

Обухівська А.Г., Ілляшенко Т.Д., Андрусишина Л.Є.

# **Методичні рекомендації з окремих аспектів діяльності практичних психологів і консультантів ПМПК**

Електронне видання комбінованого  
використання на CD-ROM

Київ

Національна академія педагогічних наук України  
Український науково-методичний центр  
практичної психології і соціальної роботи

2013

УДК 159.9.316  
ББК 88.88.8

Рекомендовано до друку Радою Українського науково-методичного центру практичної психології і соціальної роботи (протокол № 9 від 27.12.2012 р.)

**Обухівська А.Г., Ілляшенко Т.Д., Андрусишина Л.Є.** Методичні рекомендації з окремих аспектів діяльності практичних психологів і консультантів ПМПК – Електрон. дані. – Київ, Український НМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2013. - 1 електрон. опт. диск (CD-ROM), 12 см.

ISBN 978-617-7118-00-7

У методичних рекомендаціях висвітлюються суттєві для щоденної практики психолого-медико-педагогічних консультацій аспекти діяльності, що стосуються здійснення психолого-педагогічного вивчення дитини, особливостей роботи з дітьми, що мають відхилення у поведінці, розрізнення внутрішньогрупових варіантів розвитку при загальному недорозвиненні мовлення.

Упровадження методичних рекомендацій сприятиме поглибленню знань консультантів ПМПК, підвищенню їх фахового рівня та якості надання ними послуг населенню.

Методичні рекомендації адресовано консультантам обласних та районних (міських) консультацій, спеціалістам органів управління освітою і наукою, студентам вищих педагогічних навчальних закладів з відповідного фаху.

УДК 159.9.316  
ББК 88.88.8

ISBN 978-617-7118-00-7

© Український НМЦ практичної психології  
і соціальної роботи, 2013

## ЗМІСТ

<b>Передмова</b>	4
<b>Розділ I.</b> Особливості психолого-педагогічних вивчень в діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій <i>(А.Г. Обухівська)</i>	6
<b>Розділ II.</b> Діти з девіантною поведінкою в роботі психолого-медико-педагогічних консультацій <i>(Т.Д. Ілляшенко)</i>	23
<b>Розділ III.</b> Реалізація диференційного підходу у роботі з дітьми із загальним недорозвитком мовлення в діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій <i>(Л.Є. Андрусихина)</i>	39

## ПЕРЕДМОВА

Оновлення нормативно-правових засад функціонування психолого-медико-педагогічних консультацій (ПМПК) створює сприятливі умови для розгортання їх діяльності у відповідності до передових ідей і позиції, які відповідають сучасній державній політиці підтримки дітей з вадами психофізичного розвитку, у тому числі – з інвалідністю, та концепції соціальної інклюзії, що активно впроваджуються в системі освіти України.

Унесені зміни кардинально змінюють саму ідеологію існування таких консультацій. Зміст їх діяльності позбувається будь яких дискримінуючих моментів. Вони неухильно перетворюються на постійно діючі багатофункціональні установи системи освіти, осередки консультаційної, інформаційної, навчально-методичної допомоги для усіх дітей, які її потребують, безпосередньо в місцях їхнього проживання на правах рівності і захисту інтересів.

Провідними обов'язками працівників названих консультацій є різнобічне консультування та надання психолого-педагогічної допомоги у вирішенні широкого кола питань, пов'язаних з розвитком, навчанням, вихованням і соціально-педагогічною адаптацією дітей з різними проблемами (труднощами і вадами) психічного розвитку. Діяльність їх, насамперед, спрямована на:

- а) вивчення особливостей розвитку і поведінки таких дітей;
- б) оцінку їхніх здатностей до засвоєння знань;
- в) визначення педагогічної стратегії реалізації освітніх потреб;
- г) фахове консультування батьків, педагогів та спеціалістів органів управління освітою щодо особливостей організації для них навчально-виховного процесу.

У методичних рекомендаціях розглядаються актуальні для щоденної роботи консультантів проблеми. Кожна з них потребує розробки наукових засад, нових механізмів функціонування, уточнення і поглиблення змісту діяльності та його методичного упорядкування.

Так, у розділі I «Особливості вивчення дитини в психолого-медико-педагогічній консультації» (автор Обухівська А.Г.) висвітлюються важливі для здійснення психолого-педагогічного вивчення дитини процесуальні моменти. Це надзвичайно складний і відповідальний вид діяльності консультантів ПМПК і без перебільшення ключовий момент в житті дитини. Адже сутність його полягає в діагностиці її розвитку і оцінці здатностей до засвоєння знань. Здійснення психолого-педагогічного вивчення потребує високого кваліфікаційного рівня фахівців, наукових знань з галузі діагностики відхилень у розумовому розвитку і спеціальних технологій його проведення,

обов'язкового дотримання наукових принципів. Новітньою формою роботи сучасних консультацій є формулювання психолого-педагогічного висновку та рекомендацій такого змісту, що визначає педагогічні цілі і завдання реалізації освітніх потреб дітей у відповідності до їх індивідуальних особливостей і можливостей розвитку. У розділі надаються схема та зразки їх складання.

У розділі II «Діти з девіантною поведінкою в роботі психолого-медико-педагогічних консультацій» (автор Ілляшенко Т.Д.) присвячено мало розробленій у вітчизняній педагогіці темі - дітям, які мають відхилення у поведінці. Автором виокремлено первинні поведінкові порушення як прояв дизонтогенезу та вторинні, що є наслідком неадекватних умов навчання і виховання дітей з різними порушеннями психофізичного розвитку. Крім цього розглядаються методичні питання вивчення дітей цієї категорії та взаємодії консультації з батьками і школою у наданні їм допомоги.

У розділі III «Реалізація диференційованого підходу в роботі з дітьми із загальним недорозвиненням мовлення» (автор Андрусишина Л.Є.) розкриваються проблеми дітей із тяжкими порушеннями мовлення. Автор переконливо демонструє, що діти з одним і тим же станом мовленнєвого розвитку (ЗНМ), істотно відрізняються між собою індивідуальними варіантами загального психічного розвитку, для яких характерним є специфічне варіювання порушень мовлення і мислення на тлі загального недорозвинення мовлення. В практичній діяльності невизначеність їх взаємозв'язку і домінування ускладнює не лише логопедичну диференціацію цих дітей, але й відмежування від дітей з іншими типами дизонтогеній: затримки мовленнєвого розвитку та розумової відсталості. В кінцевому результаті це обумовлює недостатню ефективність корекційної роботи, оскільки не враховуються психологічні чинники, які зумовлюють або підсилюють мовленнєвий дефект. Автором виділено три підтипи загального недорозвинення мовлення, кожний з яких має своєрідну структуру мовленнєвої компетенції і інтелектуальних процесів. Це має значення для продуктивності корекційного впливу, оскільки дозволяє більш точно диференціювати стан дитини, описати її індивідуальні особливості і, головне, визначати засоби корекційної роботи.

Упровадження в практику методичних рекомендацій сприятиме професійному зростанню фахівців консультацій і підвищенню ефективності їх діяльності.

## **I. ОСОБЛИВОСТІ ВИВЧЕННЯ ДИТИНИ В ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГІЧНІЙ КОНСУЛЬТАЦІЇ.**

Відповідно до нової редакції чинного Положення, яке регламентує діяльність психолого-медико-педагогічних консультацій системи освіти України, законодавчо утверджено їх статус як постійно діючих методичних установ та закріплено багатоаспектність функціонування. Діяльність їх передбачає широкий діапазон функцій і напрямків, які кардинально змінюють саму концепцію функціонування консультацій на противагу комісій, з якими вони ще й досі часто асоціюються.

Всі напрямки діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій дуже важливі для підтримки дітей. Але пріоритетними серед них є консультування і психолого-педагогічне вивчення проблем дитини.

Консультування передбачає надання фахівцями консультацій, які за посадовими обов'язками називаються консультантами, різнопланових за змістом роз'яснень та порад, пов'язаних з розвитком, навчанням та вихованням дітей, які мають певні труднощі пізнавальної діяльності та поведінки або вади психофізичного розвитку. Консультації адресується різним категоріям відвідувачів - споживачів послуг психолого-медико-педагогічних консультацій. Серед них, насамперед, є батьки дітей (або особи, які їх замінюють), які мають труднощі або вади психофізичного розвитку; педагоги, вихованцями чи учнями котрих є названі діти; спеціалісти органів управління освітою, які відповідальні за реалізацію державної політики у сфері освіти таких дітей; працівники служб у справах дітей-сиріт та мало захищених груп населення.

Так, для батьків надаються консультації психолого-педагогічного змісту щодо стимуляції розвитку в умовах сім'ї, використання сильних сторін розвитку дитини і ослаблення негативних, стратегії застосування виховних впливів (родинного виховання), організації необхідного корекційно-розвивального середовища, ознайомлення з прийомами і методами корекційної роботи для тих батьків, які прагнуть самостійно допомагати своїй дитині. Педагоги потребують пояснення стану дитини, її труднощів, стану функціонування когнітивних функцій, необхідність врахування в навчальному процесі індивідуальних особливостей засвоєння знань, означення особливих освітніх потреб, належних пристосувань, рекомендації щодо складання індивідуального навчального плану, змісту та методів навчання. Для спеціалістів органів управління освітою необхідні дані про кількості дітей з вадами розвитку дошкільного і шкільного віку, які пройшли обстеження в

ПМПК; розкриття реального стану охоплення їх освітніми послугами дітей, рівня задоволення освітніх потреб і різноманітність їх форм в конкретному регіоні; про кількість дітей, які не відвідують навчальні заклади, аналіз причин перебування їх вдома в умовах ізоляції. Такі дані дозволяють гнучко реагувати для створення додаткових умов для навчання (наприклад, придбання шкільних автобусів, організація інклюзивного навчання), розширення мережі спеціальних навчальних закладів, перепрофілювання НЗ тощо. У працівників служби у справах дітей потреба у таких консультаціях виникає у зв'язку з необхідністю оцінки впливу несприятливих психотравмуючих факторів (сирітство, мікросоціальне неблагополуччя, педагогічна занедбаність, явища депривації і гіпоопіки тощо) на психічний розвиток дитини і розробки стратегії подолання її соціально-педагогічної дезадаптації.

Консультування це процес, який передбачає послідовні і взаємопов'язані етапи, спрямовані на:

- з'ясування суті конкретних скарг, труднощів психічного розвитку дітей;
- отримання і аналіз різнобічної попередньої інформації про дитину, отриманої з різних джерел (медичні, логопедичні, педагогічні, психологічні дані);
- власне психолого-педагогічне вивчення безпосередньо в консультації;
- встановлення особливостей пізнавальної діяльності, взаємодії, спілкування, поведінки, оцінку здатності до засвоєння знань тощо;
- формулювання психолого-педагогічних висновків та надання рекомендацій з визначенням педагогічної стратегії.

Без таких етапів повноцінне консультування неможливе. Кожний з них у процедурі консультування є обов'язковим і забезпечує обґрунтованість висновків та рекомендацій консультантів ПМПК. Проте в цьому процесі найбільше значення має власне психолого-педагогічне вивчення дитини.

**Психолого-педагогічне вивчення** - це провідний і один з найскладніших видів роботи у структурі консультування. Відбувається таке вивчення на спеціальному засіданні і по суті являє собою діагностичне обстеження дитини. Під час його здійснюється оцінка розвитку дитини, стан сформованості пізнавальних процесів, зокрема, розумових дій та операцій, властивих їй індивідуальних особливостей засвоєння знань, важливих для постановки освітніх цілей та планування педагогічної стратегії.

Це надзвичайно складний і відповідальний вид діяльності консультантів ПМПК і без перебільшення ключовий момент в житті дитини. На підставі цього вивчення дається оцінка проблем дитини, особливостей її психічного розвитку і пов'язаної з цим здатності до навчання та робиться прогноз її майбутньої соціально-трудової реалізації.

Психолого-медико-педагогічні консультації відносяться до спеціальних закладів в системі освіти України з особливим режимом роботи, що зумовлено їхньою діяльністю. Як правило діагностичне засідання відбувається в умовах високого нервово-емоційного напруження. У зв'язку з цим робота консультантів в них належить до несприятливих для здоров'я та особливо важких умов праці. Вона вимагає від них не тільки високого кваліфікаційного рівня, широкої освіченості, але психологічної готовності та професійного дотримання деонтологічних принципів спілкування, вияву високих морально-етичних особистісних якостей, доброзичливості і толерантності у ставленні до людей, у вирішення долі яких вони втручаються. Не секрет, що проходження такого обстеження батьками, діти яких мають проблеми розвитку, сприймається драматично, вони переживають, якими будуть висновки фахівців. Не рідкі випадки, коли батьки (або особи, які їх замінюють) до певного часу не приймають факту неповносправності їхньої дитини, а висновки і рекомендації фахівців консультації вважають хибними, можуть бути нестриманими, по-різному виражати свою незгоду.

У зв'язку з цим до проведення психолого-педагогічного вивчення фахівці консультацій ретельно готуються, дотримуються визначених процедурних вимог.

**Процедура психолого-педагогічного вивчення** в психолого-медико-педагогічній консультації строго визначена, має свою поетапну послідовність і правила, передбачає дотримання наукових принципів.

Організаційна структура процедури психолого-педагогічного вивчення складається з наступних послідовних етапів:

1. Збір інформації про дитину, оформлення «Картки стану здоров'я і розвитку дитини», визначення дати проведення діагностичного засідання, оформлення заяви від батьків – дозволу на використання персональних даних.

2. Представлення головою засідання і розгляд даних «Картки» та наданих документів членами групи безпосередньо перед психологічним обстеженням. Попереднє означення провідної проблеми дитини, формулювання діагностичного завдання (що буде оцінюватись), вибір діагностичних засобів (які діагностичні завдання будуть використовуватись), визначення фахівця, який вестиме вивчення дитини. Цей етап проводиться членами засідання, батьки не запрошуються.

3. Запрошення батьків з дитиною до діагностичної кімнати. Встановлення контакту з дитиною. Здійснення психолого-педагогічного вивчення дитини. Ведення протоколу обстеження у «Книзі Протоколів» із детальним фіксуванням процесу та особливостей виконання запропонованих завдань.



4. Аналіз та якісна характеристика виконання завдань, особливостей пізнавальної діяльності, виділення сильних та слабких сторін розвитку дитини членами засідання. Пояснення батькам стану дитини, причин труднощів її психічного розвитку, висловлення передбачень щодо необхідних шляхів соціально-педагогічної реабілітації.

5. Формулювання психолого-педагогічного висновку та рекомендацій.

Нижче детально розглянемо процедурні вимоги до проведення психолого-педагогічного вивчення:

1) відбувається за згодою батьків (осіб, які їх замінюють) з обов'язковою їх присутністю, на засадах добровільності, що підтверджується їхньою письмовою заявою, яка зберігається в архіві консультації;

2) передбачає відкритість процесу обстеження - батьки (особи, які їх замінюють) мають можливість спостерігати весь процес, з ймовірністю брати участь в обстеженні та обговоренні результатів;

3) проводиться у формі колегіального засідання, тобто за участі групи фахівців, які є членами діагностичного засідання, на чолі з головою засідання. Одноосібність вивчення дитини консультантом ПМПК і формулювання ППВ не допускається. Проте воно можливе у тому разі, коли проводиться з метою попереднього вивчення і підготовки до колегіального засідання.

Вимога дотримання колегіальності підчас діагностичного обстеження в психолого-медико-педагогічних консультаціях зумовлена намаганням зменшити долю суб'єктивізму в оцінці особливостей розвитку дитини.

Склад і кількість фахівців групи **не є постійним**, за різних обставин можуть змінюватись в залежності від робочої доцільності. Оптимальним складом групи є п'ять фахівців: три учителі-дефектологи (логопед, олігофренопедагог, сурдопедагог (тифлопедагог)), профільний лікар (офтальмолог, отоларинголог, невролог (ортопед), психіатр), практичний психолог.

