

**УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ АЛЬФРЕДА НОБЕЛЯ
КАФЕДРА ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ З ПЕДАГОГІКИ,
ПСИХОЛОГІЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ**

Електронний конспект лекцій
з дисципліни
"Спеціальна психологія"

Затверджено на засіданні кафедри
Протокол № 12 від 16.05.2023 р.

**м. Дніпро
2023**

Електронний конспект лекцій з дисципліни "Спеціальна психологія"
[Електронне видання] / О. О. Байєр. Д., 2023. – 40 с.

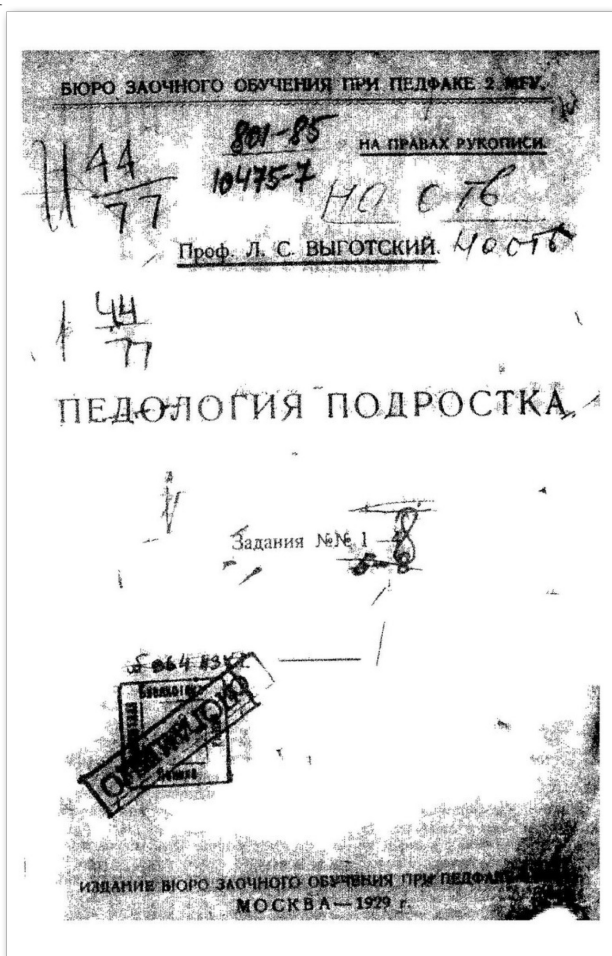
Укладач: О. О. Байєр, канд. психол. наук, доцент.

Відповідальний за випуск: д. пед. н., проф. Волкова Н. П., завідувач
кафедри інноваційних технологій з педагогіки, психології та соціальної роботи

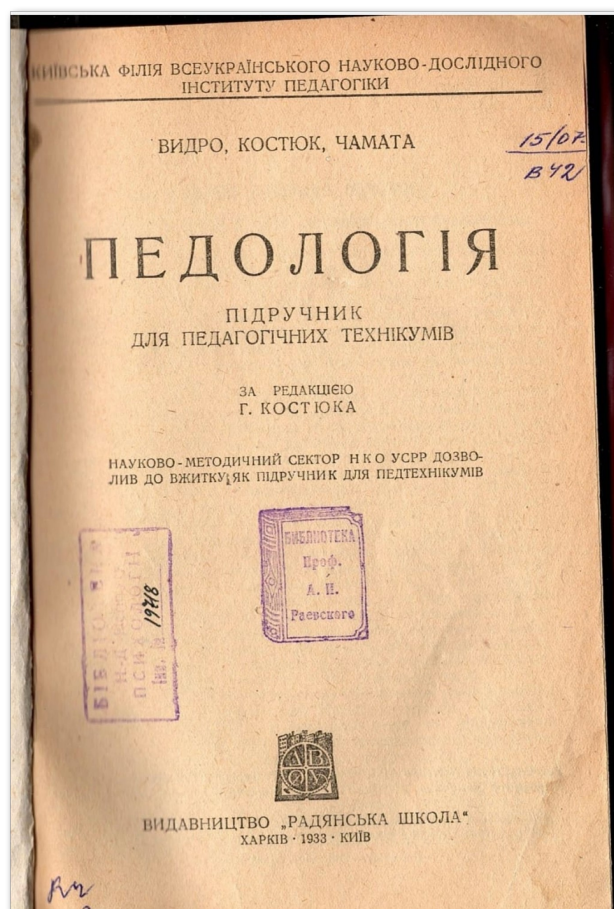
3MICT

Тема 1. Предмет, задачі та методи спеціальної психології.

Спеціальна психологія (далі СП) виділилась як окрема гулазь знання у 60-тих роках ХХ-го сторіччя: на той час вона роззумілась як наука, що займається феноменологією, механізмами, умовами **психічного розвитку людини під впливом різних патогенних факторів**, а також закономірностями перебігу **компенсаторних та корекційних процесів**. Раніше схожі задачі розв'язувались у межах **педології / дефектології** (науки, що займалась причинами та механізмами розвитку, що відхиляється, а також розробкою медично-психолого-педагогічних впливів на дітей з вадами психофізичного та особистісно-соціального розвитку). Важливо, що відмінність цих наук містилась у переважно кількісному підході до розвитку дитини. Водночас СП постулює: дитина, розвиток якої ускладнений дефектом, не просто розвинена менше, ніж її здорові однолітки, – вона розвинена інакше.



Обкладинка рукопису Л. Виготського з педології підлітка 1929 року



Обкладинка підручника з педології за редакцією Г. Костюка 1933 року випуску

СП – психологія **особливих станів**, що виникають переважно у дитячому та підлітковому віці під впливом різних факторів (**органічної або функціональної природи**), виявляються в уповільненому або виражено своєрідному розвитку дитини і ускладнюють її соціально-психологічну адаптацію, зокрема залучення в освітнє середовище та подальше професійне самовизначення.

Предмет СП: **закономірності розвитку, що відхиляється**, його причини, наслідки, особливості засвоєння соціокультурного досвіду людьми з *атипіями* (відхиленнями та порушеннями психічного розвитку), враховуючи пізнання оточуючого світу, набуття практичного досвіду, соціалізації, змін під коректуючим впливом спеціалістів.

Об'єкт СП: особи (діти і дорослі) з атипіями та ставлення до них у суспільстві на різних етапах його існування.

МЕТОДИ СПЕЦІАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

Збір інформації	Обробка інформації	
	Теоретична	Математична
спостереження вивчення документів вивчення продуктів діяльності бесіда експеримент тестування анкетування	патопсихологічна нейропсихологічна соціально-психологічна	факторний аналіз кореляційний аналіз

ЗВ'ЯЗОК СП З ІНШИМИ НАУКАМИ



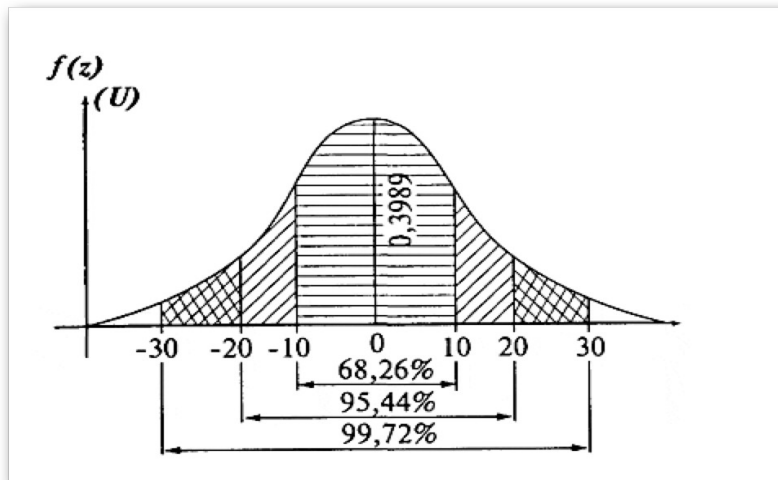
Інші розділи психології:

психологія розвитку, психологія освіти, генетична психологія, клінічна психологія та ін.	Клініко-біологічні науки: нейрофізіологія, нейрохірургія, невропатологія та ін.	Мистецтво: художня література, образотворче мистецтво, мистецтвознавство та ін.
--	--	---

ГАЛУЗІ СП

- Тифлопсихологія
- Сурдопсихологія
- Тифлосурдопсихологія
- Олігофренопсихологія
- Логопсихологія (у тому числі дислексія, дисграфія, дискалькулія)
- Психологія осіб з вадами емоційно-вольової сфери (РДА, РАС)
- Психологія осіб з вадами ОРА (ДЦП, СМА)
- Психологія осіб з затримкою психічного розвитку
- Психологія осіб зі складним дефектом

Тема 2. Сучасне уявлення про нормальний розвиток та розвиток, що відхиляється.



Статистична норма: рівень розвитку, що відповідає середнім показникам, отриманим при дослідженні представників популяції того ж віку, статі, культури тощо. Як правило, це діапазон значень характеристики, розташованих біля середнього арифметичного, у межах стандартного квадратичного відхилення (складає 68%).

Функціональна норма: індивідуальна норма розвитку, за якої (або за умови самостійного розвитку, або з корекційно-педагогічною роботою) людина без тривалих внутрішніх і зовнішніх конфліктів продуктивно виконує свою провідну діяльність, задовольняє основні потреби і відповідає вимогам соціума.

Ідеальна норма: оптимальний розвиток особистості в оптимальних соціальних умовах, вищий рівень функціональної норми.

Аномалія: патологічне відхилення від норми у функціях організму та його частин, відхилення від загальних закономірностей розвитку. **Дизонтогенез:** будь-які форми порушень онтогенезу, тобто розвиток індивіда на відміну від розвитку виду (філогенез).

Згідно з статистикою, кількість дітей з відхиленнями у розвитку невинно зростає.

Причини зовнішньосередовищного рівня:

- дезадаптація суспільства і окремих сімей (через прискорений темп життя / урбанізацію);
- відсутність умов для майбутніх матерів і дітей різних вікових груп (депривація потреб, недостатність задоволення сенсорних і емоційних контактів);
- втручання фармакології на всіх рівнях.

Причини аномалій індивідуального рівня:

Пренатальні – вплив під час внутрішньоутробного розвитку (найважчі – у період диференціації структур головного мозку):

- генетичні відхилення, ускладнена спадковість, хронічні захворювання батьків;
- зловживання батьками алкоголем, наркотиками, палінням;
- фізичні та психічні травми матері під час вагітності;

- інфекційні і вірусні хвороби, токсоплазмоз;
- конфлікт за резус-фактором;
- нефропатія – недостатність діяльності нирок, токсикози і інтоксикація (отруєння).

Натальні – патологія пологової діяльності:

- швидкі, стрімкі пологи;
- тривалі пологи зі стимуляцією;
- використання щипців;
- обвиття пуповиною, що призводить до пологів в асфіксії (задусі);
- пологи значно раніше терміну і з малою вагою тіла.

Постнатальні (прижиттєві) порушення:

Органічні причини:

- пухлини мозку (менінгіоми);
- нейроінфекції (менінгіти та енцефаліти);
- інфекційні хвороби з ускладненнями на мозок;
- закриті і відкриті травми головного мозку, струси мозку, контузії.

Функціональні причини:

- соціально-педагогічна занедбаність;
- емоційна депривація;
- порушення мовлення оточуючих та обмеженість мовленнєвих контактів.

Зазвичай функціональні порушення легші порівняно з органічними і при усуненні несприятливих факторів розвиток інтенсифікується. За правильно проведених корекційних заходів функціональні порушення минають безслідно.

Спадкова обтяженість:

- хромосомні порушення (аберації), що призводять до розумової відсталості, порушень слуху, зору, мовлення, опорно-рухового апарату. Статистика: на 1000 новонароджених приходяться 5-7 з хромосомними аномаліями.

Поліетіологія – вплив кількох поєднаних факторів на походження та розвиток діагнозу. **Первинний дефект:** порушення розвитку, що виходять безпосередньо з біологічної причини, наприклад, хвороби. **Вторинний дефект:** порушення розвитку, що розвиваються на тлі первинного дефекту, через аномальний соціальний розвиток дитини.

Важливо: раннє втручання і корекційний супровід, інакше первинний дефект набуває вторинних нашарувань (відхилень). Саме вони і заважають соціальній адаптації дитини, призводять до педагогічної занедбаності, розладів вольової сфери та поведінки через емоційно-особистісні особливості на тлі дефіциту спілкування і переживань неуспіху.

КЛАСИФІКАЦІЯ ПОРУШЕНЬ

Немає єдиної визнаної класифікації. Варіанти:

I. Діти з відхиленнями через органічні порушення;

- у зв'язку з функціональною незрілістю;
- на тлі депривації;

II. Діти з сенсорними порушеннями:

- інтелектуальними (розумово відсталі та затримкою розвитку)
- мовленнєвими;
- опорно-рухового апарата;
- комбінованими дефектами розвитку;
- викривленим (дисгармонійним) розвитком.

