дауна, окрім очевидних фізичних особливостей, часто має специфічні проблеми зі здоров'ям. Низька опірність інфекціям робить таких дітей більш схильними до респіраторних захворювань. У таких дітей часто спостерігаються порушення зору, такі як косоокість, далеко- або короткозорість, зниження слуху та розлади мовлення.

У деяких з людей із синдромом Дауна може спостерігатися так званий стан атлантаксіальної нестабільності – розбалансованість двох верхніх вертебральних нервів шиї. Такий стан виявляється, коли люди роблять вправи, під час яких треба витягувати або повертати шию. Батьків слід попередити про необхідність медичного огляду дитини, аби з'ясувати чи потрібні обмеження (заборона) фізичних вправ, які можуть зашкодити дитині. Незважаючи на те, що така розбалансованість потенційно небезпечна, відповідна діагностика може запобігти ушкодженням.

Мислення

При виконанні невербальних завдань (класифікація предметів, рахункові операції тощо) деякі діти із синдромом Дауна можуть показувати достатньо хороші результати. Виникають певні труднощі у формуванні здатності мислити і вибудовувати докази. Діти важко переносять навички і знання із однієї ситуації на іншу. Абстрактні поняття недоступні для розуміння. Також може бути ускладнено вміння вирішувати практичні проблеми, що з'являються. Обмеженість уявлень, недостатність висновків, які є в основі мисленнєвої діяльності, є причиною неможливості вивчення багатьма дітьми із синдромом Дауна окремих шкільних предметів.

Мовленнєвий розвиток

Характеризується сповільненими темпами. Він проходить не за одним і тим же незмінним зразком. Якоюсь мірою про це свідчить широкий діапазон віку, який приймається за нормативний. Перше слово може з'явитися у віці від 17 місяців до 5,5 років.

Характерною рисою є те, що розвиток імпресивного мовлення дещо випереджає розвиток експресивного (діти краще розуміють мовлення оточуючих, виконують прості інструкції, включаються в гру, а самостійне мовлення при цьому обмежене).

Часто діти запам'ятовують окремі фрази, не розуміючи змісту кожного слова або фрази в цілому.

В активному мовленні діти із синдромом Дауна користуються однослівними реченнями (частіше це слова-назви). Досить широко використовують при цьому жестові підкріплення. Словниковий запас іменників випереджає рівень оволодіння синтаксисом, тому фрази дуже прості і короткі. Словниковий запас взагалі дуже обмежений, хоча розуміння зверненого мовлення достатнє для оволодіння фразою.

Пам'ять

Характерна гіпомнезія (зменшений об'єм пам'яті). Дітям потрібно більше часу для вивчення та засвоєння нових навичок, заучування і запам'ятовування нового матеріалу. Спостерігається недостатність слухової короткочасної пам'яті і обробки інформації, яку дитина отримала на слух.

Увага

Нестійкість активної уваги, збільшена втомлюваність і виснаженість, короткий період концентрації уваги.

Уява

Образ не виникає в уяві, а сприймається лише зорово. Діти здатні співвідносити частини малюнка, але поєднати їх в одне ціле не можуть.

Сприйняття

Зорове сприйняття характеризується тим, що діти не бачать деталі в цілому, фіксують увагу на одиничних особливостях зорового образу, уникають складних образотворчих конфігурацій, відволікаються на більш яскраві. Таке надання переваги зберігається протягом усього життя.

Багаточисельні експерименти виявили, що «даунята» ліпше оперують матеріалами, які вони сприймали зорово, а не на слух.

Діти не можуть інтегрувати власні відчуття – одночасно концентрувати увагу, слухати, бачити і реагувати, тобто не мають можливості у визначений момент часу обробити сигнали більш, ніж від одного подразника.

Емоції

У дітей із синдромом Дауна виділяється збереженість елементарних емоцій. Більшість з них лагідні, доброзичливі.

Деякі проявляють позитивні емоції до дорослих, контактують з ними, деякі – переважно до тих людей, з якими вони постійно спілкуються. Позитивні емоції спостерігаються частіше, ніж негативні. Коли в них щось не виходить, вони, звичайно, не засмучуються.

Не завжди можуть правильно оцінити результати своєї діяльності, емоції задоволення звичайно супроводжують закінчення заняття, яке, при цьому, може бути проведено неправильно. Їм властиві страх, радість, сум. Звичайно емоційні реакції за силою не відповідають причині, що їх викликала. Частіше вони виражені недостатньо яскраво, хоча зустрічаються і занадто сильні переживання з незначної причини.

У деяких спостерігаються епілептоїдні риси характеру: егоцентризм, надмірна охайність.

Але нерідко відзначається нестійкість настрою: підвищений настрій може супроводжуватися афективними виявленнями або змінюватися негативізмом. Діти з хворобою Дауна слухняні та мають хорошу здатність до відтворення, тому вони легко вчаться навичкам самообслуговування та можуть виконувати домашню роботу або прості трудові операції.

Поведінка

Характеризується, в основному, слухняністю, легкою підкорюваністю, доброзичливістю, іноді лагідністю, готовністю робити все на прохання. Діти легко вступають у контакт. Але можуть зустрічатися різноманітні поведінкові розлади.

Соціальна підтримка дитини із синдромом Дауна – це цілий комплекс проблем, які пов'язані з лікуванням, освітою, соціальною адаптацією та інтеграцією до суспільства.

Є багато факторів, які гальмують ці процеси:

- відставання у моторному розвитку;
- можливі проблеми зі слухом та зором;
- проблеми з розвитком мовлення;
- слабка та короткочасна слухова пам'ять;
- короткий період концентрації;
- труднощі оволодіння та запам'ятовування нових понять та навичок;
- нерозвинення вмінь узагальнювати, обговорювати і доказувати,

встановлювати послідовність дій та явищ.

Сучасна світова практика свідчить, що раннє втручання в розвиток дитини доцільно здійснювати силами мультидисциплінарної команди спеціалістів. Вона є об'єднанням фахівців різного профілю, які працюють разом в одному закладі. Перед початком дій бажано членам команди їх ретельно спланувати і визначити правила взаємодії. Командна робота дозволяє зробити

глибшу оцінку потреб і можливостей дитини із синдромом Дауна, адже вона базуватиметься на оцінках багатьох фахівців. Також команда забезпечить доступ до широкого діапазону ресурсів, що дозволить підвищити ефективність процесу втручання.

Залежно від віку дитини під час обстеження слід звернути увагу на наступні **критерії та особливості**.

У домовленнєвому періоді:

- тембр голосу в дитини, наявність гуління чи лепету;
- реагування дитини на інтонацію;
- розшукування джерела звуку у просторі;
- виконання елементарних інструкцій (дати ручку, включитися у гру «Ку-ку»);
- маніпулювання з іграшками (перекладання з руки в руку, постукування іграшкою по іграшці).

У віці від 11-13 місяців:

- наявність звуконаслідування, поява перших слів;
- спроможність робити вибір іграшок;
- виконання дитиною елементарних вербальних інструкцій (дати мамі ляльку);
- виконання простих маніпуляцій з іграшками за вербальними інструкціями.

Для обстеження дітей другого та подальших років життя застосовуються загальноприйняті методики для дітей із вадами розумового розвитку.

Обстежується стан активного мовлення (склад слова, самостійна та відображена вимова, структура речень, стан звуковимови), емоційно-вольова сфера, пізнавальні здібності та стан тонкої та грубої моторики.

Метою реабілітаційної роботи є соціальна інтеграція: пристосування до життя та інтеграція в суспільство.

Використовуючи пізнавальні здібності дітей, враховуючи особливості розвитку психічних процесів, необхідно розвивати життєво необхідні навички для того, щоб у майбутньому вони мали змогу самостійно себе обслуговувати та виконувати в побуті просту роботу, тобто поліпшити якість власного життя та життя батьків.

Корекційні заходи передбачають виховання психомоторних навичок, корекцію мовленнєвих функцій та соціальну адаптацію дітей. Це і розвиток та корекція психічних функцій, і формування правильної поведінки, і трудове навчання.

Особлива увага приділяється вихованню звичок дітей. Необхідно розвивати навички культурної поведінки у спілкуванні з оточуючими, вчити їх комунікабельності. Діти повинні вміти висловлювати прохання, захистити себе або уникнути небезпеки, також звертати увагу на формування зовнішніх форм їх поведінки.

Сенсорне виховання є одним із напрямків роботи щодо соціальної адаптації дітей із синдромом Дауна. Це початковий ступінь процесу навчання,

що направлений на формування повноцінного сприйняття, накопичення відчуттів. Дитина починає відчувати, позитивно сприймати оточуюче через власну практичну діяльність.

У процесі навчання максимально використовуються відносно збережені механічна пам'ять, емоції, наслідування та здатність чуттєвого сприйняття навколишнього.

Необхідно більш повно використовувати наочність та залучати дітей до активної діяльності. Заняття повинні нести яскраве емоційне забарвлення з використанням музики, виразної наочності та інших технічних засобів.

На перший план виходить гра як спосіб розвитку мислення та мовлення, соціальних відносин та рухових навичок. Гра будується на принципах наслідування дорослого. Спостерігаючи за дитиною під час гри, дорослий виявляє її схильності, особливості характеру і психічної діяльності.

З метою розвитку позитивного емоційного відношення до навчальної діяльності досить широко використовується спостереження за явищами природи. У процесі такої діяльності діти знайомляться із закономірностями навколишнього середовища.

Перспективи розвитку дитини із синдромом Дауна

Довгий час існувало твердження, що тільки у виняткових випадках такі діти мали змогу трохи навчитися читати, виконувати просту роботу та можливість досягти деякої незалежності. Але останнім часом люди з таким діагнозом все частіше починають жити самостійно, влаштовуються на роботу та беруть участь у суспільному житті.

Ці зміни обумовлені тим, що діти мають можливість жити в сім'ї, набувати соціального досвіду, проходити курс реабілітації в установах соціальної реабілітації дітей-інвалідів або у спеціальних центрах, які працюють із дітьми із синдромом Дауна. І, накінець, на краще змінилося відношення в суспільстві до людей з особливими потребами.

У демократичних країнах багато молодих людей із синдромом Дауна отримують початкову професійну освіту, яка тою чи іншою мірою відповідає їх інтересам і можливостям. Це дозволяє їм знайти роботу в різних сферах. Вони можуть працювати помічниками вихователів у дитячих садках, помічниками середнього медичного персоналу у клініках і соціальних установах, виконувати різносторонню технічну роботу в офісах, працювати у сфері обслуговування тощо. Відомі випадки, коли люди із синдромом Дауна займаються творчістю, образотворчим мистецтвом, музикою, хореографією, театром.

Передбачити, яким чином буде розвиватися дитина з даним синдромом, неможливо, як і неможливо передбачити розвиток здорової дитини. Кожна дитина індивідуальна, і думка про те, що люди з цією патологією розвиваються однаково і тільки до певного рівня, помилкова. Такі діти відстають у розвитку, але темпи цього розвитку, як і його рівень, багато в чому залежать від умов, які створені дитині.

Вважалося, що з віком розумові здібності людей даної нозології поступово знижувалися. Але спостереження вчених за експериментальною

групою протягом декількох років не підтвердили наявності цього явища. Зважаючи на останні дані, можливо зробити висновок, що зараз майбутнє дітей із синдромом Дауна більш оптимістичне, ніж будь-коли раніше.

Особливості навчання

В організації навчання варто враховувати чинники, які перешкоджають успішному навчанню:

- відставання у розвитку тонкої та загальної моторики;
- можливі проблеми зі слухом та зором; хоч діти з синдромом Дауна мають гарні можливості до наглядного навчання;
- проблеми з розвитку мови;
- слабка короткочасна слухова пам'ять;
- більш короткий період концентрації уваги;
- труднощі у спілкування з однолітками;
- труднощі у встановленні послідовностей (дій, явищ, предметів);
- рівень слухового сприйняття може змінюватися протягом дня.

Рекомендації щодо організації навчання і виховання дітей з синдромом Дауна

Одразу після того, як підтверджено діагноз – синдром Дауна, батьків варто заохотити до того, щоб включити дитину до програми раннього втручання/ розвитку немовляти. Такі програми пропонують батькам спеціальні інструкції: як навчати дитину мовлення, допомагати пізнавати світ, самообслуговування, виробляти соціальні навички та робити особливі вправи для розвитку моторики. Дослідження підтвердили, що правильна стимуляція на початковому етапі розвитку підвищує шанси дитини розкрити свій потенціал. Як свідчать дослідження, постійне навчання, позитивне ставлення оточуючих, стимуляція в домашніх умовах можуть сприяти загальному розвитку дитини.

У людей із синдромом Дауна порушення розумового розвитку можуть бути виражені різною мірою, власне, як і поведінка, психічний розвиток, а також перебіг самої хвороби. Рівень затримки може коливатися в межах від незначної до значної. Зважаючи на індивідуальні особливості неможливо передбачити подальший розвиток усіх дітей, які страждають на синдром Дауна, загалом.

Зважаючи на певний діапазон можливостей дітей із синдромом Дауна, родинам і всім педагогам школи дуже важливо визначити невелику кількість обмежень щодо розвитку потенційних здібностей. Доцільніше та ефективніше зосереджуватися на конкретних досягненнях дитини, а не обмеженнях її можливостей. Завдання, які вчитель пропонує дитині (крок за кроком, від простого до складнішого), з частим нагадуванням та постійним зворотнім зв'язком виконуються успішно. Толерантніше ставлення з боку громадськості до людей з особливими потребами разом із широкими можливостями жити і працювати без постійної опіки, розширили можливості осіб із синдромом Дауна. Незалежні центри проживання, групами або окремо, проте з отриманням допомоги чи послуг від громади, безумовно є важливим джерелом підтримки для людей з особливими потребами.

ЕПІЛЕПСІЯ

Епілепсія – це захворювання, для якого притаманні нічим не спровоковані напади, в основі яких лежать гіперсинхронні електричні розряди нейронів головного мозку. Це захворювання відоме ще з античних часів, про нього згадують єгипетські лікарі, Гіппократ тощо. За різними даними, частота захворювань варіюється, у середньому від 16 : 10 000 до 1 1 000 населення.

Причиною епілепсії визначають збільшену спадкову або набуту готовність мозку до розвитку судом. Виникненню хвороби сприяють травми, інфекції тощо. Розрізняють первинну епілепсію як самостійне захворювання та вторинну як синдром при іншій хворобі (фенілкетонурія, черепно-мозкова травма, нейроінфекції тощо).

Первинна епілепсія добре лікується, з часом хворий може повністю відмовитися від прийому пігулок. Вторинна розвивається в будь-якому віці та важко лікується.

У деяких випадках хворі на епілепсію не потребують оформлення інвалідності. При постійному прийомі ліків можливо вести активний спосіб життя з мінімальними обмеженнями.

Звичайно хвороба розвивається з 5 до 15 років. При відсутності лікування частота та вираженість нападів збільшується. Розрізняють багато форм епілептичних нападів. У дітей спостерігається близько 40 різних нападів, що залежать від того, які відділи головного мозку знаходяться в стані збудження та беруть участь у його реалізації. Всі ці напади відрізняються клінічною симптоматикою, підходами до лікування та прогнозом.

Основна мета в лікуванні епілепсії полягає в досягненні ремісії при медикаментозному лікуванні, відміні у подальшому медичних препаратів та досягненні повної ремісії. Клінічними проявами є судомні та безсудомні напади й епілептичні зміни особистості.

Хворі у стані **великого судомного нападу** потребують кваліфікованої допомоги. У разі відсутності допомоги можлива смерть. Звичайно, перед нападом (за декілька годин або добу) виникають «передвісники»: головний біль, нездужання, поганий настрій, передчуття біди, що насувається. Деякі хворі за цими ознаками вже можуть передбачити напад і прийняти необхідні заходи безпеки.

Необхідно враховувати, що при **безсудомних нападах** у хворих спостерігаються періоди поганого настрою, нудьги, агресивного відношення до оточуючих та себе. Вони можуть причинити біль собі, упереджено ставитися до близьких, знущатися з них. Такі стани виникають без видимих причин.

Питання затримки розвитку дитини або зниження інтелектуальних здібностей внаслідок епілептичних нападів обговорюється у науковій літературі протягом багатьох років, але однозначної відповіді воно немає. Безсумнівно, що часті епілептичні напади у дітей раннього віку призводять до затримки психомоторного розвитку. У результаті частих генералізованих нападів (особливо епілептичні статуси) можливий поступовий розвиток слабоумства.

Зміни особистості при епілепсії характеризуються психічними та емоційними порушеннями: зниження уваги, емоційна нестійкість, роздратованість, схильність до запальності. У подальшому такі порушення можуть погіршуватися та призвести до так званого епілептичного слабоумства. Ступінь змін особистості залежить від тривалості та важкості захворювання, своєчасності та ефективності лікування. Мислення таких хворих стає повільним: вони не можуть відокремити основне від другорядного, переключити увагу з одного матеріалу на інший тощо.

У деяких випадках хвороба дозволяє дітям нормально розвиватися як фізично, так і інтелектуально, але слід враховувати необхідність постійного спостереження в лікаря, безперервність прийому ліків (раптове припинення лікування викликає загострення хвороби), створення спеціальних умов навчання та реалізації інтересів, дотримання режиму. Стан хворого на епілепсію безпосередньо залежить від соціальних факторів, від відношення до них батьків, педагогів, оточуючих. Важливе значення має правильний вибір майбутньої професії, вирішення соціальних питань.

При професійній орієнтації дитини з епілепсією необхідно враховувати обмеження, пов'язані із хворобою: забороняється праця на висоті, біля вогню, на воді, на всіх видах транспорту, з нервово-психічним напруженням тощо.

ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ (ДЦП)

Церебральний параліч – стан, спричинений ушкодженням ділянок мозку, які контролюють здатність використовувати м'язи тіла, внаслідок шкідливого впливу на мозок (нестача кисню, ушкодження тканин голови мозку, інфекції, крововиливи, хімічні та метаболічні порушення). Такі ушкодження трапляються до пологів, під час пологів, одразу після пологів. Церебральний параліч, який класифікують за типами м'язових розладів, може бути слабким, середнім та сильним. Слабкий – дитина незграбна; середній – шкутильгає (дитині можуть знадобитися спеціальні пристрої для пересування або милиці); сильний – може позначитися на загальному фізичному стані дитини. Дитина, яка страждає на середній або сильний церебральний параліч, може потребувати пересувного крісла або спеціального обладнання. Інколи діти, які страждають на церебральний параліч, можуть мати проблеми у навчанні, порушення слуху та зору (сенсорні порушення), або порушення розумового розвитку. Звичайно, чим значніші ушкодження мозку, тим сильніші прояви церебрального паралічу. Проте церебральний параліч не прогресує з часом.

Церебральний параліч спричинює порушення рухової сфери. Передбачено, що дітям із церебральним паралічем мають завчасно надаватися превентивні послуги, спеціальна освіта та супутні послуги.

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – непрогресуюче ураження мозку, яке обумовлене впливом несприятливих факторів у пренатальному, перинатальному і ранньому постнатальному періодах, що завжди супроводжується руховими та найчастіше ортопедичними порушеннями.

Термін «дитячий церебральний параліч» використовується для характеристики групи хронічних станів, при яких уражена рухова і м'язова активність із порушенням координації рухів. Він об'єднує ряд синдромів, що виникають у зв'язку з пошкодженням мозку на ранніх етапах онтогенезу.

Основним клінічним симптомом ДЦП є порушення рухової функції, пов'язане із затримкою та неправильним розвитком статокінетичних рефлексів, патологією тонуса, парезами, паралічами, порушенням координації, насильницькими рухами. Окрім порушень у центральній нервовій системі, вторинно упродовж життя виникають зміни у нервових і м'язових волокнах, суглобах, зв'язках, хрящах. До основного симптому ДЦП – рухових розладів – у значній частині випадків приєднуються порушення психіки, мовлення тощо.

У 1958 році на засіданні Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я в Оксфорді у класифікації хвороб термін «дитячий церебральний параліч» затвердили і дали визначення: «Дитячий церебральний параліч – непрогресуюче захворювання головного мозку, що уражує його відділи, які керують рухами і положенням тіла, захворювання проявляється на ранніх етапах розвитку головного мозку».

І понині йдуть дискусії з приводу цього терміну. У спеціальній літературі можна знайти велику кількість різних термінів для позначення цього типу порушень.

За останній період опубліковано багато досліджень щодо проблеми дитячого церебрального паралічу. В основному, це роботи з питань неврологічного, ортопедичного, відновлювального лікування дітей із ДЦП.

На теперішній час ДЦП розглядають як хворобу, яка виникла в результаті ураження мозку, перенесеного у пренатальному періоді чи в період незавершеного процесу формування основних структур і механізмів мозку, що обумовлює складну структуру неврологічних та психічних розладів. Спостерігається не тільки уповільнений темп психічного розвитку в цілому, але й нерівномірний, диспропорційний характер формування окремих психічних функцій.

Кількість захворювань на ДЦП має тенденцію до збільшення і складає 6 випадків на 1000 новонароджених. Причиною виникнення церебральної патології у 70 – 80% випадків є вплив на мозок комплексу шкідливих факторів.

Етіологія даного захворювання різноманітна. Сучасна медицина описує більш ніж 400 факторів, що впливають на перебіг внутрішньочеревного розвитку.

Слід звернути увагу на той факт, що при церебральному паралічі мають місце ураження мозкових структур в осіб переважно чоловічої статі. У середньому ДЦП у хлопчиків зустрічається в 1,3 рази частіше і має більш важкий перебіг, ніж у дівчат.

Перша чітко оформлена класифікація ДЦП, в основі якої лежать клінічні критерії, належить З. Фрейду (1897 – 1961):

- геміплегія;
- церебральна диплегія (двосторонній церебральний параліч);
- генералізована ригідність;
- параплегічна ригідність;
- двостороння параплегія;
- генералізована хорея;
- подвійний атетоз.

Ця класифікація дозволила виділити типи ДЦП, які потім були покладені в основу всіх наступних класифікацій.

У спеціальній літературі запропоновано більше двадцяти класифікацій ДЦП. Вони засновані на етіологічних ознаках, характерних клінічних проявах, патогенетичних особливостях.

Розповсюдженою є класифікація К. Vobaht і В. Vobaht. Вони поділяють церебральні паралічі за наступними формами:

1. Диплегія спастична.
2. Тетраплегія (тетрапарез):

-спастична;

-атетоїдна;

-дистонічна (у міру свого розвитку м'язова дистонія в поєднанні з атетозом чи хореоатетозом стає провідним синдромом; при тетраплегії одна сторона може бути уражена більше, ніж друга).

3. Геміплегія спастична. Іноді при цій формі в дітей старшого віку може з'являтися атетоз у дистальних відділах кінцівок.

4. Моноплегія спастична (спостерігається рідко). Коли діти дорослішають, чітко видно, що це, в дійсності, легка форма геміплегії.

5. Параплегія спастична. У «чистому» вигляді практично не спостерігається. Як правило, це диплегія з легким ураженням рук, яка в ранньому віці чітко не виявляється.

Ця класифікація не виділяє атактичну форму ДЦП, тому що, на думку авторів, вона зустрічається дуже рідко. Частіше атаксія сполучається зі спастичністю, атетозом або з тим та іншим одночасно.

У сучасній клінічній практиці використовується найчастіше класифікація К.А. Семенової, в яку включені особисті дані автора й елементи класифікацій Д.С. Футера і М.Б. Цукер.

Згідно з цією класифікацією виділяють п'ять основних форм ДЦП:

- подвійна геміплегія;
- спастична диплегія;
- геміпаретична форма;
- гіперкінетична форма;
- атонічно-астатична форма.

На практиці виділяють ще змішану форму ДЦП.

Подвійна геміплегія – це найважча форма ДЦП, що виникає при значному ураженні мозку в період внутрішньочеревного життя. Всі клінічні прояви пов'язані з вираженими деструктивно-атрофічними змінами. Має місце псевдобульбарний симптом. Значно порушені всі найважливіші функції: рухові, психічні, мовленнєві.

Рухові порушення виявляються вже в період новонароджуваності, коли, як правило, відсутній захисний рефлекс, значно виражені всі тонічні рефлексії: лабіринтовий, шийні, рефлекс із голови на тулуб, із таза на тулуб. Не розвиваються ланцюгові настановні рефлексії, тобто дитина не може навчитися самостійно сидіти, стояти і ходити.

Функції рук і ніг практично відсутні. Завжди переважає ригідність м'язів, що підсилюється під впливом інтенсивних тонічних рефлексів, які зберігаються (шийного й лабіринтового). Через підвищену активність тонічних рефлексів дитина в положенні на животі чи спині має значно виражені згинальну або розгинальну пози. За підтримкою у вертикальному положенні, як правило, спостерігається розгинальна поза при звисанні голови. Всі сухожильні рефлексії дуже високі, тонус м'язів у руках і ногах різко порушений. Довільна моторика зовсім чи майже не розвинена (Т.Г. Шамарін, Г.І. Белова).

Психічний розвиток дітей знаходиться, звичайно, на рівні розумової відсталості у помірному або важкому ступені.

Мова відсутня: анартрія чи дизартрія.

Прогноз подальшого розвитку рухової, мовленнєвої та психічної функцій у край несприятливий. Діагноз «подвійна геміплегія» вказує на повну інвалідність дитини.

Спастична диплегія – це найпоширеніша форма ДЦП, відома під назвою хвороби чи синдрому Літля. За поширеністю рухових порушень спастична диплегія є тетрапарезом (тобто уражені руки і ноги), але нижні кінцівки уражені значною мірою.

У дітей зі спастичною диплегією часто спостерігається вторинна затримка психічного розвитку, яка за умови вчасно розпочатого та правильно проведеного лікування до 6-8 років може бути усунена; 30–35% дітей зі спастичною диплегією страждають розумовою відсталістю легкого ступеня. У 70% дітей спостерігаються мовленнєві розлади у формі дизартрії, значно рідше – у формі моторної алалії.

Важкість мовленнєвих, психічних і рухових порушень варіюється в широких межах. Це пов'язано із терміном і силою дії шкідливих факторів. У залежності від ступеня важкості ураження мозку, вже у період народжуваності слабо виражені або зовсім не виникають вроджені рухові рефлексії: захисний, повзання, опори, крокові рухи немовляти тощо, тобто порушується основа, на базі якої формуються настановні рефлексії. Хватальний рефлекс найчастіше, навпаки, підсилений, так як і тонічні рефлексії: шийні, лабіринтовий; причому ступінь їх виразності може зростати до 2-4 місяців життя дитини.

Різко підвищений тонус м'язів язика так, що він виявляється приведеним до кореня, а рухливість його різко обмежується. Очі дитини піднімаються вгору. Таким чином, ушкодженими виявляються і функції зору та мовлення.

При наявності симетричного шийно-тонічного рефлексу при згинанні голови виникає згинальна поза в руках і розгинальна в ногах, а при розгинанні голови, навпаки, виникає розгинання рук і згинання ніг.

До 2-3 років прояви патологічних рефлексів стають стійкими, і з цього часу, в залежності від ступеня важкості рухових порушень, розрізняють важкий, середній і легкий ступені спастичної диплегії.

Діти з важким ступенем спастичної диплегії самостійно не пересуваються або пересуваються за допомогою милиць. Маніпулятивна діяльність рук у них значно знижена. Ці діти себе не обслуговують або обслуговують частково. У них відносно швидко розвиваються контрактури і деформації у всіх суглобах нижніх кінцівок. У 70-80% дітей спостерігаються мовленнєві порушення, у 50-60% – затримка психічного розвитку, у 25-35% – розумова відсталість. У цих дітей протягом 3 – 7 і більше років не редукуються тонічні рефлекси і з труднощами формуються настановні випрямні рефлекси.

Діти із середнім ступенем важкості рухового ураження пересуваються самостійно, хоча з дефектною поставою. У них непогано розвинена маніпулятивна діяльність рук. Тонічні рефлекси виражені незначно. Контрактури деформації розвиваються меншою мірою. Мовленнєві порушення спостерігаються у 65-75% дітей, ЗПР – у 45-55%; у 15-25% – розумова відсталість.

Діти з легким ступенем важкості рухового ураження відмічають незручність і уповільненість темпу руху в руках, відносно легке обмеження обсягу активних рухів у ногах, переважно в гомілковостопних суглобах, незначне підвищення тону м'язів. Діти самостійно пересуваються, але хода їх залишається недосконалою. Мовленнєві порушення спостерігаються у 40-50% дітей, ЗПР – у 20-30%, розумова відсталість – у 5%.

Прогностично спастична диплегія – це сприятлива форма захворювання відносно подолання психічних та мовленнєвих розладів і менш сприятлива відносно становлення локомоцій.

Дитина, що страждає спастичною диплегією, може навчитися обслуговувати себе, писати, опановувати низкою трудових навичок.

Геміпаретична форма характеризується одностороннім ураженням руки й ноги. У 80% випадків розвивається в дитини в ранній постнатальний період, коли внаслідок травм, інфекцій тощо пошкоджуються пірамідні шляхи головного мозку, що формуються. При цій формі уражена одна сторона тіла: ліва при правосторонньому ураженні мозку й права – при лівосторонньому. При даній формі ДЦП, звичайно, більше уражується верхня кінцівка. Правосторонній геміпарез зустрічається частіше, ніж лівосторонній.

У 25-35% дітей спостерігаються легкий ступінь розумової відсталості, у 45-50% – вторинна затримка психічного розвитку, яку можна подолати, якщо вчасно розпочати відновлювальну терапію. Мовленнєві розлади спостерігаються у 20-35% дітей, частіше за типом псевдобульбарної дизартрії, рідше – моторної алалії.

Після народження в дитини з такою формою ДЦП всі вроджені рухові рефлекси виявляються сформованими. Однак вже в перші тижні життя можна

виявити обмеження спонтанних рухів і високі сухожильні рефлексивні в уражених кінцівках; рефлекс опори, крокові рухи, повзання гірше виражені в паретичній нозі. Хватальний рефлекс менш виражений в ураженій руці. Сидіти дитина починає вчасно або з невеликим запізненням, при цьому поза виявляється асиметричною, що може призвести до сколіозу.

Прояви геміпарезу формуються, як правило, до 6-10 місяців життя дитини, а потім поступово наростають.

Починаючи з 2-3 років, основні симптоми захворювання не прогресують, вони багато в чому подібні з тими, які спостерігаються в дорослих. Рухові порушення мають стійкий характер, незважаючи на проведену терапію.

При важкому ступені ураження у верхній і нижній кінцівках спостерігаються виражені порушення тонусу м'язів за типом спастичності та ригідності. Обсяг активних рухів, особливо у передпліччі, кисті, пальцях і стопі, мінімальний. Маніпулятивна діяльність верхньої кінцівки практично відсутня. Зменшені кисть, довжина всіх фалангів пальців, лопатка, стопа. У паретичній руці і нозі простежується гіпотрофія м'язів та уповільнений ріст кісток. Діти починають ходити самостійно тільки з 3-3,5 років, при цьому спостерігається грубе порушення постави, формується сколіоз хребта та перекіс таза.

У 25-35% дітей виявляється розумова відсталість, у 55-60% – мовленнєві розлади, у 40-50% – судомний синдром.

При середній важкості ураження рухової функції порушення тонусу м'язів, трофічні розлади, обмеження обсягу активних рухів менш виражені. Функція верхньої кінцівки значно порушена, однак хворий може брати предмети рукою. Діти починають ходити самостійно з 1,5-2,5 років, накульгуючи на хвору ногу, з опорою на передні відділи стопи.

У 20-30% дітей спостерігається ЗПР, в 15-20% – розумова відсталість, у 40-50% – мовленнєві розлади, у 20-30% – судомний синдром.

При легкому ступені ураження порушення тонусу м'язів незначні, обсяг активних рухів у руці збережений, але відмічається незручність рухів. Діти починають ходити самостійно з 1р. 1міс. – 1р. 3міс. – без перекату стопи у хворій нозі.

У 25-30% дітей відмічається ЗПР, у 5% – розумова відсталість, у 25-30% – мовленнєві розлади.

Причиною **гіперкінетичної форми** ДЦП найчастіше є білірубінова енцефалопатія як результат гемолітичної хвороби немовлят. Рідше причиною може бути недоношеність із наступною черепно-мозковою травмою під час пологів, при якій відбувається розрив артерій, що постачають кров'ю підкоркові ядра.

У неврологічному статусі в цих хворих спостерігаються гіперкінези (насильницькі рухи), м'язова ригідність шиї, тулуба, ніг. Незважаючи на важкий руховий дефект, обмежену можливість самообслуговування, рівень інтелектуального розвитку при даній формі ДЦП вищий, ніж при попередніх.

Після народження в такої дитини вроджені рухові рефлексивні порушення: рухи мляві й обмежені. Смоктальний рефлекс послаблений,

порушена координація смоктання, ковтання, дихання. У ряді випадків тонус м'язів знижений. У 2–3 місяці можуть спостерігатися раптові м'язові спазми. Знижений тонус змінюється дистонією. Настановні ланцюгові рефлексі значно запізнюються у своєму розвитку. Затримка формування настановних рефлексів, м'язова дистонія, а згодом і гіперкінези порушують формування нормальних поз і призводять до того, що дитина тривалий час не може навчитися самотійно сидіти, стояти й ходити. Дуже рідко дитина починає ходити самотійно в 2 – 3 роки, найчастіше самотійне пересування стає можливим у 4 – 7 років, іноді тільки в 9 – 12 років.

При гіперкінетичній формі ДЦП можуть спостерігатися гіперкінези різного характеру, вони найчастіше поліморфні.

Гіперкінез виникає з 3 – 4 місяців життя дитини у м'язах язика і тільки до 10 – 18 місяців з'являється в інших частинах тіла, досягаючи максимального розвитку до 2 – 3 років життя. Інтенсивність гіперкінеза підсилюється впливом екстероцептивних, пропріоцептивних й особливо емоційних подразників. У спокої гіперкінез значно зменшується і практично повністю зникає під час сну.

Порушення тонусу м'язів проявляється дистонією. Нерідко у дітей спостерігається атаксія, що маскується гіперкінезом. У багатьох хворих спостерігаються збіднення міміки, параліч відводного і лицьового нервів. Майже у всіх дітей виражені вегетативні порушення, значно знижена маса тіла.

Порушення мовленнєвої функції зустрічаються у 90% хворих, частіше у формі гіперкінетичної дизартрії, ЗПР – у 50%, порушення слуху – у 25-30%.

Інтелект у більшості випадків розвивається цілком задовільно, а труднощі в навчанні можуть бути пов'язані з важкими розладами мовлення та мимовільної моторики через гіперкінези.

Прогностично це цілком сприятлива форма відносно навчання й соціальної адаптації. Прогноз захворювання залежить від характеру й інтенсивності гіперкінеза.

Атонічно-астатична форма зустрічається значно рідше інших форм, характеризується парезами, низьким тонусом м'язів при наявності патологічних тонічних рефлексів, порушенням координації рухів, рівноваги.

Від моменту народження виявляється неспроможність уроджених рухових реакцій: відсутні рефлексі опори, автоматичної ходи, повзання, слабовиражені чи відсутні захисний і хватальний рефлексі. Знижений тонус м'язів (гіпотонія). Ланцюгові настановні рефлексі значно затримуються в розвитку. Такі хворі починають самотійно сидіти до 1 – 2 років, ходити – до 6 років.

До 3 – 5 років при систематичному спрямованому лікуванні діти, як правило, оволодівають можливістю довільних рухів.