Для визначення робочої доцільності важливими є фактори, що впливають на продуктивність здійснення обстеження. Одним з таких факторів є визначеність чи невизначеність контингенту дітей, які мають проходити діагностичне обстеження. В залежності від названих факторів група фахівців може складатися або з 5 осіб, або 8 осіб. Так, у випадку, коли відомо, що вивчатися будуть діти одного виду порушень, наприклад, з порушеннями зору, до групи фахівців обов'язково мають увійти консультанти відповідної спеціалізації: тифлопедагог, лікар офтальмолог, а також практичний психолог, логопед, лікар психіатр.

У випадку невизначеності проблем дітей група фахівців повинна бути максимально повною, складатися із консультантів усіх вузьких спеціалізацій,

здатних до розпізнання специфічних симптомокомплексів порушень у розвитку дитини і визначення шляхів її психолого-педагогічної реабілітації.

Другим важливим фактором, який впливає на продуктивність вивчення дитини, є форма (місце) проведення колегіального засідання: стаціонарне (у спеціально призначеному і відповідним чином оснащеному приміщенні) чи виїзне (у навчальному закладі, вдома).

Якщо обстеження проходить стаціонарно, особливо за наявності вікна одностороннього бачення (дзеркала Гезелла) чи (і) аудіо-відео техніки, що максимально забезпечують психологічну комфортність умов, при яких члени колегіального засідання та фахівець, який здійснює вивчення, дитина та її родичі знаходяться в різних кімнатах), склад групи може бути максимальним. На виїзних засіданнях в НЗ кількість групи фахівців допускається з 5 осіб; в умовах сім'ї – з 3 осіб.

Голова засідання визначається ситуативно членами діагностичного засідання.

4) Забезпечується комплексність обстеження і прийняття висновку. Передбачає, що вивчення дитини має ґрунтуватися на даних попереднього обстеження дитини різними фахівцями і даних власного психолого-педагогічного вивчення. Мета такого підходу – забезпечення достатньої різнобічної інформації для аналізу індивідуальних особливостей дитини з урахуванням медичних, педагогічних і психологічних даних, які фіксуються у відповідних розділах «Картки стану здоров'я і розвитку дитини» та наданих документів і зазначеної в них інформації.

5) Обов'язковість проведення власного психологічного обстеження безпосередньо на засіданні:

- вивчення здійснює один фахівець;
- оцінка розвитку здійснюється на основі застосування комплексу діагностичних завдань;
- обстеження однієї дитини відбувається протягом достатньо тривалого часу (від 30 хвилин до 1,5 години).

6) Обов'язковість ведення протоколу засідання. В окремій «Книзі протоколів» по кожній дитині, фіксується:

- хід вивчення із зазначенням методичних матеріалів, які використовувались;
- опис характерних проявів поведінки дитини;
- продуктивність виконання діагностичних завдань;
- із зазначенням дати, номеру протоколу, присутніх членів засідання.

7) Аналіз і обговорення результатів вивчення дитини членами засідання.

8) Детальне пояснення батькам особливостей виконання діагностичних завдань, труднощів розвитку, їх причин та надання рекомендацій щодо психолого-педагогічної корекції.

9) Формулювання психолого-педагогічного висновку і рекомендацій.

10) Надання батькам Витягу із протоколу засідання.

Від якості такого вивчення і поведінки учасників засідання залежить переконливість заключних висновків та рекомендації. Членам діагностичного засідання належить зробити усе, щоб батьки повірили їм, побачили позитивну перспективу, сприйняли від них допомогу. Однак батькам слід пам'ятати – ніхто не має права силою, без їхньої згоди помістити дитину в будь-який навчальний заклад. Висновок ПМПК, навіть центральної, є рекомендаційним. Остаточне рішення про місце здобуття освіти приймають батьки, або особи, які їх замінюють, після того, як вони усвідомлять для себе її необхідність.

Отже, від правильного встановлення причин порушень та якомога ранньої організації педагогічного втручання значною мірою залежить ефективність корекційної допомоги – ослаблення чи повне подолання наявних у дитини недоліків, попередження виникнення небажаних вторинних ускладнень психічного розвитку тощо.

***Наукові підходи до діагностики відхилень в інтелектуальному розвитку.*** Наукові дослідження в галузі дефектології та практика навчання і виховання дітей з різними формами інтелектуальних порушень, зокрема із затримкою психічного розвитку та розумовою відсталістю, переконливо довели, що основною відмінністю цих дітей є різні потенційні можливості розвитку і навчання, що виявляються у неоднаковій здатності цих дітей оволодівати знаннями за певною навчальною програмою.

Своєрідність психодіагностики відхилень у розумовому розвитку полягає в тому, щоб з урахуванням низького рівня попередніх надбань дитини та різнобічних даних попереднього її вивчення, оцінити її потенційні можливості до навчання. Найбільш достовірним критерієм оцінки їх у дитини є навчуваність. Отже з'ясування особливостей навчуваності дитини – це головне питання, на яке потрібно отримати відповідь, діагностуючи її інтелектуальний розвиток.

Діагностика навчуваності потребує особливих умов проведення обстеження, під час якого дитина не тільки вивчається, але й навчається. Таке короткотривале навчання насамперед передбачає діагностичну ціль – з'ясувати, як швидко і на якому рівні якості у дитини сформуються ті розумові дії, які були раніше їй недоступні. Саме такі дані на дитину є найбільш прогностичними щодо її потенційних можливостей розвиватися. Забезпечення таких умов є особливо доцільним для вивчення дітей з недостатнім

психофізичним розвитком дошкільного, і навіть молодшого шкільного віку. Це зумовлено тим, що через несприятливі обставини розвитку досвід, знання, уміння у них накопичується значно повільніше і бувають обмеженими, суто розумові дії недостатньо сформовані, навички практичної взаємодії з навколишнім та спілкування з дорослими знаходяться на етапі становлення і у порівнянні зі здоровими однолітками помітно відстають у розвитку. Вирішення цих завдань потребує адекватного діагностичного інструментарію – спеціальної методики обстеження.

*Добір завдань до методики вивчення навчованості.* Для вивчення навчованості необхідні спеціальні діагностичні завдання, які повинні задовольняти такі вимоги:

1. Завдання, прості і привабливі за змістом, виконуються у формі гри. Виконання їх передбачає елементарні знання про навколишній світ, якими дитина уже більшою чи меншою мірою володіє. Це пов'язано з необхідністю обов'язкового включення дітей з різними інтелектуальними можливостями у процес виконання діагностичних завдань. Добре, коли однотипних завдань є кілька: простіші і складніші.

2. Усі завдання спрямовані на виявлення навчованості як основного показника потенційних можливостей інтелектуального розвитку дитини. Проте ця здатність досліджується на різному матеріалі. Дітям пропонуються ігри-завдання, розв'язуючи які вони виконують різні практичні дії з іграшками, малюнками, картками із зображеннями. У процесі таких дій діти демонструють свою здатність оперувати сенсорними еталонами (кольором, величиною, формою), знаннями та уявленнями про різні предмети найближчого оточення, їх призначення. Називаючи ознаки предметів чи їх зображень, порівнюючи ці предмети за спільними ознаками та групуючи їх, діти виявляють сформованість у них мисленнєвих дій і операцій.

3. Зміст завдань передбачає створення умов для того, щоб дитина могла сама навчитися виконувати ті чи інші дії і досягати мети, а наступні схожі завдання виконувати успішніше. Після завершення дитиною виконання завдання з допомогою дорослого, доцільно дати їй виконати те саме завдання повторно, уже без допомоги, щоб переконатися, чи засвоїла вона спосіб дії.

4. Виконання кожного завдання передбачає надання дитині допомоги у міру того, як у неї виникають труднощі. Відбувається активна взаємодія дорослого і дитини: доброзичливе заохочення, повторення інструкції, демонстрація зразка, підказка. Сенс такої допомоги в тому, щоб спостерігати, як дитина може скористатися нею. Це дає можливість аналізувати процес виконання завдання, бачити труднощі і те, як вона знаходить способи їх подолання. Особливості мисленнєвої діяльності дитини, які виявляються в

процесі виконання завдань, мають значно більшу діагностичну цінність, ніж проста фіксація кінцевого результату.

***Характеристики складових навчваності дітей із різним інтелектуальним розвитком.*** Матеріали якісно-кількісного аналізу особливостей перебігу виконання всіх експериментальних завдань досліджуваними дали підстави для характеристики складових навчваності дітей із різним інтелектуальним розвитком. Нижче подаються характеристики цих особливостей.

Стосовно досліджуваних обраного нами віку вибір саме навчваності діагностично значущим показником розумового розвитку являється найбільш доцільним та адекватним. Він цілковито узгоджується з віковими особливостями психічного розвитку дошкільників. Адже на початку дошкільного віку досвід, знання, уміння лише накопичуються і є природно обмеженими, суто розумові дії лише формуються і мають виразну вікову специфіку. Навички практичної взаємодії молодших дошкільників з довкіллям та спілкування з дорослим знаходяться в стадії становлення.

Ми дотримуємось позиції, що діагностику інтелектуального розвитку дитини необхідно здійснювати в діяльності, під час розв'язання нею посильних завдань, постійно підтримуючи її власну активність та надаючи строго дозовану, спеціально продуману допомогу тобто створюючи штучно навчальну ситуацію. Успішність розв'язання пізнавальних задач дошкільника в ситуації навчання залежить від таких складових інтелектуальної діяльності: рівня загальної обізнаності, особливостей взаємодії з дорослим, сформованості мисленневих дій та операцій, навчваності, працездатності.

Отже, навчваність, як загальна здатність до навчання, конкретизується у комплексі різноманітних показників, що складають її внутрішній і зовнішній компонент і забезпечують здійснення мисленнєвої діяльності. Це підтверджує думку В.І. Лубовського, який аналізуючи проблеми діагностики, наголошував, що при відхиленнях у розвитку основним об'єктом психологічного вивчення мають бути особливості діяльності дитини. Конкретизуючи це Н.М. Стадненко говорить, що предметом аналізу при порушеному розвитку має стати весь процес виконання завдання. Якісна характеристика особливостей діяльності під час виконання завдань має не менше значення для діагностики, ніж досягнення чи недосягнення кінцевого результату.

Вивчення особливостей навчваності у дошкільників передбачається такими напрямками. По-перше, через добір в діагностичну методику завдань, які доступні дітям досліджуваного віку, а їх зміст, способи розв'язання відповідають властивим даному віку розумовим діям. Численними дослідженнями (Запорожець О.В., Венгер Л.А., Зінченко В.П., Рузька А.Г.,

Котирло В.К., Проскура О.В.) встановлено, що істотним надбанням цього періоду життя дитини є сформованість дій сприймання та дій наочно-дійового й наочно-образного мислення. На основі активного розглядання, обмацування, вслуховування, просторового комбінування діти молодшого дошкільного віку здатні не лише розпізнавати, ідентифікувати між собою, моделювати об'єкти сприймання, але й в уявному плані, тобто на мисленнєвому та зоровому рівнях здійснювати перцептивний аналіз, порівняння, узагальнення, що виявляється в уміннях систематизувати, групувати, класифікувати предмети за зовнішніми ознаками (кольором, формою, величиною, матеріалом, просторовими зв'язками) та елементарними смисловими значеннями (функціональним призначенням).

У названих діях розкривається доступний молодшому дошкільному віку рівень узагальненості мислення, який складає ядро навчованості і ґрунтується на розвитку і вдосконаленні провідного для даного віку психічного процесу – сприймання. У своєму інтегральному вигляді ці дії складають внутрішній компонент навчованості дитини, передумови до розв'язання доступних її вікові практичних і логічних задач, до оволодіння новими знаннями, системою сенсорних еталонів, способів орієнтування тощо.

На початку дошкільного віку такі дії ще не досконалі, вони лише формуються, в процесі цього формування відбувається поступовий перехід дитини від практичного орієнтування до перцептивного, а згодом – мисленнєвого, тобто в умі, за допомогою згорнутих логічних дій. Саме названі дії відбивають суть розумового розвитку дітей молодшого дошкільного віку. Від їх сформованості залежить успішність виконання ними діагностичних завдань. У зв'язку з цим саме ці дії мають виступати предметом вивчення під час діагностичного обстеження. З'ясування специфічних особливостей їх функціонування є суттєвим для оцінки стану розумового розвитку – має він характер відставання від середньовікових норм розвитку здорової дитини чи порушення, недорозвиток.

По-друге. Виявлення навчованості потребує особливої технології застосування методичних завдань: певної послідовності пред'явлення (від простих до складніших), використання різних інструкцій і прийомів для обов'язкового включення дитини у процес взаємодії з дорослим, планомірного надання допомоги. При цьому об'єктом оцінки мають бути складність завдань і узагальнень, яких потребує їх виконання, сформованість тих чи інших властивостей психічної діяльності (обсягу, довільності сприймання, уваги, операцій мислення, точності просторових уявлень), уміння оперувати зразками. За таких умов використання діагностичних завдань важливими критеріями

оцінки потенційних можливостей дітей є: чутливість дитини до мір допомоги, ступінь її самостійності під час виконання завдання.

По-третє. В доборі завдань перевага надається тим із них, виконання яких передбачає не одномоментність, а розгорнутість його перебігу, пов'язане з практичними і образними діями, не потребує мовленнєвого спілкування. До таких завдань належать завдання практично-дійового типу з одноманітною повторюваністю різного роду дій, що створює умови для самонавчання, оволодіння навичкою способу дії, її узагальнення в межах одного завдання.

По-четверте. Важливим моментом вивчення навчуваності є виконання аналогічних завдань. Процедурою обстеження в ситуації навчання передбачається повторне виконання завдання при незадовільному його перебігу на попередньому етапі виконання. Завдяки цьому вдавалося відстежити зміни, які відбуваються (чи не відбуваються) в якості виконання завдання під впливом сумісної з дорослим діяльності.

По-п'яте. Істотне значення для оцінки розумового розвитку молодших дошкільників має сформованість навичок взаємодії дитини й дорослого, усвідомлення дитиною значення ролі дорослого, орієнтування на його реакції, застосування різних способів стимулювання дорослого до оцінки, підказки тощо. Саме завдяки взаємодії дорослого й дитини, співпраці їх в різноманітних видах діяльності та життєвих ситуаціях розвиваються і вдосконалюються всі складові навчуваності. В особливостях же контакту дитини й дорослого, в навичках їх взаємодії між собою розкриваються як реальні, так і потенційні можливості розумового розвитку дитини. Коли дитину заохочують, підтримують, відповідним чином організують практичні дії, направляють сприймання, активізують мислення, вона одержує можливість здійснювати недоступні самостійному виконанню дії із сторонньою допомогою. Таким чином вдається компенсувати недостатню самостійність інтелектуальної діяльності, властиву дітям цього віку, й нівелювати негативний вплив несприятливих умов розвитку, що ускладнили чи порушили його.

Передумовами співпраці є позитивне ставлення дитини до дорослого, визнання нею значущості ролі останнього в акті взаємодії та сформованість навичок спілкування з ним: вміння слухати, орієнтуватися на вимоги, виконувати вказівки, наслідувати дії, реагувати на зауваження, використовувати набуті в сумісній діяльності знання та досвід для розв'язання аналогічної задачі. В нашій інтерпретації особливості взаємодії дитини й дорослого складають зовнішній компонент навчуваності.

Сформованість навичок взаємодії розкривається в адекватності, раціональності та продуктивності практичних дій дитини в ході виконання нею проб-завдань і об'єктивується в характеристиках цього процесу: особливостях

прийому завдання, обдумування та вибору способу розв'язання логічної задачі, характері труднощів та достатніх мірах допомоги для їх подолання, працездатності, аргументації результату, а також у співвідношенні активності дорослого та дитини.

Названі показники покладені в основу якісного аналізу одержаних експериментальних даних, який спирався на врахування виділених нами процесуальних характеристик діяльності та складових навчуваності, до яких ми відносимо: узагальненість, глибина, гнучкість, стійкість, усвідомленість, самостійність мислення.