III. Діти з сенсорною неповноцінністю (порушення слуху, зору, мовлення, функцій опорно-рухового апарата і сенсомоторики):

- затримкою психічного розвитку;
- астеничним і реактивним станом і конфліктними переживаннями
- психопатоподібними формами поведінки (емоційні порушення)
- розумово відсталі (олігофренія у ступені дебільності, імбецильності, ідіотії);
- діти з початковими формами психічних захворювань (шизофренія, епілепсія, істерія тощо).

Спільні закономірності аномального розвитку – модально не специфічні:

- порушення роботи з інформацією (може бути притаманним як протягом довгого періоду часу, так і для певного відрізка онтогенезу);
- складність словесного опосередкування: розрив між словом і дією, словом і образом;
- уповільнений процес формування понять;
- ретардація: незавершеність формування психічних функцій даного періоду, відсутність еволюції ранніх форм психічних функцій;
- соціально-психологічна дезадаптованість.

Специфічні закономірності залежно від віку, коли дитина зустрілась із патогенним впливом:

Сомато-вегетативний (0-3 роки): на тлі незрілості всіх систем організм реагує на патогенні впливи комплексом сомато-вегетативних реакцій (загальна та вегетативна збудженість, підвищення температури, порушення сну, апетиту, шлунково-кишкові розлади).

Психомоторний (4-7 років): інтенсивне формування скроневих відділів рухового аналізатора (зокрема лобних відділів) робить цю систему схильною до гіпердинамічних розладів різного генезу (психомоторна збудливість, тіки, заїкання, страхи). Підвищується вплив психогенних факторів (травмуючі стосунки у родині, при звичаєння до дитячих освітніх закладів тощо).

Афективний (7-12 років): дитина реагує із помітним афективним компонентом, від вираженої аутизації до афективної збудливості з явищами негативізму, агресії, невротичними реакціями.

Емоційно-ідеаторний (12-16 років): патологічне фантазування, надцінні захоплення, іпохондричні ідеї (як-то уявна потворність – дисморфофобія, нервова анорексія, – психогенні реакції протесту, опозиції, емансипації).

Тема 3. Основи психологічної діагностики розвитку, що відхиляється.

Основна мета: виявлення структури порушення психічної діяльності.

Важлива діагностика первинності / вторинності дефекта (зادля обрання стратегії і тактики корекційної роботи). Складнощі:

- переважання стандартизованого / інтуїтивно-емпіричного підходу до діагностики;

- невелика кількість фахівців, спроможних до теоретичного осмислення і діагностики особливостей розвитку;

- брак знань про специфічні закономірності психічного розвитку за умов конкретного дефекту;

- малий досвід емпіричної діагностики.

Принципи психодіагностики розвитку, що видхиляється:

1. *Комплексного дослідження дитини:* усебічне обстеження пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери, особистості, навичок, а також урахування висновків лікарів і педагогів.

2. *Цілісного системного вивчення дитини:* віднайдення не одиничних, окремих симптомів, а встановлення зв'язків поміж ними, з'ясування їх причин. Умова успішної реалізації цього принципу – дослідження дитини у межах діяльності.

3. *Динамічного вивчення дитини:* дослідження не тільки актуальних ЗНВ дитини, але й їх можливостей (урахування закону зони найближчого розвитку Л. С. Виготського: на що дитина спроможна під керівництвом дорослого).

4. *Кількісно-якісного підходу при аналізі даних:* аналіз не лише результатів, але і процесу виконання задачі (спосіб, раціональність, логічну послідовність, наполегливість, ставлення до задачі).

5. *Відповідності віку і ситуації.*

Методи психодіагностики:

Спостереження:

- максимально фіксуються об'єктивні зовнішні прояви;
- спостерігають безперервний процес, а не окремі його моменти;
- тривалий і суб'єктивний процес, висновки роблять на ґрунті різних підстав.

Бесіда (з батьками дитини, педагогами):

- важливо заохочувати і підтримувати інтерес батьків;
- ефективність залежить від активності батьків / педагогів, тому важливі довірливі стосунки;

- не можна відкрито критикувати виховні дії батьків / педагогів;
- важливо попередити очікування миттєвих результатів; виробити у батьків / педагогів реалістичні уявлення щодо складнощів і можливостей дитини;

- бажана участь обох батьків / кількох учителів;

- варто спланувати наступні зустрічі та визначити їх задачу.

Експериментальне вивчення дитини (патопсихологічний експеримент):

- повинен моделювати психічну діяльність (гру, навчання, спілкування);
- повинен показати не лише порушені, але й збережені психічні функції;
- прийоми, що використовуються, повинні показати фахівцю не тільки, як дитина шукає рішення проблеми, але залишати можливість втручатися в діяльність, щоб побачити, чи сприймає дитина допомогу, чи може нею користуватись.

Важливо надання дитині дозованої допомоги: перепитування (зادля привернення уваги дитини), схвалення або стимуляція подальших дій, уточнюючі питання, критичні зауваження, демонстрація дії, навчання способу дії.

Інтерв'ю (діагностичне – кероване або некероване):

- етапи: налаштування на співпрацю, вільні висловлення досліджуваного, загальні питання, детальне дослідження, зняття напруги та подяка.

Аналіз продуктів діяльності (контент-аналіз).

Тести (стандартизовані випробування):

- особливості спілкування з експериментатором (чи ставить питання і які, розповідає щось, як іде на контакт);

- динамічні характеристики діяльності: імпульсивність, розгальмованість, поспішність, виснаженість;

- особливості уваги: відволікання, переключення, коливання, показники самоконтролю;

- характеристики моторики: швидкість рухів, координація, сила м'язового тонуса, точність рухів;

- мовленнєві особливості: сформованість фразової мови, труднощі вимови, неправильне вживання слів, обмовки, мовленнєва інертність, порушення регуляторної функції мови;

- способи виконання завдань: метод спроб і помилок, застосування логічних прийомів, перенос способу на аналогічні завдання.

Причини діагностичних помилок:

- помилки спостереження: не були помічені важливі виявлення;

- помилки реєстрації: ставлення фахівця до спостережуваного впливає на те, що він реєструє; різні тлумачення одних термінів різними фахівцями;

- інструментальні помилки: виникають через невміння користуватись апаратурою та вимірювальною технікою;

- ефект «першого враження»: помилка, заснована на переоцінці діагностичного значення первинної інформації;

- помилка атрибуції: приписування досліджуваному рис, яких у нього немає, або розгляд нестабільних рис в якості стабільних;

- помилка неправильної причини;

- пізнавальний радикалізм: тенденція до переоцінки робочих гіпотез та небажання шукати кращі рішення;

- пізнавальний консерватизм: виключно обережне формулювання гіпотез.

Дослідження дітей першого року життя

Проводиться після 1,5-2 місяців. Об'єкти: діти з ознаками раннього органічного ураження мозку / які знаходяться в умовах соціальної або емоційної депривації. Методики: Шкала розвитку Гезела, Денверовська скринінгова методика. *Принципи:*

- набори завдань, що уміщують вивчення моторної, мовленнєвої, пізнавальної, соціальної сфер;

- з віком завдання ускладнюються;

- результати порівнюють з нормативними.

Прийоми дослідження:

- стан рухової сфери: можливість і якість контролю стану голови, рук, пози при сидінні; у дітей старших 8 міс. розвиток шагових рухів;
- розвиток сенсорних реакцій: характер прослідковувань та фіксацій + стан розвитку емоційних та голосових реакцій, характер та вираженість посмішки, коли вона частіше з'являється.

Дослідження дітей раннього віку

Мета: вивчення пізнавальних процесів, емоційно-вольової сфери, домовний та мовний розвиток, руховий розвиток. Важливо: переконатись, що немає грубих дефектів слуху та зору.

Параметри оцінки: дитина приймає завдання, як вона його виконує, чи навчається у процесі, як ставиться до результату діяльності. *Методики:* дошка Сегена, складання пірамідки, матрьошки, парні картинки, розрізні картинки; рухова сфера: загальна та дрібна моторика.

Дослідження дітей дошкільного віку

На початку – бесіда для встановлення емоційного контакту + виявляють словарний запас дитини, як вона орієнтується у часі та просторі, її емоційні особливості (контактність, інтереси, улюблені ігри, заняття). Важливо враховувати новоутворення віку: розвиток перцептивних дій, наочно-образного мислення, провідна діяльність – ігрова, типова діяльність – конструювання та малювання.

Параметри: прийняття завдання, розуміння умов, способи виконання (хаотичні, цілеспрямовані спроби, практичне прилаштування, зорове орієнтування), чи дитина навчається в процесі виконання, як ставиться до результату.

Важливо перевірити мотиваційну готовність до школи: володіння правилами поведінки, реакція на оцінку виконання поставленої задачі, опанування складнощів.

Методики: ті ж самі, ускладнені.

Дослідження дітей молодшого шкільного віку

Мета: дослідити актуальний рівень розвитку, визначити потенційні можливості дитини, взаємозв'язок процесів, що забезпечують пізнавальну діяльність і впливають на емоційно-вольову сферу і особистість, інтереси та потреби дитини, адекватність домагань і самооцінки, критичність стосовно інших та себе, сформованість комунікативних функцій. Методи: вивчення документації, робіт дітей (малюнків, зошитів тощо), бесіда з дитиною та батьками, спостереження за дитиною в процесі діяльності, методики.

Увага до специфічних особливостей як можливих ознак ЗПР: підвищена виснаженість, незрілість емоцій, психопатоподібна поведінка, бідний запас слів, складнощі звукового аналізу, несформованість навичок інтелектуальної діяльності, загальмоване сприйняття, недостатність словесно-логічних операцій

Важливо: у разі дефектів слуху / зору дають завдання на збережені аналізатори, щоб диференціювати таких дітей від розумово відсталих.

Тема 4. Психічний недорозвиток. Поняття про розумову відсталість.

Вроджена або набута затримка або неповний розвиток психіки, що виявляється у порушенні інтелекту та призводить до соціальної дезадаптації (... «неспроможний до самостійної соціальної адаптації»). Стосується, в першу чергу, розуму, проте затримує емоції, волю, мовлення, моторику.

DSM-5: mental retardation => intellectual disability, disorders of intellectual development.

Різниця з набутим дефектом: за умови набутого інтелект знижується від нормального рівня, а за умов недорозвитку – інтелект так і не сягає нормального рівня.

Класифікація за *ступенем важкості*: терміни дебільність, імбецильність, ідіотія – застарілі. Наразі: легка, помірна, важка, глибока. При складності діагностування (за умова глухонімоти, сліпоти) використовують термін «інша розумова відсталість» або «межеве інтелектуальне функціонування».

Поширеність: близько 1% (0,39-2,7%) населення, з них легкий ступінь у 69-90%, співвідношення чоловіків і жінок 1,5:2-2:1.

Етіологія: генетичні причини, внутрішньоутробне ураження плоду (випромінювання, цитомегаловірус, сифіліс тощо), недоношеність, порушення у процесі пологів (асфіксія, пологова травма), травми голови, педагогічна занедбаність у перші роки життя. *Фізіологічна основа*: **дифузні ураження кори головного мозку** різної глибини і різні за обсягом. Своєрідність розвитку: уповільнений, атиповий розвиток, іноді з різкими відхиленнями => якісні і кількісні зміни всієї психічної діяльності.

Зростають ослабленими, дратівливими, багато з них страждають на енурез. Властива **патологічна інертність нервових процесів**, відсутність цікавості до оточуючого, тому емоційний контакт з дорослими, потреба спілкування з ним у дошкільному віці не виникає (як не розвивається і спілкування з однолітками, тому не засвоюється досвід).

Ранній вік: довго не виявляє цікавості до іграшок, не наближає і не намагається маніпулювати, пізно з'являються перші предметно-ігрові дії. Дошкільний вік: дитина *не вміє слідувати словесній інструкції*, ані діяти за зразком, потребує значно більше повторень; реєструється недорозвиненість звичайних видів діяльності: гри, малювання, конструювання, побутової праці. **Проблеми з довільною увагою**: дитина не може концентрувати увагу, одночасно виконувати різні види діяльності; спостерігаються відхилення у мовленнєвій діяльності, мова досить пізно формується (і більш-менш піддається корекції). Складнощі при рішенні наочно-образних задач, адже дитина не може оперувати образами «в умі»; довільне запам'ятовування формується на початку шкільного періоду життя. Слабкість розвитку *вольових процесів*: дитина безініціативна, несамотійна, імпульсивна, їй трудно протистояти волі іншої людини; властиві нестабільність почуттів, крайній характер виявлень радості, засмучення.