Мовленнєві розлади у формі мозочкової чи псевдобульбарної дизартрії спостерігаються у 60 - 75% дітей, має місце ЗПР.

Характерними симптомами є атаксія, гіперметрія, інтенційний тремор. У тих випадках, коли має місце виражена незрілість мозку в цілому і патологічний процес поширюється переважно на передні його відділи, виявляється розумова відсталість частіше в легкому, рідше – у помірному

ступені виразності, спостерігаються ейфорія, метушливість, розгальмування. Ця форма прогностично важка.

Змішана форма – форма ДЦП, що найбільш часто зустрічається. Спостерігається сполучення всіх перерахованих вище форм: спастико-гіперкінетична, гіперкінетично-мозочкова тощо. Порушення мовлення й інтелекту зустрічаються з однаковою частотою. Іноді захворювання протікає як спастична форма, а надалі з'являються й проявляються все виразніше гіперкінези.

За руховим дефектом розрізняють три ступені важкості ДЦП при всіх перерахованих формах захворювання:

- легкий – фізичний дефект дозволяє пересуватися, користуватися міським транспортом, мати навички самообслуговування;
- середній – діти потребують часткової допомоги оточуючих при пересуванні й самообслуговуванні;
- важкий – діти цілком залежать від оточуючих.

За К.А.Семеновою: «Найбільш важка діагностика цього захворювання у перший рік життя дитини. Раннє встановлення діагнозу значно покращує прогноз захворювання та позитивно впливає на ефективність лікування». Тому навіть до установлення діагнозу можна провести нескладні профілактичні заходи, які дозволять знизити цей ризик.

Лікування ДЦП складається із комплексної реабілітації, що включає медикаментозну терапію, масаж, ЛФК, оперативне втручання, ортопедичні заходи: гіпсування, протезування, використання ортопедичного взуття тощо.

У дитини з ДЦП тією чи іншою мірою вимкнена із діяльності найважливіша функціональна система – рухова. Виражена рухова патологія, нерідко у сполученні із сенсорною недостатністю, може бути однією із причин недорозвитку пізнавальної діяльності та інтелекту.

За результатами ряду дослідників, «якість життя» вимірюється не тільки за потребами самих хворих на ДЦП, але й за якістю життя їх родини. Чим менше відчуває родина наслідки захворювання своєї дитини з порушенням психічного і фізичного розвитку, тим вище «якість життя».

Таким чином, підвищення «якості життя» дітей з обмеженими можливостями здоров'я може бути досягнуто, в першу чергу, за рахунок найбільш повної їх соціалізації.

Соціалізація осіб із ДЦП включає ранню соціалізацію (від народження до шкільного віку), навчання (шкільне та професійне), соціальну зрілість (трудова активність), завершення життєвого циклу (з моменту закінчення постійної трудової діяльності).

Напрямами соціалізації є:

- розвиток особистості дитини (міжособистісного спілкування);
- підготовка до самостійного життя;
- професійна підготовка та можливість працевлаштування.

Найбільш ефективна соціалізація в умовах інтеграції. Вона передбачає пристосування інваліда до входження в суспільство, його адаптацію до існуючих навколишніх умов. Інвалід в цьому процесі підготовки повинен бути

не тільки об'єктом інтеграції, але й обов'язково суб'єктом, активним учасником цього процесу. Крім того необхідна також підготовка суспільства до прийняття інваліда.

Хоча ДЦП повністю вилікувати неможливо, проте при правильному лікуванні та соціальній реабілітації у більшості випадків за допомогою спеціалістів можна добитися значних успіхів, навчити дитину самообслуговуванню, самостійному пересуванню, адаптувати її до особистих рухових дефектів, тобто виховати так, щоб вона почувала себе повноцінною особистістю, потрібною суспільству.

Основні принципи корекційно-педагогічної роботи з дітьми, які мають ДЦП:

1. Комплексний характер корекційно-педагогічної роботи. Це означає, що потрібне постійне врахування взаємовпливу рухових, мовленнєвих і психічних порушень в динаміці розвитку дитини. Внаслідок цього необхідна спільна стимуляція (розвиток) всіх сторін психіки, моторики, мовлення, а також попередження і корекція цих порушень.

2. Рання початок онтогенічно послідовного впливу з опорою на збережені функції.

3. Корекційна робота будується не з урахуванням віку, а з урахуванням того, на якому етапі психомовного розвитку знаходиться дитина.

4. Організація роботи в рамках основної діяльності. При всіх корекційно-педагогічних заходах стимулюється основна для даного віку діяльність (в шкільному віці – навчальна діяльність).

5. Спостереження за дитиною в динаміці.

6. Тісна взаємодія з батьками і найближчим оточенням.

Основні напрямки корекційно-педагогічної роботи:

–розвиток емоційного, мовленнєвого, предметно-дійового і ігрового спілкування з навколишніми;

–стимуляція сенсорних функцій (зорового, слухового, кінестетичного сприйняття);

–формування просторових і часових уявлень. Корекція цих порушень;

–розвиток уваги, пам'яті, уявлення;

–формування математичних уявлень;

–розвиток зорово-рухової координації і функціональних можливостей кисті і пальців, підготовка до оволодіння письмом;

–виховання навичок самообслуговування і гігієни;

–проведення логопедичної роботи.

Особливості навчання

Хвора на церебральний параліч дитина може мати чимало проблем у школі, тому їй потрібна індивідуальна допомога. Законом про спеціальну освіту передбачене надання навчальних послуг дітям з особливими потребами.

Для дітей до трьох років послуги можуть надаватися через систему раннього втручання. Фахівці працюють з батьками дитини над розробкою плану надання індивідуальних послуг родині. Цей план описує особливі потреби дитини, а також послуги, які має отримати малюк для задоволення цих потреб. План також визначає особливості родини, таким чином батьки та інші члени сім'ї знають, як допомогти малюкові, який страждає на церебральний параліч.

Для дітей шкільного віку, включаючи молодший шкільний вік, спеціальне навчання та супутні послуги надаються через шкільну систему. Персонал школи працює з батьками дитини над розробкою індивідуального навчального плану. Цей план схожий на попередній, що описує унікальні потреби дитини та послуги, які вона має отримати для задоволення цих потреб. Спеціальне навчання та послуги, що можуть охоплювати фізичну терапію, окупаційну терапію та логопедичну допомогу. Здатність мозку після ушкодження знаходити нові шляхи для праці вражають. Проте батькам складно уявити майбутнє своєї дитини. Якісна терапія та догляд можуть допомогти, але найважливішим за лікування є любов і підтримка дитини батьками та друзями. Завдяки правильній комбінації підтримки, використання обладнання, додаткового часу та пристосування, всі діти, які страждають на церебральний параліч, можуть бути успішними учнями та мати повноцінне життя.

На додаток до терапевтичних послуг та спеціального обладнання дітям, які страждають на церебральний параліч, може знадобитися допоміжна техніка. Зокрема,

- *комунікаційні пристрої* (від найпростіших до найскладніших). Комунікаційні дошки, наприклад, з малюнками, символами, буквами або словами. Дитина може спілкуватися, вказуючи пальцем або очима на малюнки, символи. Існують і більш складні комунікаційні пристрої, в яких використовуються голосові синтезатори, що допомагають дитині «розмовляти» з іншими;
- *комп'ютерні технології* (від електронних іграшок зі спеціальними кнопками до складних комп'ютерних програм, які працюють від простих адаптованих клавіш).

Рекомендації щодо організації навчання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату:

-дізнатися більше про церебральний параліч, про організації, які надають допомогу та джерела, з яких ви можете отримати корисну інформацію;

-зосередити увагу на конкретній дитині і дізнатися безпосередньо про її особисті потреби і здібності, інколи вигляд учня з церебральним паралічем справляє враження, що він не зможе навчатися як інші;

-проконсультуватися з іншими вчителями, які у попередні роки навчали дитину, стосовно організації навчального середовища для саме цього учня. Батьки найкраще знають потреби своєї дитини. Вони можуть чимало розповісти про особливі потреби та можливості учня. Залучивши у свою команду фізіотерапевта, логопеда та інших фахівців, ви зможете використати

найкращі підходи для конкретного учня, з огляду на його індивідуальні та фізичні можливості;

- продумати, яким чином він діставатиметься класу, пересуватиметься у межах школи, користуватиметься туалетом тощо. Ймовірно у закладі доведеться зробити певні архітектурні зміни (пандус, спеціальні поручні, пристосування у туалеті тощо), шлях учня до його робочого місця має бути безперешкодним (зручне відкривання дверей, достатньо широкі проходи між партами тощо);

- бути готовими персоналу чи учням завжди допомогти учневі з церебральним паралічем (потримати двері доки заїде візок, під час подолання сходів чи порогів тощо). Такі помічники мають бути проінструктованими спеціалістом (ортопедом, фізіотерапевтом, інструктором з лікувальної фізкультури);

- уміти використовувати допоміжні технології, які можуть зробити учня незалежним (спеціальні пристрої для письма, додаткове устаткування для комп'ютера тощо);

- облаштувати робоче місце учня з урахуванням його фізичного стану та особливостей розвитку навчальних навичок з допомогою фахівців чи батьків (для утримання постави у зручному положенні, для обмеження мимовільних рухів, полегшення письма, читання);

- консультуватись з фізіотерапевтом стосовно режиму навантаження учня, необхідних перерв і вправ. Нагадувати про це учневі, стежити, щоб він не перевтомлювався;

- намагатися говорити на нижчих тонах, переконатися, що учень добре чує звуки т, к, с, п, є, ф, ш (іноді у дітей з церебральним паралічем може спостерігатися зниження слуху на високочастотні тони, водночас, зберігається на низькі);

- знижувати вимоги до письмових робіт учня. Можливо йому буде зручно використовувати спеціальні пристосування, комп'ютер чи інші технічні засоби;

- стежити, щоб необхідні матеріали, навчальне приладдя, унаочнення були у межах досяжності учня;

- не обтяжувати учня надмірним піклуванням. Допомогати, коли напевно знаєте, що він не може щось подолати, або коли він звернеться по допомогу;

- адаптувати вправи відповідним чином, розробити завдання у вигляді тестів та ін. (учневі необхідно більше часу для виконання завдання).

РАННІЙ ДИТЯЧИЙ АУТИЗМ

Термін «аутизм» увів у 1912 р. Е. Блейер для позначення особливого виду мислення, яке регулюється емоційними потребами людини і не залежить від реальної дійсності. Аутизмом вважають хворобливий стан психіки людини, що характеризується замкненістю, відсутністю потреби у спілкуванні, наданням переваги своєму внутрішньому стану контактам з оточуючими. Аутизм таким чином розглядався як хвороблива форма психологічної самоізоляції, як втеча від зовнішнього світу в автономний світ внутрішніх переживань. Умови виникнення аутизму можуть бути різноманітними. Незначною мірою він зустрічається при конституційних особливостях психіки (*акцентуація характеру, психопатія*), в умовах хронічних психічних травм (аутистичної особистості). Також може проявлятися як груба аномалія психічного розвитку (*ранній дитячий аутизм*). У тяжких випадках необхідні корекція і лікування, що включають налагодження контактів із зовнішнім світом.

Ранній дитячий аутизм (РДА) – «синдром Каннера» – це порушення в розвитку емоційно-особистісної сфери дитячої поведінки.

Аутизм або первазивний чи наскрізний, проникаючий розлад – особливий розлад розвитку. Зазвичай, вже до трирічного віку стають помітними неврологічні розлади, що впливають на комунікаційні здібності дитини, здатність розуміти мовлення, гратися та спілкуватися з іншими. Діагностувати аутичний розлад можна тоді, коли особа демонструє 6 або більше з 12 симптомів, що стосуються соціальної діяльності, комунікації та поведінки. Коли дитина демонструє схожу поведінку, однак не відповідає критеріям аутичного розладу, їй можуть поставити діагноз проникаючий розлад розвитку. Аутичний розлад – одне з порушень, за яким діти та підлітки отримують спеціальне навчання та супутні послуги. Такий стан суттєво позначається на розвитку вербальної та невербальної комунікації, соціальної діяльності, та, як наслідок, на навчанні дитини. Інші характеристики, які часто асоціюються з аутизмом – це повторювані дії, стереотипні рухи, супротив змінам у навколишньому середовищі, повсякденним змінам, незвичайні реакції на сенсорний досвід. Внаслідок схожості симптомів, які спостерігаються при аутизмі та проникаючому розладі розвитку, використання терміну «проникаючий розлад розвитку» викликає певну плутанину у батьків та фахівців. Проте, лікування та навчальні потреби дітей за обох діагнозів подібні.

Одним із перших, хто описав ранній дитячий аутизм, був Л. Каннер (1943 р.). Він відзначав уроджену недостатність в установленні афективного контакту з людьми і позначив це явище як «інфантильний аутизм», що з'являється вже в ранньому віці. Узагальнив основні прояви і виділив їх в самостійне захворювання. Майже одночасно з Л. Каннером схожу клінічну проблему намагалися вирішити Н. Аспергер, що описав цей стан як аутичну психопатію (1944 р.), і С.С. Мнухін, який підкреслював органічну природу розладу (1947 р.).

Епідеміологічні дослідження, проведені в різних країнах, показали, що частота проявів дитячого аутизму складає 3-6 випадків на 10 тис. дітей, до того ж він зустрічається у хлопчиків у 3-4 рази частіше, ніж у дівчат. Останнім часом все частіше підкреслюється, що навколо «чистого» клінічного синдрому групуються багаточисельні випадки схожих порушень у розвитку комунікацій та соціальної адаптації. Привертає увагу те, що сучасна психологія та дефектологія все частіше звертаються до цієї проблеми через високу поширеність даної аномалії психічного розвитку (21 – 26 на 10 тис. дітей).

На сьогоднішній день немає чіткого уявлення щодо патогенетичних механізмів РДА. Сучасні міжнародні діагностичні системи МКБ-10, DSM-IV, наголошуючи на значущості біологічних порушень, що лежать в основі РДА, називають в якості причин аутизму, як самостійного розладу, психодинамічні і середовищні причини, органічні неврологічно-біологічні порушення, біохімічну патологію та генетичний фактор.

Грунтуючись на аналізі матеріалів публікацій та наукової літератури, можна зробити висновки, що аутизмом хворіють люди, по-перше, з генетичною до нього схильністю, по-друге, в результаті впливу зовнішніх факторів (пологові травми, віруси і вакцини, отруєння важкими металами тощо), що призводять до дисфункції мозку.

В університеті Рочістера виявлена мутація певного гену у батьків, що відіграє вирішальну роль у формуванні головного мозку на ранній стадії розвитку ембріона.

Існує достовірна статистична взаємозалежність між синдромом слабкої Х-хромосоми та наявністю аутизму.

Британські вчені підтвердили, що однією з причин виникнення аутизму може бути чоловічий гормон тестостерон. При його перенасиченні ліва півкуля мозку не може нормально розвиватись. Якщо раніше подібна думка була гіпотезою, то теперішні дослідження її підтвердили.

Причиною аутизму, як і багатьох інших психічних захворювань, може бути конфлікт між генами, успадкований від матері та батька. Ряд факторів свідчить про те, що зміщення балансу активності генів у сторону батька дитини може призвести до аутизму, а в материнську – до депресії, психозу, параної.

У ході масштабного дослідження, проведеного міжнародною групою вчених, були отримані нові докази генетичної природи аутизму. Стало відомо, що в розвитку цього захворювання важливу роль відіграє ген неурексин-1, а також ген, який розташований в 11-й хромосомі.

Зокрема, дані досліджень показали існування зв'язку між аутизмом і впливом на організм важких металів. Якщо ці дані правильні, то відкриття може означати, що аутизм у деяких випадках можна вилікувати медикаментозно.

Однією з можливих причин виникнення аутизму та інших розладів мозку є нестача білка Cdk-5, що спричиняє розвиток синапсів, які зв'язують нейрони та лежать в основі здатності людини вивчати матеріал та запам'ятовувати його.

На основі того факту, що аутизм тісно пов'язаний з епілепсією та проблемами в навчанні, вчені схильні шукати причину цієї патології в

біологічному та хімічному дисбалансі. Припускається зв'язок аутизму з рядом перинатальних ушкоджень, вродженої краснухи, фенілкетонурією та судомами немовляти. Аутизм пов'язаний також з порушенням розвитку так званого миндалевидного тіла – ділянки головного мозку, що регулює емоції та здатність взаємодії з людьми.

Американські вчені виявили у хворих зміни в «мініколонках», які є структурно-функціональними одиницями мозку. Саме ці зміни обумовлюють особливості поведінки.

Існує гіпотеза, що є зв'язок між аутизмом та посиленням ростом мозку в дитинстві. У «аутистів» віком 3-4 років розміри мозку перевищують нормальні на 10-13%. Ця патологія є результатом аномалій у деяких структурах мозку. Вчені вважають, що якщо знайти причину, яка примушує мозок рости на ранніх етапах життя, тоді з'явиться можливість відновити методи профілактичного лікування.

Таким чином, спеціалісти (Х. Аспергер, Т. Пітерс, С.С. Мнухін, К.С. Лебединська) вказують на поліетіологію (багаточисельність причин виникнення) синдрому РДА та його полінозологію (проявлення в межах різних патологій). Клінічна картина синдрому, на думку більшості авторів, характеризується як поліморфна та протирічна (Л. Вінг, М.С. Вроно, В.М. Башина, В.Є. Каган, І.Д. Лукашова, С.В. Немировська), що, на перший погляд, суперечить визначеності основних критеріїв захворювання. Однак ця суперечливість сама може розглядатися як специфічна характеристика синдрому.