Показниками для характеристики узагальненості мислення виступали особливості здійснення перцептивних та наочно образних дій під час виконання завдань різної складності (під кутом зору закладених в них узагальнень), узагальненість способу дії, темп виконання завдання. Глибина мислення оцінювалась здатністю дитини збагнути смисл завдання, вимоги дорослого, встановити узагальнююче значення зразків, схем, символів, уміння діяти зосереджено, заглиблено, раціонально і цілеспрямовано. Гнучкість мислення розкривалась в здатності дитини змінити попередній спосіб дії в залежності від зміни умов задачі, встановити нову суттєву ознаку, у вмінні дитини спиратися одразу на дві суттєві ознаки в процесі розподілу об'єктів. Стійкість мислення досліджуваних визначалась здатністю утримувати в свідомості актуалізовані істотні ознаки, орієнтуватися на закладені в змісті завдань наочні опори, якими можуть бути: малюнки-зразки, схеми, знаки-символи, еталони. Усвідомленість мислення оцінювалась через адекватність практичних дій вимогам завдання та вмінням дитини пояснити їх. За основу оцінювання самостійності мислення бралася міра втручання експериментатора в процес виконання завдання для досягнення позитивного результату: доступність самостійного розв'язання логічної задачі, сприйнятливість до допомоги, розгорнутість допомоги, яка стала достатньою для подолання труднощів; необхідність у керівництві процесом виконання завдання дорослим.

Найбільш виразні відмінності між дітьми з різним станом розумового розвитку виявляються:

- в особливостях контакту, в наявності і характеристиках інтересу, в адекватності та характері емоційних реакцій;
- особливостях орієнтування в умовах задачі і прийняття рішення про спосіб розв'язання її, в уміннях цілеспрямовано діяти, в раціональності і адекватності дій;
- в рівні узагальненості мислення, в здатності виділяти ознаки і в повноті їх врахування при розв'язанні практичних, перцептивних чи елементарних логічних задач;



- в здатності змінювати спосіб дії в залежності від зміни вимог, інструкції;
- в чутливості до допомоги, у мірах її розгорнутості;
- в умінні утримувати завдання в свідомості до кінця виконання, орієнтуватися на зразки;
- в критичному ставленні до власних дій та помилок, у здатності переглянути помилки і більше їх не повторювати;
- у темпі виконавської діяльності;
- в особливостях працездатності;
- у співвідношенні активності дорослого і дитини;
- в здатності до переносу (використання) набутого досвіду співпраці (умінь) в аналогічну ситуацію.

Названі показники складають основу якісного аналізу одержаних даних, який ґрунтується на оцінці виділених нами процесуальних характеристик діяльності та складових навчуваності.

Вивчення узагальненості мислення передбачається в усіх, включених в методику завданнях а різних рівнях мисленнєвої діяльності (наочно-дійовому, наочно-образному, словесно-логічному). Виконання завдань вимагає узагальнення істотного в різному матеріалі, де істотні зв'язки представлені по різному: є явними, прихованими, вимагають функціонування різних розумових дій, як простих, так і складних. Відомо, що у дітей з різними формами психічних порушень виявляється в тій чи іншій мірі слабкість узагальнення. Задля вивчення збереження можливостей абстрагування та узагальнення істотного в матеріалі розроблені прості за змістом та способом виконання завдання, котрі дають можливість включити в процес обстеження різні категорії аномальних дітей.

Переважає більшість дітей старшого дошкільного віку з нормальним інтелектуальним розвитком самостійно або з мінімальною допомогою здійснювала необхідні узагальнення, які виявились адекватними логічним діям, котрі мають бути сформовані в цей віковий період.

Показовим для цієї категорії обстежуваних є перебіг процесу обстеження. Нормальні діти охоче, із зростаючою зацікавленістю і прискоренням темпу виконують усі завдання. Діти із ЗПР самостійність узагальнення виявляють переважно в нескладних завданнях, однак в складніших – припускаються помилок, потребують різноманітної (стимулюючої діяльність, усвідомлення власних практичних дій?) допомоги. В процесі виконання завдань потребують заохочень, підтримки, нагадування вимог, виявляють ознаки втомлюваності, зниження інтересу та спад працездатності. Для дітей розумово відсталих характерним є несамотійність у здійсненні узагальнень, виразно виявляється некритичність ставлення до власних практичних дій, безглузді помилки не

згнічують їх, не стимулюють до перегляду одержаного результату. Багатьом з них необхідна розгорнута допомога в подоланні труднощів узагальнення, зовнішній контроль власних дій.

Глибина мислення (протилежна якість - поверховість) здатність охопити сутність завдання, виділити суттєву ознаку і використати їх як засіб розв'язання логічної задачі. Цю здатність виявляють майже всі дошкільники з нормальним інтелектом (відмінності в тривалості орієнтувальної робочої паузи?). Частина з них може діяти поверхово (тобто здійснюють розподіл не за істотною перцептивною ознакою, а більш яскравою, явною), але вони спроможні змінити первісне рішення після переосмислення вимог задач (уже в процесі пошуку правильного рішення, або після помилки). Для дітей із ЗПР характерна поверховість дій і мислення на початковому етапі, яка є результатом недостатнього усвідомлення логічної задачі. Під впливом організуючих їх пізнавальну діяльність дій (шляхом активізації мислительних операцій) з боку експериментатора вони здатні знайти спосіб виконання завдання. Розумово відсталі дошкільники часто діють імпульсивно. Під впливом сторонніх асоціацій, безпосередніх вражень, власного досвіду, намагаються замінити поставлену перед ними задачу знайомими діями з подібним матеріалом.

Гнучкість мислення виявляється у змінюваності діяльності у відповідності до зміни умов задачі. Протилежна якість - косність, стереотипність дій, схильність до шаблонного відтворення раніше засвоєного.

Більшість дітей, що розвиваються нормально, виявляють достатню здатність актуалізувати способи виконання одного й того ж завдання (зміни підстави класифікації). У частини досліджуваних цієї категорії (при самотійному виконанні) виявляється ознаки слабкості абстрагування і інертність – труднощі переключення в способі дії, актуалізації нової суттєвої ознаки і усвідомлення її як підстави для розподілу. Для дітей із ЗПР інертність мислення є особливо характерною особливістю. Проявом її є тривалі паузи в процесі орієнтуванні в матеріалі, часте відтворення попередніх дій, труднощі актуалізації різноманітних суттєвих ознак. Однак у цих дітей ця властивість мислення не є нездоланною, під впливом допомоги з боку дорослого вони досягають позитивних результатів. У розумово відсталих інертність виявляється в стереотипності дій в шаблонному відтворенні раніше засвоєного, що часто виступає нездоланною перешкодою в досягненні правильного результату

Стійкість мислення – найбільш характерна особливість дітей з нормальним інтелекту. Коли ці діти розуміють зміст логічної задачі, її вимоги, вони до кінця виконання утримують їх в свідомості, керуються ними в практичних діях, здійснюють самоконтроль.

Дітям із ЗПР властива недостатня стійкість мислення, яка виявляється в невпевненості, нерішучості, практично-пошуковому характері дій, спрямованих на встановлення способу розв'язання мислительної задачі. В суб'єктивно складних завданнях у цих дітей трапляється втрата завдання, коли дитина не утримує інструкцію, умови задачі до кінця завдання. Втрата завдання цієї категорії досліджуваних виявляється навіть у випадках, коли дитині повідомити суттєву ознаку, коли вона дії за зразком.

Усвідомленість мислення в нормі і при ЗПР виявляється в тому, що такі діти здатні дати вербальний звіт про здійснені дії, відповідаючи на запитання, чому саме так необхідно було діяти. Відмінність між зазначеними категоріями обстежуваних полягає у повноті, точності аргументацій. У дітей із ЗПР вони бідні, надто спрощені, однослівні, часом поєднуються з жестами або зовсім ними замінюються. Розумово відсталі дошкільники дуже зрідка здатні пояснити своє виконання. Як правило, ці діти таку вимогу експериментатора не приймають, мовчать, говорять на сторонню тему або відповідають: «Так треба», «Так мама навчила» і т. ін.

Самостійність мислення дітей з нормальним розвитком виявляється в правильному виконанні переважної більшості завдань експрес-методики, в достатності мінімальних мір допомоги для подолання виникаючих труднощів. Самостійність дітей із ЗПР в процесі діагностичного обстеження є досить обмеженою. Вони потребують різноманітної допомоги з боку дорослого, чутливість до якої у цих дітей виявляється дуже різною. Серед них значна частина дітей потребує розгорнутої допомоги, подібно тому, як це виявляється у розумово відсталих дітей. Однак від останніх їх відрізняє здатність в аналогічних або схожих за змістом завданнях до самонавчованості – виходити на якісно більш високий рівень виконання, чутливість до менш розгорнутих мір допомоги. Якість виконання аналогічних завдань розумово відсталих дошкільників суттєво не поліпшується.

Отже, якісні характеристики складових навчованості виступають диференційно значущими показниками в процесі діагностики з метою відмежування ЗПР та розумової відсталості від норми.

**Психолого-педагогічний висновок.** Результатом психолого-педагогічного вивчення є психолого-педагогічний висновок, який є документом, що в компактній (стислій) формі розкриває психолого-педагогічну картину проблем дитини, на основі оцінки здатності до засвоєння знань визначає навчальну програму і методи навчання і виховання, вказує на провідні напрямки корекційно-педагогічного впливу .

Це пов'язано, по перше, з тим, що консультації є, насамперед, установами освіти, тому закономірно в своїй діяльності ставлять освітні цілі і завдання. При

цьому медичні дані лікарів для фахівців консультацій дуже важливі, вони є одним з орієнтирів в проблемах дитини, допомагають глибше розуміти специфіку і механізми порушеного розвитку, прогнозувати його динаміку, визначати системи корекційно-розвивального впливу. Названі параметри являють собою психолого-педагогічний аспект проблем і тому потребують організації адекватних суто педагогічних та психологічних заходів. Для педагогів висновок консультації з точним означенням проблем дитини в психолого-педагогічних поняттях є ключовим для побудови і реалізації ними педагогічної стратегії, вибору і застосування адекватних педагогічних технологій.

По-друге, формулювання висновку з психолого-педагогічним змістом важливе з огляду на утвердження в діяльності консультацій нових концептуальних засад у контексті передових ідей соціальної інклюзії. Цей факт засвідчує перехід від медичної до соціальної моделі розуміння неповносправності (інвалідності). Раніше під час обстеження дитини фокус вивчення утримувався на оцінці проблем медичного змісту: стану її здоров'я, (тобто особливостях ушкоджень, хвороби) і породжених ними психофізичних обмеженнях, недоліках і неспроможностях. Нині увага зосереджується на визначенні сильних сторін дитини, збережених здатностей функціонування, взаємодії, контакту, спілкування, доступних способів засвоєння знань. Зміст висновків та рекомендації консультації ставлять вимоги перед суспільством і спонукають його до створення належних умов і використання засобів для найкращого задоволення освітніх потреб дітей з особливими потребами.

Формулювання психолого-педагогічного висновку та рекомендацій – це новий аспект діяльності сучасних консультацій. Нижче подається схема змісту психолого-педагогічного висновку.

### **Орієнтовна схема формулювання психолого-педагогічного висновку**

Характеристика психолого-педагогічних проявів:

1. Вид провідного порушення; ступінь вираження (форма).
2. Характеристика загального психічного розвитку (інтелекту), зокрема, розумового.
3. Стан розвитку мовленнєвої діяльності: самостійні можливості, специфічні недоліки.
4. Особливості навчваності (здатність до засвоєння знань).
5. Індивідуальні характеристики складових навчваності (узагальненість, гнучкість, глибина, стійкість, самостійність, усвідомленість мислення).
6. Здатність до прийняття допомоги, міра її розгорнутості.

7. Сформованість моторики, навичок самообслуговування.
8. Особливості уваги, самоконтролю; працездатність.
9. Стан емоційно-вольової сфери, домінуючий емоційний фон, стан.
10. Поведінкові прояви, реакції.
11. Особливі застереження (епізодичні нічні епілептичні напади, спалахи агресії).

Зміст рекомендацій:

1. Напрямок задоволення освітніх потреб: навчання (корекційно-розвиткова робота, соціально-побутове орієнтування, формування навичок самообслуговування і соціальної взаємодії) за загальноосвітньою програмою (або за програмою для дітей з легкою розумовою відсталістю, із затримкою психічного розвитку, з важкими порушеннями мовлення тощо).

2. Форма навчання (колективна, індивідуальна, інклюзивна, інтегрована).

3. Необхідність в додатковій роботі, супроводі (логопеда, психолога, реабілітолога, соціального педагога, служб у справах дітей).

4. Потреба у належних засобах, пристосуваннях (гімнастика для очей, освітлення робочого місця).

5. Визначення кількості годин на тиждень для проведення корекційно-розвиткових занять ( від 3 до 8 годин) за умов інклюзивного навчання.

### **Зразки формулювання психолого-педагогічних висновків.**

1. Андрій С., 2003 р.н., 9 років.

**Психолого-педагогічний висновок:** Затримка психічного розвитку з переважанням затримки розвитку мовлення. Системний недорозвиток мовлення другого рівня. Практичні дії виконує успішно, з обдумуванням, дещо повільно. Є труднощі з поясненням: не може пояснити кінцевий результат дій, пояснює одним словом. Недостатня сформованість узагальнення. Допомогою у процесі виконання завдань користується успішно. Адекватна, врівноважена поведінка.

**Рекомендовано:** навчання за програмою для дітей із ЗПР. Логопедичний супровід. За умов інклюзивного навчання потребує 6 годин для проведення корекційно-розвиткових занять.

2. Іван Б., повних сім років.

**Психолого-педагогічний висновок:** Затримка психічного розвитку: нерівномірна сформованість пізнавальних процесів з переважанням відставання розвитку мовлення. Недорозвиток мовлення II рівня. Недостатня усвідомленість виконуваних практичних дій. Допомогою користується добре. Висока психічна втомлюваність з наростанням гіперактивності у міру

виснажуваності. Припиняє діяльність і відволікається на сторонні дії. Поведінка керована.

**Рекомендовано:** навчання за програмою для дітей із ЗПР. Логопедичний супровід. Стимуляція позитивної навчальної мотивації. За умов інклюзивного навчання потребує 8 годин для проведення корекційно-розвиткових занять.

3. Богдан, 10 років.

**Психолого-педагогічний висновок:** затримка психічного розвитку, обтяжена педагогічною занедбаністю: нерівномірність сформованості пізнавальних процесів, обмеженість навчальних знань і умінь. Практичні дії під час виконання діагностичних завдань переважно адекватні, коригуються допомогою. Виразна недостатність узагальнень вербального матеріалу. Мовлення сформоване, але фонематичні уявлення та мовний аналіз утруднені. Психічно виснажуваний: схильний до афективних спалахів, бурхливо реагує на труднощі, нетерпеливий.

**Рекомендовано:** навчання за ІНП, розробленого на основі програми для дітей із затримкою психічного розвитку (другий клас). Потребує індивідуального контролю і підтримки позитивної мотивації у процесі навчання. Динамічне спостереження за успішністю засвоєння знань. Посилена увага до формування навичок соціальної взаємодії. За умов інклюзивного навчання потребує 8 годин для проведення корекційно-розвиткових занять.

4. Єгор, 3 р. 6міс.

**Психолого-педагогічний висновок.** Загальний психічний недорозвиток у формі легкої розумової відсталості? Системний недорозвиток мовлення I рівня. Порушення зорової функції: збіжна косоокість. Добре ходить, але швидко переходить у позицію «на носочках». Моторика рук достатня. Контакт з дорослими обмежений. У сумісну діяльність не включається, протестує плачем. Легко заспокоюється. До іграшок інтересу не виявляє. Словесні інструкції слухає, але не виконує. У вільній діяльності спокійний. Характерне пасивне споглядання. Власні бажання виявляє жестами і відповідними діями. До мами має позитивне ставлення.