Міжособистісна взаємодія. Специфічна комунікативна залежність дитини з РВ від оточуючих: з одного боку, вона не повністю розуміє те, що навколо неї відбувається, з іншої – оточуючі не дуже добре розуміють її. Тому вона може

віддалитись від будь-якого контакту, переживати страх і занепокоєння через необхідність спілкуватись. Незнання цих закономірностей може призвести до занадто швидких висновків про неспроможність такої дитини до спілкування.

Важлива якість спілкування: чи розмовляють з дитиною, чи звертаються до неї, чи намагаються розуміти, чи сприймають як неспроможну до навчання, чи поважають як партнера за комунікацією тощо. Замкнене коло у взаємодії з батьками: через власні очікування і почуття батьки блокують спонтанну увагу і тому зменшують раннє спілкування => дитина не реагує з очікуваною жвавістю (на яку очікують батьки); відчуває складнощі з мотивацією до спілкування і важко оволодіває мовою. Проблема *гіперопіки*: сприйняття дитини як безпорадної, залежної, такої, яка потребує піклування, нагляду => інвалідизація, виховання позиції утримання.

Лікування: якщо визначена причина, проводять специфічне лікування (сифіліс, токсоплазмоз, тощо).

- порушений метаболізм => дієтотерапія (фенілкетонурія тощо);
- ендокринопатії => гормональне лікування;
- фармакологічна корекція емоційної лабільності;
- навчально-виховні заходи, трудова освіта, пристосування.

Фетальний алкогольний синдром (ФАС) – медичний діагноз, який ставлять за низкою фізичних та неврологічних ознак, що виникають внаслідок впливу алкоголю на плід під час вагітності (внаслідок пренатального впливу алкоголю). Характерна наявність специфічних рис обличчя (дисморфій):

- короткі очні щілини;
- згортка епіканта – у внутрішньому куточку ока може бути складка шкіри, що накриває місце де сходяться повіки;
- сплющена або тонка верхня губа;
- відсутній або нечіткий фільтр (жолобок) над верхньою губою;
- пласка середня третина обличчя;
- затримка фізичного розвитку: мала вага при народженні, надалі постійна мала вага, не зумовлена харчуванням;
- порушення розвитку ЦНС, принаймні одне з наступного: зменшений обвід голови при народженні чи пізніше; структурні аномалії ЦНС (мозолистого тіла або мозочка).

Широкий спектр порушень нейророзвитку, до найпоширеніших належить:

- затримка розвитку чи розумова відсталість;
- порушення уваги та проблеми з контролем збудження (однак це не класичний СДУГ);
- проблеми з навчанням (особливо у галузі математики) або пізнавальні розлади — внаслідок проблем із запам'ятовуванням, увагою і складнощами у виконавчій функції.

Успішна стратегія навчання передбачає: використання конкретних прикладних методів, встановлення та дотримання структурованих процедур, використання коротких та простих інструкцій, постійне повторення знань, забезпечення постійного нагляду, можливо, протягом всього життя.

Тема 5. Затриманий психічний розвиток.

Порушення нормального темпу розвитку, коли окремі психічні функції відстають від прийнятих психологічних норм для даного віку. Термін використовують для дошкільного та молодшого шкільного віку. Широко вживається задля позначення темпових характеристик розвитку без урахування етіології.

Діагностують у 50,4% учнів, які не встигають за програмою; серед хлопчиків діагностують вдвічі частіше (важливо: помилка діагностики — чому?). Найчисленніша група привертає увагу відставанням в інтелектуальному розвитку (особливо вік 6-10 років), що зокрема виявляється в обмеженості знань і уявлень про навколишній світ, збідненому словнику, недорозвинених висловлюваннях; несформованості навичок працювати.

Причини:

Біологічні: патологія вагітності (важкі токсикози, внутрішньоутробні інфекції, інтоксикації, травми, внутрішньоутробна гіпоксія плода), недоношеність, асфіксія та травми при пологах.

Соціальні: тривале обмеження життєдіяльності дитини, несприятливі умови виховання, часті психотравмуючі ситуації, педагогічна занедбаність.

Класифікація К. С. Лебединської (за етіопатогенетичним принципом):

ЗПР конституційного походження (неускладнений психічний та психофізичний інфантилізм): емоційно-вольова сфера знаходиться на попередній стадії розвитку, нагадуючи нормальну структуру емоційної будови дітей молодшого віку, притаманні яскраві, але поверхневі і нестійкі емоції, переважання ігрової мотивації, підвищений фон настрою, безпосередність. Складнощі навчання пов'язані з переважанням ігрової мотивації над пізнавальною, незрілістю емоційно-вольової сфери та особистості в цілому.

ЗПР соматогенного походження: зумовлена впливом важким соматичних станів, перенесених у ранньому віці (операції з наркозом, хвороби серця, мала рухливість, астеничні стани) + часто емоційна затримка (невпевненість, боязкість, примхливість, пов'язані з відчуттям фізичної неповноцінності).

ЗПР церебрально-органічного походження: групи з проявами психічної нестійкості (галасні, рухливі, ласкаві та навіть настирливі, легко вступають у конфлікт, сваряться, заважають іншим) та психічної тормозивності (несамостійні, нерішучі, боязкі, повільні; часто плачуть, уникають рухливих ігор, губляться біля дошки, навіть якщо знають правильну відповідь).

ЗПР психогенного походження: пов'язана з несприятливими умовами виховання, які рано виникли і тривало діють. Виникає в трьох основних випадках:

- недостатня опіка, бездоглядність: найчастіший варіант, дитина розвивається за типом психічної нестійкості, коли не виховуються форми поведінки, пов'язані з гальмуванням афекту, не стимулюється розвиток пізнавальної активності та інтелектуальних інтересів. Спостерігаються риси незрілості емоційно-вольової сфери: афективна лабільність, імпульсивність, підвищена навіюваність + брак загальних відомостей, необхідних для засвоєння шкільної програми. !!! варто розрізнявати з педагогічною занедбаністю через

брак інтелектуальної інформації;

- гіперопіка (кумир родини): часто у тривожних батьків, які прив'язують дитину до себе, водночас потураючи її примхам і змушуючи поводитись найзручнішим і найбезпечнішим для себе способом. З оточення дитини усувають усі перешкоди (як справжні, так і уявні), дитина позбавляється необхідності їх опановувати => виховуються неспроможність до гальмування афекту, емоційна лабільність, дитина не ініціативна, егоцентрична, неспроможна до тривалого вольового зусилля, занадто залежна від дорослих. Розвиток йде шляхом психогенного інфантилізму;

- розвиток за невротичним типом: у родинах з дуже авторитарними батьками, де практикують фізичне насильство, грубість, деспотизм, агресія до дитини => розвиваються нав'язливість, неврози, неврозоподібні стани; формується емоційно-незріла особистість з підвищеним рівнем тривожності, нерішучості, можливий синдром завченої безпорадності. Страждає інтелектуальна сфера, адже вся діяльність дитини підкорена мотиву уникання невдачі (а не мотиву досягнення)

Міжособистісне спілкування: усі передмови, необхідні для формування міжособистісного спілкування, неповноцінні: пізнавальна та мовленнєва активність, мовленнєво-мисленнєва діяльність, несформовані усі види мовленнєвої діяльності та її компоненти (не можуть формулювати, не вміють чітко і повно відповідати на питання, ставити питання, висловлюватись у присутності інших, продовжувати розпочату розмову)

Спілкування з однолітками носить епізодичний характер, нормотипові діти спілкуються з такими дітьми рідко та не приймають їх у гру, навіть граючи в групі, така дитина відсторонена, її дії не узгоджені з діями інших дітей. Це більше гра «поряд», ніж «разом з», спілкування про гру відбувається рідко.

На заняттях віддають перевагу працювати на самоті; погано здатні до співробітництва. Відчувають тяжіння до дітей більш молодшого віку, можуть переживати страх перед дитячим колективом. !!! У межах доступного матеріалу здатні користатись допомогою, чутливі до позитивної стимуляції, під її впливом стають уважніші та продуктивніші.

Тема 6. Дефіцитарний розвиток.

Мають на увазі розлади, пов'язані з недостатністю **сенсорних (дистантних) аналізаторних систем** (зір, слух) та **рухових функцій** (опорно-руховий апарат). Окрема категорія дефіцитарного розвитку – **поєднані (множинні) порушення (складний дефект)**, коли до названих порушень можуть долучатись ще й дисфункції психічних і соматичних систем дитини.

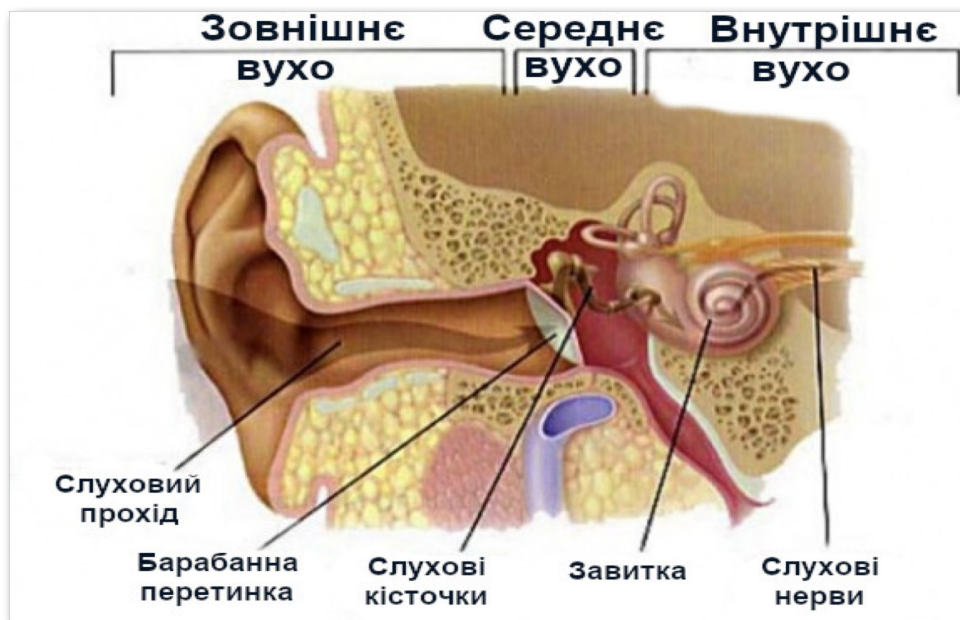
Для всіх таких ліній розвитку, незалежно від виду пошкодженого аналізатора, дітям притаманні:

- зниження кількості та якості інфо, що надходить через пошкоджений аналізатор;
- якісні зміни у взаємодії систем аналізаторів (коли одні системи недорозвинені, а інші збережені і гіперфункціонують);
- специфічність формування психологічних систем;

- залежність системи компенсаторних процесів від часу початку корекційної допомоги та її системності.

!!! Випадки пізнього ушкодження аналізаторних систем традиційно розглядають у межах дефіцитарного розвитку, але суворо кажучи це – категорія **локально ушкодженого розвитку**. Це вкрай важливо для оцінки ступеня інтелектуальної збереженості, яка в останньому випадку набагато вища і дає сприятливіший прогноз.

РОЗВИТОК ЗА УМОВ ДЕФІЦИТАРНОСТІ СЛУХУ. СУРДОПСИХОЛОГІЯ



Недостатність слуху може спричинятись:

- хворобами (менінгіт, енцефаліт, кір, скарлатина, отит, грип та його ускладнення). Якщо уражені внутрішнє вухо та стволова частина слухового нерва, у більшості випадків настає глухота; ураження середнього вуха частіше призводить до часткової втрати слуху;
- вродженою деформацією слухових кісток, атрофією або недорозвиненістю слухового нерва;
- хімічними отруєннями (наприклад, хініном);
- пологовими травмами (при деформації голови дитини при використанні щипців);
- механічними травмами (забій, удар, надсильні звукові подразники);
- через спадкові фактори.

Класифікації порушень слуху. У нормі люди чують звуки в діапазоні 500-3500 Гц (коливань у секунду) від 15 дБ. Глухота – неможливість чути звук силою 80 дБ, туговухість – у межах від 15 до 80 дБ.

Глухі: підрозділяють на ранооглухлих (що народились з порушеним слухом або втратили слух на домовленнєвих етапах) та пізньооглухлих (втратили слух у віці, коли мова була сформована).

Слабкочуючі (туговухі): зі збереженою здатністю до самостійного накопичення мовленнєвого запасу за допомогою залишкового слуху. Мова характеризується вадами, які підлягають корекції у процесі навчання.

Ступені туговухості	може розчути мову, м від вуха	
	шепітна	звичайна розмовна
легка	3-6	6-8
помірна	1-3	4-6
значна	≤1	2-4
важка	0,5	≤2

Специфіка розвитку.

Первинний дефект (порушення слуху) призводить до порушення мовлення, що веде до уповільнення формування цілої низки інших функцій.