Один із найвідоміших дослідників аутизму М. Раттер (1978) виділив наступні критерії виражених форм РДА, які враховують фахівці, що займаються проблемою аутизму:

- проявлення специфічних симптомів до 30-місячного віку (в останній час внесені зміни щодо їх прояву до 48 місяців);
- особливі глибокі порушення соціального розвитку, що напряду не пов'язані з рівнем інтелектуального розвитку;
- затримка та порушення розвитку мовлення прямо незалежні від інтелектуального рівня дитини;
- прагнення до стабільності, що проявляється у стереотипах, надпристрастях до об'єктів і опору змінам середовища.

Отже, на сьогодні існують три основні блоки діагностичних критеріїв розвитку та поведінки:

- порушення в соціальній взаємодії;
- порушення комунікабельності та уяви;
- значне зниження інтересів і активності.

Найбільш яскраво РДА проявляється у віці від 2 до 5 років, однак його поодинокі симптоми проявляються і раніше.

У немовлят не спостерігається «комплекс пожвавлення» при контакті з матір'ю, який властивий здоровим дітям. Вони не посміхаються, коли бачать батьків, бувають байдужими до своїх близьких, не реагують емоційно на те, що вони прийшли або пішли, іноді немов не помічають їх присутності. Діти

перших місяців життя не фіксують на очах людини свій погляд, що характеризується як «застиглий і нерухомий», посмішка звернена в нікуди. Відчувається напруга при спробах взяти їх на руки чи торкнутися них. Іноді ж діти охоче йдуть на руки до всіх. Вони можуть не реагувати на якісь зовнішні подразники, що іноді вважається як порушення роботи органів чуття. Нерідко в дітей ніби відсутнє вміння розрізняти живі та неживі предмети. Але якщо звичне навколишнє оточення змінюється (поява нової іграшки, зміна часу годування або прогулянки), дитина може дуже бурхливо реагувати на це. Плач не припиняється до тих пір, поки режимні моменти не будуть відновлені або доки не приберуть нову іграшку чи іншу річ.

Поведінка дітей із цим синдромом, як правило, одноманітна. У здорових дітей 3-6-місячного віку провідним видом діяльності стає гра: діти тягнуться до іграшок, хапають їх, тягнуть до рота. У дітей з РДА в цьому віці гри не буває взагалі або вони здійснюють тривалі маніпуляції лише з однією добре знайомою іграшкою. Пізніше аутичні діти віддають перевагу неігровим предметам: вони годинами здійснюють одні і ті ж дії, які віддалено можуть нагадувати гру: наливають і виливають воду з посуду, перекладають з одного місця на інше різні предмети, які зазвичай не мають ігрової спрямованості (мотузки, папірці, катушки, гудзики, цвяхи і таке інше).

Діти з РДА усвідомлено прагнуть до самотності. Вони почувають себе краще, коли залишаються наодинці. Контакти з матір'ю можуть бути різними. Діти можуть відноситися до неї індіферентно, тобто не реагувати на її присутність чи відсутність, а можуть гнати її від себе. Також існує симбіотична форма контактів, коли дитина не може довго знаходитися без матері, непокоїться, якщо її немає, але в той же час ніколи не проявляє до неї ніякої ласки.

Для дітей з РДА характерні порушення рухової сфери. У них невпевнена та незграбна хода, слабка диференціація дрібної моторики. Часто відсутні привітальні рухи, а вже на другому році життя дитини з'являються комплекси стереотипних рухів: підстрибування, потрушування кистями рук, обертання навколо себе.

Діти з РДА мають свої особливості формування вітальних функцій і афектної сфери. Вони можуть бути гіпозбудженими: в'яло смокчуть груди, не реагують на фізичні незручності (холод, голод, мокрі пелюшки), відзначається їх мала рухова активність. Такі діти можуть годинами сидіти в одній і тій же позі, не міняючи її. Ходити вони починають пізно.

Діти, в яких відзначається гіперзбудливість, зазвичай погано засинають і сплять; їх сон переривчастий, неглибокий. Вони неспокійні, тривожні, схильні до частих змін настрою, що іноді пов'язано з погодними явищами (відомий термін «діти дощу»). Часто діти проявляють агресію по відношенню до самих себе. Інший вид гіперзбудливості при РДА має психопатоподібну спрямованість. У них часто спостерігається агресія по відношенню до близьких, нерідкі спонтанні істерики.

Звичайно, мовлення не викликає інтересу для дітей з РДА. Розвиток мовлення відбувається по-різному та відзначається своєрідністю. Мовлення не

має для них регулюючої функції. Аутична дитина не фіксує погляду на тому, хто говорить, не відгукується на звертання. Темпи її розвитку нерівномірні та асинхронні. В одних дітей мовлення з'являється раніше, ніж у здорових, у інших, навпаки, затримується. Лепет може з'явитися вчасно, до 3-4 місяців, як і у здорових дітей, але може бути відсутнім зовсім або слабо вираженим. Деякі аутичні діти від гуління відразу переходять до вимови слів. Перші слова можуть з'явитися навіть раніше визначеного терміну, проте у цих словах не буде смислової наповнюваності. Вони вимовляються ніби в нікуди, не звертаючись ні до кого конкретно. Для мовлення аутичної дитини характерна недостатність або відсутність звукоскладових комплексів, звуковідображувальних та звуковідтворювальних слів. Незалежно від термінів появи експресивного мовлення, виявляються різноманітні порушення його розвитку та існує відсутність або недостатність комунікативної функції мовлення. У таких дітей можуть спостерігатися порушення звуковимови, мовлення їх часто невиразне, нерозбірливе. Однією з яскравих характеристик мовлення аутичної дитини – відлунювання (*ехолалія*), частіше – відсторонене повторення почутої будь-де фрази поза зв'язком з реальною ситуацією. Також спостерігається наявність аграматизмів у мовленні: фрази оформлюються з порушенням звичного порядку слів та виглядають «іншомовними».

До 5 – 6 років діти можуть не звертатися до дорослих із питаннями, часто самі не відповідають на питання, які їм ставлять, або дають на них односкладні відповіді. У результаті корекційної роботи в частини дітей комунікативна функція мовлення покращується. Вони починають відповідати на питання, а потім говорити спонтанно. Характерно вживання недитячих висловлювань, запозичених у дорослих, химерність мовлення. Пізніше діти ставлять незвичні питання, які мають надцінний характер (наприклад, «Коли буде кінець світу?»).

Викривлена послідовність мовленнєвого розвитку також може проявлятися в ранньому формуванні монологічного мовлення без попереднього діалогу. Одночасно з цим можна відзначити досить розвинене «автономне мовлення», розмову із собою. До цих проявів додаються неологізми, скандовані фрази, протяжна інтонація. Часто мовлення викликає враження штампованості, «механічності». Іноді діти римують слова; вживають по відношенню до себе займенники і дієслова в другій і третій особі. Мовлення може бути примітивним і одночасно містити складні звороти і вислови.

Аутичні діти досить рано виявляють зацікавленість під час читання дорослими, особливо віршів. Якщо при відтворенні віршів дорослий ненавмисно або спеціально пропускає будь-який рядок, діти протестують і навіть плачуть. Така пристрасть до віршів пояснюється наявністю в них ритмічності.

Інтелект при РДА має свої особливості. Дослідниками встановлено, що у більшості цих дітей спостерігається відставання в інтелектуальному розвитку, у деяких інтелект зберігається. Вважається, що порушення пізнавальної діяльності є вторинним результатом поведінки, яка значною мірою перешкоджає формуванню інтелектуальних функцій. У цього контингенту дітей часто виникає інтерес до форми, кольору різних предметів за відсутності

інтересу до їх звичайних, функціональних значень. Часто відзначається хороша механічна слухова і зорова пам'ять. Вони можуть запам'ятовувати великі частини тексту, віршів, газетних статей. У аутичних дітей дуже добре розвинена просторова орієнтація. Запас знань цих дітей дещо знижений. Вони мислять шаблонно, стереотипно. В аутистів зазвичай рано розвиваються елементи абстрактно-логічного мислення і конкретно-практичний бік його проходить із запізненням. Асоціативний процес хаотичний. На думку В.В. Лебединського, інтелект страждає більше при виконанні завдань, що вимагають соціальної компетенції. Маючи значні теоретичні знання, діти з РДА зазнають утруднень у простих життєвих ситуаціях, що вимагають інтуїції і досвіду. Тому навчання для таких дітей не стає провідним видом діяльності. Частіше вони віддають перевагу завданням, які вимагають стереотипних рішень, – складанню схем, кресленням різних таблиць.

Діти з РДА схильні до патологічного фантазування. У цих уявленнях переплітаються колись почуті казки, побачені фільми, змішуються реальні та вигадані події. Фантазії зазвичай яскраво забарвлені й образні. Нерідко вони відрізняються підвищеною агресивністю. Діти можуть довго розповідати про мерців, скелети, вбивства, часто приписують собі негативні риси вигаданих героїв. Також дитина може вважати себе будь-якою твариною – зайчиком, собачкою. У цих випадках вона вимагає годувати її по-особливому, може лягати спати на підлозі тощо. У шкільному віці ці діти нерідко пишуть вірші, оповідання про події, що начебто сталися з ними. Вони прив'язуються до тих людей, які слухають їх оповідання і не заважають їм вигадувати. Як правило, це випадкові, малознайомі люди. За допомогою цих фантазій дитина може намагатися позбутися почуття власної неповноцінності та своїх страхів.

У дітей з РДА часто спостерігаються різні страхи. Уже на ранніх етапах розвитку вони проявляють страхи перед чимось новим і незвичним. Нерідко труднощі виникають при спробах введення прикорму. Дитина активно чинить опір новим видам харчування, а пізніше стає перебірливою в їжі. Вона може відмовлятися від певних продуктів, реагуючи на їх заміну плачем або криком. У настрої відчувається тривожність. Діти бояться окремих осіб, речей, шуму побутових предметів, яскравого світла і кольору, одягу з високим коміром, зачинених дверей. У аутичних дітей найбільш часті страхи, пов'язані із зміною звичної обстановки і з несподіваними подразниками. У них, як правило, відсутній страх темряви, що підтверджує зв'язок цього феномену з типовими для РДА пошуками комфортної обстановки без сенсорних подразників. Найчастіше страхи прив'язані до якоїсь психотравмуючої ситуації з реального минулого дитини. З часом вони втрачають свій зв'язок з травмуючою ситуацією, набувають химерного і незрозумілого характеру, іноді залишаються на довгі роки. Характерним проявом страхів може бути так звана «генералізована агресія», яка спрямована не на когось особисто, а проти всього світу, але вибухи її бувають надто інтенсивними та руйнівними. Крайнім проявом відчаю таких дітей є самоагресія, що представляє реальну загрозу їх життю та здоров'ю.

Слухове сприйняття теж має свої особливості. На відміну від здорових, аутичні діти можуть не реагувати на слухові подразники. Вони краще реагують на тихі звуки і не сприймають гучні. Багато педагогів відмічають у дітей з РДА любов до музики. Іноді тільки музика допомагає батькам коригувати поведінку дитини.

Однією із специфічних особливостей дітей з РДА є відсутність вже з раннього віку зорового контакту з оточенням. Діти дивляться «крізь» навколишні об'єкти або крізь людей. Вони можуть зосередити свою увагу на яскравій плямі, візерунках на стіні, листі дерев тощо. Багатьох аутичних дітей притягують рухомі предмети. Як афектно-позитивні сенсорні подразники в дітей виступають колір, форма, розмір або рух предмета. Сам предмет в цілому і його співвіднесеність з навколишнім вони не сприймають. Іноді гіперсензитивність може призводити до ілюзорних розладів.

Рання та диференційна діагностика РДА часто визначає шляхи психічного розвитку та соціальної адаптації дитини з аутистичними проявами, так як своєчасний початок психолого-педагогічної корекційної роботи в поєднанні, у випадку крайньої необхідності, з лікарською терапією сприяють максимальній мобілізації ресурсів психічної активності дитини: емоційної, когнітивної, моторної сфер.

У літературі представлені різні підходи до класифікації РДА та станів, подібних до нього. В їх основі різноманітні критерії. Сучасні автори диференціюють синдром аутизму в різноманітних клінічних структурах.

Аспергер (1968) виділив його в ранньому дитячому аутизмі (синдром Каннера), шизофренії, олігофренії, порушеннях слуху, аутичній психопатії (позначеною сьогодні як синдром Аспергера).

Г.Є. Сухарева (1974) та В.М. Башина (1980) розглядають РДА як частину раннього шизофренічного процесу.

В.Є. Каган (1981) розрізняє аутизм при шизофренії, шизоїдній психопатії; резидуально-органічний аутизм; парааутистичні реакції невротичного характеру. Він відзначає закономірну етапність при формуванні відношення до оточуючого в аутичній дитини, що розгортається у повільному та асинхронному вигляді.

О.С. Нікольська (1985 – 1987) пропонує наступну класифікацію РДА, що є найбільш розповсюдженою:

- I група – з перевагою відчуження від оточення;
- II група – з перевагою аутистичного нехтування оточенням;
- III група – з перевагою аутистичного заміщення оточення;
- IV група – з перевагою надзагальмованості у відносинах із оточенням.

Основним критерієм виділення цих груп є характер і ступінь порушення взаємодії з навколишнім середовищем, тобто тип самого аутизму.

Діти I групи РДА повністю відчужені від зовнішнього світу. У них спостерігається «польова поведінка» (тобто відбуваються рухи в «полі» без активного контакту з оточенням; карабкання по меблях, тулубу дорослого; довге пасивне розглядання безпредметних об'єктів; ритмічні вокалізації). Дитина постійно переходить від одного предмета до іншого, але миттєво

втрачає до них інтерес, стає ніби відмежованою від зовнішнього світу. Зазвичай, такі діти недостатньо реагують на голод, холод і не проявляють почуття задоволення. Обличчя такої дитини амімічне і виражає повний спокій. Діти шукають найбільш зручну для себе зону. Вони ніколи не наблизяться до об'єктів, що викликають сильні емоції. Такі діти легко і граціозно рухаються.

На першому році життя цих дітей відмічається гіперсензитивність до сенсорного та афективного дискомфорту, зміни обстановки. Спостерігається випереджальний розвиток мовлення. На другому році, частіше після соматичного захворювання, психогенії виникає і різкий, нерідко катастрофічний розпад мовлення, навичок, відзначається зростання аспонтанності, втрата візуального контакту, реакції на звертання, фізичний дискомфорт. Ці прояви дозволяють кваліфікувати даний варіант аутичного дизонтогенезу як регресивний.

Зорові і тактильні враження мають для дітей цієї групи афективне значення. Вони можуть довго сидіти і дивитися у вікно, а потім несподівано почати перестрибувати з одного стільця на інший чи балансувати на них. Іноді такі діти дозволяють дорослим кружляти себе, підкидати, але при цьому ніколи не вступають з ними в емоційний контакт.

Діти I групи мають найгірший прогноз розвитку і потребують постійного догляду.

Діти II групи характеризуються аутистичним відкиданням довкілля: захопленістю руховими, сенсорними, мовленнєвими стереотипіями, імпульсивними діями, одноманітністю гри із залученням неігрових предметів, вираженістю порушення почуття самозбереження, багаточисельними страхами гіперсензитивного характеру, симбіотичним зв'язком із матір'ю, а також нерідко відставанням у психічному розвитку. У перші місяці життя відмічається порушення вітальних функцій, частіше за типом гіперзбудженості, іноді – рідкі судомні приступи.

Такі діти активніші, вони можуть встановлювати вибіркові контакти з оточенням. Ці контакти потрібні дітям для задоволення фізичних потреб. У дітей вже з'являються почуття задоволення, страху, сльози і крик. У їх поведінці спостерігаються різні штампи, мовні і рухові, які адекватно застосовуються за стереотипних умов. Діти цієї групи не можуть адаптуватися до обстановки, що змінилася. Вони відчувають страх, у них немає зацікавленості до нового. Через цей страх вони агресивно реагують на будь-яке порушення звичного в їх побуті. Дитина вимагає збереження постійності в оточенні і створює навколо себе бар'єр. Будь-які неприємні для себе дії ззовні дитина заглушує приємними сенсорними відчуттями. Зазвичай вона отримує їх стереотипними способами, як правило, самоподразненням. Подразнення очей можливе прямим натисканням на очне яблуко чи мигтінням у полі зору різних об'єктів, їх рухом або викладанням простих орнаментів. Вуха може дратуватися прямим натисканням, шелестінням і розриванням паперу, прослуховуванням однієї і тієї ж музики. Вестибулярний апарат дитина подразнює за допомогою різноманітних стрибків, розгойдувань, завмирання в незвичних позах.

За допомогою цих аутостимулюючих прийомів діти афективно адаптуються. У них прослідковуються простіші стереотипні реакції на оточення і виконання побутових навичок. Поведінка манірна, рухи численні, у дітей спостерігаються химерні гримаси і пози. Вони мало контактують з оточенням, мовчать або відповідають уривчасто. Складні емоційні переживання дітям недоступні. Для дітей цієї групи прогноз сприятливіший, ніж для дітей І групи. При відповідній тривалій корекції їх готують до навчання в загальноосвітній школі частіше, ніж у спеціальній загальноосвітній для дітей із вадами розумового розвитку.

До III групи відносяться діти з перевагою аутистичного заміщення навколишнього надцінними пристрастями, особливими, абстрагованими інтересами та фантазіями, розгальмованістю потягів. Страху мають характер марення. У сюжеті гри, у відносинах із близькими може проявлятися агресивність. Відмічається слабкість емоційних проявів. На першому році життя типовий м'язовий гіпертонус, напруженість або опір, коли дитину беруть на руки. Нозологічна кваліфікація групи має певні труднощі – мова може йти як про в'яло протікаючу шизофренію, так і про аутистичну психопатію (варіант синдрому Аспергера).

Для цих дітей характерні вже складніші форми афектного захисту, які можуть проявлятися у формуванні патологічних потягів, фантазіях, іноді агресивних. Ці фантазії розігруються спонтанно і знімають страхи та переживання дитини. Мовлення таких дітей зазвичай розгорнуте. Полохливих і гидливих дітей тягне до всього страшного, неприємного. Ці потяги стереотипні, вони можуть спостерігатися в дитини роками, що формує певну аутичну поведінку.