**Рекомендовано:** 1) регулярне короткотривале перебування в ДНЗ з метою адаптації до дитячого колективу та вчителя-дефектолога; 2) корекційна робота (за ІНП, розробленим на основі програми для дітей з легкою розумовою відсталістю) з розвитку навичок практичної взаємодії з дорослими і дітьми, пасивного і активного мовлення, дрібної і крупної моторики, інтересу до предметного оточення, емоційного ставлення до близьких. Перегляд ПМПК в червні 2013 року.

**Рекомендована література:**

1. Наказ Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України, Національної академії педагогічних наук України від 23.06.2011 р. № 623/61 «Про внесення змін до Положення про центральну та республіканську (Автономна Республіка Крим), обласні, Київську та Севастопольську міські, районні (міські) психолого-медико-педагогічні консультації»;

2. Лубовский В.И. Психологические проблемы аномального развития детей / В.И. Лубовский. – М.: Педагогика, 1989. – 104 с.

3. Обухівська А.Г. Научуваність як діагностичний показник розумового розвитку дошкільників. Автореферат дисертації ...кандидата психологічних наук / А.Г. Обухівська. - К., 1998. – 19 с.

4. Стадненко Н.М. Методика діагностики відхилень в інтелектуальному розвитку молодших школярів / Н.М. Стадненко, Т.Д. Ілляшенко, А.Г. Обухівська. – [Видання друге, перероблене і доповнене] - Кам'янець-Подільський: Видавець ПП Зволейко Д.Г., 2006. – 36 с.: Дидактичний матеріал: комплект А і Б (45 арк.).

*Т.Д. Ілляшенко*

## **II. ДІТИ З ДЕВІАНТНОЮ ПОВЕДІНКОЮ В РОБОТІ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГІЧНИХ КОНСУЛЬТАЦІЙ**

Діти з поведінковими порушеннями (з девіантною поведінкою) становлять значну частину контингенту відвідувачів психолого-медико-педагогічної консультації (ПМПК). За даними статистичного звіту щороку до консультацій звертається понад півтори тисячі дітей з поведінковими порушеннями, не ускладненими іншими розладами. Якщо зважити, що у переважній більшості випадків проблемна поведінка поєднується з іншими розладами, часто виступаючи їх наслідком, то кількість дітей, які потребують корекції поведінки, виявиться незрівнянно більшою.

Усвідомлення актуальності проблеми порушень у поведінці дітей, які користуються послугами ПМПК, зумовило введення у її штат психолога – консультанта з девіантної поведінки. Тимчасом його діяльність не отримала необхідного теоретичного обґрунтування та відповідного методичного забезпечення і залишається мало конкретизованою. Практично діти з девіантною поведінкою сьогодні не отримують у консультації потрібної їм допомоги. Для цього є об'єктивні причини. Вони пов'язані як зі специфікою названого контингенту, так і з особливостями функціонування психолого-медико-педагогічних консультацій, які переживають перехідний період від медико-

педагогічних комісій, набуваючи нових якостей і розширюючи свої функції. Хоча консультації виростають на ґрунті колишніх комісій, це принципово різні установи з різними завданнями.

Єдиним завданням медико-педагогічної комісії було комплектування спеціальних шкіл для дітей з психофізичними порушеннями (за сьогоденною термінологією – з особливими освітніми потребами). Визначаючи особливості психофізичного порушення у дитини, комісія визначала тип потрібного їй навчального закладу і на тому її функції закінчувалися. Отже, комісія фактично працювала на навчальний заклад, забезпечуючи його контингент. За цих обставин у найтяжчому становищі опинялися діти з девіантною поведінкою, оскільки спеціальних шкіл для них не було. Крім рекомендації індивідуального навчання поза дитячим колективом, яке зрідка практикувалося у тяжких випадках, комісія таким дітям нічим допомогти не могла. Зовсім очевидно, що і цей захід працював не на дитину, а здебільшого на убезпечення від неї навчального закладу.

Діяльність сучасної психолого-медико-педагогічної консультації, особливо в умовах інтеграції дітей з особливими освітніми потребами у єдиній освітній системі, є багатофункціональною і спрямована на допомогу дитині, а саме – на вивчення її психологічних особливостей та визначення способів реалізації її потенціалу навчання і розвитку у різних умовах організації педагогічного впливу: у спеціальній школі, спеціальному класі при загальноосвітній школі чи на засадах інклюзії у загальноосвітньому класі. Розв'язуючи ці завдання, консультація співпрацює з батьками та школою, зокрема, з психологічною службою системи освіти.

Сьогодні багато аспектів роботи психолого-медико-педагогічної консультації поки що тільки задекларовані чи певною мірою окреслені і для впровадження потребують теоретичного і методичного наповнення. Саме у такому стані перебуває розв'язання проблеми допомоги у консультації дітям з девіантною поведінкою.

Ставлячи за мету у міру можливого заповнювати прогалину у науково-методичному забезпеченні допомоги ПМПК дітям з девіантною поведінкою, далі зупинимось на окресленні специфіки девіацій у поведінці дітей, які відвідують психолого-медико-педагогічну консультацію, на методичних питаннях вивчення дітей з девіантною поведінкою та взаємодії консультації, сім'ї і школи у корекції їхньої поведінки.

## **1. Особливості поведінкових відхилень у дітей – відвідувачів ПМПК.**

Насамперед, постає питання про виокремлення дітей, девіації у поведінці яких входять у компетенцію ПМПК, з-поміж тих, чия девіантна (а часто і



делінквентна та адиктивна) поведінка є поза її компетенцією і становить предмет опіки інших органів.

На нашу думку, визначальною особливістю девіантної поведінки дітей, обстежуваних у консультації, є, в одних випадках, її біологічна зумовленість, а отже така, що може розглядатися як дизонтогенез, хворобливий прояв і потребує не тільки психолого-педагогічного, а часто і медичного корекційного втручання, в інших – вона виступає як супутній чи вторинний розлад у дітей з порушенням психофізичного розвитку у зв'язку з умовами навчання і виховання, що не відповідають їхнім потребам, та негативними факторами соціального середовища.

Звісно, що межа між означеною категорією дітей та всіма іншими, більш чи менш виражені поведінкові девіації яких не розглядаються як пов'язані з психофізичними порушеннями, є досить розмитою. Справді, часто до ПМПК приходять діти, у яких психофізичні порушення не виявляються, а їхні стійкі труднощі у навчанні та поведінці зумовлені несприятливими соціальними та педагогічними факторами. Натомість у дітей підліткового віку і старших, яких розглядають як здорових правопорушників, можуть залишатися невиявленими у більш ранньому дитинстві ті чи інші порушення психофізичного розвитку чи межові стани, первинні у довгому ланцюгу взаємообумовлених причин формування соціальної дезадаптації. На користь цього свідчить той факт, що серед підлітків, які здійснили правопорушення, за даними Н.Ю. Максимової, 80% мають акцентуації характеру, в той час як серед загальної кількості школярів акцентуантів близько 40%. Отже, не кориговані акцентуації протягом навчання і розвитку дитини у дошкільному і молодшому шкільному віці обертаються серйозними розладами соціальної адаптації, коли діти досягають підліткового віку.

На користь участі у девіаціях поведінки психофізичних порушень розвитку дитини свідчить ранній їх прояв (дошкільний і молодший шкільний вік) або їх вторинність, зумовлена реакцією на наслідки первинних порушень пізнавальних функцій, сенсорних, опорно-рухових і т. ін.

Серед дітей з поведінковими розладами, які проходять обстеження у ПМПК, можна виокремити дві групи.

Першу, значно меншу групу, складають діти, у яких порушення поведінки є основною причиною звернення до консультації.

Найчастіше доводиться констатувати гіперактивний розлад з дефіцитом уваги (ГРДУ) різного ступеню тяжкості і з великим розмаїттям симптомів, що проявляється і в заявлених скаргах. Здебільшого це надмірна рухливість, імпульсивність, що призводить до порушення дисципліни в класі і не дає змоги дитині успішно навчатися. Значно рідше на перший план виступають скарги на

уперте ухиляння дитини від виконання завдань та заняття сторонніми справами на уроці і вдома, нездатність послідовно діяти та доводити справу до завершення. Зазвичай на зауваження у зв'язку з «неорганізованістю» такі діти відповідають роздратуванням, а то й агресією. Розглянемо характерний випадок з практики.

**Вікторія С., 9 років, учениця третього класу.** Мама з дівчинкою звернулася на консультацію зі скаргою на те, що дитина може цілий урок щось малювати, але змусити її виконувати необхідні завдання неможливо. Вдома не хоче виконувати домашні завдання. На категоричну вимогу дорослих сісти за стіл і взятися за уроки дівчинка стає агресивною. Погрози і заохочення не допомагають. Тимчасом дитина може довго сидіти і щось малювати. Зрозуміло, що навчається вона з великими проблемами, хоча іноді може отримати і хорошу оцінку. З учителькою стосунки напружені, бо ніякі її розпорядження не виконуються. Не складаються у дівчинки і стійкі дружні стосунки з однокласниками. З розповіді мами стало відомо, що проблеми поведінки дитини не обмежуються відмовою виконувати навчальні завдання у школі та вдома, а виявляються й у всіх тих випадках, коли потрібно керуватися певним розпорядком. Так, дівчинку важко своєчасно вкласти спати, бо перш, ніж дійти до ліжка, вона зупиняється перед своїм робочим столом і щось починає перебирати, знаходить іграшки і т. ін.

У процесі бесіди з дитиною, спостереження та обстеження інтелектуальної діяльності виявлено ряд діагностично значущих її особливостей. Дівчинка дуже балакуча, безпосередня, без властивої більшості дітей стриманості у спілкуванні під час знайомства з дорослим. Привернуло увагу те, що сидячи на стільці, Віка робить багато рухів: потягується, хитається, крутить у руках олівець. Разом з тим до виконання запропонованих ігрових завдань долучається добре і виконує їх успішно, що свідчить про цілком достатній інтелектуальний розвиток і непогану обізнаність з навколишнім. Проте у побудові розповіді за серією малюнків виявилися характерні для недоліків саморегуляції особливості. Демонструючи цілком достатнє розуміння змісту серії малюнків, дівчинка не могла завершити розповіді, вдалася до фантазування, виходячи за межі сюжету, і говорила доти, поки її не спинили.

Уся отримана інформація про поведінку дитини дає підстави вважати, що перед нами один з варіантів гіперактивного розладу з дефіцитом уваги. Виявлений руховий неспокій тут не був провідним симптомом. Головна проблема дівчинки – у неможливості цілеспрямовано керувати своєю поведінкою, гальмуючи різні імпульсивні бажання, які постійно виникали. Саме тому їй так важко дотримуватися розпорядку дня. З тієї ж причини вона не працює в класі, бо не може керуватися тими завданнями, які ставить перед

учнями педагог. Так само вона не може послідовно виконувати домашні завдання. Умовляння і погрози позитивно спрацювати не можуть, бо дитина неспроможна виконати те, чого від неї вимагають. За таких обставин зрозумілою є її агресивна реакція. Водночас дівчинка може працювати в умовах індивідуальної роботи, коли регуляцію її поведінки значною мірою бере на себе дорослий, забезпечуючи етапність дій та стимулюючи похвалою. Виявлені особливості розладу поведінки дитини дозволяють і цілеспрямовано будувати корекційно-педагогічну роботу з нею, на чому зупинимося далі окремо.

На жаль, описані прояви гіперактивного розладу з дефіцитом уваги, де на перший план виступають розлади саморегуляції діяльності, а не надмірна рухова активність, у багатьох випадках залишаються не ідентифікованими і без необхідного втручання провокують виникнення вторинних розладів поведінки дитини і її особистості в цілому. Треба зазначити, що такі дещо атипові прояви описаного розладу більше властиві дівчаткам.

Дуже драматично розвиваються розлади поведінки дітей, які також беруть витоки з типових проявів гіперактивного розладу і далі під впливом несприятливих умов навчання і виховання призводять до глибоких порушень формування особистості і тяжкої соціальної дезадаптації. Розглянемо типовий випадок.

**Артур К., 13 років, учень сьомого класу.** З метою отримання індивідуального навчання консультацію відвідує втретє. Вперше на індивідуальне навчання був переведений у п'ятому класі. Виховується мамою, батько помер.

Медичний діагноз: соціалізований розлад поведінки на тлі акцентуації нестійкого типу.

Зі слів мами, дуже вразливий, у дошкільному віці був гіперактивним: надмірно рухливим, бився. Зараз, на думку мами, прояви гіперактивності зменшились. Об'єктивно ж вони у несприятливих педагогічних і соціальних умовах трансформувалися у складніші поведінкові відхилення, властиві підлітковому віку.

У школі не виявляв інтересу до навчання, завдання виконував тільки в умовах посиленої індивідуальної уваги до нього. Через погану поведінку на уроці приходив у клас із мамою. Кілька разів переводився в інші школи. У п'ятому класі було поставлене питання про переведення хлопця на індивідуальне навчання.

На час останнього обстеження у консультації: інтелектуальний розвиток відповідає віковій нормі, обсяг обізнаності досить високий. Не хоче вчитися, проводить час на вулиці, спілкується зі старшими дітьми із неблагополучних сімей, часто не ночує вдома, уночі сидить за комп'ютером, удень спить. Були

випадки дрібних крадіжок, погроз ножем. Хоче працювати і мати гроші. Пробирав роздавати листівки, а на зароблені гроші хотів купити куртку. Проте втримати гроші не може – одразу витрачає на дрібниці.

Хлопець втретє отримав рекомендацію індивідуального навчання протягом наступного року, хоча воно дедалі більше стає формальним і, залишаючи багато можливостей для неупорядкованого проведення часу, сприяє подальшій соціальній дезадаптації.

Історія Артура – чи не класичний приклад формування негативних рис особистості і поведінки дитини з гіперактивним розладом, яка не отримала необхідної їй психолого-педагогічної допомоги, а навпаки, жила у несприятливому соціальному середовищі.

Починається з того, що дитина з гіперактивним розладом своєю поведінкою втомлює дорослих, викликає роздратування, а значить – окрики, негативні оцінки і бажання уникнути спілкування. Встановлено, що матері гіперактивних дітей спілкуються зі своїми дітьми менше, ніж середньо статистичні, натомість вони більше вживають репресивних заходів щодо дитини. Дитина сприймає це як погане ставлення до себе, як доказ того, що її не люблять. Почуття відкинутості, самотності підсилюється негативним ставленням педагога і однокласників, які у початковій школі у своїх оцінках дуже залежні від оцінок педагога. У нашому випадку запрошення на уроки мами хлопчика свідчило про те, що педагог був неспроможний упоратися з ним. У цій ситуації виклик мами на уроки тільки підкреслював конфронтацію з ним дорослих. У відповідь – демонстрація непокори з боку дитини і задоволення потреби у визнанні і прихильності в іншому середовищі – на вулиці в оточенні ровесників і старших з уже сформованими асоціальними схильностями.

Показова деталь з характеристики Артура щодо його навчання: «Потребує посиленої уваги на уроці. Тільки в умовах підвищеної уваги до нього може виконати завдання». Справді, дитина з гіперактивним розладом і дефіцитом уваги може виконувати завдання тільки з допомогою когось іншого, хто може взяти на себе керівництво її діяльністю, адже у неї самої не сформована здатність до саморегуляції. Неспроможність працювати на уроці і вороже ставлення навколишніх приводить до того, що дитина випадає з навчального процесу. Залишається єдиний «вихід» - індивідуальне навчання. З наведеного прикладу формування негативних рис особистості і соціальної дезадаптації у дитини з гіперактивним розладом видно, які можливості допомоги їй було втрачено через нерозуміння її стану.

У наведеному прикладі несприятливого розвитку особистості дитини добре простежуються вікові зміни відхилень у поведінці, які беруть початок у

типових проявах гіперактивного розладу у дошкільному і молодшому шкільному віці та далі трансформуються у особистісні зміни, які розглядаються уже як поведінковий розлад на тлі акцентуації нестійкого типу. Отже, не коригований ГРДУ несе багато загроз щодо подальшої дезадаптації дитини, викривлень формування її особистості.