Закономірності І. М. Соловйова: 1) обсяг зовнішніх впливів на дитину обмежений, взаємодія з середовищем збіднена => психічна діяльність спрощується, реакції та зовнішні впливи стають менш складними та різноманітними; письмове мовлення (імпресивне, читання, + експресивне, письмо) грають важнішу роль у порівнянні з усним; 2) до того, як буде налаштоване надходження зовнішньої інформації у доступній, неакустичній, формі, розвиток нечуючої дитини значно уповільнений порівняно з нормотиповою. Ці розбіжності з систематичною корекційною роботою зменшуються.

Когнітивний розвиток. Увага. Оскільки зорові подразники більш значущі, ніж для нейротипової дитини, на зоровий аналізатор лягає більше навантаження (наприклад, зчитування інфо з губ вимагає щосекундної зосередженості => дитина швидше втомлюється, втрачає стійкість уваги; дитина потребує більше часу для входження в робочий режим уваги, знижається швидкість діяльності, збільшується кількість помилок).

Продуктивність уваги дуже залежить від образотворчих якостей матеріалу, що сприймається => при навчанні широко використовують наочні засоби – малюнки, довільна – схеми, таблиці). Довільна увага найкраще формується до середини підліткового віку (у нейротипової дитини – на 3-4 роки раніше).

Через запізнення у формуванні довільної уваги затримується і розвиток мовлення. Спочатку він опосередкований дорослим: через вказівний жест або мовленнєву інструкцію дорослий виокремлює предмет з-поміж інших, повертає до нього увагу дитини. З часом дитина навчається керувати власною поведінкою на основі самоінструкцій (спочатку з зовнішніми опорами). !!! Пригадати значення егоцентричного мовлення, провести аналогії і зробити висновки.

Кінестетичні відчуття та сприйняття. Відставання від однолітків. Пізніше починають сидіти, стояти, ходити. Протягом дошкільного віку може зберігатись нестійкість та складнощі у збереженні рівноваги, недостатня координація рухів; затримується формування артикуляційного апарата та дрібної моторики. Окремі з цих характеристик зберігаються до підліткового віку. Спільне пояснення: порушення слуху роблять менш точними процес відбиття рухів і менш точним та швидким їх коректування.

Шкірна чутливість. Найбільше значення з усіх видів шкірної чутливості – у **вібраційних** відчуттів (через них можна судити про предмети, віддалені у

просторі). Задля їх використання дитині потрібна спеціальна освіта, коли дорослий навчає розрізняти вібруючі та невібруючі предмети, вчить локалізувати вібруючий предмет у просторі => у глухих дітей вібраційна чутливість значно підвищується (розрізняють локалізацію вібруючих предметів у 2 рази точніше за здорових).

Вібраційна чутливість може сприяти розвитку мовленнєвої компетентності: деякі вібрації глуха дитина може розрізнявати, коли прикладає руку до шиї того, хто говорить, підносить руку до його рота. Краще сприймаються темп, ритм, наголоси => дитина коригує і власну вимову.

Гірші результати при розпізнаванні предметів із закритими очима (різниця зберігається до старшого шкільного віку), адже потрібний минулий досвід, співставлення, правильна організація процесу дослідження.

Мовлення. Оволодівають мовою лише в умовах спеціального навчання. Спираються на зорове сприйняття, підкріплене мовними руховими відчуттями. Не мають можливості сприймати інтонацію і форми мови, які визначають розвиток чуючої дитини через наслідування.

Умови розвитку словесного мовлення у глухій дитині:

1) відмінний сенсорний спосіб формування первинних образів слів: у здорової дитини спочатку це слуховий образ, у глухій – зоровий, який потім підкріплюється руховими відчуттями (слово пишуть, дактилюють або артикулюють). Дитина сприймає дидактичні таблички нерозчленовано (колір, фактура, літери; феномен «**глобального читання**»); педагог співвідносить таблички з різними предметами і діями => у дитини закладається уявлення про сигнальну функцію слів та їх фонетичний склад.

2) Мовний матеріал інакше аналізується. У здорової дитини спочатку формується здатність розмовляти, потім – вокремлювати з словесного потоку слова, ще пізніше – робити фонетичний аналіз слів, адже *дискретність слів* легше сприймається на око, ніж на слух. Глуха дитина навчається словам побуквено, потім вчиться дрібнити їх на слоги (через рухові компоненти мови); це дуже тривалий процес, адже зоровий образ дуже довго домінує над руховим.

3) Відмінні типи граматичних перетворень. У чуючої дитини слово сприймається як ціле, у разі перетворень воно починає звучати інакше (наприклад, змінюється наголос). У глухій дитини образ слова сприймається через зір, а ці перетворення сприймаються як суто «зовнішні».

4) Своєрідність помилок: спочатку діти складно розрізняють частини мови, не завжди правильно їми користуються, важко оволодівають допоміжними частинами мови, неправильно використовують суфікси та закінчення. Пізніше залишаються помилки, пов'язані з тоншими системами мови (розрізнення родів та числа). До старшого шкільного віку спостерігаються помилки керування та узгодження слів.

Ранні розбіжності між глухими та слабочуючими: тривалий час (інколи до 4-5 років) у мовній поведінці може не бути помітно різниці, діти демонструють мову характеру активного лепету, лепетних та усічених слів. До 7 років мова слабочуючих починає стрімко розвиватись, з'являються окремі слова і фрази (зі значними граматичними і фонетичними викривленнями), вони реагують на

звернення у межах певної ситуації, відбувається збіднення лепетної мови (на відміну від глухих).

Дактильне мовлення – кінетична форма словесної мови, рухи рук означають букви алфавіту. Спілкуючись за допомогою дактильної мови, співрозмовники слідуєть правилам письмової мови. Дактилування обов'язково супроводжується усним мовленням, дактилування полегшує сприйняття з губ. Позначення дактилем має бути чітким і однозначним!

Українська дактильна мова налічує 33 дактильні знаки, які відповідають українським літерам. Кожна дактилема передається трьома способами: рухами пальців, конфігурацією пальців, рухом кисті руки.

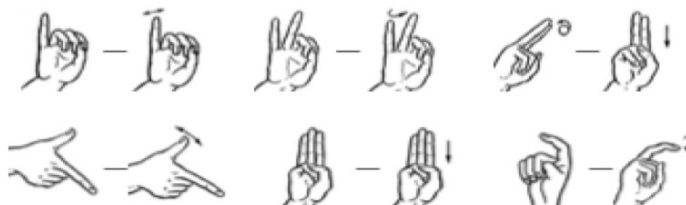
23 дактилеми зображаються лише конфігурацією пальців:



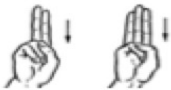
9 дактилем — поєднанням конфігурації та руху кисті руки:



Необхідність руху при позначенні дактилем зумовлена, най-перше, подібністю конфігурації наступних дактилем:



Слід звернути увагу на різнотипні рухи кисті руки:

- рух кисті в зап'ясті 
- рух кисті вниз 
- опис контуру писаної літери 

Дактилування відбувається за орфографічними та пунктуаційними правилами відповідно до норм написання.

Жестова мова – самобутня лінгвістична система, за якої усне мовлення не використовують. За умови використання калькуючої жестової мови, жести

вживають як еквіваленти слів, порядок їх слідування – такий же, як і в реченні, жести супроводжують усним мовленням.

Часто глухі люди володіють обома системами мовлення, які співіснують, а комунікативні функції розподіляються.

Найперший жест, який з'являється, вказівний. Для позначення частин тіла глуха людина завжди користується тільки цим жестом. Для позначення дії використовується його імітація. Існує імітація характеристик предмету, тоді використовується міміка обличчя і виражальні жести (наприклад, гіркий, гидкий).

Мислення. Специфіка: застягання на кожному етапі, інертність і важкість переходу на наступний рівень. Значно пізніше оволодіння всіми формами мислення і операціями аналізу, синтезу, абстракції, співставлення + надскладний перехід на етап словесно-логічного мовлення. Навчання словесно-логічного мислення не відбувається інтуїтивно і за наслідуванням: дитину окремо вчать виділяти спочатку видимі, зовнішні властивості предмету, потім його функціональне призначення, родову і видову приналежність. Дитину окремо навчають стосункам між предметами за типом «причина – наслідок», «ціль – дія» тощо.

Особистість та емоційно-вольова сфера. Через відставання у формуванні мови, глуха дитина складніше усвідомлює власні та чужі емоційні стани, у неї пізніше формується співчуття => міжособистісні стосунки спрощуються. Це покращується через навмисне привернення уваги глухої дитини до засобів вираження емоцій, використання міміки, виразних засобів мовлення.

!!! Сімейна атмосфера: у глухих батьків глухі діти виховуються з такими ж емоційно складними проявами, як і в звичайних сім'ях; ці діти більше спілкуються з однолітками, ніж глухі діти чуючих батьків, вони більш допитливі, їм більше притаманні лідерські якості. Глухі діти здорових батьків більш сором'язливі, прагнуть усамітнення, менш комунікабельні.

Останній повний тиждень вересня, остання неділя – Всесвітній день глухих (з 1951р., рік створення Всесвітньої організації глухих).

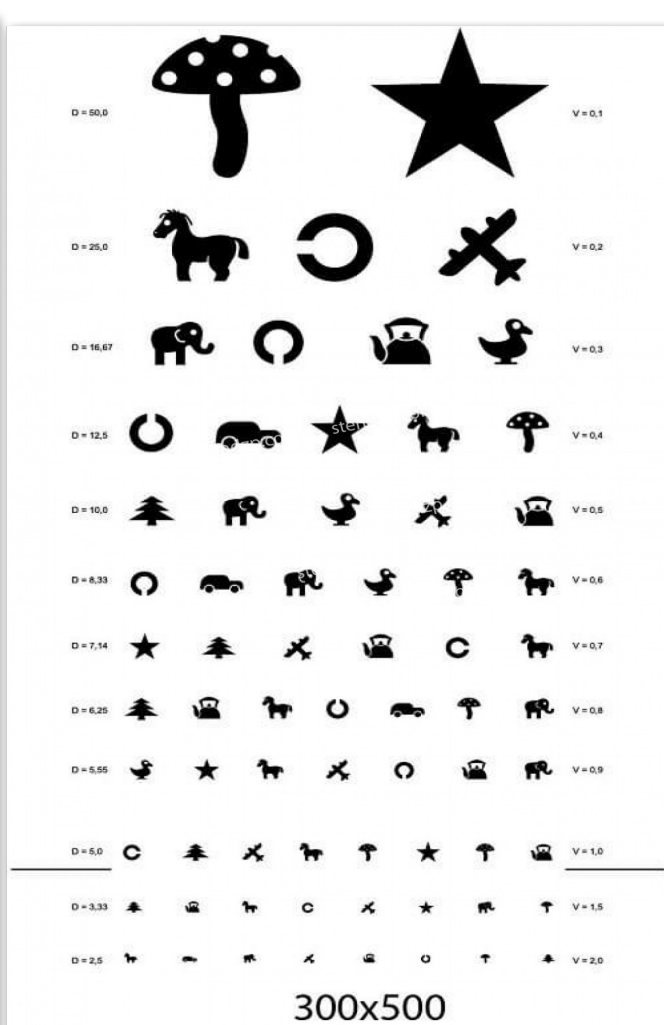
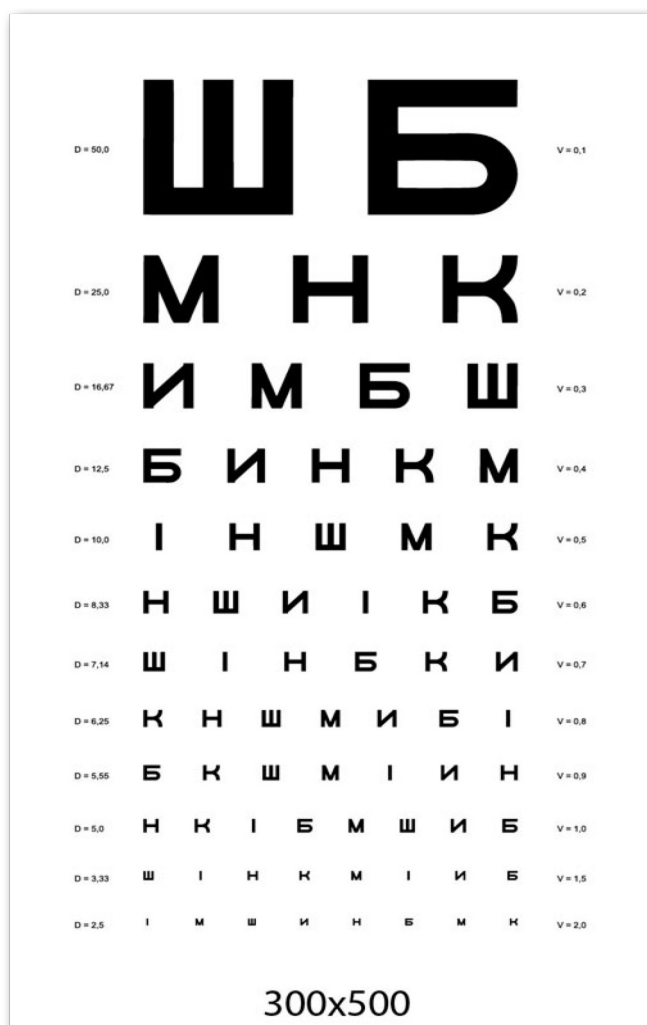
РОЗВИТОК ЗА УМОВ ДЕФІЦИТАРНОСТІ ЗОРУ.