Контакт з навколишнім світом обмежений лише їх потягами, усю свою поведінку вони співвідносять тільки з ними. Їх не можна довільно зосередити. Вони можуть володіти формами афектного мовлення і вільно виражати власні спонукання в монологі, але не в діалозі. Від матері вони менш залежні афектно і не потребують постійного контролю й опіки.

При тривалій і активній психолого-педагогічній корекції діти цієї групи можуть бути підготовлені до навчання в загальноосвітній школі.

У дітей IV групи переважає процес надмірного гальмування. Цим дітям властиві, передусім, неврозоподібні розлади. Вони вразливі, полохливі, боязкі. У них загострене почуття власної неспроможності, що посилює їх соціальну дезадаптацію. Контакти з оточенням обмежені і призводять до формування патологічної залежності від близьких, діти постійно потребують схвалення і захисту. Контакти із зовнішнім світом здійснюються через матір, з якою діти знаходяться в сильному емоційному зв'язку.

На першому році життя відмічається м'язовий гіпертонус; слабкість реакцій на фізичний дискомфорт; нестійкість настрою; метео- та вегетативна лабільність; фізична і психічна виснажливість. Надприв'язаність до матері – не тільки як до джерела захисту, але й до емоційного донора та посередника у важких соціальних контактах. Даний варіант РДА з нозологічних позицій може, вочевидь, являти собою особливу форму конституційної аномалії розвитку

(дійсний синдром Каннера), а при легкій вираженості – варіант аутистичної психопатії Аспергера.

Діти важко засвоюють нові зразки поведінки і використовують стереотипні, вже знайомі форми. Вони педантичні і мають певні ритуали в поведінці. Іноді у цих дітей спостерігається затримка мовленнєвого, моторного й інтелектуального розвитку. Вони довго зберігають невмілі рухи, їх мовлення уповільнене й аграматичне. Незважаючи на досить хороші передумови, інтелектуальний розвиток також затриманий. Вони не розуміють прихованого змісту слів і сприймають усе буквально, особливо в людських стосунках. Проте часто з'ясовується, що їм доступне глибше розуміння. Поведінка таких дітей може неправильно оцінюватися близькими, тобто нижча за їх рівень розвитку. Стереотипна поведінка не дає можливості реалізації в таких дітей самостійної адаптації. Ці діти можуть бути підготовлені до навчання в загальноосвітній школі.

Виділені 4 групи різняться за типом поведінки, ступенем афектної дезадаптації.

Належність дитини до певної групи не є постійною.

Дитина може бути віднесена до іншої групи, якщо в її поведінці починають переважати риси того рівня, що знаходиться поруч. Тут може спостерігатися як негативна, так і позитивна динаміка. При негативній динаміці відбувається регрес розвитку, тобто перехід на нижчий ступінь афектної адаптації. При позитивній динаміці дитина починає засвоювати і надалі активно використовувати афектні механізми більш високого рівня. Це враховується при підборі методик корекційного впливу і вихованні дитини.

Необхідно виділити істотний чинник позитивного руху. Стимуляцію аутичної дитини треба направляти на більш високий, ще несформований рівень. Якщо закріплюється потреба в новому виді вражень, підвищуються контакти з довкіллям і на їх основі формуються механізми наступного рівня регуляції, то прогноз сприятливий. Якщо цього не відбувається, то емоційний розвиток дитини буде значно обмежений.

Дослідження таких вчених, як Л.С. Виготський, А.Н. Граборов, Г.М. Дульнев та існуючий світовий досвід показують, що в основу корекційної роботи повинні бути покладені **принципи**:

-принцип прийняття дитини: повага до дитини, нарівні із розумною вимогливістю, віра в можливості її розвитку та прагнення найбільшою мірою розвинути її потенційні можливості – основні умови створення більш сприятливої атмосфери для дитини;

-принцип допомоги: цей принцип повинен застосовуватися до виховання кожної дитини, однак при роботі з дітьми з обмеженими можливостями він має особливе значення, так як така дитина без спеціально організованої допомоги не зможе досягнути оптимального для неї рівня психічного і фізичного розвитку;

-принцип індивідуального підходу: дитина має право розвиватися у відповідності зі своїми психофізичними особливостями. Реалізація принципу дає можливість дитині досягнути максимального рівня розвитку через

приведення методів, засобів та форм організації процесів виховання та навчання у відповідність з її індивідуальними можливостями;

-принцип єдності медичних та психолого-педагогічних впливів: медичні заходи створюють сприятливі умови для психолого-педагогічного впливу і тільки у сполученні з ними можливе забезпечення ефективності корекційно-виховної роботи з кожною дитиною;

-принцип співпраці із сім'єю: створення комфортної атмосфери в сім'ї, наявність правильного відношення до дитини, єдність вимог, що висуваються, сприятимуть більш успішному її фізичному і психічному розвитку.

Таким чином, можна виділити два напрямки корекційної роботи:

- **лікувальна допомога:** фармакотерапія, спрямована на копіювання психопатологічних проявів хвороби, вегетативно-судинної та вегетативно-вісцеральної дистонії, на активізацію дитини, на ослаблення її психічного напруження;
- **корекційна робота** повинна здійснюватися поетапно, виходячи із ступеня вираженості аутистичного дизантогенезу дитини із РДА.

Система реабілітаційних заходів повинна мати комплексний підхід і полягати в синхронній корекції порушень аутистичного спектру та формуванні особистісних, когнітивних, мовленнєвих якостей, які полегшують можливу інтеграцію дитини до суспільства.

Реабілітаційна робота, яка проводиться групою спеціалістів різного профілю, включаючи дитячих психіатрів, невропатологів, логопедів, психологів, педагогів, музичних керівників, повинна забезпечувати комплекс реабілітаційних послуг.

В установах соціальної реабілітації дітей-інвалідів можуть здійснюватися різні форми роботи з дітьми з аутизмом та батьками, а саме:

- послуги із соціальної, психологічної, логопедичної, педагогічної реабілітації;
- заняття в гуртках та творчих майстернях;
- відвідування дітьми культурно-масових заходів;
- виставки творчих робіт дітей;
- лікувально-оздоровчі заняття;
- психолого-педагогічне консультування батьків;
- консультування батьків з юридичних та правових питань;
- соціально-психологічні тренінги для батьків;
- бібліотечне обслуговування батьків;
- групи психологічної підтримки батьків;
- клуби спілкування та клуби за інтересами;
- оздоровчі літні табори тощо.

Кожна установа визначає необхідні види соціальних послуг та форми роботи, виходячи з аналізу психолого-педагогічних особливостей дітей, які в ньому перебувають.

Індивідуальний план реабілітації кожної дитини складається на основі глибокого та комплексного обстеження дитини командою спеціалістів та

повинен враховувати результати вивчення таких особливостей розвитку дитини:

- характер та ступінь порушення взаємодії з оточуючим (за О.С. Нікольською);
- особливості порушення моторики;
- особливості і можливості інтелектуального потенціалу та здібність до навчання;
- визначення особливостей ігрової діяльності;
- особливості сенсорної сфери;
- особливості емоційно-вольової сфери;
- особливості формування первинних потреб та самообслуговування;
- особливості мовлення (відповідність віковим нормам);
- особливості комунікації та соціальної сфери;
- соціальна складова сім'ї.

Вказаний план може передбачати наступні напрямки роботи:

- формування первинних потреб, навичок самообслуговування;
- нормалізація рухової чутливості та тонічної регуляції;
- сенсорний розвиток;
- розвиток моторики, координації та просторових уявлень;
- розвиток артикуляційного апарату;
- розвиток уваги;
- формування та розвиток послідовних дій;
- формування мовленнєвих та комунікативних навичок;
- розвиток пізнавальних навичок;
- формування ігрової діяльності;
- соціальний розвиток особистості.

Здійснюючи соціальну реабілітацію дітей з РДА, необхідно враховувати, що за окремими ознаками цей специфічний стан може бути подібним до ознак ряду інших порушень розвитку.

РДА слід відрізнити від таких захворювань, як рання дитяча невропатія, розумова відсталість, порушення психічного розвитку при ураженнях мозку, глухота, дитячий церебральний параліч.

У дітей з невропатією знижений фізичний, моторний і психічний тонус. У них спостерігається підвищена чутливість до оцінки їх поведінки; вони боязливі, іноді погано переносять зміну обстановки; може спостерігатися зміна настрою: дитина то вередлива і дратівлива, то в'яла й апатична. Нерідко діти негативно реагують на будь-яку зміну обстановки. Якщо ситуація міняється на комфортнішу, то діти з невропатією сприймають її позитивно. Ці симптоми схожі з поведінкою аутичних дітей.

Але у грі діти з невропатією, на відміну від дітей з РДА, охоче наслідують інших, їх мовлення виразне, відсутні аграматизми, ехолалії. На контакт діти з невропатією йдуть охоче, якщо від дорослих чи їх однолітків не йде загроза або агресія. Їх страхи хоча і дещо перебільшені, але завжди адекватні й актуальні для певного моменту, вони охоче відгукуються на ласку.

Аутичних дітей необхідно відрізнити від розумово відсталих. За розумову відсталість при РДА може сприйматися відсутність реакції на матір, на людей взагалі. Пізніше – відсутність мовлення, навичок самообслуговування, гри. Але слід враховувати, що у розумово відсталій дитини є зоровий контакт, менше порушені міжособистісні зв'язки, вони відчують адекватний страх перед темрявою, тваринами тощо. При розумовій відсталості рухова сфера розвивається раніше, ніж інтелектуальна, а при РДА інтелектуальні можливості дитини часто випереджають дозрівання моторної сфери. Іноді їх можна відрізнити навіть за одними тільки зовнішніми ознаками: діти з розумовою відсталістю, як правило, мають органічні дисплазії тулуба і голови, а аутичні діти – тонкі риси обличчя і загальний астеничний вигляд. Діти з РДА мутні, словник відірваний від побуту, у мовленні ехолоалії складної конструкції, спостерігається кульмінаційний момент розвитку мовлення, після чого – регрес. А у дітей з розумовою відсталістю словник на побутовому рівні, ехолоалічно може вимовлятися фраза безпосередньо за дорослим, розвиток мовлення має патологічну, але еволюційну динаміку.

РДА слід диференціювати із психічними порушеннями внаслідок органічних уражень головного мозку. В останньому випадку спостерігається психомоторна збудливість, нестійкість уваги та настрою, іноді агресивність. Ці явища можуть бути присутні і в дітей з РДА. Але в дітей з ураженням центральної нервової системи немає відчуження. Їм, навпаки, властива настирливість, нав'язливість. Явища збудливості нерідко змінюються гіподинамією. У мовленні дітей з органічним ураженням центральної нервової системи немає неологізмів, манірності інтонації, явищ ехолоалії.

Якщо дитина з РДА не вимовляє слова, не виконує словесних інструкцій, неначе не розуміє мовлення, то виникає питання відмежування РДА від мовних патологій – алалії або дизартрії. Головною ознакою істинних мовленнєвих порушень є те, що діти привертають до себе увагу за допомогою жестів, міміки, напружено дивляться в обличчя співрозмовника, промовляють різні вигуки. У дітей з РДА такого не спостерігається. У них, на відміну від дітей з мовними порушеннями, присутні явища ехолоалії і своєрідна інтонація.

Необхідно диференціювати РДА і глухоту. У перші роки життя аутична дитина може справляти враження глухої, тобто вона не відгукується, коли її гукають, і не обертається на джерело звуку. У цих випадках необхідно провести аудіометрію і покладатися на її результати. Але існують ознаки, які властиві лише дітям з РДА: в значущій ситуації вони можуть почути навіть найтихіший шепіт. Глухі діти шукають очима губи співрозмовника, щоб зрозуміти його мовлення, чого не відмічається в аутичних дітей.

Загалом слід мати на увазі, що аутизм є мультидисциплінарною проблемою. Вона досліджується в медицині, психології, спеціальній педагогіці, соціальній роботі. Необхідною складовою організації реабілітаційної роботи з аутичними дітьми є не тільки залучення їх до всіх сфер життєдіяльності, але і залучення суспільства до вирішення інтеграційних, психологічних, комунікативних, мовленнєвих, навчальних, емоційних проблем.

Специфічні правила взаємодії з аутичними учнями

1. Дати дитині час для відповіді.
2. Сприймати позитивно будь-яку спробу комунікації з боку дитини, навіть неадекватну. Не давати неочікуваних завдань.
3. Під час фронтальної роботи звертатись в класі до аутичної дитини на ім'я, якщо потрібно, торкатися її. Тільки тоді учень буде виконувати фронтальне завдання.
4. Коли дитина запитує, будьте впевнені, що відповідаєте передусім на її наміри, а не на слова. Коли слова дитини не мають ніякого сенсу, подумати, що вона мала на увазі.
5. Під час дитячої сварки вчитель має вербалізувати думки іншої дитини, оскільки аутисти не можуть поставити себе на місце іншого та розпізнати його думки, наміри, почуття.
6. Перш ніж висловлювати власні думки, пристосуватись до думок дитини, вербалізувати їх.

Методика пропедевтичної роботи з учнями молодших класів

Пропедевтика з невербальними аутичними дітьми має подвійну мету:

1. Формування фундаментальних загальнонавчальних навичок, спрямування уваги на вчителя, дидактичний матеріал, сидіння за партою та ін.
2. Корекція несприятливих для навчального процесу форм поведінки.

Робота в цей період проводиться з дитиною індивідуально. Важливим станом є розвиток потреби візуального контакту. Контакт очима дає змогу навчити спрямовувати увагу на завдання, спостерігати за моделлю поведінки вчителя.

Ні в якому разі **не слід примушувати аутичну дитину дивитися в вічі!** Варто розвивати саме потребу в контакті.

На етапі роботи з формування комунікативних навичок використовуються два основні прийоми:

- 1) Мовленнєвий тренінг, який охоплює вербальне розуміння та іменування експресивного мовлення.
- 2) Мовленнєвий тренінг із використанням тестів, який називають тотальною, або синхронною комунікацією. В обох випадках початковою метою є засвоєння назв 5-6 предметів, дій, важливих у повсякденному житті.

Можна запропонувати зробити домашній альбом-щоденник. У ньому містяться картинки, слова, короткі речення, які мають відображати події, але не поведінку дитини. Учитель (вихователь) записує разом з дитиною, що було зроблено в будні дні, малює картинки та інше. У пропедевтичний період застосовують музичну та ритмічну стимуляції, які створюють базу для діагностичних взаємодій.

Методика роботи з учнями старших класів

1. Працюючи над формуванням соціально-комунікативних навичок, варто акцентувати увагу на одній із них. Це полегшує її опанування.
2. Допомогати дітям виявити та розуміти власні почуття в емоційно наповнених ситуаціях. Учити емпатії, пояснювати дитині почуття інших у певній ситуації.

3. Використовувати реальні життєві ситуації, сюжети телепрограм, фільмів. Варто обговорювати поведінку інших людей. Власний приклад учителя має велике значення.

Обов'язково слід формувати такі соціально-комунікативні **навички**:

- привітання, прощання;
- дякування;
- спільна гра у парі, у групі, рольова гра;
- прохання про допомогу, послугу, прийняття допомоги;
- постановка запитань, слухання відповіді;
- уміння відповідати по черзі;
- запрошення приєднатися інших до спільної діяльності;
- переривання пауз у розмові, чекання;
- ведення розмовного діалогу;
- висловлювання компліментів;
- мирне розв'язання конфліктних ситуацій вербальним шляхом.

Корекційно-педагогічна допомога при аутизмі:

–підвищувати рівень спеціальних знань педагогом про аутизм;
–здійснювати індивідуальний підхід з урахуванням таких проявів аутизму, як ранимість, втомлюваність, нерівномірність мовленнєвих і моторних навичок, повільність реакцій, труднощі сприйняття фронтальної роботи, труднощів при відповідях біля дошки;

– не слід поспішати з висновками, потрібно зрозуміти причини порушень поведінки і невдач у навчанні.

Пам'ятайте: робота з аутичною дитиною – ледве не найскладніше, що є в сучасній спеціальній педагогіці.

Особливості навчання

Рання діагностика та відповідні навчальні програми дуже важливі для дітей, які страждають на аутизм та проникаючий розлад розвитку. Починаючи з трьох років, такі діти можуть навчатися за відповідними навчальними програмами залежно від індивідуальних потреб. Навчальні програми для учнів, які страждають на аутизм та проникаючий розлад розвитку спрямовані на поліпшення комунікації, соціальних, академічних здібностей і поведінки у повсякденному житті. Особливості поведінки та комунікації, що ускладнюють процес навчання, часом потребують допомоги досвідчених фахівців, які розробляють та допомагають втілювати план вдома і у школі.

Оточення у класі має структуруватися таким чином, щоб програма для дитини була послідовною та передбачуваною. Учні, які страждають на аутизм та проникаючий розлад розвитку, краще навчаються, коли інформація презентується візуально та вербально. Взаємодія із здоровими ровесниками також дуже важлива, оскільки є моделлю відповідного мовленнєвого спілкування та соціальної поведінки. Аби подолати труднощі засвоєння нових навичок, важливо таким чином розробити програми з батьками, щоб навчальна діяльність, досвід переносилися і практикувалися вдома.

Рекомендації щодо організації навчання та виховання дітей з раннім дитячим аутизмом

Корекційна робота з аутистами орієнтовно розділяється на два етапи:

I етап: «Встановлення емоційного контакту, подолання негативізму у спілкуванні з дорослими, нейтралізація страхів».

Дорослим слід пам'ятати про 5 «не»:

- Не говорити голосно;
- Не робити різких рухів;
- Не дивитися пильно в очі дитині;
- Не звертатися прямо до дитини;
- Не бути занадто активним і нав'язливим.