Часто поведінкові розлади, які виступають основними скаргами під час звернення до консультації, супроводжують затримку психічного розвитку (ЗПР) і є ознаками емоційно-вольової незрілості дитини, яка проявляється бурхливими реакціями, здебільшого неадекватними обставинам, що викликають фрустрацію. Слід зазначити, що поведінкові розлади не зрідка існують паралельно з розладами пізнавальної діяльності у дітей із ЗПР особливо церебрально-органічного генезу й у зверненні до консультації виступають як провідні, оскільки вони створюють найбільше незручностей у навчально-виховному процесі.

Дуже складними є випадки поєднання труднощів у навчанні та поведінкових розладів, зумовлених органічним ураженням центральної нервової системи. У таких випадках дуже швидко виникають особистісні ускладнення, пов'язані з хронічною неуспішністю, шкільна, а далі і соціальна дезадаптація. В основі таких порушень часто бувають акцентуації характеру, особливо збудливого типу, що з раннього дитинства проявляється в труднощах регуляції поведінки загальноприйнятими нормами і агресивності. Проаналізуємо один із таких випадків.

**Ігор Г., 12 років, учень п'ятого класу загальноосвітньої школи.**  
Медичний діагноз: психоорганічний синдром, затримка психічного розвитку.

До консультації хлопець прийшов з мамою у зв'язку з неуспішністю навчання і ускладненнями поведінки, які проявляються у нападах агресії. У такі моменти хлопець б'є однокласників, руйнує їхні ігри. Спалахнувши люттю, не розрізняє, хто перед ним: педагог чи однокласник. У спокійному стані поступливий, готовий виконати будь-яке доручення. Під час навчання протягом усіх років терпить нездоланні труднощі.

У процесі психологічного обстеження виявляється надзвичайна ригідність психічних процесів: дуже важко переключається з хибного шляху розв'язання завдання на продуктивніший, не одразу може скористатися допомогою, працює дуже повільно. Знань не має навіть за третій клас. Працюючи з психологом, спілкується приязно, урівноважений.

У процесі обговорення стану Ігоря було зроблене припущення, що напади агресивної поведінки у нього великою мірою є протестними, пов'язаними з положенням поганого учня, з постійними негативними оцінками з боку педагогів і однокласників. Разом з тим спалахи люті у поєднанні з ригідністю

психічної діяльності дають підстави вважати, що протестні реакції виникають на тлі акцентуації особистості збудливого типу. Хлопцеві було рекомендовано навчання за програмою для дітей із затримкою психічного розвитку з урахуванням рівня шкільних знань в індивідуальній роботі. Наголошено на важливості для формування його особистості переживання успіху, схвалення, позитивного сприйняття класним колективом і педагогами.

Особливу категорію складають діти, що мають тяжкі клінічні розлади поведінки, які дуже обмежують їхні можливості перебування у дитячому колективі. Такі діти постійно спостерігаються лікарем-психіатром і отримують медикаментозне лікування. Інтелектуальний розвиток у них буває різним, дуже часто – нормальним. Проте спрямувати їхні інтелектуальні можливості на продуктивну діяльність дуже важко і вдається в окремі короткі періоди.

**Наприклад, Олексій М., 11 років, учень четвертого класу школи «Надія»** (індивідуальне навчання). Медичний діагноз: не уточнений розлад особистості і поведінки внаслідок пошкодження і дисфункції головного мозку. Обстежувався у консультації для продовження індивідуального навчання.

Під час обстеження організувати продуктивне спілкування не вдається. Емоційно збуджений. Увесь час швидко ходить по кімнаті, стереотипно нюхає іграшку, яку постійно носить з собою. На звернення психолога відповідає грубо, кричить «Не буду!». Коли в окремих випадках виникає короткотривалий інтерес до запропонованого завдання, виконує його швидко й правильно і зразу ж виявляє ще більше роздратування.

Зрозуміло, що настільки неупорядкована поведінка дитини не дозволяє їй перебувати у класі разом з іншими дітьми, навіть за умови використання усіх засобів допомоги, які передбачає інклюзивне навчання. Разом з тим і такі діти потребують соціальної адаптації. Крім того, потребує допомоги з боку суспільства сім'я, яка залишається наодинці з дуже важкою у поведінці дитиною. Тут могли б прислужитися реабілітаційні центри, мережа яких чимдалі повинна розширюватися та зміцнюватися їхня педагогічна і медична база.

Часто ПМПК доводиться мати справу з дітьми, поведінкові розлади яких зумовлені педагогічною занедбаністю, а саме – сформованістю в асоціальному середовищі, насамперед, сім'ї, а то й вулиці, неприйнятних зразків поведінки. Здебільшого такі діти демонструють цілком достатній інтелектуальний розвиток для успішного навчання, але відсутність знань та навчальної мотивації, негативне ставлення до навчання і школи в цілому. Зрозуміло, що вони шукають для себе цікавіші заняття, які суперечать загальноприйнятим нормам соціальної поведінки. У таких дітей, як правило, виявляється

несприятливе соціальне оточення, відсутність батьківської турботи чи спотворені, антипедагогічні її прояви.

Досі ми розглядали поведінкові розлади у дітей, які виступають провідним фактором звернення до консультації і можуть розглядатися як первинні. Звичайно, це ніякою мірою не виключає наявності супутніх розладів, зокрема пізнавальної діяльності, які виявляються у ході психолого-педагогічного обстеження дитини.

Необхідно також зазначити, що далеко не всі поведінкові порушення дитини, які виступають причиною звернення до консультації, є первинними. У багатьох випадках, як ми далі побачимо, вони є похідними від різних порушень пізнавальної діяльності, сенсорних порушень, вад опорно-рухового апарату дітей, які виховувалися у несприятливому мікросоціальному середовищі і не отримали необхідної корекційно-педагогічної допомоги. У багатьох випадках поведінкові проблеми, хоча й не є провідними, первинними, проте вони, ускладнюючи навчально-виховний процес, виступають мотивуючим фактором звернення до консультації. Справді, поки дитина не заважає педагогові на уроці і не створює проблем у класному колективі, з її труднощами у навчанні, зумовленими різними причинами, миряться і батьки, і школа. Коли ж погіршується її поведінка, школа починає шукати шляхи до психолого-медико-педагогічної консультації з надією позбутися такої дитини у класі.

Другу, значно численнішу, групу становлять діти із вторинними розладами поведінки, у той час як причиною звернення до консультації є труднощі у навчанні, порушення опорно-рухового апарату, сенсорні порушення. У таких випадках поведінкові проблеми сприймаються як другорядні, і часто батьками і педагогами не пов'язуються з навчальними проблемами та іншими негативними факторами, що сприяють викривленому формуванню особистості дитини з особливими освітніми потребами.

Серед таких вторинних поведінкових розладів чи не найпоширенішими є прояви агресії, а також схожі за походженням стани, відомі в літературі як уникання невдачі, синдром хронічної неуспішності та відмова від діяльності у молодшому шкільному віці і як їх продовження і поглиблення у підлітковому віці – тотальний регрес і психологічна інкапсуляція, коли пасивна реакція на неуспішність навчання поширюється на усі види діяльності, спілкування, набуває негативних рис особистості. В усіх цих станах спільна першопричина, а саме – неуспішність навчання, фізичні, сенсорні недоліки та ставлення до них оточення, що веде до усвідомлення дитиною своєї меншовартості і розвитку захисних реакцій. В залежності від індивідуальних особливостей одні діти на негативні оцінки однокласників, педагогів, батьків відповідають агресією, часом – демонстрацією себе як «відчайдушного хулігана». Інші, здебільшого

більш астеничні діти, щоб уникнути звичної уже невдачі, відмовляються працювати на уроці, виконувати домашні завдання, поринають у фантазування і чимдалі відгороджуються від спілкування і будь-якої діяльності. При цьому їхні пізнавальні можливості часто бувають значно вищими від реальних успіхів у навчанні, яке може ускладнюватися не різко вираженими, але такими, що перешкоджають успішному навчанню, розладами окремих пізнавальних функцій: мовленнєвого розвитку, іншими труднощами формування шкільних навичок. Як правило, у таких дітей виявляється високий рівень тривожності і низька самооцінка, що без відповідного втручання загрожує серйозними деформаціями особистості. Розглянемо один з таких випадків.

**Олексій Н., 9 років, учень другого класу загальноосвітньої школи.** До консультації звернулася з хлопчиком мама за наполяганням учительки зі скаргою на те, що він може цілий урок тихенько просидіти, так і не відкривши зошита і не беручи ніякої участі у роботі класу. Те ж саме відбувається і вдома. Домашні завдання виконує мама, яка будь-що хоче бачити сина зразковим учнем. Вона подовгу змушувала сина сидіти за приготуванням уроків, а переконавшись, що він так і не починав працювати, вдавалася до покарання, а то й до бійки. Мама часто просила вчительку дозволити їй послухати, як відповідає на уроці її син. Усе це вона щиросердно розповідала на консультації, мотивуючи свою поведінку тим, що старшого сина не достатньо контролювала і тому він став на хибний шлях. Тепер вона будь-що хоче не повторити свої помилки, виховуючи молодшого.

Олексійко – маленький, худенький, блідий хлопчик із синцями під очима і сумним поглядом. Спілкується неохоче, незважаючи на всі зусилля заспокоїти його і зацікавити грою.

Під час виконання діагностичних завдань відтворювалася картина, змальована педагогом: найлегше завдання хлопчик не міг почати виконувати самостійно. Потрібні були навідні запитання, підбадьорення. Кожен рух невпевнений, щохвилини Олексій готовий відмовитися від правильно виконаної дії і замінити її неправильною. Поступово під впливом щедрої похвали за найменші успіхи він трохи «відтанув», слухав оповідання і потім вдало давав відповіді на запитання, виявляючи добре розуміння вчинків персонажів. Проте мовлення збіднене, висловлювання скупі. До того ж виявлені характерні помилки на письмі у зошитах учня. Усе це дозволило логопедові консультації зробити висновок про певний недорозвиток мовлення дитини і потребу логопедичної роботи з нею. Взагалі, актуальний розвиток хлопчика був значно нижчий від тих претензій, які пред'являла до його навчання мама. Крім недоліків мовленнєвого розвитку, він виявляв недоліки просторового сприймання, низьку працездатність, швидко стомлювався. Разом



з тим Олексій досить успішно використовував допомогу, що свідчило про достатню навчуність і непогані потенційні можливості розвитку. Дуже позитивно реагував на похвалу: ставав активнішим і поліпшував результат виконання завдання. Усе це свідчило про те, що за сприятливих умов, зокрема, логопедичної допомоги, хлопець міг би навчатися цілком успішно. Важливою умовою корекції навчання і поведінки учня було підвищення його вкрай низької самооцінки. У її зниженні важливу роль відіграла поведінка мами, яка не розуміючи об'єктивних навчальних труднощів дитини, вимагала високої успішності.

Отже, перед нами досить типовий випадок синдрому хронічної неуспішності, що розвинувся на тлі об'єктивних труднощів у навчанні, які потребували спеціальної корекції, та під впливом не виправдано завищених вимог мами і деспотичної її поведінки відносно сина.

Описані вище первинні і вторинні розлади поведінки дітей, можуть мати подібні прояви, в той час як витоки їх різні і вони потребують різної психолого-педагогічної тактики для їх подолання.

Потребують диференціації причини відмови дитини працювати на уроці в одних випадках через недорозвиток саморегуляції і пов'язаної з ним неспроможності послідовно виконувати завдання в інших – у зв'язку з особистісним розладом – станом хронічної неуспішності, який легко виникає у вразливих, ослаблених дітей особливо в умовах конфлікту між завищеними вимогами батьків і неможливістю дитини задовольнити їхні претензії через об'єктивні причини, якими можуть бути не виявлені легкі порушення окремих пізнавальних функцій. Далеко не завжди і педагоги можуть адекватно оцінити труднощі дитини у навчанні та надати їй адекватну допомогу, обмежуючи свої педагогічні заходи надмірним тиском і осудом.

Діти з розладами саморегуляції, навіть без вираженої рухової активності, у процесі обстеження часто виявляють інфантильність, безпосередність, охоче вступають у бесіду і не достатньо відчують дистанцію. Вони часто потребують допомоги на початку виконання завдання, легко зупиняються за найменших труднощів, відволікаються. Дуже показовою є неспроможність такої дитини закінчити розповідь, багатослівність.

На відміну від дітей з розладами саморегуляції, діти з синдромом хронічної неуспішності у консультації поведуться скуто, виглядають боязкими. Їм теж важко почати виконання завдання, але через невпевненість. Тому їм дуже допомагає підбадьорення, похвала, після якої вони працюють значно успішніше.

Розглянуті різні причини порушення поведінки дитини у процесі навчання, звичайно, потребують і різного педагогічного впливу, а часом і медичного втручання.

Отже, необхідно визнати, що усі діти з особливими освітніми потребами, а не тільки ті, у кого виявляються первинні порушення поведінки, є групою ризику щодо деформацій у розвитку особистості і розладів соціальної адаптації. Відтак заходи щодо попередження і корекції особистісних девіацій у цієї категорії дітей набуває виключно важливого значення.

## **2. Взаємодія ПМПК з батьками та навчальним закладом у корекції поведінкових розладів дитини.**

Перш, ніж говорити про конкретні заходи, які можуть позитивно вплинути на формування особистості і соціальну адаптацію дітей з особливими освітніми потребами та порушеннями поведінки, необхідно визнати, що вони потребують комплексного підходу з участю психолого-медико-педагогічної консультації, навчального закладу та сім'ї. Консультація у цій взаємодії займає визначне місце, оскільки, саме вона здійснює ґрунтовний аналіз взаємопов'язаних факторів, що спричинюють порушення навчальної діяльності дитини і поведінки та формування її особистості в цілому, а також дає рекомендації щодо необхідних заходів з боку сім'ї і навчального закладу.

Зрозуміло, що різнобічне психолого-педагогічне вивчення пізнавальної діяльності та розвитку особистості дитини не можна здійснити в умовах одноразового, часто короткотривалого обстеження, яке поки що є нормою функціонування консультації. Практика вимагає від неї рекомендацій, якісно глибших і ширших від тих, що даються зазвичай. Вони повинні стати основою для складання індивідуального плану педагогічної роботи з дитиною.

Розширені висновки та рекомендації консультації крім висновків про актуальний інтелектуальний розвиток і його потенційні можливості, які виявляються у навчованості, про мовленнєвий розвиток, стан окремих психічних функцій та про рівень навчальних досягнень, повинні містити інформацію про систему емоційних ставлень дитини. Такими є: ставлення до навчальних успіхів і невдач, самооцінка та щільно пов'язане з нею позитивне чи негативне самоприйняття і рівень тривожності, стосунки у дитячому колективі та сім'ї.

Усі ці відомості можуть бути отриманими, насамперед, із психолого-педагогічної характеристики, складеної психологом та педагогом навчального закладу, у якому перебуває дитина. Психолого-педагогічна характеристика становить основу для визначення параметрів подальшого вивчення дитини у консультації. Ці відомості доповнюються висновками дитячого психоневролога

про органічні передумови порушення інтелекту та поведінки, які, як правило, є у документах, представлених на консультацію.

Зауважимо, що сьогодні психолого-педагогічні характеристики, які супроводжують дитину до консультації, часто складаються довільно і досить поверхово, без достатнього висвітлення психологічних особливостей дитини, які становлять інтерес для подальшого її вивчення у консультації. Не рідкісні випадки, коли характеристики складаються недбало і некваліфіковано і обмежуються простим переліком негативних проявів дитини на кшталт: «...неуважний, нестаранний, володіє учбовим матеріалом на середньому рівні. Потребує постійного контролю, не виявляє зацікавленості до навчання, піддається чужому впливу, схильний до протиправної поведінки». Зазначимо, що характеристика дана дев'ятилітній дитині, у якої психіатром констатовано гіперактивний розлад з дефіцитом уваги. Усі перераховані негативні прояви поведінки учня цілком вкладаються у встановлений діагноз, але попри те, що дана характеристика демонструє повну відсутність уявлення педагога про причини поганого навчання і поведінки дитини, відсутні і будь-які відомості про ті педагогічні заходи, які давали хоч тимчасовий позитивний ефект. Усе це свідчить про відсутність спроб вивчити дитину та допомогти їй, а також про те, що психолого-педагогічній характеристиці не надається серйозного значення.