ТИФЛОПСИХОЛОГІЯ

На даний момент предмет уваги тифлопсихології (від *tiphlos* – грец. «сліпий») – не лише сліпі, але й особи з глибокими порушеннями зору, діти з амбліопією та косоокістю

Амбліопія («ліниве око») – очне захворювання, при якому зниження гостроти зору не коригується за допомогою окулярів або контактних лінз. Корекцію амбліопії переважно роблять у віці до 6-7 років; у дітей старших 11-12 років амбліопія практично не піддається лікуванню.

Виріювання зору за таблицями: Нормальна гострота зору = 1,0, 10 рядок таблиці з відстані 5 м, різниця між рядками – 0,1 у гостроті => верхній рядок гострота 0,1, 4й рядок гострота зору 0,4.



Класифікації груп дітей з вадами зору. Залежно від гостроти зору:

Сліпі: з повною відсутністю зорових відчуттів або з остаточним зором (тах=0,04 для ока, що бачить краще з вживанням окулярів), або зі спроможністю світловідчуття.

Тотально сліпі: діти з повною відсутністю зорових відчуттів

Частково (парціально) сліпі: діти, які мають світловідчуття або форменний зір (здатність відокремлювати фігуру з фону), гострота зору 0,005-0,04.

Слабозорі: з гостротою зору від 0,05-0,2. Важлива відмінність: зоровий аналізатор залишається основним джерелом сприйняття і може використовуватись як провідний у навчальному процесі.

Залежно від часу настання дефекту:

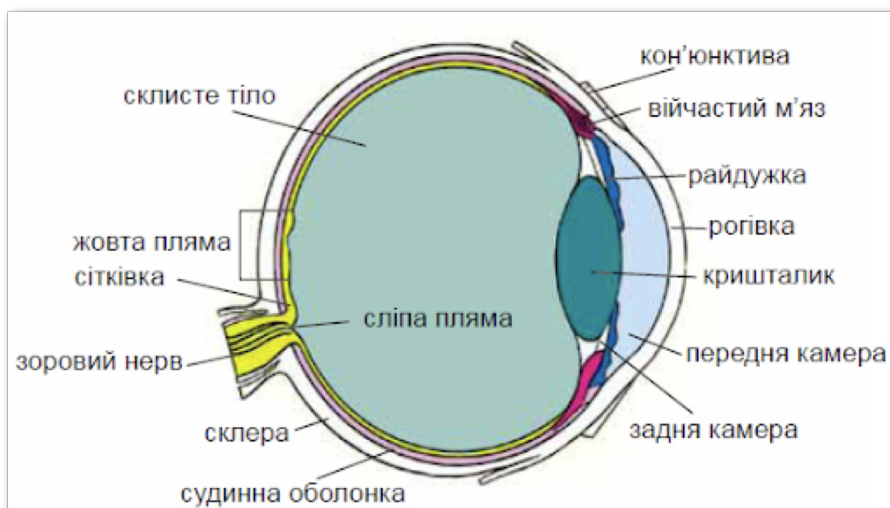
Сліпонароджені: з вродженою тотальною сліпотою або осліплі до 3 років. Не мають зорових уявлень, процес розвитку відбувається з повним випадінням зорового аналізатора

Осліплі: втратили зір у дошкільному віці або пізніше.

92% слабкозорості та 88% сліпоти мають вроджений характер, причому є тенденція до збільшення частоти вроджених аномалій у випадках дефіцитарності зору.

Причини: зовнішні (патологічний перебіг вагітності, вірусні хвороби матері, токсоплазмоз, краснуха) і внутрішні (генетичні: порушення обміну речовин, альбінізм, спадкові захворювання, спадкова патологія судинної

оболонки, захворювання рогової оболонки ока, вроджені катаракти, патології сітківки).



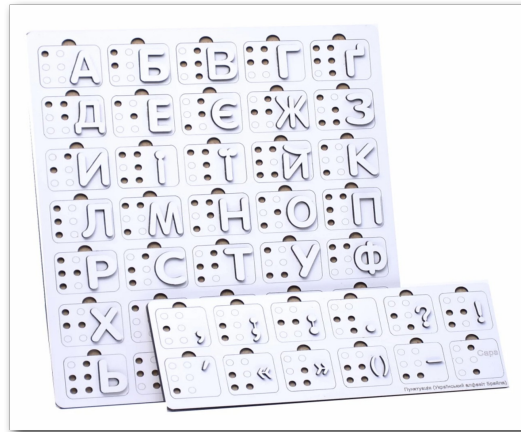
Розвиток пізнавальної сфери дитини з дефіцитарністю зору. Увага і сприйняття. Обмеженість зовнішніх вражень негативно впливає на формування якостей уваги. Загальмованість процесу сприйняття, яке відбувається за допомогою дотику або порушеного зорового аналізатора, виявляється у неповноті або фрагментарності образів, зниженні стійкості та обсягу уваги

Сліпа або слабозора людина потребує *компенсації* зорової недостатності через усі збережені аналізатори. Образи ніколи не *одноmodalні*, їх структура завжди складна і уміщує інформацію від різних аналізаторів. Домінувати може як дотиковий аналізатор, так і слуховий.

Слух: дозволяє сприймати об'єкт дистантно, через слух можна відслідковувати взаємодію зовнішніх об'єктів => це робить орієнтування точніше. Через постійне тренування слух сліпої або слабозорої людини загострюється.

Дотик як компенсація: також спостерігається ефект *сенсibilізації*. Наразі описаний *активний* (працює більше кінестетична, менше тактильна чутливість) і *пасивний* (дії обмацування редукуються, залишається тактильна чутливість) дотик сліпих.





Луї Брайль (1809-1852): французький тифлопедагог, осліп у 3-літньому віці. Розробив рельєфно-крапковий шрифт для сліпих.

Прообраз шрифту використовував педагог Луї у Паризькому університеті для сліпих (наклеював рельєфні літери на бумагу), куди Луї віддали в 10 років через величезну жагу до знань.

Ідею системи шрифту о 15 років Луї запозичив від військових, які користувались віддалено подібною системою вночі. Після значного доопрацювання автором ще протягом кількох років, систему почали впроваджувати в активне використання і назвали ім'ям створювача.

Читається однією або двома руками зліва направо. Є комбінації символів для частовживаних слів і словосполучень. У середньому сліпі читають зі швидкістю 200 слів на хвилину.

Для оволодіння шрифтом Брайля потрібний досить високий рівень розумового розвитку, адже він потребує не лише аналізу структури кожного знака, але й поєднання знаків у цілісний образ, тобто пізнання повинно йти поряд з аналітико-синтетичною діяльністю.

Необхідний розвиток рухових та дотикових навичок: координації обох рук, вказівних та інших точок задля відчуття крапок, навичок легкого та рівномірного натиску для крапки шрифту Брайля, навичок безперервного руху руки по шестикрап'ям шрифту зліва направо тощо.

Пам'ять. Сліпі і слабкозорі вимушені тримати у пам'яті матеріали, яких зряча людина не потребує. Досвіди на прикладі кривої Еббінгауза: сліпі запам'ятовують краще і тримають у пам'яті довше як осмислену інформацію, так і беззмістовні склади; обсяг їх пам'яті в середньому більший.

Більше виражений ефект краю та менша гнучкість сформованого образу, сліпі більше дотримуються порядку запам'ятовування (вірогідно, через стомлення н/с та інертність ЦНС за умов порушення зору). Водночас осмислення, класифікація, аналіз і синтез матеріалу краще у зрячих: дитині важко диференціювати ознаки на першорядні та другорядні.

Мислення. Найпоширеніші теорії стосовно взаємодії мислення і зору:

- ☐ Теорія прискореного розвитку мислення сліпих і слабкозорих;
- ☐ Теорія негативного впливу порушення зору на розвиток мислення;
- ☐ Концепція незалежності рівня мислення від дефектів зору (важливо: організувати і скеровувати розвиток дитини).

!!! Сліпим важче даються дії у внутрішньому плані; їм важко організовувати предмети у групи, вони швидко втрачають спільну основу задля групування предметів, потім важче переходять від поєднання предметів за зовнішньою ознакою до поєднання за внутрішньою ознакою.

Мовлення і спілкування. Принципово становлення мовлення відбувається таким же шляхом, проте мова збіднена, розвивається повільніше, порушується словарно-семантичний бік мовлення, з'являється формалізм.

Притаманний т. зв. *вербалізм мови*, коли відсутня відповідність між словом та образом, що потребує окремої корекційної роботи задля разом з оволодінням її експресивною функцією та мімікою.

Розвиток особистості та емоційно-вольової сфери. Номенклатура емоцій ідентична, проте якісно вони можуть відрізнятись.

Особливе місце – момент усвідомлення своєї відмінності від однолітків (4-5 років – сам факт відмінності; підлітковий вік – переживання свого «дефекту», юнацький вік – обмеження у виборі професії і виборі партнера). Для осіб, які втратили зір нещодавно, притаманні знижена самооцінка, низький рівень домагань, виражені депресивні компоненти поведінки.

Сліпі переживають більше страху і небезпеки стосовно незнайомої ситуації (навіть при знайомстві з живими істотами). Проте думка про меншу емоційність, більш спокійну та врівноважену вдачу – стереотип, який виник через обмежену експресивність сліпих. При цьому у спілкуванні сліпі краще розпізнають відтінки емоцій співрозмовника та адекватно виділяють характеристики його особистості (активність, домінантність, тривожність – краще).



Джон Брамблїтт – найвідоміший сучасний художник, який малює, проте не бачить власні картини. Втратив зір у 30 років, наразі працює як консультант для музеїв та співавтор програм навчання для сліпих людей. Картини продаються у більше, ніж 120 країнах.

13 листопада – міжнародний день сліпих (визначила ВООЗ на честь Валентина Гаюї, директора першої школи для сліпих дітей, яку він організував на власний кошт. Один із його учнів, підібраний на паперті, Франсуа де Лезюер створив перший рельєфний шрифт для сліпих, «унціал», прообраз Брайля).

ДЕФІЦИТАРНІСТЬ МОВЛЕННЯ. ЛОГОПСИХОЛОГІЯ.

Галузь СП, що вивчає психічні особливості людини, яка має мовні порушення первинного характеру. Л. С. Виготський: «дефект певного аналізатора або інтелектуальний дефект не спричиняє ізольованого випадіння відповідної функції, а призводить до цілої низки відхилень».

Наслідки: обмеженість уявлень, вади пам'яті; недостатня концентрація та цілеспрямованість уваги; зниження рівня узагальнень та вміння будувати причинно-наслідкові зв'язки; порушення соціальних зв'язків із оточуючим світом, почуття відчуженості та самотності.

Гіпотези щодо *етіології*: 1. загальноорганічна інтелектуальна дефектність (через що часто паралельно спостерігають РВ або ЗПР); 2. когнітивна затримка наслідуює вади розвитку мовлення, група таких дітей дуже *поліморфна*. Дослідження Поля Брока та Карла Верніке (19-те ст.): центри мовлення, О. Р. Лурія (20-те ст.).

Причини мовних порушень: порушення *периферичних і центральних* відділів аналізаторів:

□ **слухового** (страждає сприйняття усної мови => *сенсорна алалія / афазія*, порушення фонематичного слуху);

□ **зорового** (порушення сприйняття письмової мови);

□ **рухового** (вади вимовляння через порушені *рухливі* [язик, губи, м'яке піднебіння] та *статичні* [тверде піднебіння] органи артикуляції + органи голосоутворення та дихання [голосові зв'язки, гортань, легені, бронхи, трахея, діафрагма]).

Лінгвістична характеристика мови. Види мови:

Експресивна (яку відтворюють): висловлювання, спрямоване зовні, що проходить етапи задум > внутрішня мова > зовнішнє висловлювання. Розрізняють *усне і писемне експресивне мовлення*.

Імпресивна (яку сприймають): процес *розуміння* усної або письмової мови, проходить етапи сприйняття повідомлення > виокремлення інформаційних моментів > формування у внутрішньому мовленні загальної смислової схеми сприйнятого повідомлення.

Усне мовлення уміщує в себе: фонетичний, лексико-граматичний (слова, фрази, повідомлення), мелодико-інтонаційний (інтонація, голос, забарвлення), темпо-ритмічний аспекти. Розрізняють *діалогічне та монологічне усне мовлення*.