Для встановлення контакту треба знайти підхід, що відповідає можливостям дитини, викликати її на взаємодію з дорослим. Контакти і спілкування базуються на підтриманні елементарних, не відповідних віку, ефективних проявах і стереотипних діях дитини посередництвом гри. Вимоги спочатку повинні бути мінімальними. Успіхом можна вважати те, що малюк погоджується бути поряд, пасивно слідкує за діями дорослого. Якщо дитина не виконує завдань, її увагу слід переключити на більш легке, не можна наполягати, доводити дитину до негативної реакції.

Пом'якшенню страхів сприяють спеціальні ігри, в яких підкреслюється безпечність ситуації.

II етап: «Подолання труднощів цілеспрямованої діяльності дитини». Навчання спеціальним нормам поведінки, розвиток здібностей.

Для дітей з аутизмом дуже важлива цілеспрямована діяльність. Вони швидко втомлюються, відволікаються, навіть від цікавих занять. Попередженню цього сприяє часта зміна видів діяльності і врахування бажання і готовності дитини взаємодіяти з педагогом. Змістовною стороною занять з дитиною є діяльність, яку вона любить, яка додає стану приємних сенсорних відчуттів, тобто потрібно враховувати інтереси та уподобання дитини.

На початку роботи з дитиною активно обігруються її стереотипи.

Під час навчання дорослий знаходиться позаду дитини, непомітно надає допомогу, створює відчуття самотійного виконання дії.

Потрібно дозувати похвалу, щоб не виробити залежності від підказки. Неадекватна реакція у дитини свідчить про перевтому або нерозуміння задач.

У дитини з аутизмом є специфічна потреба у збереженні постійності в обстановці, слідування заведеному порядку. Потрібно використовувати режим, розклад, картинки, малюнки, чергувати працю і відпочинок.

На основі результатів обстеження дитини складається індивідуальна програма корекції.

Рекомендації педагогам

Встановити позитивний емоційний контакт.

Використовуються стереотипи дитини.

Навчити дитину мові почуттів, фіксувати увагу на емоційному стані людей і тварин.

Навчити поведінковій етиці на емоційній основі, аналізувати світ емоцій. В подальшому розвиток творчих здібностей та уяви дозволяє дитині адекватно сприймати літературні казки.

Педагогам не слід використовувати травмуючі слова: «ти злякався...», «не вийшло...». Завдання педагога – попередити наростання негативізму, подолати комунікативні бар'єри.

Одним з напрямків роботи є соціально-побутова адаптація дітей, формування навичок самообслуговування.

МОВЛЕННЯ ТА МОВЛЕННЄВІ ПОРУШЕННЯ

Як відомо, **мова** – це система умовних символічних знаків (звукових та рухових), створених для мислення, систематизації та спілкування людини з навколишнім середовищем.

Мовлення – складна функціональна система, для формування якої потрібен своєчасний розвиток мозкових структур та їх спільна робота в поєднанні з умовами соціально-психологічного впливу на розвиток дитини.

Розвиток мовлення починається з першого крику народженої дитини та проходить певні етапи. Протягом першого року життя закладається основа мовленнєвої функціональної системи, її структури та співвідношення з іншими психічними функціями. У подальшому розвиток мовлення продовжується і триває до 5-річного віку дитини.

У формуванні мовленнєвої функціональної системи беруть участь різні мозкові анатомічні структури:

- акустичний аналізатор обумовлює гнозис мовлення, впізнавання різних звуків, звукових рядків (**зона Верніке**);
- кінестетичний аналізатор відповідає за праксис мовлення (**зона Брока**);
- ліва та права півкулі, незалежно від їх домінування.

Вимовна частина мовлення залежить від стану центральної та периферичної іннервації органів мовлення.

Структуру мовлення складають фонетика, фонематика, граматика, лексика.

Фонетика – акустичні та артикуляційні особливості звуків мовлення.

Фонематика – фонетичний, фонологічний, фізіологічний та психологічний аспекти мовотворення.

Граматика – устрій мови (форми словозмін, словосполучень, типи речень).

Лексика – вся сукупність слів мови та діалекту.

Достатня координованість м'язів артикуляційного апарату дає можливість дитині здійснювати більш точні рухи язиком, губами. Достатньо розвинений мовленнєвий слух дозволяє дитині розрізняти в мовленні дорослих підвищення та пониження голосу, помічати прискорення та сповільнення темпу мовлення.

До кінця п'ятого року життя більшість дітей правильно вимовляють усі звуки рідної мови.

Дітей з порушеннями мовлення виділяють в окрему групу серед дітей з різними патологіями. Мовленнєві порушення поділяють на дві групи, в залежності від того, який вид мовлення порушено – усний чи писемний.

Порушення усного мовлення:

- **дислалія** – порушення звуковимови в дитини з нормальним слухом та збереженою іннервацією мовленнєвого апарату;
- **ринолалія** – порушення тембру голосу та звуковимови, обумовлене анатомо-фізіологічними дефектами мовленнєвого апарату;
- **порушення голосу** – відсутність (афонія) або розлади фонації (дисфонія) внаслідок патологічних змін мовленнєвого апарату;
- **порушення темпу мовлення: браділалія** – патологічно уповільнений темп мовлення; **тахілалія** – патологічно прискорений темп мовлення.

Браділалія спостерігається в клініці будь-якого захворювання: олігофренія, наслідки менінгоенцефаліту, захворювання ЦНС, травми, пухлини головного мозку. Як самостійне порушення зустрічається в людей флегматичних, в'ялих, слабких та загальмованих:

- **заїкування** – порушення темпоритмічної організації мовлення, обумовлене судомним станом м'язів мовленнєвого апарату;
- **алалія** – відсутність або недорозвиток мовлення внаслідок органічної поразки мовленнєвих зон (зона Верніке, зона Брока) кори головного мозку у внутрішньочеревному або ранньому періоді розвитку дитини;
- **дизартрія** – порушення вимовної частини мовлення, обумовлене недостатністю іннервації мовленнєвого апарату;
- **афазія** – повна або часткова втрата мовлення, обумовлена локальним ураженням головного мозку.

Порушення писемного мовлення:

- **дисграфія** – частковий розлад процесу письма, який проявляється у специфічних та стійких помилках, що обумовлені несформованістю або порушенням психологічних функцій, які забезпечують процес письма;
- **дислексія** – це вид специфічного порушення читання, що характеризується нездатністю до швидкого та правильного розпізнавання слів.

Ринолалія (поділяється на дві форми)

Відкрита ринолалія		Закрита ринолалія
Функціональна	Органічна	
Недостатній підйом м'якого піднебіння в дітей з в'ялою артикуляцією; стан після видалення аденоїдів. Прогноз звичайно сприятливий. Носове звучання зникає після спеціальних вправ.	Причини: - парези та паралічі м'якого піднебіння, рубцові зміни м'якого піднебіння; - ураження язико-глоткового та блукаючого нервів, травмування, тиск пухлини; - вроджена щілина м'якого та твердого піднебіння.	З'являється при зниженому носовому резонансі під час звуковимови. Причини в органічних змінах носового простору або в функціональних розладах піднебінно-глоткового зімкнення. Це хронічна гіпертрофія слизової носу, поліпи носової порожнини, викривлення перетинки носу, пухлини, аденоїдні розростання.

Вроджена щілина м'якого та твердого піднебіння зустрічається з частотою 1: 600-1000 новонароджених.

Причини виникнення щілини:

- генетичні фактори;
- біологічні фактори (грип, паротит, токсоплазмоз тощо);
- хімічні фактори (ядохімікати, кислоти тощо);
- ендокринні захворювання матері.

Критичним періодом для ураження верхньої губи та піднебіння (виникнення щілини) є 7-8 тижнів вагітності.

У дітей із вродженою щілиною і після хірургічного втручання (хейлопластики) залишаються проблеми звуковимови: рубці на піднебінні обмежують рухливість м'язів; деформація губ включає до артикуляції лицьові та мимічні м'язи, що формує у дитини стійкий стереотип напруженого мовлення тощо.

Слід враховувати, що наявність щілини не свідчить про недостатній інтелектуальний розвиток дитини. Вона може мати як збережений інтелект, так і розумову відсталість різних ступенів важкості.

Дизартрія

Провідним дефектом при дизартрії є порушення вимовного та просодичного (тембр, висота, сила) компоненту мовлення внаслідок органічного ураження центральної та периферичної нервової системи.

Частота виникнення дизартрій у дітей пов'язана з частотою перинатальної патології.

Серед причин дизартрії виділяють асфіксію та пологову травму, ураження нервової системи при гемолітичній хворобі, інфекційні захворювання нервової системи, черепно-мозкові травми; іноді – це порушення мозкового кровообігу,

пухлини головного мозку, патологія розвитку нервової системи, спадкові хвороби нервової та нервово-м'язової системи.

Дизартрія поділяється на бульбарну (спостерігається одностороннє вибіркове ушкодження лицьового нерва у разі вірусних захворювань або запалення середнього вуха), псевдобульбарну (збільшення або зменшення тону м'язів артикуляційного апарату), екстрапірамідну (характеризується змінами м'язового тону в мовленнєвій мускулатурі, наявністю гіперкінезів), мозочкову (спостерігається ураження мозочка та його зв'язків з іншими системами ЦНС), коркову (група моторних порушень мовлення, які пов'язані з осередковим ураженням кори головного мозку).

Ступінь порушення мовлення при дизартрії залежить від характеру та важкості ураження нервової системи. У легких випадках мають місце окремі «викривлення» звуків, у більш важких спостерігаються «викривлення», заміни та пропуски звуків. Страждає темп, виразність, модуляція, вимова стає невиразною. При важких ураженнях ЦНС мовлення стає неможливим.

Найчастіше дизартрія зустрічається в дітей із дитячим церебральним паралічем – у середньому, від 65-85%.

Прослідковується взаємозв'язок між ступенем важкості, характером ушкодження рухової сфери та частотою і важкістю дизартрії.

При ДЦП дизартрія зустрічається з наступною частотою: тетрапарез – 100% дітей; спастична диплегія з мінімальним ураженням рук – 13%; гіперкінетична форма – 100%; астатично-атонічна форма – 80%; геміпарези – 48%.

Відносно дітей з ДЦП, дизартрію можна класифікувати відповідно до того, наскільки в дитини чітка і зрозуміла вимова:

I ступінь – порушення звуковимови виявляються тільки спеціалістами при обстеженні;

II ступінь – порушення звуковимови помітні кожному, але мовлення зрозуміле оточуючим;

III ступінь – мовлення зрозуміле тільки близьким і частково оточуючим;

IV ступінь – відсутність мовлення або мовлення майже незрозуміле навіть близьким (анатрія).

Анатрія – повна або часткова відсутність звуковимови внаслідок паралічу мовнорухових м'язів. Розрізняють: важку анатрію – повна відсутність мовлення та голосу; середньоважка – наявність тільки голосових реакцій; легка – наявність звукоскладової активності.

Менш виражені форми дизартрії спостерігаються в дітей, які не мають явних рухових розладів внаслідок легкої асфіксії, пологової травми тощо. У цих випадках легкі (стерті) форми дизартрії сполучаються з іншими ознаками мінімальної мозкової дисфункції.

Алалія

Причиною алалії є черепно-мозкові травми, травми і асфіксії плоду під час пологів внаслідок внутрішньочеревної патології; внутрішньочеревні

енцефаліти, менінгіти, інтоксикації; хвороби раннього віку з ускладненнями на мозок.

При алалії має місце пошкодження кори головного мозку обох півкуль, внаслідок чого неможлива компенсація за рахунок здорової півкулі.

Алалію поділяють на моторну та сенсорну.

Моторна алалія – системний недорозвиток експресивного мовлення центрального органічного характеру (зона Брока).

Діти з моторною алалією важко засвоюють складні рухи органів артикуляції, спостерігаються пошуки артикуляції, вони не можуть виконати певні артикуляційні рухи, переключитися з одного звуку на інший, з одного складу на інший, з одного слова на інше. Це призводить до того, що у дитини з нормальним розумінням мовлення, слухом, із відсутністю парезів артикуляційної моторики самостійне мовлення не розвивається, а довготривалий час залишається на рівні звуків.

Словник розвивається повільно, викривлено, обмежується побутовим характером. Відсутня мотивація спілкування.

Із віком спостерігається немовленнєва симптоматика: вторинна затримка психічного розвитку, примітивізм, конкретність мислення; збільшена втома; зниження уваги, пам'яті, порушення працездатності. Привертає увагу бідність логічних операцій, зниження здатності до символізації, узагальнення та абстракції; порушення орального праксису, акустичного гнозису, тобто в дітей знижені інтелектуальні операції, які потребують участі мовлення.

Поведінка дітей з алалією характеризується несформованістю її рольової функції, імпульсивністю, хаотичністю в діях, пасивністю, психофізичною розгальмованістю або загальмованістю. Особливості предметно-практичної діяльності проявляються в тому, що дітям легше виконувати завдання, якщо вони пропонуються наочно, а не вербально.

У зв'язку з тим, що мовлення не є для дітей з моторною алалією провідним засобом пізнання, не забезпечується нормальний розвиток інтелекту. Діти довго не включаються в завдання, поверхово оцінюють проблему, мають нестійкість інтересів, інтелектуальну пасивність, специфічну поведінку, але вони точно зберігають даний їм спосіб міркування, використовують допомогу.

Враховуючи первинну збереженість інтелекту, спеціалісти підкреслюють позитивну динаміку розвитку та можливість достатньої соціально-трудової адаптації дітей з моторною алалією.

Сенсорна алалія – порушення розуміння мовлення внаслідок порушення роботи мовнослухового аналізатора (центр Верніке) при достатньо збереженому периферичному слухові та первинно збереженому інтелекті.

Сенсорна алалія відноситься до недостатньо вивчених мовленнєвих аномалій.

У дитини не формується зв'язок між звуковим образом та предметом. Сенсорний алалік чує, але не розуміє.

У цілому, мовлення може бути охарактеризоване як збільшена мовленнєва активність на фоні зниженої уваги до мовлення оточуючих і відсутність контролю за власним мовленням.

Відзначається непостійність слухової функції (однакові сигнали то сприймаються, то ні), наявність гіперакузії (збільшена чутливість до звуків, які байдужі оточуючим), ехолалії, відсутність порушень просодичного боку мовлення та бажання контакту.

Діти з сенсорною алалією створюють враження розумово відсталих або слабочуючих, що ускладнює діагностику. У спокої дитина ехолалічно повторює окремі слова або речення. Вона добре передає інтонацію почутого.

У період розвитку мовлення може з'явитися лепетання ехолалічного походження, але фраза не з'являється. Зрозуміти таке мовлення неможливо. Діти із сенсорною алалією навчаються за програмою спеціальних загальноосвітніх шкіл для дітей із важкими розладами мовлення.

Афазія

Афазія – цілковита або часткова втрата мовлення, яка виникає при ураженнях домінантної півкулі головного мозку в осіб зі сформованим мовленням.

Вона охоплює різні рівні організації мовлення (самостійне мовлення, повторювання, називання предметів та дій, діалогічне мовлення тощо), впливає на його зв'язки з іншими психічними процесами і веде до дезінтеграції всієї психічної сфери людини, порушуючи комунікативну функцію мовлення (Л.С. Цветкова). При афазії порушуються мовлення та вербальне спілкування, інші психічні процеси; виникають зміни особистості та особистісні реакції на хворобу.

Афазія відноситься до тяжких форм мовленнєвої патології, тому що ізолює хворого від соціального середовища, в якому він перебував до захворювання.

Причинами афазії можуть бути крововиливи, пухлини головного мозку, закупорка судин, інфекційні захворювання, травми.

При афазії спостерігається системне порушення, яке охоплює усне і писемне мовлення, фонетику, лексику та граматику, розуміння мовлення.

Загальновизнаною є класифікація О. Лурія, який поділяє афазію на моторну аферентну, моторну еферентну, сенсорну, амнестичну, динамічну, семантичну та тотальну.

Прояви порушення при цих формах різняться у залежності від місця ураження кори головного мозку та характеру немовленнєвих розладів.

Звичайно афазія виникає у дорослому віці, але спостерігається і в дітей.

Причини дитячої афазії подібні до дорослої: травми, запальні процеси після інфекційних захворювань, пухлини; тільки в дітей рідко зустрічається порушення мозкового кровообігу.

У дітей дошкільного віку не спостерігаються всі ті форми афазії, які зустрічаються в дорослих. Це пов'язано з тим, що мовлення дитини ще недостатньо розвинене.

У дітей шкільного віку осередкові ураження проявляються також, як і у дорослих.

Афазія в дітей відмінна від афазії дорослих, досить швидко зазнає зворотнього розвитку. Але якщо поліпшення не настає через декілька тижнів, прогноз стає несприятливим.

Вирішальне значення для відновлення порушених функцій має цілеспрямоване відновлювальне навчання. У цих умовах відзначається позитивна динаміка у хворих різноманітних вікових груп з різною етіологією і терміном захворювання, з різним ступенем мовленнєвого дефекту. У той же час деякі дослідники не ставлять задачу здолати дефект, а радять пристосуватися до нього.

Необхідно звернути увагу на те, що результативність реабілітації дітей-інвалідів щодо подолання мовленнєвих порушень залежить від:

- тривалості та характеру лікування основного захворювання;
- віку та рівня інтелектуального розвитку дитини;
- доцільності та ефективності корекційної роботи логопеда;
- реабілітаційно-виховного впливу команди фахівців-реабілітологів при організації групових і індивідуальних форм занять.