Повинно стати неухильним правилом вивчення практичним психологом навчального закладу кожної дитини, якій рекомендовано обстеження у психолого-медико-педагогічній консультації, та його участь у складанні психолого-педагогічної характеристики. Очевидно, буде доцільним уніфікувати ряд аспектів вивчення дитини, що обов'язково у ній висвітлюються. Такими є: відомості про інтелектуальний розвиток дитини, рівень її загальної обізнаності та шкільних знань, (якщо є труднощі у навчанні, то як вони проявляються), умови, у яких вдається домогтися позитивних зрушень у її навчанні і поведінці, інтереси (заняття, які цікавлять дитину), система її емоційних ставлень, зокрема, ставлення до навчальних успіхів і невдач, самосприйняття (позитивне чи негативне), місце у дитячому колективі (прийняття чи відторгнення), умови сімейного виховання, працездатність та стан здоров'я (хворобливість, пропуски уроків через хворобу і т. ін.). Якщо йдеться про порушення поведінки дитини, важливо вказати умови, у яких вони проявляються.

Діти, у яких фіксуються поведінкові проблеми, у консультації в окремий час обстежуються психологом з девіантної поведінки. Він повинен володіти рядом методик вивчення особистості дитини та розладів її поведінки, а також її мікросоціального середовища: стосунків у сім'ї та дитячому колективі. Відповідні методичні матеріали повинні бути у консультації.

Наслідком підсумкового обговорення виявлених психологічних особливостей дитини та факторів, що їх зумовлюють, є складання рекомендацій для оптимальних умов її навчання і розвитку. Зрозуміло, що вони не можуть обмежуватися традиційною рекомендацією певної спеціальної навчальної програми, а відображати індивідуальні особливості інтелектуального розвитку, актуальних знань та рис особистості дитини, необхідних для побудови індивідуального плану подальшої різнобічної педагогічної роботи з нею не залежно від того, яка форма навчання буде обрана батьками: загальноосвітня школа на умовах інклюзії, спеціальний клас чи спеціальна школа.

Взаємодія психолого-медико-педагогічної консультації і навчального закладу у вивченні дитини з порушеннями поведінки та виробленні тактики корекційного впливу на неї підпорядкована важливій меті – вичерпно скористатися усіма можливостями утримати дитину в колективі ровесників і уникнути необґрунтованого переведення її на малоефективне, а здебільшого шкідливе індивідуальне навчання, яке сьогодні досить широко практикується. Особливо це стосується дітей з гіперактивним розладом та дефіцитом уваги, які складають переважну більшість тих, які приходять до консультації з проблемами поведінки.

Відкидання школою дитини, поведінка якої не вкладається у загальноприйняті норми, здебільшого зумовлене відсутністю уявлень у батьків і педагогів про причини її «нестандартної» поведінки та про способи вплинути на її корекцію. Саме педагогічною неосвіченістю зумовлюються взаємні звинувачення та запекла боротьба між батьками і педагогами навіть у тих випадках, коли є реальна можливість допомогти дитині, налагодивши конструктивну взаємодію між сім'єю і школою.

Тимчасом наша консультативна практика переконує, що батьки, залишаючись наодинці з проблемною дитиною, виявляють велику зацікавленість у спілкуванні з фахівцем і отриманні знань про причини розладів у поведінці дитини та необхідні корекційні заходи. Не менше потребують кваліфікованої консультації з цих питань і педагоги.

Сьогодні фактично єдиним джерелом консультативної допомоги педагогам і батькам залишається практичний психолог системи освіти, який у багатьох випадках сам не достатньо володіє знаннями з питань спеціальної психології і потребує фахової підтримки.

Провідним осередком освітньої роботи серед батьків і педагогів щодо дітей з порушеннями психофізичного розвитку повинна стати психолого-медико-педагогічна консультація. Ця важлива її функція, зафіксована у недавно прийнятому Положенні, ще тільки починає реалізуватися. На перешкоді їй стоїть багаторічна практика медико-педагогічних комісій, яка у батьків

асоціювалася з трагічною для них перспективою отримати дискримінаційний ярлик для дитини та віддати її до школи-інтернату, віддаленого від домівки. Тому сьогоднішні консультації часто викликають страх і недовіру у батьків. Подолати їх може тільки наполеглива практика реальної допомоги батькам у розумінні проблем дитини і, що не менш важливо, сприяння усвідомленню ними власної ролі у вирішенні її долі на основі компетентного вибору форми навчання та участі у реалізації навчально-виховних заходів. Наприклад, розв'язання дуже актуальної сьогодні проблеми допомоги дітям з гіперактивним розладом і дефіцитом уваги неможливе без розуміння батьками і педагогами біологічної природи його, а саме, порушення здатності головного мозку до організації і контролю поведінки, а не наслідок поганого виховання і злих намірів дитини. З другого боку, вони повинні усвідомлювати, що, зумовлений біологічними факторами, гіперактивний розлад по-різному позначається на формуванні особистості дитини, її навчанні і соціальній адаптації залежно від соціальних і педагогічних факторів: у сприятливих умовах він коригується, дозволяючи дитині повноцінно розвиватися, у несприятливих – ускладнюється викривленням особистості та соціальною дезадаптацією.

Освітня робота консультації може здійснюватися у різних формах: у лекціях серед батьків і педагогів, у тематичних семінарах для батьків, в індивідуальному їх консультуванні. Показником успішного виконання консультацією освітньої функції є свідоме прийняття батьками висновків про стан дитини і рекомендацій щодо допомоги їй та готовність стати партнерами педагогів, а не супротивниками.

Не менш важливою умовою успішної корекції відхилень у поведінці дітей є раннє їх виявлення: принаймні, у дошкільному і молодшому шкільному віці. У цей період розвитку дитини первинні порушення виступають виразніше, бо на них ще менше нашаровано ускладнень, зумовлених соціальними факторами. З тієї ж причини і вжиті заходи будуть ефективнішими. Досвід переконує, що втрачені у початковій школі можливості адаптації дитини призводять до таких негативних змін у її особистості, перед якими школа і сім'я виявляються безсилими.

У своєчасному виявленні порушень у навчанні і поведінці дітей важливу роль відіграє шкільний психолог, який спостерігає першокласників з труднощами шкільної адаптації, вивчає їхні психологічні особливості, умови сімейного виховання, взаємини у дитячому колективі, стиль роботи педагога щодо «важкої» дитини. Усе це дасть йому можливість сприяти позитивній взаємодії педагога та батьків, обґрунтовано спрямовувати їх на подолання проблем у поведінці дитини. Водночас за необхідності психолог повинен

формувати у батьків готовність звернутися у психолого-медико-педагогічну консультацію для остаточного визначення стану дитини та її потреб у корекційно-педагогічних заходах. Практичний психолог навчального закладу є важливою ланкою зв'язку між консультацією і батьками, які часто саме від нього вперше чують компетентну інформацію про її справжнє призначення і можливості допомогти їм у виборі тактики щодо навчання і розвитку дитини.

Раннє виявлення дітей з порушеннями поведінки, як і в цілому виявлення та облік дітей з психофізичними порушеннями, є важливою функцією і самої психолого-медико-педагогічної консультації. Це нова її функція, реалізація якої стала можливою завдяки створенню міських і районних консультацій, а не тільки обласних, що зробило незрівнянно густішою їх мережу.

Збільшення кількості районних консультацій та методичне їх зміцнення дозволить не тільки вчасно виявляти дітей, які потребують корекційної допомоги, та формувати у батьків компетентне ставлення до вирішення проблем своєї дитини, але й розвантажити потік дітей, що приходять на обстеження, та приділяти більше уваги кожній дитині, а також взаємодіяти з навчальним закладом щодо її виховання, навчання і розвитку.

Порушене питання про роль психолого-медико-педагогічної консультації у допомозі дітям з розладами поведінки потребує подальшого обговорення та вироблення оптимальних практичних дій для його реалізації.

#### **Рекомендована література:**

1. Венгер А.Л. Психологическое консультирование и диагностика. Практическое руководство. Часть 2 / А.Л. Венгер – М.: Генезис, 2001. – 128 с.
2. Інклюзивна освіта. Підтримка розмаїття у класі: практич. посіб. / [ Тім Лорман, Джоан Деспелер, Девід Харві; пер. з англ. Тетяна Клекота ]. – К.: - СПД – ФО Парашин І.С., 2010. – 296 с.
3. Леонгард К. Акцентуированные личности / Леонгард Карл [пер. с нем. В. Лещинская ]. – Киев; Вища школа. Головное изд-во, 1981 – 392 с.
4. Максимова Н.Ю. Психологія девіантної поведінки: навч. посібник / Н.Ю. Максимова. – К.: Либідь, 2011. – 520 с.
5. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей. Практичне керівництво./ Олег Романчук – Львів: Видання навчально-реабілітаційного центру «Джерело», 2008. – 323 с.

### **III. РЕАЛІЗАЦІЯ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ПІДХОДУ У РОБОТІ З ДІТЬМИ ІЗ ЗАГАЛЬНИМ НЕДОРОЗВИТКОМ МОВЛЕННЯ**

Подолання та попередження шкільної неспішності невідривно пов'язані з оцінкою стану й корекцією таких соціально значимих складових психічного розвитку як мовлення та інтелект. Якісні показники рівня сформованості цих двох складових, характер їх співвідношення в структурі дефекту, виділення провідного фактору дозволяють кваліфікувати тип психічного дизонтогенезу, а отже визначити пріоритетний навчально-виховний заклад та скласти індивідуальну психокорекційну і навчально-виховну програми просування дитини у освітньому просторі.

Проблема співвідношення мовлення та інтелекту є центральною у логопедії і логопсихології, оскільки, відомо, що процеси формування мовлення й інших психічних функцій тісно пов'язані між собою. З одного боку, мовлення виступає як процес, що є головним фактором опосередкування інших форм психічної діяльності людини (сприймання, пам'яті, мислення, уваги тощо) (Л.С. Виготський, О.М. Леонтьєв, В.І. Лубовський, О.Р. Лурія, С.Л. Рубінштейн та ін.), з іншого боку, є власне пізнавальним процесом, реалізація якого забезпечується низкою психічних процесів і функцій, що виступають у якості його психологічних механізмів (Дж. Брунер, Д.Б. Ельконін, О. В.Запорожець, О.О. Леонтьєв, Д.Слобін, О.М. Шахнарович та ін.).

Відомо, що у дітей із ЗНМ спостерігається складне поєднання порушень мовленнєвої та інтелектуальної діяльності, водночас, у вирішенні питання про їх співвідношення науковці посідають різні, а іноді й протилежні, позиції. У логопедії тривалий час мало місце домінування концепту про виключно вторинний характер інтелектуальних порушень при ЗНМ, через що задача їх корекції та попередження автоматично переходила у розряд завдань другого порядку. Багаторічний психолого-педагогічний досвід дослідження дітей з системними порушеннями мовлення дозволив накопичити значний науково-теоретичний матеріал щодо специфіки пізнавальної діяльності дітей із ЗНМ, що знайшло своє відображення у диференційному підході до вирішення цього питання. Так, авторами О.М. Корневим, О.М. Мастюковою, Є.Ф. Соботович, Т.А. Фотековою та ін. [5, 6, 8 та ін.] в рамках поняття “загальний недорозвиток мовлення” проводиться розмежування алалії, власне ЗНМ і затримки мовленнєвого розвитку як принципово різних форм мовленнєвого дизонтогенезу. На думку авторів поліморфний характер етіопатогенезу, відмінність нейрофізіологічних та психологічних механізмів порушення

обумовлюють різні варіанти співвідношення недоліків мовленнєвої та інтелектуальної діяльності: основним дефектом в структурі можуть виступають то вади мовлення, то когнітивної сфери загалом, то лише їх окремих сторін.

В рамках проблеми інклюзивного навчання дітей із системним (або тотальним) порушенням мовлення увага практиків і науковців значним чином спрямована на школярів із ЗНМ, оскільки більша частина популяції представлена логопатами саме із цією формою системного порушення мовлення. Так, за даними зарубіжних науковців кількість дітей-алаліків складає лише 2-4% (цит. за О.М. Корнєвим). Учні із ЗНМ III рівня репрезентують основний контингент логопункту у загальноосвітній школі: несформованість всіх складових усного мовлення (фонологічної, лексико-семантичної, граматичної), недостатність інтелектуальних процесів виступають основними чинниками стійкої неуспішності і, передусім, з предметів мовного циклу, свідченням чого є розповсюдженість серед учнів цієї категорії таких видів шкільних труднощів як порушення читання і письма (О.М. Корнєв, Р.І. Лалаєва, О.М. Мастюкова, М.М. Русецька, М.В. Шевченко, А.В. Ястребова та ін.). Контингент школярів із ЗНМ складають не лише логопати, які у дошкільному віці відвідували спеціальні дошкільні заклади, але й такі, хто не отримував логопедичної допомоги. Науковці та практики відносять цих школярів-логопатів до групи "ризик": через відсутність своєчасного корекційно-пропедевтичного впливу вони відчувають значні труднощі при засвоєнні програмного лінгвістичного матеріалу, що в подальшому має негативний вплив на успішність засвоєння всіх загальноосвітніх дисциплін у середніх і старших класах. Основними причинами є труднощі розуміння та запам'ятовування складних й значних за обсягом текстів, неспроможність виявити в них причинно-наслідкові зв'язки, значна кількість дисграфічних і орфографічних помилок у письмових роботах. За даними російських дослідників 15% молодших школярів із ЗНМ, які у періоді дошкільного дитинства не отримували логопедичної допомоги, переводяться на навчання у школи для дітей з тяжкими порушеннями мовлення, на пізніх етапах перебування у загальноосвітній школі ця цифра зростає до 20-30% (за Є.Л. Черкасовою) [9].

Основною диференційно-діагностичною характеристикою дітей із ЗНМ є риси дисгармонійності та асинхронності, проявами чого є значні розбіжності у співвідношенні комунікативно-мовленнєвих та інтелектуальних проблем у дошкільному і молодшому шкільному віці, а також відмінності у характері, обумовлених ними, шкільних труднощів [5, 6].

Так, у дошкільному віці (три-п'ять років) логопати із ЗНМ демонструють значну подібність показників мовленнєвого й інтелектуального розвитку. Всі діти мали I рівень або перебували на проміжному етапі переходу на II рівень



ЗНМ: словесні форми спілкування були відсутні або значно обмеженими. Всіх дітей було кваліфіковано як таких, що мають первинно збережений інтелект: їх характеризувала позитивна динаміка психічного розвитку, відносно сформована зорова пам'ять, хороші реакції наслідування, контактність. У певної частини дошкільників спостерігалися виражені порушення активної цілеспрямованої діяльності, проявами чого є підвищене відволікання, неспроможність до довготривалої організованої ігрової діяльності, пасивність.

В процесі шкільного навчання виявилось, що подальший мовленнєвий і психічний розвиток у цих дітей протікає нерівномірно, навіть за умови, що вони мають однаковий рівень недорозвитку мовлення і отримують корекційну допомогу в одному навчальному закладі. В залежності від шкільної успішності молодших школярів із ЗНМ було поділено на дві основні групи.

Для учнів першої групи властиві виражена дисоціація між недостатністю лексико-граматичної сторони мовлення і відносно сформованими фонематичними уявленнями, що значним чином впливає на якість писемного мовлення. Недостатність семантичної сторони мовлення утруднює не тільки процеси письма і читання, але й впливає на засвоєння інших шкільних предметів: недостатнє сприймання та розуміння навчального матеріалу, умов задачі, інструкцій. Якщо в дошкільному віці ці логопати за рівнем психічного розвитку не мали значного відставання від норми, то в період шкільного навчання у них спостерігався специфічний стійкий недорозвиток мисленнєвих процесів: при достатньо високому рівні сформованості наочно-дійового і наочно-образного мислення за рівнем розвитку вербально-логічного мислення вони можуть наближатися до дітей-олігофренів. Так, понятійне мислення характеризується фрагментарністю і нерівномірністю, діти не можуть установити подібність і відмінність предметів за суттєвими ознаками. Водночас, вони з успіхом виконують завдання на конструктивний прaxis, рахують в умі, добре грають в шашки та шахи.