Лінгвістичні порушення

Фонетичні: неправильна вимова одного або кількох звуків (шиплячих, свистячих, середньо- та заднеязичних; порушення твердості-м'якості, глухості-дзвінкості приголосних).

Лексико-граматичні: обмежений словниковий запас, збіднена фраза, неправильне узгодження слів у фразі, неправильне вживання прислівників та

падежів, недомовлення та перестановки слів.

Мелодико-інтонаційні: неправильне вживання наголосу (логічного у фразі, граматичного у слові), порушення тембру, сили, висоти голосу (тихий, хриплий, придушений, невиразний, верескливий, глухий, недомодульований).

Темпо-ритмічні: прискорений темп (через перевагу процесів збудження у г/м, *тахіалалія*), уповільнений темп (через перевагу процесів гальмування, *брадіалалія*), переривчастий темп (паузи, спотикання, запинки несудомного та судомного характеру [заїкання]).

Порушення письмової мови: письма (неправильна перешифровка фонем в графему, недописки, пропуски та змішання букв у слові, недоузгодження та перестановки слів у реченні) та читання (заміна та змішання звуків, побуквене читання, викривлення звуко-слогової структури слова, порушення розуміння прочитаного).

Клінічна характеристика мовлення. Дитячі порушення мовлення мають обернений характер через високу пластичність мозку.

Мовні порушення можуть бути *фізіологічного* (спричинені термінами созрівання центральних структур г/м) та *патологічного* (хворобливого) характеру. Патологічні уміщують *центральні* та *периферичні, органічні* та *функціональні*.

Порушення звуковимовлення периферичного характеру	
Механічна дислалія	Пов'язані з порушеннями артикуляційного апарата
Функціональна дислалія	Порушення функції артикулювання, неправильні і неточні рухи артикуляційного апарата за умов їх збереженої будови
Ринолалія	Порушення голосу, спричинені порушенням будови артикуляційного апарата у вигляді незрощеної губи, альвеолярного відростка, ясен, твердого і м'якого піднебіння; інші причини – аденоїди, пухлини, викривлення носової перегородки
Ринофонія	Порушення тембру за нормальної артикуляції через дискоординацію ротової та носової порожнин
Дисфонія	Розлад фонації через патологічні зміни голосового апарату
Порушення центрального характеру	
Дизартрія	Порушення звукової системи мови (звуковимовлення, просодіки (мелодіки) голосу) через органічні ураження ЦНС. Порушення можуть не обмежуватись мовним аспектом, але торкатись і лексико-граматичної сторони, і розуміння мови
Алалія	Відсутність та недорозвиток мови через органічне ураження мовних зон кори г/м у внутрішньоутробному та ранньому періоді розвитку дитини (до формування мови). <i>Моторна:</i> складнощі у розвитку власної мови; <i>сенсорна:</i> складнощі у розумінні чужої мови
Афазія	Повна або часткова втрата мови через важкі травми г/м, запальні процеси г/м, пухлини
Дисграфія (аграфія)	Часткове або повне порушення процесу письма: нестійкі оптико-просторові образи букв, викривлення звукоскладового складу слова і структури речення (через порушення задньолобних, ніжньотім'яних, скроневих та потиличних ділянок мозку)

Дислексія	Стійке порушення читання через недорозвиток тім'яно-скронево-потиличної ділянки г/м
-----------	---

Когнітивні процеси дітей з вадами мовлення. *Відчуття та сприйняття.* Погіршується сприйняття в ускладнених умовах (наприклад, на зашумлених картинках): зростає час реакції, діти більше вагаються стосовно правильності своїх відповідей, роблять більше помилок. Пізніше це може впливати на розпізнання літер і спроможність до навчання письма (дисграфія) і рахування.

Порушене просторове сприйняття («справа», «зліва»). Малюнки збіднені деталями, примітивні, містять оптико-просторові порушення.

Увага. Нестійка, гірше розвинена довільна увага, дитині важко планувати власні дії, контролювати перебіг діяльності, концентруватись. !!! важче виконати завдання за умов словесної інструкції, ніж зорової.

Своєрідний характер відволікань: нейротипові діти відволікаються «на дослідника» (із намаганням вгадати, чи правильно вони виконують дію), з порушеннями мовлення – вбік від дії.

Мислення та уява. !!! можливості реалізовувати мисленнєві операції не пошкоджені, але дуже страждають запас знань та самоорганізація, адже відсутнє і внутрішнє мовлення (що чревате психофізичною розгальмованістю, відсутністю цікавості до завдання).

Інертність, недостатня рухливість, однотипність, вище виснажуваність діяльності (наприклад: створюють значно менше образів у відповідь на плями Роршаха).

Особистість. Сензитивність, пасивність, залежність від оточуючих, схильність до спонтанної поведінки.

Недостатньо критично оцінюють власні можливості, часто переоцінюючи їх; є захисне прагнення втримати успіх навіть на зниженому рівні (переходячи на полегшені завдання у дослідженні).

Порушення мовлення можуть поєднуватись з РВ або ЗПР, порушеннями слуху та РАС. !!! Часто точний діагноз (а тому і визначення правильної стратегії корекційної роботи) можливий лише за умови динамічного вивчення дитини (навіть у процесі занять). Критерій для діагностики ізольованих порушень мовлення: найбільші складнощі викликають завдання з мовною інструкцією.

Позитивні ознаки: немає інертності психічних процесів, дитина спроможна до переносу принципа дії на аналогічне завдання, дитина навмисно уникає мовної реакції / відповіді, демонструє зацікавленість та кмітливість

!!! для РДА симптоматичні (окрім мовних порушень): відсутність контактності дитини, мови жестів та міміки, непередбачуваність та незрозумілість реакцій, своєрідні жести рук перед очами, маніпуляція предметами, розгойдування.

Дислексія. Проблеми з читанням. 10% всіх людей (близько 700 млн) => з 30 дітей у класі 2-3 є дислексики. Супроводжується емоційними проблемами, агресивністю, делінквентністю, соціальним виключенням.

Складнощі з фонологічним декодуванням: перевод фонем у графему (що

в нормі робиться автоматично) => це забирає забагато уваги, виснажує, не залишає фокусу власне на смисл.

Можливе замкнене коло з мотивацією до читання: важко на початку – примус – не вдається – не хочеться і братись.

Нейрологічна основа, НЕ погана освіта, НЕ проблеми вдома !!! адекватний інтелект.

Список для перевірки ранніх симптомів дислексії Лізи Лонг
МОВЛЕННЯ • перевертання або змішування звуків: замість “таксі” – “таскі”, “море” – “роме” тощо • проблеми з відтворенням деяких фонем • повільніше оволодіння мовленням
ТІЛО • тривалий час дитина не може визначитись із домінантною рукою, правоб або лівою • проблеми із зав'язуванням шнурків • хронічні вушні захворювання у ранньому віці
ЧИТАННЯ • дитина дуже повільно набуває нових навичок читання • відчуває труднощі у прочитанні незнайомих слів, часто дофантазовує, оскільки не може вимовити слово • жаліється, наскільки важко читати, або “зникає”, коли справа доходить до читання

Психологічний аспект питання. Негативний бік.

- 40% смертей у віці 10-24 роки: через тривогу, депресію, ізоляцію в школі

!!! Прямий зв'язок між здатністю до читання та психологічним благополуччям

- у 3 рази вище суїцидальний ризик, 3 рази більше ризик не закінчити школу (+ антисоціальна поведінка, маргіналізація, делінквентність)

- Переважна більшість у складі вибірки ув'язнених (вчасно не діагностовані)

- Явище «когнітивної смерті»: втрачена мотивація до навчання

!!! Ярлики вішаються дуже легко, але дуже важко знімаються!

Позитивний бік. Дослідження: краще візуалізують у 3-вимірному просторі (=> свідомо стратегія найму). Зв'язок з творчістю.

Як можуть виглядати **вправи для дислексиків**? Якщо складнощі, спрощувати через написання, використання фішок, кольорових карток.

Генерація: придумати слова, що починаються на певну літеру / певний слог.

Детекція: дитина чує завдання – яке слово починається інакше? – і утримуючи в голові завдання слухає слова: КІТ, КИТ, ЛІД. Або яке слово закінчується інакше? – і слухає слова: МИР, ПАР, ПАК.

Блендінг: скажи, що утвориться, коли ти змішаєш «К» та «ІТ».

Сегментація: розділити почуте слово на ФОНЕМИ / склади (увага, відповідність фонем і графем – важливий етап роботи, який може тривати досить довго).

Видалення: якщо видалити «ВО» з «ВОДА» – що залишиться?

Заміна: якщо замінити «Р» на «П» в «РУЧКА».

Інверсія: якщо змінити місцями перші звуки у «КРОКОДИЛ»; якщо поміняти місцями перші звуки у словах «РАК» і «ТОМ».

Gill Sans	rn m	MW	dpqb	l l i j j
Verdana	rn m	MW	dpqb	l 1 I i j J
OpenDyslexic	rn m	MW	dpqb	l 1 I i j J
Times	rn m	MW	dpqb	l 1 I i j J
Helvetica	rn m	MW	dpqb	l 1 I i j J

Шрифт Бозра для дислексиків

Дисграфія. 1 з 5 студентів – дисграфік. Пов'язані фактори: проблеми з дрібною моторикою, дислексія, проблеми з мовленням, проблеми з увагою і розрізненням часу.

Що працює: заохочення; спочатку проговорити – потім писати; зменшити обсяг завдання / збільшити час на виконання; клавіатура; нотатник; вкладиші з абеткою-нагадуванням; порції; не виправляти забагато; перевага презентації перед письмом.

Рівні знань і навичок	Фокус проблеми	Як виявляється в процесі письма
Вищий	Генерація ідей, фонові знання, жанрові знання, організація, мотивація і так далі	Зплутаність стосовно змісту може відволікати того, хто пише, від процесів середнього і нижчого рівнів
Середній	Структура речення, переходи, граматики, зв'язність мови	Може впливати на вираз ідей і професійного рівня
Нижчий	Побуквений напис, почерк, візуально-просторова організація	Може відволікати від інших питань і втручатись у вираз

Дискалькулія. Може бути спричинена одним або декількома наступними дефіцитами: (1) робоча пам'ять і увага (2) означення кількостей символами (3) виконавче функціонування (4) візуальні або просторові навички.

До 14% студентів із проблемами у навчанні мають дискалькулію. 1/3 людей з дискалькулією мають тільки проблеми з математикою, 2/3 – проблеми з математикою та читанням.

Приклади завдань, де студенти відчують складнощі: множення, розуміння сенсу цифр, розуміння часу по годиннику, рахунок, математичне розмірковування, відрахування решти, геометрія, інтерпретація математичних символів. !!! У людей з дискалькулією інтелект середній або вище середнього; справа НЕ в лінощах.

Що таке “виконавче функціонування”?	Стратегії покращення
Емоційний контроль: важко приймає негативний зворотній зв'язок, занадто реагує на несправедливість, важко завершує справу, якщо через щось фрустрований (наприклад, через помилки)	Візуальні: кольорове кодування, візуальні плани для завдань, когнітивні мапи, фото-зразок, яким повинен бути стіл / шафа
Імпульс-контроль: швидко мчить через діяльність, не перевіряючи себе, непослідовний у дотриманні правил	Підтримка у переході: завчасно попередити за допомогою таймера, оголошення чи дзвоника
Планування і пріоритезація: важко визначається, які кроки потрібні для досягнення цілі, може не знати, як почати справу, легко починає чутись перевантаженням	Моделювання: показати / допомогти виконати потрібну дію
Організація: неспроможність відслідковувати інформація та речі, через що постійно стрибає з однієї справи на іншу	Рутини: скласти рюкзак, пенал, перевірити закладки, щоденник
Розпочинання справи: не маючи плану, важко приступити до справи. Може здаватись ледачим або прокрастинатором, але часто завмирає і нічого не робить через перевантаження	Системи: наприклад, завжди класти нотатник в одне відділення рюкзака
Гнучкість: сприймає речі буквально, не бачить альтернатив і вирішень, важко змінює курс	Мінімізація: зменшити сміття – встановити смітники, відділення в шафі, додаткові полицьки, додати етикетки
Робоча пам'ять: важкість із мультизадачністю, пам'яттю на напрями, розумінням того, що тільки-но пояснили	Тайм-менеджмент: таймери, електронні графіки, які розбивають дію на кроки
	Соціальні скрипти: чіткі описи, на що очікувати і як поводитись

ДЕФІЦИТАРНІСТЬ УВАГИ. ГРДУ.

Нейробиологічний розлад самоконтролю. Основні симптоми: *гіперактивність, імпульсивність, порушення уваги.*

Ці симптоми призводять до порушення функціонування дитини у всіх сферах життєдіяльності. Часто – коморбідний розлад (РАС, дислексії). Може маскувати БАР.