ДІТИ З ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ

Такі поняття як залишковий зір, знижений зір, слабозорий, тотально сліпий використовуються для опису стану учнів, які мають порушення зору. Стан зору можна характеризувати наступним чином:

-«слабозорий» – означає наявність певних проблем із зором, що потребують спеціального навчання;

-«зі зниженим зором» – людина не може прочитати газету навіть за допомогою окулярів або контактних лінз. Для навчання використовується комбінація зорових та інших сенсорів, проте вони можуть потребувати відповідного освітлення, збільшення розміру шрифту, використання спеціальних збільшувальних приладів тощо;

-«із залишковим зором», коли гострота зору становить 0,04 і нижче на краще око або має дуже обмежений кут зору (20 градусів в найширшій точці);

-тотально сліпі учні у яких фіксується цілковита відсутність зору (рівна 0) навчаються за допомогою друку Брайля або інших не візуальних засобів.

Поширеність

Співвідношення осіб з вадами зору у віці 18 років становить 12,2 на 1000. Глибокі порушення зору становлять 0,06 на 1000 осіб.

Характеристика

Вплив порушення зору на розвиток дитини залежить від ступеня зниження зору, типу розладу, віку, коли почалося погіршення та загального рівня розвитку дитини. Багато дітей, які мають психофізичні порушення, можуть мати також і розлади зору, що затримуватиме моторний, розумовий та/або соціальний розвиток.

Маленька дитина з порушеннями зору не має змоги повноцінно ознайомлюватися з цікавими предметами, які її оточують, (власне, як і немає в цьому необхідності) і, таким чином, позбувається можливостей набутти досвід та навчитися. Така ситуація може тривати доки навчання не стане мотивацією або не почнеться втручання.

Внаслідок того, що дитина не має змоги бачити батьків або ровесників, вона не має можливості імітувати соціальну поведінку або розуміти невербальні знаки (якими люди зазвичай користуються під час спілкування). Проблеми, пов'язані зі зниженням зору, можуть перешкоджати становленню незалежності дитини.

Що повинен знати вчитель, у якого в класі знаходиться дитина з порушенням зору

Рання діагностика порушень зору у дітей дає змогу вчасно надати їм допомогу. Учні з поганим зором потребують допомоги вчителя. В роботі з ними наголос слід робити на розвиток самообслуговування і побутових навичок. Необхідно детально знайомити таких дітей з розташуванням предметів і матеріалів у класі.

Діти з порушенням зором значною мірою спираються на інформацію від інших органів чуття. У більшості дітей з вродженою і ранньою постнатальною патологією органу зору зазнають довготривалої сенсорної та психічної депривації. Внаслідок цього рівень загальнопсихічного розвитку дитини не відповідає його календарному віку. Його пізнавальна діяльність здійснюється на вузькій сенсорній базі, дуже бідному та спотвореному досвіді, невмінні його накопичувати, оперувати ним. Тому задача педагога в загальноосвітньому закладі (інтегрованому класі) – розвивати потенційні можливості, компенсаторні механізми організму, навчити дитину самостійно пізнавати навколишній світ та користуватися збереженими аналізаторами, накопиченим досвідом, знаннями.

Труднощі слабозорих дітей в пізнавальній діяльності пов'язані з недостатнім оволодінням моторикою власного тіла, орієнтуванням у малому та великому просторі. До того ж, вони не в змозі самостійно організувати не тільки свою пізнавальну, навчальну діяльність, але своє життя, свої ігри. Дітей доводиться спонукати до рухливості, пізнавальної діяльності. Надзвичайно важливим елементом для організації навчального процесу дітей має стати наявність відповідних конкретних уявлень про оточуюче, предметний світ та достатній досвід предметних та орудійних дій. Тому процес інтегрованого навчання слабозорої дитини повинен носити спрямований, корекційний, індивідуалізований характер та відповідати адаптації наочного матеріалу і процедурі проведення цієї роботи.

Основні принципи адаптації наочного матеріалу для дітей з порушенням зору

1. Зображення на малюнках повинні мати оптимальні просторові і тимчасові характеристики (яскравість, контраст, колір).

2. Дотримання в зображеннях пропорційності відносин за величиною, кольором та формою, відповідно до реальних об'єктів.

3. Демонстрація стимулюючого матеріалу повинна здійснюватись з відстані не менше ніж 30-33 см від ока дитини під кутом від 5° до 45° щодо лінії погляду.

4. Інформаційна ємність зображень і сюжетних ситуацій повинна бути обмежена з метою вилучення надмірності, що ускладнює упізнавання. Фон, на якому демонструється об'єкт, повинен бути розвантаженим від зайвих деталей.

5. Хроматичні об'єкти повинні мати насичені кольори. Бажано використовувати жовті, червоні, жовтогарячі і зелені тони. При використанні загальних методик для слабозорих дітей необхідна адаптація їх процедури проведення:

- збільшення часу на експозицію завдань та малюнків, через труднощі сприйняття, координації рухів рук і очей, необхідності тактильного контролю та додаткового обстеження, вивчення об'єктів;

- у пред'явленні завдань і тестів домінуючим є вербальний спосіб, точні словесні інструкції (після відповідної словникової роботи);

- тривалість зорової роботи не повинна перевищувати 15 хвилин.

Вчителю необхідно:

- знати ступінь порушення зору дитини, уявляти його індивідуальні можливості і потреби;

- підтримувати тісний контакт з дефектологом, психологом, логопедом, батьками дитини; використовувати всі збережені та порушені аналізатори;

- проводити на всіх заняттях роботу по навчанню орієнтування у просторі;

- продумати, де посадити такого учня (слабозору дитину – за першу парту у середньому ряді).

Особливості навчання

Дітям, які мають порушення зору, якомога раніше потрібно надати допомогу, аби вони отримали користь від ранніх програм втручання. Комп'ютерні технології, оптичні та відеозасоби можуть допомогти дітям з порушеннями зору різної складності під час звичайних шкільних занять. Для них існують друковані великим шрифтом навчальні матеріали, книжки зі шрифтом Брайля та на плівці.

Учням з порушеннями зору може знадобитися додаткова допомога як то: спеціальне обладнання, розвиток навичок слухання, комунікації, орієнтування, мобільності, допомога у професійному становленні, у повсякденному житті. Учням зі зниженим зором або майже сліпим може знадобитися допомога у розвитку навичок використання залишків зору. Учні, які окрім порушень зору

мають інші розлади, більшою мірою потребують удосконалення навичок самообслуговування.

Рекомендації щодо організації навчання та виховання дітей з порушеннями зору

- Через кожні 10-15 хвилин учень має 1-2 хвилини перепочити, роблячи спеціальні вправи.
- Освітлення робочого місця учня має бути не менш 75-100 кд/м².
- Приберіть усі перешкоди на шляху до робочого місця учня.
- В унаочненні доцільно використовувати більший шрифт, фон зробити не білим, а світло-жовтим чи світло-зеленим.
- Пишучи на класній дошці, намагайтеся розташовувати матеріал так, щоб в учня він не зливався в суцільну лінію. З'ясуйте, написи яким кольором крейди учень бачить краще.
- Давайте можливість учням підійти до дошки чи унаочнення, щоб краще роздивитися написане.
- Озвучуйте все, що пишете.
- Намагайтеся все, що пишете на дошці, продублювати роздатковим матеріалом.
- Зверніть увагу на якість роздаткового матеріалу: має бути матовий, а не глянцева папір, шрифт великим і контрастним.
- Учні з порушенням зору потрібно більше часу на виконання вправ, читання тексту.
- З таких предметів як література, історія, географія тощо можна використовувати аудіозаписи. Не переобтяжуйте учня читанням великих текстів під час самостійного опрацювання матеріалу, краще поясніть ще раз усно, переконайтесь, що він все зрозумів.
- Доцільно переглянути вимоги до письмових робіт. Іноді слабозорому учневі необхідно писати з використанням трафарету. Щоб правильно розташувати текст на сторінці та дотримуватися рядків.
- Стежте за поставою учня, водночас, не обмежуйте його, коли він надто близько підносить тексти до очей.
- Не робіть зайвих і не затуляйте учневі джерело світла, не використовуйте невербальні засоби спілкування (кивання головою, рухи рук тощо).

ДІТИ З ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ

Поняття «порушення слуху» часто використовується для описання широкого діапазону розладів, пов'язаних з розладами слуху, що включає і глухоту.

Глухота визначається як цілковита відсутність слуху або його значне зниження, внаслідок якого сприймання та розпізнавання усного мовлення неможливе.

Порівняно з глухими, діти зі зниженим слухом (слабочуючі – зниження слуху від 15 до 75 дБ) мають слух, який з допомогою аудіопідсилювальної апаратури дає змогу сприймати мовлення оточуючих.

Поширення

Різні джерела фіксують, що шість із 1000 новонароджених дітей мають порушення слуху, в одній дитині із цих шести фіксують глухоту. В цілому у світі щодня народжується 33 дитини з різним ступенем зниження слуху. Багато з цих дітей мають інші порушення та особливі потреби.

Прояви

Звук вимірюється за гучністю або інтенсивністю (в децибелах) та за частотою або висотою тону (в герцах). Порушення слуху можна класифікувати за характером порушення слухової функції (звукопроведення або звукосприймання). Розрізняють звукопровідну (кондуктивну), звукосприймальну (перцептивну), при їх поєднанні можна говорити про змішану форму порушення слухової функції.

Окрім цього, береться до уваги характер патологічного процесу і його локалізація: втрата слуху, спричинена захворюванням або порушеннями в зовнішньому або середньому вусі. Людина з ушкодженими шляхами передачі звуку, зазвичай, має можливість чути за допомогою спеціальних пристроїв, або після медичного/хірургічного втручання.

Сенсорна (перцептивна) втрата слуху є наслідком ураження делікатних сенсорних клітин у внутрішньому вусі або нервів, що з ними з'єднані. Така втрата слуху може бути в діапазоні від незначної до суттєвої. Часто це перешкоджає людині чути одні частоти краще за інші. Таким чином, навіть після підсилення звуку людина із сенсорною втратою слуху може чути тільки окремі звуки, безуспішно використовуючи технічні засоби.

Змішані форми втрати слуху означають, що порушення локалізуються в зовнішньому, середньому та внутрішньому вусі. Втрата слуху є наслідком ушкодження нервів або клітин центральної нервової системи, як на шляху до мозку, так і з мозку.

Діти, які мають втрату слуху від 15 до 75 дБ, вважаються слабочуючими, вище ніж 90 дБ – глухими (за педагогічною класифікацією).

Корекційна робота з учнями з порушенням слуху (туговухі)

Загальноосвітній навчальний заклад, приймаючи дитину з порушеним слухом, повинен бути готовий розділити відповідальність за долю, навчання й виховання дитини з його батьками, з фахівцями, що рекомендували для нього

інтегроване навчання, з вчителем-дефектологом, який здійснює корекційну допомогу.

Рекомендації вчителю, в класі якого є слабочуюча (туговуха) дитина:

- індивідуальне планування щодо засвоєння тих тем, які викликають утруднення в оволодінні навчальним матеріалом;
- не повертатися спиною до слабочуючого учня під час усних пояснень;
- контролювати розуміння дитиною завдань, інструкцій, питань учителя та відповідей учня;
- залучати батьків до закріплення нового матеріалу в домашніх умовах;
- у корекційній роботі максимально використовувати випереджувальний метод навчання;
- частіше заохочувати за вірні відповіді;
- пам'ятати, що такий учень повинен сидіти за першою партою перед столом учителя для слухо-зорового сприйняття мовного матеріалу;
- вимагати від батьків постійного носіння дитиною слухового апарата.

Для підготовки дітей загальноосвітнього класу до спільного навчання з дітьми, які мають порушення слуху(туговухими) **рекомендується наступне:**

1. Бесіди з дітьми й батьками про незвичайність нового учня (нових) учнів.
2. Організація спільних ігор під час перерв і після уроків.
3. Організація спільної діяльності на уроці, після уроків.
4. Організація взаємодопомоги чуючих слабочуючим.
5. Частіше заохочування слабочуючих за позитивні вчинки, види діяльності.
6. Відмова від покарань слабочуючих дітей, зауважень у некоректній формі.

У процесі навчання дитини педагогічний колектив класу разом з психологом, дефектологом, логопедом проводять діагностику утруднень у навчанні за базовими предметами з наступним обговоренням результатів. Усі дані про дитину і її успіхи та невдачі у навчанні заносяться у діагностичну карту.

Особливості навчання

Втрата слуху або глухота не впливають на інтелектуальні можливості людини або на її здатність навчатися. Проте, дитина зі зниженим слухом потребує спеціальних навчальних послуг для того, щоб отримати адекватне навчання.

Такі послуги можуть охоплювати:

- регулярний розвиток мовлення і слуху, формування правильної вимови звуків, навичок комунікації за допомогою фахівця;
- використання систем і приладів підсилення звуку;
- послуги перекладача для тих учнів, які використовують мову жестів;
- відповідні місця в аудиторії, щоб мати можливість читати по губах;
- фільми/відео із субтитрами;

-допомогу учневі зі зниженим слухом повною мірою розуміти і виконувати інструкції;

-інструкції для вчителів та інших учнів щодо використання альтернативних засобів комунікації, таких як мова жестів;

-консультації фахівців.

Дітям зі зниженим слухом важче, ніж дітям, які добречують, засвоювати нові слова, граматику, правильно будувати і розуміти речення. Для глухих дітей або тих, у кого спостерігається значне зниження слуху, завчасне, постійне використання наочних моделей комунікації (таких як мова жестів, дактиль, коли букви позначаються певною комбінацією пальців рук, та спеціальна вимова) та/або користування звукопідсилювальною апаратурою можуть зменшити певні мовленнєві проблеми. Глухі діти з дошкільного віку мають виконувати спеціальні вправи для розвитку мовлення та навичок спілкування. Важливо, щоб фахівці (вчителі та сурдопедагоги) працювали спільно, аби навчити дитину максимально використовувати її залишковий слух навіть тоді, коли перевага віддається жестовій мові. Оскільки переважна більшість глухих дітей (понад 90%) народжується від батьків, котрічують, програми мають містити інструкції для батьків щодо виховання дітей у родині.

Люди зі зниженням слуху можуть використовувати для комунікації жестову мову, усне мовлення або комбінувати їх. Мовленнєва комунікація охоплює вимову, читання по губах, використання залишків слуху. Комунікація дактилем передбачає використання знаків пальцями на позначення букв з дотриманням правопису рідної мови.

Люди з різним ступенем зниження слуху мають у своєму розпорядженні певні допоміжні засоби, зокрема, текстові телефони дають людині змогу надрукувати повідомлення та відправити його через телефонну мережу.

Рекомендації щодо організації навчання та виховання дітей з порушеннями слуху

Спілкування – безцінне джерело мовленнєвого розвитку дитини з порушенням слуху. Щоб ним скористатися важливо пам'ятати:

- щоб розвивалося словесне мовлення дитини з порушеннями слуху, з нею необхідно постійно спілкуватися;
- словесне мовлення дитини потрібно формувати під час спілкування у спільній діяльності під час виконання побутових дій, режимних моментів, малювання, ліплення, конструювання, гри.

Говорити з дитиною потрібно:

-однією літературною словесною мовою (не змішувати українську та російську, діалектну);

-у нормальному темпі, не поспішаючи, але й не уповільнювати, не розтягувати мовлення штучно;

- при достатньому освітленні;

-голосом нормальної сили (на відстані можливо дещо гучніше);

-чітко промовляти, не «ковтати» закінчення;

-дотримуватися правильних інтонацій;

- не відвертатися;
- не робити зайвих рухів, які можуть відвернути увагу;
- емоційно заохочувати дитину до спілкування.

Розвиваємо слух:

- визначити звук (є він чи немає);
- визначити звідки чується звук (напрямок звучання);
- визначити кількість звучань;
- розрізняти гучне й тихе звучання;
- розрізняти різні немовленнєві звучання навколишнього світу;
- сприймати та розрізняти на слух та на слухо-зоровій основі мовленнєві звуки, склади, слова, словосполучення і короткі речення.

Вчимся читати:

- корисна робота з розрізною азбукою: знаходження букв; складання складів; складання слів.

Практичні рекомендації

Навчіться перевіряти справність слухового апарату дитини.

Ознайомтесь зі спеціальними технічними засобами, які сприятимуть ефективності навчального процесу.

Учень має сидіти достатньо близько, добре бачити вчителя, однокласників та унаочнення. Він має бачити артикуляційний апарат усіх учасників уроку.

Використовуйте якомога більше унаочнень.

Стежте за тим, щоб учень отримував інформацію в повному обсязі. Звукову інформацію необхідно підкріплювати та дублювати зоровим сприйняттям текст, таблиць, опорних схем тощо.

Починаючи розмову, приверніть увагу учня: назвіть його на ім'я чи торкніться його руки. Звертаючись і розмовляючи з учнем, дивіться на нього, щоб він міг бачити усі ваші рухи (артикуляцію, вираз обличчя, жести, мову тіла).

Перед тим, як розпочати повідомлення нового матеріалу, інструкцій щодо використання завдання тощо, переконайтеся, що учень дивиться на вас і слухає.

Час від час переконайтесь, що учень вас розуміє. Не вважатиметься нетактовним запитати його про це.

Переконайтеся, що всі слова в тексті зрозумілі. По можливості спрощуйте текст.

Ініціюйте мовленнєве спілкування учня. Не перебивайте його, дайте можливість висловити думку.

ДІТИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ ТА ПОРУШЕННЯМИ УВАГИ

Провідні вчені Г. Моніна, Є. Лютова-Робертс, Л. Чутко, Г. Брызгунов, Є. Касатікова, Г. Широкова до основних проявів гіперактивності відносять **дефіцит уваги, підвищену рухову активність, імпульсивність**.

І.В. Дубровіна визначає термін «гіперактивність» як порушення поведінки у дітей дошкільного і молодшого шкільного віку, рідше – підліткового, яке проявляється сукупністю трьох особливостей: підвищеною незосередженістю уваги, руховою розгальмованістю і імпульсивністю.

Психоневролог М. Ю. Ніконорова зазначає, що гіперактивність – це дисфункція центральної нервової системи (переважно ретикулярної формації головного мозку), що проявляється труднощами концентрації й підтримки уваги, порушеннями навчання й пам'яті, а також складнощами обробки екзогенної й ендогенної інформації й стимулів.