Учні другої групи крім лексико-граматичних порушень мають стійкі виражені порушення звуковимови. На першому році навчання вони майже не засвоюють навички письма, в окремих випадках краще читають, з труднощами засвоюють математику. Інтелектуальна діяльність цих дітей в шкільному віці має інертний, уповільнений, недостатньо спрямований на діяльність характер. Вони намагаються уникати будь-якого інтелектуального навантаження, потребують постійної стимуляції і корекції зовні. Порушення діяльності у ряді випадків поєднується з патологією вищих коркових функцій (недостатність просторових уявлень і слухомовленнєвої пам'яті, прояви апраксії, акалькулії, гностичні порушення), що значно ускладнює навчання дітей.

Неоднорідність груп школярів із ЗНМ доводить значимість показників стану сформованості наочно-образного мислення (за тестами Дж. Равена): у третини дітей виявлений достатньо високий рівень показників виконання невербальних завдань і разом з тим 37,5% дітей характеризуються низькими показниками успішності виконання тих самих завдань. Цей факт дозволяє вважати, що недостатність пізнавальної діяльності у дітей із ЗНМ, які демонструють низький рівень успішності навчання, обумовлений системними порушеннями, що виникли внаслідок ураження або недорозвитку не лише мовленнєвих, але й асоціативних структур головного мозку та їх зв'язків пізнього онтогенезу.

Отже, ефективність корекційної роботи, спрямованої на усунення мовленнєвого дефекту, як і подолання та попередження шкільних труднощів в учнів із ЗНМ безпосередньо пов'язано з виявленням і системним аналізом вад інтелектуальної діяльності на ранніх етапах шкільного навчання.

Дані нашого дослідження особливостей інтелектуальної діяльності дітей із III рівнем ЗНМ, які вступали у перший клас до загальноосвітньої школи, свідчать, що 73,5% логопатів мають системний характер порушення: якісно однорідними проявами структури дефекту є недостатня сформованість операцій мислення, процесів слухомовленнєвої пам'яті (запам'ятовування, збереження, відтворення словесного матеріалу), сфери образів-уявлень, довільної уваги [1].

У якості основних діагностичних критеріїв, за якими здійснювалася внутрішньогрупова диференціація дітей із ЗНМ, виступали:

- ефективність виконання дитиною діагностичних завдань в залежності від модальності (зорової, слухової) стимульного матеріалу;
- ефективність виконання завдань в залежності від їх ступеня складності, вміння оперувати матеріалом, який різниться за своєю структурною і семантичною організацією, що дозволяє виявити зону актуального розвитку дитини;
- начуваність або чутливість дитини до градуйованої допомоги (якість та кількість наданої допомоги), вміння здійснювати логічний перенос, що дає змогу визначити зону її найближчого розвитку, яка у процесі корекційно-розвивального навчання поступово переходить у зону актуального розвитку.

У відповідності із визначеними критеріями нами було виявлено три варіанти інтелектуальної недостатності у дітей із III рівнем ЗНМ.

У логопатів із *першим варіантом* інтелектуальної недостатності спостерігається незначний недорозвиток пізнавальних процесів (мислення, пам'яті, уваги). За результатами виконання більшості завдань вони наближаються до дітей із нормальним мовленнєвим розвитком. Показники

результативності виконання невербальних завдань свідчать про достатній рівень розвитку операцій мислення (порівняння, узагальнення, класифікації, аналогії). Усі діти діють способом зорового співвіднесення, спостерігається й виконання завдань “з місця”. Специфічною ознакою цієї групи логопатів є позитивна реакція на мінімально розгорнуті види допомоги (пропозиція самостійно визначити помилку і виправити її, повторне пред’явлення інструкції), якої вони у більшій мірі потребують при групуванні та класифікації об’єктів (предметних зображень) за родо-видовими ознаками. У словесних звітах спостерігаються помилки по типу вербальних парафазій тематичного і парадигматичного характеру.

Рівень сформованості вербально-логічного мислення є дещо нижчим, але знаходиться у межах вікової норми. Достатньо високі показники діти демонстрували при утворенні словесних аналогій, дещо складнішими виявилися завдання на смислове порівняння речень, класифікацію слів, утворення словоформ за аналогію. При виконанні проб на класифікацію і утворення аналогій частина дітей продемонстрували залежність від семантичної і граматичної складності стимульного матеріалу, що вказує на певні відставання у темпах формування цих операцій на вербальному рівні. У таких випадках діти потребують більш розгорнутих видів допомоги (словесного пояснення способу дії, часткової демонстрації способу дії).

До особливостей інтелектуальної діяльності логопатів із першим варіантом когнітивного дефіциту можна віднести недостатність слухомовленнєвої пам’яті, проявами чого є труднощі запам’ятовування та відтворення словесних стимулів. Зокрема, середній показник обсягу пам’яті на слова і цифри не перевищує чотири одиниці. Водночас, опосередковане запам’ятовування словесного матеріалу у дітей із ЗНМ виявилось таким же результативним, як і у дітей із нормальним розвитком мовлення: з опорою на картинки вони змогли правильно відтворити майже всі пред’явлені їм десять слів. Більшість з них демонструють позитивну динаміку заучування, відтворюючи словесний матеріал у повному обсязі (10 слів) за п’ять і меншу кількість спроб. Попри те, окремі діти вже через 15 хв забувають третину вивченого матеріалу, при цьому у вербальній продукції превалюють помилки привнесення у вигляді вербальних парафазій парадигматичного та тематичного характеру (ліс – *кущі*, *дерево*; стіл – *шафа*, *стілець*; мак – *трава*; вода – *чашка*; зима – *шуба*).

Показники продуктивності та стійкості уваги (за результатами виконання коректурних проб) у логопатів цієї групи відповідають віковій нормі, поряд з цим, для них, на відміну від дітей з нормальним розвитком мовлення, характерно повільне зростання темпів діяльності. У частини дітей це пояснюється психоемоційним напруженням, що є реакцією на ситуацію

обстеження, або особистісним ставленням до діяльності, яка для них є значимою. Водночас, у третини спостерігаються труднощі переключення та розподілу уваги, показники якої відповідають низькому рівню розвитку.

Отже, аналіз даних експериментального дослідження дозволив виявити ряд загальних характеристик дітей із першим варіантом інтелектуальної недостатності: найбільш сформованими є наочно-образне мислення при частковій нерізко вираженій недостатності операційного компоненту вербально-логічного мислення, свідченням чого є залежність від характеру стимульного матеріалу та потреба у мінімально розгорнутих видах допомоги. Високі показники обсягу зорової пам'яті у дітей всієї групи. За окремими параметрами недостатньо сформованою є слухомовленнева пам'ять, зокрема, обсяг короткочасної і довготривалої пам'яті. Недоліки переключення та розподілу уваги.

Визначення патопсихологічних домінант в структурі дефекту логопатів цієї групи дозволяє визначити основні напрями їх психокорекційного маршруту:

1. Оптимізація операційного компоненту вербально-логічного мислення: удосконалення основних логічних операцій на основі порівняння, узагальнення та класифікації лексичних одиниць за їх семантичними ознаками шляхом здійснення поступового переходу від слів з предметним значенням до більш абстрактних (назви *дій, ознак, властивостей, станів* тощо).

2. Оптимізація процесів слухомовленневої пам'яті на основі опанування логічними (на базі мисленневих операцій групування та класифікації) й асоціативними (удосконалення та розширення кола системи словесних смислових зв'язків парадигматичного та тематичного характеру) прийомами переробки інформації.

3. Подолання недоліків переключення та розподілу уваги шляхом застосування психотехнічних способів корекції (ігри, вправи, зорові та слухові диктанти).

Логопати із *другим варіантом* інтелектуальної недостатності характеризувалися незначними порушеннями наочно-образного мислення і більш вираженим відставанням у розвитку вербально-логічного мислення, слухомовленневої пам'яті та уваги.

Порівняльний аналіз отриманих даних дослідження показав, що за станом сформованості мисленневих операцій діти цієї групи є ближчими до дітей першої групи, ніж третьої. Однак, результати успішності виконання невербальних завдань у них дещо нижчі. У частини логопатів певні утруднення викликають завдання на групування і класифікацію картинок, передусім тих, які вимагають оперування поняттями третього рівня узагальнення, тобто

побудованих на основі складних ієрархічних відношень (*рослини, тварини, транспорт*). Водночас, спостерігається недостатня сформованість понять й другого рівня узагальнення (*одяг, меблі*).

Для дітей другої групи властиві дії способом зорового співвіднесення, водночас, вони потребують у більшій мірі, ніж дошкільники першої групи, стимулюючої і організуючої допомоги у вербальній формі.

Вербальні завдання виконуються дітьми нерівномірно: показники стану сформованості вербально-логічного мислення за результатами виконання тих чи інших завдань відповідають віковій нормі або наближаються до таких. Так у складних варіантах завдань, головним чином, на порівняння речень із непрямим порядком слів, вільну класифікацію слів із більш абстрактним значенням та утворення словоформ за аналогією, діти частіше використовували більш розгорнуті види допомоги, які надавалися у словесній формі. Переважно це була умовна, а часом і пряма підказка способу дії. Більша кількість помилок у дітей другої групи, продемонструвало їх залежність, але вираженої у більшій мірі, ніж у дітей першої групи, від семантичної і граматичної складності вербального матеріалу.

У вербальній продукції дітей спостерігалися помилки різного характеру: граматичні (труднощі оперування складними за граматичною структурою синтаксичними конструкціями, зокрема, порівняльними, просторово-відмінковими), семантичні (словесні парафазії тематичного та парадигматичного типів) та вербально-мнестичні (заміна необхідного слова розгорнутим поясненням його значення), слова-асоціанти як результат неспроможності гальмувати побічні реакції на пред'явлене слово, привнесення сторонніх слів).

Логопати другої групи демонструють чітку залежність основних параметрів пам'яті від модальності пред'явленого матеріалу. Так, обсяг пам'яті на картинки відповідає віковій нормі або наближається до показників такої: в середньому діти пригадують шість-вісім картинок. В той же час, більше половини дітей за станом сформованості короточасної слухомовленнєвої пам'яті перебувають на низькому рівні розвитку, оскільки змогли репродукувати не більше трьох слів. При заучуванні словесного матеріалу дітям необхідна значно більша, ніж дітям із нормальним мовленнєвим розвитком, кількість його повторень. Зокрема, для запам'ятовування ряду із десяти слів логопатам було надано від семи до десяти спроб, водночас, в нормі достатніми є чотири-шість повторень.

Попри це, в умовах опосередкованого запам'ятовування слів, тобто з опорою на картинки, діти спроможні відтворити шість-вісім слів. Отже, у дітей цієї групи спостерігається чітко виражена тенденція до активізації мнестичних

процесів при виконанні тих завдань, у психологічній структурі яких представлений зоровий компонент, у цьому випадку опосередковане запам'ятовування слів здійснюється на основі узгодженої дії слухового та зорового аналізаторів.

При відтворенні картинок і слів у дітей відмічаються помилки семантичного (вербальні парафазії тематичного і парадигматичного типів), вербально-мнестичного (труднощі актуалізації необхідного слова, неспроможність гальмувати побічні асоціації, парамнезії) та вербально-перцептивного (труднощі актуалізації образів-уявлень та їх адекватне позначення словом) характеру.

Для більшості дітей цієї групи властива нестійкість, “виснажливість” уваги, що проявляється у нестабільності темпу діяльності із тенденцією до його поступового зниження.

Таким чином, загальну картину структури дефекту логопатів із другим варіантом інтелектуальної недостатності складають такі основні показники. За станом сформованості операцій наочно-образного мислення діти наближаються до нижньої межі вікової норми. Характерним є відставання у розвитку ряду операцій вербально-логічного мислення, зокрема, порівняння, узагальнення, класифікації. Проявом недостатності операційного компоненту мислення є потреба дітей у більш розгорнутих видах допомоги. Збереженою є зорова пам'ять при вираженому порушенні слухомовленневої пам'яті. Функціонування пам'яті слухової модальності за умови опосередкування словесних стимулів. Нестійкість та “виснажливість” уваги.

Отже, основними напрямками психокорекційної роботи із логопатами цієї групи є:

1. Оптимізація операційного компоненту мислення: на базі основних логічних операцій порівняння, абстрагування, узагальнення та класифікації формувати родові та видові уявлення. Вчити оперувати поняттями різного рівня узагальнення без опори на наочність. На їх основі формувати лексичні та граматичні узагальнення, що мають різний ступінь вираженості предметності чи абстрактності (назви професій; за ознаками дорослості, функціональності, локальності, матеріалу, із якого зроблений предмет; якісні та особистісні характеристики тощо).

2. Оптимізація слухомовленневої пам'яті: опанування логічними (на основі мисленнєвих операцій групування і класифікації) й опосередкованими (з опорою на картинки, малюнки) прийомами переробки та відтворення інформації; подолання труднощів актуалізації словесного матеріалу шляхом формування системи вербально-асоціативних зв'язків через удосконалення

семантичної структури слова, розвиток лексичної системності, активізацію пасивного словника.

3. Подолання недоліків концентрації уваги шляхом застосування психотехнічних способів корекції: коректурні завдання із використанням вербальних та невербальних стимулів (предметні зображення, геометричні фігури, цифри, букви). Здійснювати поступовий перехід від вправ на концентрацію уваги у зоровій до слухової, рухової тощо модальностей.

Логопатів із *третьім варіантом* інтелектуальної недостатності характеризує недорозвиток всіх пізнавальних процесів.

У дітей цієї групи низькими є показники не лише вербально-логічного, а й наочно-образного мислення. Успішність виконання завдань на невербальному рівні у значній мірі залежить від характеру стимульного матеріалу, зокрема, при порівнянні об'єктів від ступеня близькості або віддаленості об'єктів до порогу розрізнення (тобто подібності або відмінності порівнювальних ознак), а при узагальненні та класифікації - складності ієрархічної структури поняття, а також ступеня контрастності суттєвих ознак. Всі завдання виконуються способом зорового співвіднесення.

Результативність виконання окремих вербальних завдань позначена вкрай низькими показниками: порівняння речень як з оберненим, так і прямим порядком слів; узагальнення слів на основі виділення родовидових ознак; класифікація іменників, що позначають назви житла тварин та професій; класифікація дієслів на означення професійних дій; утворення за аналогією словоформ, які позначають абстраговану дію безвідносно до виконавця. Отже, діти виявили значну залежність результативності показників від граматичної і синтаксичної складності мовного матеріалу. У процесі утворення парних словесних аналогій зафіксовано випадки виконання завдання з опорою на зовнішні дії або промовляння вголос, що свідчить про відставання у темпах формування внутрішньої розумової дії (відсутність інтеріоризації). Водночас, високі бали діти отримали за виключення зайвих понять другого рівня узагальнення; утворення словесних аналогій на основі виділення функціональних ознак.

У своєму загалі діти потребували розгорнутих видів допомоги, яка надавалася не лише у вербальній формі (умовна або пряма підказка способу дії), але й з опорою на картинки. Вони продуктивно використовують допомогу дорослого, у всіх випадках здійснюють повний перенос, однак, не завжди можуть дати повне, аргументоване пояснення власним діям.

У словесних звітах дітей третьої групи спостерігаються помилки ідентичні до тих, які притаманні дітям другої групи, поряд з якими характерними є морфологічні й літеральні парафазії.

Показники параметрів пам'яті були низькими у всіх логопатів цієї групи. Виявлено малий обсяг запам'ятовування стимулів не лише слухової (2-3 цифри або слова), а й зорової модальності (4-6 картинок). Процес заучування словесних стимулів мав "виснажливий" або інактивний (малорухомий) характер і позначався низькими сталими показниками або втратою набутих результатів. Недостатність опосередкованого запам'ятовування, обумовлена труднощами реалізації операцій мислення у зворотному порядку, тобто неспроможність пригадати слово за обраною картинкою.