3% (від 4 до 8) дітей та 1% дорослих. Проявляється у віці близько 4 років. *Невидима неповносправність.*

Можливі негативні наслідки: труднощі з навчанням, «некерована поведінка» (=> вторинні поведінкові розлади), конфлікти з соціальним оточенням, самотність, дефіцит соціальних навичок, проблемне соціальне середовище, низька самооцінка, розвиток вторинних психіатричних розладів, травматизм, нещасні випадки.

Гіпотези, що не знайшли підтвердження: неадекватна дисципліна з боку батьків, багата на углеводи / харчові добавки дієта, гормональна дисфункція (зокрема щитовидної залози), вплив грибків / паразитів на г/м.

Етіологія: генетичний фактор (15-20% матерів та 20-30% батьків) та фактор органічного ураження ЦНС => недостатня і невідповідна віку зрілість функцій фронтальної кори г/м => недостатня здатність контролювати / гальмувати власні імпульси і бажання.

Функції лобної кори (командного пункту): пригальмовування імпульсів та емоцій, аналіз інформації, контроль над поведінкою. Саморегуляція здійснюється відповідно до нашого попереднього досвіду, цілей і правил. Передбачення наслідків, планування.

У випадку РДУГ увага керується найяскравішими характеристиками стимула. !!! У різних середовищах діти поведуться по-різному. Залежно від статі репрезентація дещо відрізняється (хлопці рухливіші та імпульсивніші і привертають більше уваги, дівчата балакучіші та неуважніші).

Різні ступені важкості і підтипи (гіперактивність+імпульсивність, тільки розлади уваги, імпульсивність+розлади уваги). Різна клінічна картина залежно від віку (у 60-75% симптоми залишаються, але модифікуються – рухливість дещо вщухає).

Тріада основних симптомів

гіперактивність	імпульсивність	порушення уваги
- не може всидіти на місці, вовтузиться - часто залишає місце в ситуаціях, коли потрібно сидіти (наприклад, на уроці) - багато бігає і все перевертає (еквівалент у дорослих: - відчуття внутрішньої напруги і постійна потреба рухатись) - діє немов заведений, як іграшка з внутрішнім моторчиком - не може тихо гратись і відпочивати - занадто багато говорить	- поведінкою керують імпульси, не план і не правила - говорить наперед, не дослухавши питання - знає, як поводитись, але не може - нетерпеливий, має труднощі з очікуванням своєї черги - занадто ризикує - імпульсивне мислення і спілкування (перескакує з однієї теми на іншу) - часто перериває інших і - втручається в їхню діяльність або розмову	- не з змоє зосередитись на деталях - відволікається на сторонні подразники - має проблеми з концентрацією на завданні - уникає / неохоче вступає в діяльність, яка потребує тривалого зосередження - часто не слухає, коли до нього звертаються - забудькуватість - не дотримується вказівок і не виконує завдання до кінця - часто губить або забуває речі

Додаткові симптоми ГРДУ

Розлад аналізу інформації	○ Нездатність відрізнити перше, емоційне враження від об'єктивної реальності; емоційні, необдумані дії на основі помилкової оцінки ситуації ○ Бракує часу на аналіз і синтез різних аспектів ситуації ○ Інформація про теперішню ситуацію не встигає інтегруватись у попередній досвід; недоступний прогноз
Розлад контролю емоцій	○ Емоції є сильним імпульсом, немає їх контролю, що важливо у великій кількості ситуацій ○ Емоційне сприйняття ситуації та емоційні дії, що легко піддаються провокуванню ○ Схильність застрягати на емоціях, нездатність вивести себе з негативного афекту ○ Небезпечними можуть бути злість, роздратованість => негативні соціальні наслідки
Розлад планування і прогнозування	○ Поведінку контролюють найближчі винагороди та покарання (хоча віддалені можуть бути значно вагоміші) ○ Життя “тут і тепер” без думки про завтра

Розлад внутрішньої мови	○ Внутрішня мова (що нагадує про правила і цілі, допомагає планувати дії) не встигає за імпульсами
Розлад контролю над власною руховою активністю	○ Сенсорний голод / нудьга, низький поріг сенсорного насичення => надмірна рухова активність ○ Порушення здатності контролювати імпульси => підвищена рухова активність ○ Бурхливе висловлення почуттів мовою тіла

Терапевтичний протокол уміщує: комплексну діагностику, представлення інформації батькам та дитині, застосування особливих підходів у навчанні, ??? психофармакотерапію, ??? індивідуальну / сімейну психотерапію, супровід дитини і родини.

Психодіагностика: клінічне інтерв'ю з батьками та дітьми, опитувальники, контакт з учителями і вихователями. За потреби: педіатричне і неврологічне обстеження, виявлення супутніх проблем, тестування інтелекту та шкільних навичок.

Якої психологічної допомоги потребує: зовнішніх джерел керування, контролю середовища (позитивне, зрозуміле і передбачуване, вільне від спокус, з екстерналізацією часу), вказівок (часті, чіткі і видимі) і правильної регуляції, сприйняття дитини в оптиці неповносправності. !!! Підтримка і прийняття.

Тема 7. Ушкоджений рохвиток. Синдром Дауна.

Синдром Дауна: трисомія за 21 хромосомою (присутність додаткової хромосоми у 21 парі), замість 46 хромосом людина має 47; це найчастіша хромосомна аномалія.

Варіанти: стандартна трисомія 94% (всі клітини отримали додаткову хромосому), мозаїчна форма 2% (формується пізніше, деякі клітини будуть з зайвою хромосомою, зовнішні прояви виражені найменше), транслокаційна форма 4% (фрагмент хромосоми відділяється і доєднується до іншої, прояви залежать від розміру ділянки, яка мігрує).

Мозаїчна і транслокаційна форма бувають як успадкованими, так і випадковими, часто вони легше проявляються; стандартна трисомія завжди випадкова

НЕ хвороба, але часто наявні коморбідні розлади (порушення крові, зору та слуху, аномалії серця ~50%, шлунку і кишківника, гіпотеріоз, аномалії ОРА)

Діти в таких родинях не народжуються, майже всі чоловіки з СД безплідні, у жінок вагітність закінчується передчасними пологамі або викиднем

Фенотип. Косі розрізи очей з епікантусом (внутрішній кут ока нижче, ніж зовнішній), пласке перенісся, коротка шия, характерний рум'янець на щоках, висунутий язик через малий розмір ротової порожнини або гіпотонії.

- Вушні раковини і нижня щелепа недорозвинені, порушений розвиток зубів

- Через специфічну будову голосового апарата часто хриплуватий голос
- Плями Брашфільда на рогівці
- Згинальна складка мізинця (клинодактилія)
- Надмірний проміжок між першим та другим пальцем стопи

- Низькорослі, з порушеною поставою, тулуб і голова під час ходи нахилені вперед

Через доброзичливість та відкритість таких дітей називають «сонячними» (але їм притаманний весь спектр емоцій, у тому числі злість і образливість). Першим описав і охарактеризував англійський лікар Джон Ленгдон Даун (1862) – як форму психічного розладу. Синдром довго був прив'язаний до расизму (епікантус та ін. Даун називав «монголізми»). З розквітом євгеніки і у нацистській Німеччині носії синдрому підлягали знищенню. У 50-х роках цитогенетик Жером Лежен виявив, що синдром Дауна виникає через трисомію 21-ї хромосоми. Діти з синдромом народжуються 1 на 700, і це не залежить від образу життя матері. З віком ризик збільшується (до 25 р. 1/1400, до 30 – 1/1000, в 35 – 1/350, в 42 – 1/60, в 49 – 1/12).

Чинники, що впливають на вірогідність народження дитини з СД: вік матері, вік батька, близько-споріднені шлюби, вік бабусі по материнській лінії (???, найзначущий фактор, чим старшою була бабуся, коли народжувала дочку, тим вище вірогідність). В Європі близько 92% вагітностей з СД перериваються.

Психологічний супровід. Часто зустрічаються патології слуху, зору, порушення інтелекту різного ступеня (мислення недорозвинене, загальмоване), емоції малодиференційовані та поверхневі

Для оцінки розвитку дитини в руховій, мовній, соціально-емоційній сферах та сфері самообслуговування використовують опитувальники KID (Kent Infant Development Scale, 2-16 місяців, 252 питання) та RCDI (Child Development Inventory, 1,2-3,6 років, 216 питань), що базуються на відповідях батьків або опікунів дитини. Опитувальники стосуються різних сфер активності: розвитку рухів, споживання їжі, одягання, вияву емоцій, уваги, допитливості, кмітливості, наслідування, розуміння простих указівок, формування звуків, слів, контакту з дорослими, ровесниками тощо.

Тема 8. Викривлений розвиток. РДА і РАС.

Відхилення у психічному розвитку, що проявляється цілим спектром порушень, пов'язаних з порушеннями побудови стосунків із зовнішнім світом. Загальне порушення розвитку.



Терміни: РДА (піддається корекції значно важче) та РАС (у 3/4 випадків не ізольована нозологія, завжди наслідок неврологічного порушення ЦНС).

Розлади аутистичного спектру (діагностичні категорії згідно з АПА):

□ Аутистичний розлад особистості: стан [психічного здоров'я дорослої людини], що характеризується вродженим та всебічним дефіцитом соціальної взаємодії та спілкування, а також обмеженими інтересами і часто повторюваними поведінковими актами.

□ Дитячий дезінтегративний розлад (або Синдром Геллера): характеризується різкою втратою набутих навичок. Дебют реєструють у 2-10 років: дитина стає нетовариською, починає повільно вирішувати завдання, не виконує звичні дії. Причина: зміна активності нейронів мозку.

□ Первазивний дитячий розлад без іншої специфікації (первазивний розлад розвитку): зазвичай остаточно діагностується до 5 років, полягає у соціальній дезадаптації, мовній дисфункції, монотонності рухів. Зниження когнітивної дисфункції може виражатись різною мірою.

□ Синдром Аспергера: характеризується вираженими порушеннями соціальної комунікації та взаємодії, водночас відсутні порушення високофункціонального мовлення.

Тріада основних порушень: складність вираження своїх емоцій (алекситимія, що спричиняє тривожність, депресію та інші розлади); складнощі комунікації; наявність стереотипів поведінки та інтересів.

Ранні ознаки РАС: схильність до стереотипної («безцільної») поведінки (!!! стимулювання і самозаспокоєння), ритуальної поведінки, підвищена чутливість до зовнішніх стимулів (світло, шуми, текстури тканин, їжі). Для мовлення притаманні затриманий розвиток, незв'язність, наявність аграматизмів, інтонаційна монотонність, відсутність займенників. Можуть залишатись (обмежено) вербальними. Явище сенсорного перенасичення і «мелтдаунів» (!!! порівняти з істерикою).

Синдром Аспергера: розлад розвитку, пов'язаний з аутизмом. Основні відмінності полягають у тому, що когнітивна сфера зазвичай на рівні від середнього до високого.

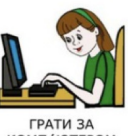
Діти з Аспергером мають тенденцію до того, щоб надмірно фокусуватись на чомусь одному (і цей інтерес може приймати форму obsesії), на решті тем поза межами цієї однієї їм концентруватись складно.

Соціальні ускладнення: сфера, де Аспергер виявляється найбільше. Люди з Аспергером складно розуміють соціальні «підказки», їм важко відчувати емпатію і працювати з іншими. Більшість з них – інтроверти. Важко бути спонтанними у розмові, важко заводити і утримувати друзів, важко розуміти, чому інші можуть не поділяти їх поглядів, можуть переживати спалахи люті, можуть не відчувати норм стосовно зовнішнього вигляду, можуть не розуміти вимог щодо ввічливості. Важко сприймають зміни, потребують рутин, звичних процедур і усталеності.

Специфічні характеристики мовлення: поспішна, монотонна мова, надвеликий словник у темі, яка викликає інтерес, не може передавати свої потреби і не розуміє інформації стосовно них. Сензитивність до стимулів: звуків, текстур; може призвести до надмірної тривоги. Можуть мати загальмовані моторні навички (через що не можуть приймати участь у колективних іграх).

Психологічний супровід: PECS (Picture Exchange Communication System) – система карток для альтернативної комунікації + комунікативна дошка. Автори –

Лорі Фрост та Енді Бонді.