Медичну точку зору на дане поняття висвітлює Р. Шейдер, який стверджує, що **гіперактивність** – це порушення психіки, яке зазвичай виникає у дітей, характеризується їх надмірною активністю і помітним зниженням здатності зосередити свою увагу на чому-небудь, що може призвести до ускладнень в навчанні, відхилень в поведінці (агресивність, конфліктність, імпульсивність). Він підкреслює, що дане порушення часто зустрічається у розумово неповноцінних дітей, а також дітей, які страждають епілепсією або у тих, які мають яке-небудь захворювання головного мозку.

Якщо говорити детально, то в перекладі з латинської мови «активний» – означає діяльний, дієвий, а грецьке слово «гіпер» вказує на перевищення норми. Гіперактивність у дітей виявляється невластивою для нормального, відповідного зросту розвитку дитини неухильною, імпульсивністю. За даними психолого-педагогічної літератури, в описі таких дітей уживаються терміни: «рухливий», «імпульсивний», «спритний», «енерджайзер», «вічний двигун», «живчик», «вулканчик». Деякі автори використовують і такі словосполучення, як «моторний тип розвитку» «діти з підвищеною активністю» «діти з підвищеною афективністю». За даними фахівців, мало не половина дітей страждає так званою гіперактивністю. Не лише у нашій країні, але і у всьому світі кількість таких дітей неухильно зростає. Якщо дитина гіперактивна, то труднощі зазнає не лише вона сама, але і його оточення: батьки, однокласники, вчителі. Такому дитині необхідна своєчасна допомога, інакше надалі може сформуватися асоціальна або навіть психопатична особа (відомо, що серед малолітніх правопорушників значний відсоток складають гіперактивні діти).

Поширеність

За даними психологів, гіперактивність серед дітей від 7 до 11 років в середньому складає 16,5%: серед хлопчиків – 22%, серед дівчаток – близько 10%.

Прояви

Найяскравіше гіперактивність проявляється у дітей старшого дошкільного і молодшого шкільного віку. У цей період здійснюється перехід до ведучої – учбової діяльності і в зв'язку з цим збільшуються інтелектуальні

навантаження: від дітей потрібні вміння концентрувати увагу на тривалішому відрізку часу, доводити почату справу до кінця, добиватися певного результату. Саме в умовах тривалої і систематичної діяльності гіперактивність заявляє про себе дуже переконливо. Батьки раптом виявляють багаточисельні негативні наслідки непосидючості, неорганізованості, надмірної рухливості свого малюка і, стурбовані цим, шукають контактів з психологом.

**Психологи виділяють наступні ознаки, які є діагностичними
симптомами гіперактивних дітей:**

1. Неспокійні рухи в кистях і стопах. Сидячи на стільці, дитина корчиться, звивається.
2. Дитина не може спокійно сидіти на місці, коли від нього цього вимагають.
3. Легко відволікається на сторонні подразники.
4. Через силу чекає своєї черги під час ігор і в різних ситуаціях в колективі (на заняттях, під час екскурсій і свят).
5. На питання часто відповідає, не замислюючись, не вислухавши їх до кінця.
6. При виконанні запропонованих завдань випробовує складнощі (не пов'язані з негативною поведінкою або недостатністю розуміння).
7. Через силу зберігає увагу при виконанні завдань або під час ігор.
8. Часто переходить від однієї незавершеної дії до іншої.
9. Не може грати тихо, спокійно.
10. Багато базикає.
11. Часто заважає іншим, пристає до тих, що оточують (наприклад, втручається в ігри інших дітей).
12. Часто складається враження, що дитя не слухає звернену до нього мову.
13. Часто втрачає речі, необхідні в дитячому саду, школі, удома, на вулиці.
14. Інколи здійснює небезпечні дії, не замислюючись про наслідки, але пригод або гострих відчуттів спеціально не шукає (наприклад, вибігає на вулицю, не озираючись по сторонах).

Всі ці ознаки можна згрупувати за наступними напрямками:

- надмірна рухова активність;
- імпульсивність;
- відволікання-неуважність.

Діагноз вважається правомірним, якщо наявні щонайменше вісім зі всіх симптомів. Так, маючи досить хороші інтелектуальні здібності, гіперактивні діти відрізняються недостатністю мовного розвитку і тонкої моторики, зниженим інтересом до придбання інтелектуальних навиків, малювання, мають деякі інші відхилення від середніх вікових характеристик, що приводить до відсутності у них інтересу до систематичних, вимагаючих уваги занять, а значить, і майбутньою або справжньою учбовою діяльністю.

Особливості навчання

Гіперактивні діти – молодші школярі – мають підвищену проблему у русі, що суперечить вимогам шкільного життя, оскільки шкільні правила не дозволяють їм вільно рухатися під час уроку і навіть під час перерви. А висидіти за партою 4–6 уроків по 45 хвилин поспіль для них завдання непосильне. Саме тому вже через 15-20 хвилин від початку уроку гіперактивна дитина не в змозі висидіти за партою спокійно. Цьому сприяє брак рухливості на уроці, відсутність зміни форми діяльності на уроці і впродовж дня.

Наступною проблемою є протиріччя між імпульсивністю в поведінці дитини і нормативністю стосунків на уроці, що відображається в невідповідності поведінки дитини до встановленої схеми: запитання вчителя – відповідь учня. Гіперактивна дитина, зазвичай, не чекає, коли вчитель дозволить їй відповідати. Вона найчастіше починає відповідати, не дослухавши запитання і часто вигукує з місця.

Гіперактивним дітям властива нестійка працездатність, що є причиною збільшення кількості помилок в усних відповідях та під час виконання письмових завдань тоді, коли настає стан втомленості. А фіксована (стандартна) система оцінювання знань, умінь і навичок, що прийнята в сучасній школі, виконує не скільки функцію регулювання, скільки санкціонування для дитини, оскільки збільшення у зв'язку із стомленням кількості помилок призводить до збільшення кількості зауважень і негативних оцінок з боку вчителя, що сприймається дитиною як негативне оцінювання себе в цілому, а не як оцінювання своєї роботи.

Навички читання і письма у гіперактивної дитини значно нижчі, ніж в однолітків, і не відповідають її інтелектуальним здібностям. Письмові роботи виконуються неохайно, з помилками від неуважності. При цьому дитина не схильна прислухатися до порад дорослих. Спеціалісти вважають, що справа тут не лише у порушенні уважності. Труднощі формування навичок письма і читання нерідко виникають як результат недостатнього розвитку координації рухів, здорового сприйняття, мовленнєвого розвитку. Система подання навчального матеріалу в школі являє собою, перш за все, педагогічний монолог, який потребує від дитини уважного прослуховування і виконавчої поведінки, тоді як гіперактивним дітям потрібні, перш за все, візуальні й тактильні опори під час здобування інформації. Таким чином, можна говорити про невідповідність способів подання навчального матеріалу до багатоканального його сприйняття гіперактивною дитиною.

І ще одна особливість шкільного середовища, що не дозволяє гіперактивним дітям почуватися комфортно, – це відсутність ігрового простору в школі, тоді як для цих дітей він є необхідним, оскільки дозволяє організувати ігри для зняття статичної напруги, обігравати агресивність, корекцію механізмів емоційного реагування, розвиток навичок соціальної поведінки. А оскільки в школі такий простір не визначений, то гіперактивні діти вибудовують його не завжди там, де це вважається припустимим, і, отже, знову не відповідають вимогам, що їх висуває шкільне життя.

Проблеми гіперактивних дітей не розв'язуються миттєво та однією людиною. Ця комплексна проблема потребує уваги як батьків, так і лікарів, педагогів і психологів. До того ж, медичні, психологічні і педагогічні завдання подекуди так перекликаються, що між ними неможливо провести розподільну лінію.

Початкове визначення лікарем-невропатологом або лікарем-психіатром діагнозу і медикаментозної терапії доповнюється психологічною і педагогічною корекцією, що визначає комплексний підхід до проблем гіперактивної дитини і може гарантувати успіх у подоланні багатьох негативних проявів даного синдрому.

Збагатити та урізноманітнити емоційний досвід гіперактивної дитини, допомогти їй опанувати елементарні дії самоконтролю і тим самим пом'якшити прояви підвищеної рухливої активності – означає змінити її взаємини з близькою дорослою людиною, і, перш за все, з мамою. Цьому будуть сприяти будь-які дії, будь-яка ситуація, подія, що спрямовані на поглиблення контактів, їх емоційне значення.

Під час виховання гіперактивної дитини близькі повинні уникати двох крайностей:

- з одного боку, проявів надмірної жалості й вседозволеності;
- з іншого – висування надмірних вимог, які дитина неспроможна виконати, у поєднанні з надмірною пунктуальністю, жорстокістю і санкціями (покараннями).

Часта зміна вказівок і коливання настрою батьків більш негативно впливають на таких дітей, ніж на інших. Супутні порушення у поведінці піддаються корекції, але процес покращення стану дитини потребує зазвичай тривалішого часу і настає не одразу. Звичайно, зазначаючи про важливість емоційно насиченої взаємодії дитини з близькою дорослою людиною і розглядаючи атмосферу в сім'ї як умову закріплення, а подекуди навіть і виникнення гіперактивності як способу поведінки дитини, ми не виключаємо, що свій негативний внесок у формування гіперактивності можуть привнести також хвороба, травма або їх наслідки.

Останнім часом деякі вчені пов'язують гіперактивну поведінку з наявністю у дітей так званих мінімальних мозкових дисфункцій, тобто вродженого нерівномірного розвитку окремих функцій мозку, що спричинені патологією вагітності, ускладненням під час пологів, вживанням алкоголю, палінням батьків тощо. Однак у наш час прояви гіперактивності у дітей є досить розповсюдженими і не завжди, як стверджують фізіологи, пов'язані з патологією. Нерідко деякі особливості нервової системи дітей через незадовільне виховання і умови життя є лише фоном, що полегшує формування гіперактивності як способу реагування у дітей на несприятливі умови.

*Рекомендації щодо організації навчання та виховання дітей з
гіперактивністю та порушеннями уваги*

Рекомендації педагогам

Найдоцільніше посадити учня за першу парту, він менше відволікатиметься.

Розклад уроків має враховувати обмежені можливості учня зосереджуватися та сприймати матеріал.

Види діяльності на уроці мають бути структурованими для учня у вигляді картки чітко сформульованих дій, алгоритму виконання завдання.

Вказівки мають бути короткими та чіткими, повторюватися кількаразово.

Учневі важко зосередитися, тому його потрібно кількаразово спонукати до виконання, контролювати цей процес до його завершення, адаптувати завдання таким чином, щоб учень встигав працювати у темпі всього класу.

Домагатися виконання завдання і перевіряти його.

Знаходити різноманітні можливості для виступу учня перед класом (наприклад, як саме виконував завдання, що робив під час чергування, як готував творчу роботу тощо).

Навчальний матеріал потрібно по можливості унаочнити настільки, щоб він утримував увагу учня і був максимально інформативним.

Хвалити дитину, використовуючи зворотній зв'язок, емоційно реагувати на найменші її досягнення, підвищувати її самооцінку, статус у колективі.

Необхідно постійно заохочувати учня, рідше явно вказувати на хиби, віднаходити коректні способи вказати на помилки.

Потрібно виробляти позитивну мотивацію у навчанні.

Спиратися на сильні сторони учня, відзначати його особливі успіхи, особливо у діяльності, до якої він виявляє інтерес.

У разі епатажних чи неадекватних проявів чи дій учня дотримуватися тактики поведінки, обраної командою фахівців.

Тісно, якомога частіше спілкуватися і співпрацювати з батьками учня.

Рекомендації батькам

Перша група рекомендацій стосується зовнішніх проявів у поведінці близьких дитині дорослих людей:

- намагатися, по можливості, стримувати свої бурхливі афекти;
- емоційно підтримувати дитину у всіх спробах конструктивної, позитивної поведінки, якими б незначними вони не були;
- виховувати у собі інтерес до того, щоб якомога глибше пізнати і зрозуміти дитину;
- уникати категоричних слів і висловлювань, жорстких оцінок, докорів, погроз, які можуть призвести до створення напруги і викликати конфлікт у сім'ї, намагайтеся якомога рідше говорити НІ, НЕ МОЖНА, ПРИПИНИ – краще спробуйте переключити увагу дитини, а якщо вийде, зробіть це легко, з гумором;

- стежити за своїм мовленням, намагатися говорити спокійним голосом. Гнів та обурення погано контролюються. Висловлюючи невдоволення, не маніпулюйте почуттями дитини і не принижуйте її.

Друга група рекомендацій стосується організації середовища і умов праці дитини в сім'ї:

- якщо є можливість - виділити для дитини кімнату або її частину для занять, ігор, усамітнення. В оформленні бажано уникати яскравих кольорів, складних композицій. На столі і поблизу дитини не має бути предметів, які відволікають увагу. Гіперактивна дитина сама неспроможна зробити так, щоб ніщо стороннє її не відволікало;

- організація усього життя повинна діяти на дитину заспокійливо. Для цього разом із нею укладіть розпорядок дня і виявляйте гнучкість та наполегливість щодо його виконання;

- визначити для дитини коло обов'язків, а їх виконання тримати під постійним спостереженням і контролем, але не занадто жорстким. Частіше відзначаєте та заохочуйте зусилля дитини, навіть якщо результати далекі від досконалості.

Третя група рекомендацій спрямована на активну взаємодію дитини з одним із батьків або іншою близькою дорослою людиною, на розвиток здатності як дорослої людини, так і дитини відчувати один одного, зблизитися емоційно. Тут незамінною є найважливіша для дітей діяльність – гра, оскільки вона є близькою і зрозумілою для дитини. Використання ж емоційних впливів, що містяться в інтонаціях голосу, міміці, жестах, формі реагування дорослого на свої дії і дії дитини надасть обом учасникам велике задоволення.

Не опускайте рук! Любіть Вашу дитину, допомагайте їй стати успішною, здолати шкільні труднощі.

Коли стає зовсім важко, пригадайте, що до підліткового віку, а у деяких дітей – і раніше, гіперактивність зникає.

За спостереженням більшості лікарів і психологів, загальна рухлива активність із віком зменшується, а виявлені невротичні зміни поступово нівелюються. У мозку дитини з'являються зв'язки, яких не було, або вони були порушені. Важливо, щоб дитина підійшла до цього віку без вантажу негативних емоцій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами : [зб. наук. праць / гол. ред. П.М. Таланчук та ін.]. – К. Університет «Україна», 2009. – № 6(8). – 484 с.
2. Бондар В. Освіта дітей з особливими потребами : пошуки та перспективи [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://surdopedagogika.com/s8.htm>.
3. Будяк Лариса. Реформування освітнього закладу як соціально-культурний чинник трансформації сільської громади / Лариса Будяк // Дефектологія. – 2009. – №2. – С. 11–13.
4. Булка Н.І. Креативність і соціальна компетентність / Н.І. Булка // Практична психологія та соціальна робота. – № 10. – 2001. – С. 46-49.
5. Виховання дітей з особливими потребами в сім'ї / за ред. Л.П. Фалинської. – К.: УДЦССМ. – 1998. – 84 с.
6. Горбатюк О. Ф. Соціальна адаптація та інтеграція дітей з особливими потребами в загальноосвітню початкову школу / О. Ф. Горбатюк // Розкажіть онуку. – 2008. – №8. – С. 2-3.
7. Григор'єв А.Й. Діти з особливими потребами: [монографія] / А.Й. Григор'єв. К., 2006. – 208 с.
8. Громовий В. Звичайна освіта для особливих дітей / В. Громовий // Директор школи. – 2006. – №2. – С. 6–9/
9. Даниленко Л.І. Управління інклюзивною школою на засадах менеджменту освітніх інновацій // Інклюзивна школа: особливості організації та управління: [навчально-методичний посібник] / [кол. авторів: А.А. Колупаєва, Ю.М. Найда, Н.З. Софій та ін.; за заг.ред. Л.І. Даниленко]. – К., 2007.– 128 с.
10. Дегтяренко Т.М. Корекційно-реабілітаційна робота в спеціальних дошкільних закладах для дітей з особливими потребами : [навчальний посібник для вузів] / Т.М. Дегтяренко, Л.С. Вавіна. – Суми : Університетська книга, 2008. – 302 с.
11. Концепція державного стандарту спеціальної освіти дітей з особливими освітніми потребами // Дефектологія . – 1999. – №4. – С. 2-4.

Інтернет-ресурси

- <http://new-clinica.ru/content/view/52/20>
- http://ru.wikipedia.org/wiki/Задержка_психического_развития
- <http://www.lvrach.ru/2011/05/15435193/>
- <http://nevrozov.ru/umstvennaya-otstalost-klassifikaciya-i-lechenie.html>
- http://pryazka.narod.ru/lsd_11.html
- http://ru.wikipedia.org/wiki/Умственная_отсталость
- <http://www.psyportal.net/252/klassifikatsiya-oligofrenii/>
- http://ru.wikipedia.org/wiki/Синдром_Дауна
- <http://therapynemo.com/ru/dolphin-therapy/indication/down-s-syndrome/>
- <http://ria.ru/disabled/20091124/195284093.html>

Валентина Войтко

Навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами: сучасні підходи

Навчально-методичний посібник

Підписано до друку 22.11.2016 р.
Формат 60х84 1/16. Папір офсетний. Гарнітура Таймс.
Друк – принтер. Тираж 100 прим.
Зам. № 250

КЗ «КОІППО імені Василя Сухомлинського», вул. Велика Перспективна, 39/63,
Кропивницький, 25006
Віддруковано в лабораторії інформаційно-методичного забезпечення
освітнього процесу КЗ «КОІППО імені Василя Сухомлинського», вул. Велика
Перспективна, 39/63, Кропивницький, 25006