У вербальній продукції логопатів третьої групи у більшій мірі представлені словесні парафазії тематичного та синтагматичного типів, парамнезії (привнесення зайвих слів), поодинокими є латеральні парафазії.

Діти цієї групи мають низькі показники сформованості усіх властивостей уваги: продуктивності, стійкості, переключення та розподілу. Діти виявляють ознаки негативного ставлення до процедури обстеження, діють хаотично, у них важко закріплюється програма дій (протягом всієї роботи звертаються до зразка), спостерігаються помилки у вигляді пропусків та невірних закреслених або проставлених знаків. Поряд з цим, у цій групі є діти, які виконують завдання старанно, не поспішаючи, використовують при цьому поелементний контроль, що уповільнює темп діяльності і, в свою чергу, обумовлює її низьку результативність.

Таким чином, загальна картина структури дефекту логопатів із третім варіантом інтелектуальної недостатності має ряд особливостей. Несформованість мисленнєвих операцій як на наочно-образному, так і на вербально-логічному рівнях мислення, проявом чого є значна потреба у розгорнутих видах допомоги. Відносно збереженою є пам'ять зорової модальності. Порушення пам'яті слухової модальності мають виражений характер. Низькій рівень уваги проявлявся по-різному і характеризується якісно відмінними варіантами діяльності.

Отже, основними напрямками психокорекційної роботи в групі логопатів з третім варіантом інтелектуальної недостатності є:

1. Формування операційного компоненту мислення, зокрема, засвоєння алгоритму базової операції порівняння і подальше удосконалення на її основі логічних операцій узагальнення, класифікації та аналогії. В процесі предметно-практичної діяльності та навчання, здійснювати поступовий перехід від предметних і образних дій до дій з вербальними знаками (словами, граматичними формами, синтаксичними конструкціями).

2. Удосконалення компонентів структури мнемічної діяльності: формування установки на запам'ятовування шляхом виокремлення і усвідомлення дитиною мнемічної мети; опанування логічними та



опосередкованими засобами запам'ятовування в умовах цілеспрямованого навчання; формування уміння здійснювати мисленнєві операції як в прямому, так і у зворотному напрямках; оволодіння прийомами самоконтролю за процесом вирішення мнемічних задач; формування уміння довільної актуалізації образів-уявлень (образів пам'яті).

3. Корекція уваги методом поетапного формування розумових дій (за методикою Ю.Ф. Гаркуші) [2].

У спеціальній педагогіці, враховуючи значення предметно-практичного навчання та його можливості для вирішення завдань корекції і компенсації різних сторін психічної діяльності дітей з тією чи іншою формою психічного дизонтогенезу, цей вид навчання використовується як загальновизнаний ефективний педагогічний прийом. У дітей із ЗНМ оптимізація корегуючого впливу досягається в умовах реалізації продуктивних видів діяльності, до яких, передусім, належать зображувальна (ліплення, аплікація, малювання), конструктивна і трудова діяльність. Згідно з теорією П.Я. Гальперіна про поетапне формування мисленнєвих дій, таке навчання здійснюється у чотири етапи:

Перший етап – формування орієнтувальної основи продуктивної діяльності. На цьому етапі дітям роз'яснюється мета того чи іншого завдання, надається повна характеристика об'єкту діяльності (через аналіз його частин, їх властивостей і взаємного розташування до повторного цілісного сприйняття образу предмета), в ігровій формі надається узагальнена модель послідовності виконання всіх основних операцій завдання.

Другий етап – формування всіх основних компонентів структури продуктивної діяльності в умовах їх максимальної екстериоризованості. Навчання всіх основних ланок діяльності, а саме орієнтувальної, виконавчої і контрольної, здійснюється у матеріальній або матеріалізованій формі. Поряд з наочними формами допомоги, якими виступають моделі основних операцій, використовується і мовленнєві опори, що допомагають здійснити перехід на наступний етап.

Третій етап – розвиток структури продуктивної діяльності, поступове скорочення орієнтувальної основи і кількості наочних опор. На цьому етапі відбувається поступове згортання структури продуктивної діяльності, що сприяє активізації функцій уваги, пам'яті, сприйняття, уяви на всіх основних етапах продуктивної діяльності, а також забезпечує перехід зовнішніх мовленнєвих висловлювань дітей у ході виконання завдання у внутрішнє мовлення. Цей етап є сприятливим для розвитку контекстного діалогічного мовлення.

Четвертий етап – етап самостійного планування, регулювання і контролю дитиною власних дій. Орієнтуючись на словесну інструкцію педагога, дитина здатна самостійно здійснювати аналіз об'єктів, представити модель власної діяльності у словесній формі, діяти згідно з умовами завдання, творчо використовуючи набуті знання, уміння і навички, дати адекватну оцінку отриманого результату.

Отже, представлені нами варіанти інтелектуальної недостатності у дітей із ЗНМ свідчить, що цей контингент логопатів є досить неоднорідним і “багат шаровим”. У частини дітей спостерігається складна структура дефекту, у якій недорозвиток мовлення поєднується з недоліками інтелектуальної діяльності, які не можна розглядати винятково як вторинні прояви. Це іще раз підтверджує задекларовану у логопедії О.М. Мастюковою, Є.Ф. Соботович, Т.А. Фотєковою та ін. дослідниками позицію диференційованого підходу до розуміння психологічних механізмів порушення при ЗНМ. Психокорекційна робота при ЗНМ повинна відбуватися на основі інтеграції логопедичних та психологічних технологій, оскільки у своїй більшості логопати цієї категорії потребують систематичної цілеспрямованої корекції не лише мовленнєвих труднощів, але й виявлених недоліків процесів пізнавальної діяльності. На вербальному рівні, окрім традиційних форм логопедичної роботи над лексико-семантичною та граматичною сторонами мовлення, на нашу думку, необхідно зосередитися на “впровадженні” мовних одиниць і форм, що дозволяють дітям встановлювати зв'язки між предметами та явищами дійсності, виражати відношення до них і тим самим використовувати мову як засіб пізнання. Передусім, це спрямована розгорнута робота над словом як основною одиницею мислення і мовлення, яка включає розвиток та удосконалення семантичної структури слова, актуалізацію пасивного словника, формування системи вербальних асоціативно-сміслових зв'язків.

Представлені нами у таблиці диференціально-діагностичні домінанти інтелектуальної недостатності у дітей із ЗНМ можуть бути використані психологами у заключній частині висновку, оскільки для формулювання діагнозу, і ми цілком погоджуємося з О.М. Усановою [7], важливо дати відповіді на запитання:

1. Чи відповідає рівень розвитку тієї чи іншої складової психічної діяльності дитини віковій нормі?
2. Якісні показники структури дефекту:
  - а) який дефект розвитку є первинним;
  - б) які вторинні порушення виникли внаслідок первинних;
  - в) який характер взаємозв'язків у розвитку вищих психічних функцій, передусім, мовлення і мислення?

### 3. Якою є зона найближчого розвитку або наочуваність дитини?

Виявлені патопсихологічні домінанти виступають основними орієнтирами при створенні індивідуальних психокорекційних програм для логопатів із тим чи іншим варіантом когнітивного дефіциту, що буде сприятиме успішному просуванню дитини у загальноосвітньому просторі загалом.

*Таблиця*

#### **Патопсихологічні домінанти та основні напрями психологічної корекції інтелектуальної недостатності у дітей із загальним недорозвитком мовлення**

<b>Варіанти інтелектуальної недостатності у дітей із ЗНМ</b>	<b>Патопсихологічні домінанти</b>	<b>Основні напрями психологічної корекції</b>
Перший варіант	Достатній рівень сформованості пізнавальних процесів. Рівень сформованості наочно-образного мислення відповідає віковій нормі. Нерізко виражені відхилення у розвитку вербально-логічного мислення. Недостатність слухомовленнєвої пам'яті: обмежений обсяг, уповільнена динаміка процесу заучування та труднощі відтворення словесного матеріалу (домінують помилки привнесення у вигляді вербальних парафазій). Недоліки переключення та розподілу уваги.	Удосконалення операційного компоненту вербально-логічного мислення: оперування (порівняння, узагальнення, класифікація) вербальним матеріалом із різним ступенем абстрактності. Опанування логічними й асоціативними прийомами запам'ятовування та відтворення вербального матеріалу. Психотехнічні способи корекції переключення та розподілу уваги.
Другий варіант	Рівень сформованості наочно-образного мислення відповідає показникам нижньої межі вікової норми. Виражена недостатність вербально-логічного мислення (труднощі оперування родовидовими поняттями, неспроможність самостійно оперувати	Оптимізація наочно-образного та розвиток вербально-логічного мислення: на основі основних логічних операцій, вчити оперувати поняттями із різним рівнем узагальнення (другим та третім), на їх основі формувати лексичні й граматичні узагальнення із

	<p>вербальними стимулами із абстрактною семантикою). Відносна збереженість зорової пам'яті. Виражена дефіцитарність слухомовленнєвої пам'яті (малий обсяг, малорухомий або “виснажливий” характер динаміки процесу заучування, неадекватне відтворення словесного матеріалу (помилки привнесення (вербальні парафазії) превалюють над помилками забування). Функціонування пам'яті слухової модальності в умовах опосередкованого запам'ятовування. Нестійкість, “виснажливість” уваги.</p>	<p>різним рівнем вираженості предметності чи абстрактності. Оптимізація слухомовленнєвої пам'яті: опанування логічними й опосередкованими засобами запам'ятовування та відтворення словесного матеріалу, відтворення вербального матеріалу на основі інтегративної діяльності зорового і слухового аналізаторів (опосередковане запам'ятовування). Психотехнічна корекція концентрації та стійкості уваги.</p>
Третій варіант	<p>Недостатній рівень сформованості не лише вербально-логічного, а й наочно-образного мислення. Виражені порушення процесів пам'яті як слухової, так і зорової модальності: малий обсяг; “виснажливий” або малорухомий (інактивний) характер динаміки процесу запам'ятовування; труднощі відтворення стимульного матеріалу (помилки забування превалюють над помилками привнесення). Недостатність опосередкованого запам'ятовування. Несформованість уваги за всіма основними параметрами (концентрація, стійкість, переключення, розподіл).</p>	<p>Опанування основними логічними операціями (узагальнення, класифікації, серіації, аналогії) на основі засвоєння алгоритму базової операції порівняння в процесі предметно-практичної та навчальної діяльності. Удосконалення компонентів мнемічної діяльності: усвідомлення мнемічної мети, опанування логічними засобами переробки та відтворення інформації різної модальності, формування самоконтролю, оволодіння прийомами довільної актуалізації. Активація уваги методом поетапного формування розумових дій: психокорекція на основі розвитку навичок самоконтролю та переносу сформованих навичок на нові об'єкти та ситуації.</p>

Таким чином, практична реалізація диференційованого підходу дозволить фахівцям добирати ефективні, цілеспрямовані методи та прийоми психокорекційного впливу на дітей із ЗНМ з урахуванням ступеню тяжкості та специфіки структури дефекту, а також їх компенсаторних можливостей.

### **Рекомендована література:**

1. Андрусишина Л.Є. Особливості інтелектуального розвитку дітей старшого дошкільного віку із загальним недорозвитком мовлення: дис...канд. психол. наук: 19.00.08 – спеціальна психологія / Л.Є. Андрусишина. – К., 2012. – 283 с.
2. Гаркуша Ю.Ф. Опыт развития произвольного внимания у детей с моторной алалией / Ю.Ф. Гаркуша // Дефектология. – 1983. – № 4. – С. 16–22.
3. Корнев А.Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты / А.Н. Корнев. – СПб.: Речь, 2006. – 380 с.
4. Мастюкова Е.М. Катамнез детей с недоразвитием речи, находившихся в логопедических детских садах / Е.М. Мастюкова, Н.С. Жукова, Л.А. Белогруд [и др.] // Дефектология. – 1972. – № 2. – С. 19–25.
5. Мастюкова Е.М. Онтогенетический подход к структуре дефекта при моторной алалии / Е.М. Мастюкова // Дефектология. – 1981. – № 6. – С. 13–20.
6. Соботович Е.Ф. Психолингвистическая структура речевой деятельности и механизмы её формирования / Е.Ф. Соботович. – К.: ИЗМН, 1997. – 44 с.
7. Усанова О.Н. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями речи / О.Н. Усанова // Дефектология. – 1993. – № 2. – С. 7–12.
8. Фотекова Т.А. Сочетание нарушений познавательной и речевой сфер в структуре дефекта у детей с общим недоразвитием речи / Т.А. Фотекова // Дефектология. – 1994. – № 2. – С. 9–13.
9. Черкасова Е.Л. К организации преемственности обучения учащихся с нарушениями речи в различных типах учреждений / Е.Л. Черкасова // Дефектология. – 2004. – № 5. – С. 27–34.

**1. Авторы:** Обуховская Антонина Григорьевна, *заведующая Центральной ПМПК, ведущий научный сотрудник, кандидат психологических наук;*  
Ильяшенко Тамара Дмитриевна, *старший научный сотрудник, кандидат психологических наук;*

Андрусихина Лариса Евгеньевна, *старший научный сотрудник, кандидат психологических наук.*

**2. Название книги:** «Методические рекомендации по отдельным аспектам деятельности практических психологов и консультантов ПМПК»

**3. Место работы авторов:** Украинский научно-методический центр практической психологии и социальной работы

**4. Аннотация:**

В методических рекомендациях освещаются существенные для ежедневной практики психолого-медико-педагогических консультаций аспекты деятельности, которые касаются осуществления психолого-педагогического изучения ребенка, особенностей работы с детьми с отклонениями в поведении, разграничение внутригрупповых вариантов развития при общем недоразвитии речи.

Внедрение методических рекомендаций будет способствовать углублению знаний консультантов ПМПК, повышению их профессионального уровня и качества надаваемых ими услуг населению.

Методические рекомендации адресовано консультантам областных и районных (городских) консультаций, специалистам органов управления образованием и наукой, студентам высших педагогических учебных учреждений из соответствующих специальностей.

**1. Author:** Obukhivska Antonina, *Head of Central PMPC, Senior scientific researcher, Ph.D. in Psychology;*

Illiashenko Tamara, *Senior scientific researcher, Ph.D. in Psychology;*

Andrusyshyn Larisa, *Senior scientific researcher, Ph.D. in Psychology*

**2. Title of the book:** «Methodological recommendations on particular aspects of operation of applied psychologists and consultants of PMPC»

**3. Place of the work of author:** Ukrainian Science-Methodological Centre of Applied Psychology and Social Work

**4. Resume:**

Methodological recommendations lighten essential aspects of operation for daily practice of psychological, medical and pedagogical consultations, which concern fulfillment of psychology and pedagogical examination of a child, features of work with children with behavior deviations, distinguishing of intragroup variants of development while general speech underdevelopment.

Implementation of methodological recommendations will favor deepening of knowledge of consultants of psychological, medical and pedagogical consultations (PMPC), increasing of their professional level and of quality of services provision to the population.

Methodological recommendations are addressed to the consultants or regional and district (city) consultations, to the specialists of education and science regulatory bodies, to the students of higher pedagogical educational establishments in the relevant specialty.

## МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Електронне видання комбінованого  
використання на CD-ROM

**Обухівська А.Г., Ілляшенко Т.Д., Андрусишина Л.Є.** Методичні рекомендації з окремих аспектів діяльності практичних психологів і консультантів ПМПК – Електрон. дані. – Київ, Український НМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2013.

Один електронний оптичний диск (CD-ROM).  
Об'єм даних 352 КБ. Тираж 300 пр. Зам. 13-02.  
Обліково-видавничих аркушів – 3,2

Видавець і виготовлювач:

Український НМЦ практичної психології і соціальної роботи,  
01032, м. Київ, бульвар Т. Шевченка, 27-а, тел/факс 252-70-11,  
e-mail: [UCAP@ukr.net](mailto:UCAP@ukr.net)

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів  
видавничої справи ДК №4537 від 07.05.2013