 ЗАПРАВЛЯТИ ЛІЖКО	 ВМИВАТИСЯ	 ЧИСТИТИ ЗУБИ	 ПЕРЕВДЯГАТИСЯ	 ТУАЛЕТ	 КУПАТИСЯ
 РОБИТИ ЗАРЯДКУ	 ЗАЙМАТИСЯ	 ЇСТИ	 ГРАТИ	 ПИТИ	 МИТИ РУКИ
 ВИТИРАТИ РУКИ	 ВЧИТИСЯ	 МАЛЮВАТИ	 ВЗУВАТИСЯ	 ГУЛЯТИ НА ВУЛИЦІ	 НАВЧАТИСЯ У ШКОЛІ
 ДИТЯЧИЙ МАЙДАНЧИК	 МАГАЗИН	 ДИВИТИСЯ ТЕЛЕВІЗОР	 РОЗЧІСУВАТИСЯ	 ГРАТИ ЗА КОМП'ЮТЕРОМ	 СПАТИ



Основні засади АВА-терапії. Основний принцип АВА – сприйняття поведінки як процесу, що знаходиться під контролем оточуючого середовища та внутрішніх факторів

Найефективніші з молодшими дітьми, але помічні і з дітьми старшого віку / дорослими. Оптимально займатись 20-40 годин на тиждень. За необхідністю підказувати, аби дитина змогла досягти успіху, проте з часом прибирати підказки. Підтримувати увагу і мотивацію під час занять.

Тема 9. Інклюзія.

Інклюзивність – процес забезпечення рівними правами і можливостями

всіх осіб, незалежно від статі, віку, порушень, соціального статусу тощо. Він спрямований на створення умов, що дозволяють повноцінну та активну участь членів суспільства у всіх аспектах життя.

Безбар'єрність – створення рівних можливостей. Психологічні бар'єри виникають внаслідок неприйняття та негативного ставлення до осіб з особливостями розвитку.

Категорії труднощів: інтелектуальні, навчальні, емоційно-вольові, соціокультурні (адаптаційні), сенсорні (функціональні), фізичні. **Рівні підтримки:** перший (поодинокі труднощі), другий (труднощі слабкої вираженості), третій (помірні труднощі), четвертий (тяжкі), п'ятий (найважчі).

Рівні надання підтримки		I рівень	II рівень	III рівень	IV рівень	V рівень
	Хто проводить оцінку	Школа	ІРЦ	ІРЦ	ІРЦ	ІРЦ
	Інклюзивний клас	✗	✓	✓	✓	✓
	Кількість дітей з рівнем підтримки в класі	будь-яка	не > 3	не > 2	не > 1	не > 1
	Асистент вчителя	✗	✓	✓	✓	✓
	Асистент учня	✗	✗	✓	✓	✓
	Додаткове фінансування корекційно-розвиткових та психолого-педагогічних занять	✗	до 2 занять	до 4 занять	до 6 занять	до 8 занять
	Закупівля обладнання	✗	на 10% загальної суми фінансової підтримки	на 20% загальної суми фінансової підтримки	на 35% загальної суми фінансової підтримки	на 35% загальної суми фінансової підтримки
	ІПР	✓	✓	✓	✓	✓
	ІНП	✗	✓	✓	✓	✓
	Адаптація/модифікація	Підбір матеріалів, форм роботи	Адаптація змісту навчання	Адаптація змісту навчання	Модифікація або адаптація змісту навчання; Можлива зміна результатів навчання	Адаптація та/або модифікація змісту навчання; Зміна результатів навчання; Можливе використання альтернативних методів навчання; Проведення занять з самообслуговування; Використання спеціальних методів, методів альтернативної комунікації, візуального розкладу тощо

Команда супроводу дитини з ООП працює в постійній комунікації з ІРЦ. Включає батьків (опікунів), класного керівника, асистента вчителя, директора

(або його заступника з виховної роботи), практичного психолога, соціального педагога, вчителя-дефектолога, вчителя-реабілітолога. Завдання: збір інформації про особливості дитини (інтереси, труднощі, освітні потреби); визначення напрямку корекційних послуг; розробка ІПР; надання методичної підтримки педагогам-предметникам; консультування батьків; проведення просвітницької роботи в навчальному закладі.

Список використаної літератури:

1. Брушневська І. М. Особливості вивчення рівня сформованості зв'язного мовлення дошкільників із порушенням мовленнєвої діяльності. Наукові записки. Серія: Педагогіка і психологія: зб. наук. праць. Вінниця: Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського, 2020. Випуск 63. С. 173-178.
2. Використання ресурсів позашкільної освіти у процесі соціалізації дітей з особливими освітніми потребами. Збірник наукових праць. Харків: Харківський національний педагогічний університет імені Г. С. Сковороди, 2021. 210 с.
3. Войтко В. Корекційно-розвиткова робота з учнями з порушеннями зору в умовах інклюзивної освіти: навчальний посібник. Кропивницький: КОІППО імені Василя Сухомлинського, 2021. 104 с.
4. Гошовська Д. Т. Спеціальна психологія та методика педагогічно-корекційного тренінгу: навчально-методичний посібник. Луцьк: Волинський національний університет ім. Лесі Українки, 2011. 265 с.
5. Данілавичюте Е. А., Литовченко С. В. Стратегії викладання в інклюзивному навчальному закладі: навчально-методичний посібник. К.: Видавнича група «А.С.К.», 2012. 360 с.
6. Дуткевич Т. Дитяча розвивально-корекційна психологія. Модульний навчальний посібник. К.: Центр учбової літератури, 2018. 304 с.
7. Зборовська Н. А., Адамюк Н. Б., Чепчина І. І., Дробот О. А., Іванюшева Н. В., Кульбіда С. В., Замша А. В., Каменська Н. М., Марчук Т. Ф. та ін. Дитина зі світу тиші: на допомогу батькам нечуючої дитини. К.: СПКТБ УТОГ, 2011. 330 с.
8. Жукова В., Таранченко О., Литовченко С. Дитина з порушенням слуху. К.: Літера ЛТД, 2019. 56 с.
9. Журавльова Л. С. Комплексний аналіз порушень письма у дітей молодшого шкільного віку. Науковий вісник Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького. Серія: Педагогіка. 2018. № 1. С. 78-83.
10. Іванюшева Н. В., Кульбіда С. В. Українська жестова абетка. К.: Педагогіка, 2005. 64 с.
11. Ілляшенко Т. Д. Формування психолого-педагогічної компетентності батьків, які виховують дитину з гіперактивним розладом і дефіцитом уваги. Актуальні проблеми психології. 2019. Том XI. Випуск 19. С. 173-189.
12. Кисличенко В. А. Логопедичний супровід сім'ї, в якій виховується дитина з порушеннями мовлення. Автореферат дис. канд. пед. н. 13.00.03 –

Корекційна педагогіка. К.: Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова, 2011. 21 с.

13. Клопота Є. А. Адаптивний потенціал особистості з вадами зору. Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія. 2013. № 46 (1). С. 84-89.

14. Костенко Т. М. Дитина з порушеннями зору. Харків: Видавництво "Ранок", ВГ "Кенгуру", 2018. 40 с.

15. Кульбіда С., Литовченко С., Таранченко О., Жук В., Федоренко О., Литвинова В. Навчання дітей із порушенням слуху. Х.: Видавництво "Ранок", 2019. 216 с.

16. Освіта дітей з особливими потребами: виклики сьогодення. Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції 21 червня 2018 р. К.: НАПН України. Інститут спеціальної педагогіки, 2018. 176 с.

17. Паламар О. М. Навчання основ граматики та правопису дітей з порушеннями зору: навчальний посібник. К.: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2009. 106 с.

18. Порошенко М. А. Інклюзивна освіта: навчальний посібник. К.: ТОВ «Агенство «Україна», 2019. 300 с.

19. Ревуцька О., Пархоменко М. Формування у дітей дошкільного віку з недорозвиненням мовлення смислової організації зв'язного мовленнєвого висловлювання. Освіта. Інноватика. Практика. 2023. Випуск 11. № 2. С. 40-48.

20. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей. Практичне керівництво. Львів: Видання навчально-реабілітаційного центру «Джерело», 2008. 324 с.

21. Романчук О. Неповносправна дитина в сім'ї та в суспільстві. Львів: Літопис, 2008. 334 с.

22. Синьова Є. П., Федоренко С. В. Тифлопедагогіка: підручник. К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2018. 325 с.

23. Тифлопсихологія. Психологічні особливості людей з глибокими порушеннями зору: підручник / Є. П. Синьова. К.: Знання, 2008. 365 с.

24. Ткач Х. Обстеження мовленнєвого розвитку у дітей з аутизмом і тяжкими проблемами мовлення. К.: Мандрівець, 2020. 136 с.

25. Федоренко С. В. Становлення та розвиток української тифлопсихології. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. 2013. Випуск 22. Частина 2. С. 105-113.

26. Ферт О. Чинники диференційованого підходу до дітей із гіперактивністю та дефіцитом уваги в інклюзивному освітньому процесі. Наукові записки УКУ. Педагогіка. Психологія. 2020. Випуск 3. С. 147-153.

27. Формування життєвої компетентності осіб з особливими освітніми потребами в системі позашкільної, спеціальної та інклюзивної освіти. Збірник наукових праць. Харків: Харківський національний педагогічний університет імені Г. С. Сковороди, 2023. 629 с.

28. Чеботарьова О. Дитина з синдромом Дауна. Харків: Кенгуру, 2018. 48 с.

29. Чеборьова О. Навчання дітей з інтелектуальними порушеннями. Х.: Кенгуру, 2020. 256 с.

30. Чеботарьова О. В., Гладченко І. В. Інклюзивне навчання. Дитина з синдромом Дауна. Київ: Літера ЛТД, 2019. 48 с.
31. Чеботарьова О. В., Гладченко І. В. Сонячні діти. Діти з синдромом Дауна. Харків: Ранок, Кенгуру, 2019. 32 с.
32. Чепка О. Спеціальна психологія у питаннях і відповідях. Навчальний посібник. Умань: ВПЦ "Візаві", 2016. 104 с.
33. Шульженко Д. І. Психолого-педагогічні проблеми емоційних станів батьків дітей раннього віку з порушеннями зору. Науковий часопис. 2017. Випуск 34. С. 178-184.
34. Ярич О. Я. Особливості вивчення вольових якостей в загальній психології та тифлопсихології. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка і спеціальна психологія. 2016. Випуск 32 (2). С. 314-320.
35. Akubuilu F., Okorie E. U., Onwuk G., Uloh-Bethels A. C. Reading readiness deficiency in children: Causes and ways of improvement. Journal of Education and Practice. 2015. Volume 6. No. 24. P. 38-43.
36. Astarita C. Breaking through special needs: The ultimate guide to navigating life as a special needs patient. New York: Christine Astarita, 2021. 169 p.
37. Barkley R. A. Defiant children: a clinicians' manual for assessment and parent training. New York, London: The Guilford Press, 2013. 228 p.
38. Barkley R. A. Treating ADHD in children and adolescents. What every clinician needs to know. New York: The Guilford Press, 2022. 362 p.
39. Berminger V. W., Wolf B. J., Alfonso V. C. et al. Teaching students with dyslexia, dysgraphia, OWL LD, and dyscalculia. Towso, Maryland: Brookes Publishing, 2015. 320 p.
40. Bishop D. V. M. What causes specific language impairment in children? Current Directions of Psychological Science. 2006. Volume 15. No. 5. P. 217-221.
41. Butterworth B. Dyscalculia: from science to education. New York, London: Routledge, 2018. 188 p.
42. Dowson P., Guare R. Executive skills in children and adolescents. A practical guide to assessment and intervention. New York: The Guilford Press, 2018. 332 p.
43. Griggs K. This is dyslexia. London: Vermilion, 2022. 256 p.
44. Im-Bolter N., Jonhson J., Pascual-Leone J. Processing limitations in children with specific language impairment: the role of executive function. Child development. 2006. Volume 77. No. 6. P. 1822-1841.
45. Landau B., Gleitman L. R. Language and Experience. Evidence from the blind child. London: Harvard University Press, 1985. 256 p.
46. Lederberg A. R., Schick B., Spencer, P. E. Language and literacy development of deaf and hard-of-hearing children: Successes and challenges. Developmental Psychology, 2013. Vol. 49. No. 1. P. 15-30.
47. Lillo-Martin D. C., Gale E., Pichler D. C. Family ASL: An Early Start to Equitable Education for Deaf Children. Topics in Early Childhood Special Education, 2021. 14 (1). 11-12.
48. Lucangeli D. Understanding dyscalculia: a guide to symptoms, management

and treatment (understanding atypical development). New York, London: Routledge, 2020. 158 p.

49. Cbride C. Coping with dyslexia, dysgraphia and ADHD: a global perspective. New York: Routledge, 2019. 242 p.

50. Nassrallah F., Tang K., Whittingham J., Sun, H. D., Fitzpatrick E. M. Auditory, Social, and Behavioral Skills of Children With Unilateral/Mild Hearing Loss. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 2020. 25 (2), 167-177.

51. Peter K. Language disorders in children with mental deficiency. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2015. Volume 180. P. 1643-1648.

52. Snowling M. J. Dyslexia: a very short introduction. New York: Oxford University Press, 2019. 168 p.

53. Suchy Y. Executive functioning: a comprehensive guide for clinical practice. New York: Oxford University Press, 2015. 352 p.

54. World Health Report of Disability. WHO, 2011, 325 p. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182> (accessed on May, 10, 2023).