



РОЗДІЛ V

ТРАДИЦІЙНІ ТА НОВІТНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ПСИХОЛОГІЇ. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ПРАКТИКИ, ЇХ РОЛЬ У МОДЕРНІЗАЦІЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ

Тамара Ілляшенко,

кандидат психологічних наук, провідний науковий співробітник, Український науково-методичний центр практичної психології і соціальної роботи НАПН України (Київ, Україна)

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ЗАТРИМКИ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ

У статті розглядається стан надання психолого-педагогічної допомоги дітям із затримкою психічного розвитку (ЗПР) в Україні. Обґрунтовується необхідність розведення клінічного і психолого-педагогічного діагнозу під час діагностики ЗПР у дітей. Аналізуються можливості і обмеження тестів і методик якісної оцінки інтелектуального розвитку дитини та наголошується на необхідності збереження і подальшого розвитку вітчизняних здобутків у цій галузі.

Ключові слова: затримка психічного розвитку (ЗПР), клінічна діагностика, психолого-педагогічна діагностика, тести, якісна оцінка інтелектуальної діяльності.

Серед дітей зі стійкими труднощами в навчанні значну частину становлять діти із затримкою психічного розвитку (ЗПР). Шкільна дезадаптація, яку зумовлює хронічна неуспішність навчання, фактично ставить таких дітей поза навчальним процесом. За цих умов на тлі вкрай обмежених знань, умінь, інтересів виникають різні деформації особистості, поведінкові девіації, асоціальні нахили, агресивність. Попередження цих небезпечних тенденцій у дітей із ЗПР потребує надання їм системного психолого-педагогічного супроводу. Разом з тим, сьогодні в Україні розв'язання цього питання відбувається в суперечливих умовах.

З одного боку, визнається загострення проблеми неуспішного шкільного навчання дітей через погіршення їхнього нервово-психічного здоров'я. Це знайшло відображення у Національній програмі «Діти України», прийнятій у 1996 році, де названо 10% дітей із ЗПР від загальної кількості тих, що вступають до першого класу загальноосвітньої школи [9].

З другого боку, сьогодні в нашій країні помітно знижується інтерес до ЗПР: зменшується кількість наукових досліджень, приймаються рішення, які обмежують надання психолого-педагогічної допомоги відповідній категорії дітей. Зокрема разом з рішенням про перепрофілювання спеціальних шкіл для дітей із ЗПР та навчання дітей цієї категорії у спеціальних чи інклюзивних класах закладів загальної середньої освіти взято курс на обмеження надання їм спеціальної психолого-педагогічної допомоги тільки початковою ланкою (пер-

ший ступінь – підготовчий і 1-4 класи). Відповідно з'явилося таке прикінцеве формулювання визначення ЗПР, дане у методичному посібнику, яким керується інклюзивне навчання дітей з особливими освітніми потребами: «Якщо по закінченню молодшого шкільного віку залишаються ознаки недорозвитку психічних функцій, то йдеться про конституційний інфантилізм чи інтелектуальні порушення» [8, с. 186]. (Зауважимо, що сьогодні в Україні в офіційних документах замість поняття «розумова відсталість» вживається поняття «порушення інтелектуального розвитку». Тому в наведеній цитаті вислів «інтелектуальні порушення» треба розуміти як «розумова відсталість». Надалі в цій статті з метою більшої коректності ведення наукової дискусії вживатимемо загальновідоме поняття «розумова відсталість»).

Треба сказати, що встановлення такого діагнозу дитині по закінченні початкового навчання є, по-перше, надто запізнілим. Для усунення можливих помилок в оцінюванні розвитку дитини достатньо одного-двох років навчання, включаючи підготовчий клас. По-друге, контингент дітей із ЗПР завжди розглядався як дуже неоднорідний: окремі діти відрізняються за темпом і можливостями досягнення нормативного розвитку під впливом адекватної педагогічної допомоги, проте їхній стан психічного розвитку, зокрема здатність до соціальної адаптації, суттєво відрізняється від розумової відсталості легкого ступеня.

Практика навчання дітей із ЗПР показує, що значна їх частина потребує суттєвої психолого-педагогічної підтримки в основній школі, особливо в умовах їх інтеграції у закладах загальної середньої освіти [3]. Поставити усім цим дітям по закінченні початкової школи діагноз «розумова відсталість» означає визнати усе попереднє навчання неадекватним їхнім освітнім потребам. Отже, практикувати такий досвід було б не коректно і намічена наведеним вище визначенням траєкторія навчання і соціальної адаптації дітей із ЗПР після закінчення початкової школи, на наш погляд, є хибною. Натомість доцільно було б у цей час здійснювати моніторинг розвитку і навчальних досягнень дітей із ЗПР та визначати їхні освітні потреби в основній школі.

На зниженні інтересу до проблеми ЗПР у дітей як з боку наукових досліджень, так і практики значною мірою позначилося введення в дію в Україні Міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10), де психіатричного діагнозу «затримка психічного розвитку» не виявилось. Побіжне ознайомлення із зарубіжним досвідом надання допомоги дітям з труднощами у навчанні також не виявило окремої категорії школярів із ЗПР. Очевидно, на хвилі інтеграції зі світовим співтовариством, зокрема у галузі освіти, серед української психолого-педагогічної громадськості почали з'являтися сумніви у праві на існування категорії дітей із ЗПР як невдалого вітчизняного винаходу.

Тимчасом уважніше вивчення проблеми порушень розвитку дітей та надання їм медичної і психолого-педагогічної допомоги в зарубіжних країнах дозволяє не тільки знайти багато цікавого, що справді вартє наслідування, але також зробити порівняння і на користь вітчизняного досвіду. Для останнього є достатньо підстав. Спочатку звернемося до МКХ-10, оскільки цей документ дуже часто використовується для аргументації відмови від виокремлення категорії дітей із ЗПР. На нашу думку, тут скоріше треба говорити про розстановку пріоритетів. У МКБ-10 описано чимало станів, які негативно позначаються на інтелектуальному розвитку дитини, проте в них інтелектуальний розвиток не є визначальним для клінічного діагнозу. Тимчасом для психології і педагогіки саме інтелектуальний розвиток – визначальний для стратегії навчання і корекції розвитку дитини. Тому він є таким, що утворює зміст поняття «ЗПР». Хворобливі стани, які супроводять ЗПР або є її причиною, входять в компетенцію медицини і можуть відповідно коригуватися медичними засобами. Проте є такі причини ЗПР (наприклад, психічна депривація, соціально-педагогічна занедбаність) які пов'язати з клінікою можна тільки умовно [4], коли немає інших методів діагностики. А саме така ситуація склалася з діагностикою ЗПР. Отже, відсутність психіатричного діагнозу «ЗПР» в МКБ-10 створює слушну нагоду для актуалізації питання про розв'язання медичного і психолого-педагогічного діагнозу та застосування останнього там, де потрібна насамперед психолого-педагогічна допомога дитині. На проблемі психологічної діагностики ми ще й далі зупинятимемося в цій статті. Тут же тільки зазначимо, що немож-

лівість використання медичного діагнозу щодо ЗПР дає більше підстав для удосконалення психолого-педагогічної діагностики і поглиблення диференційованого вивчення дітей із ЗПР та пошуку відповідних технологій їх психолого-педагогічного супроводу, ніж для нігілістичних позицій.

Тепер повернемося до обґрунтованості вітчизняного досвіду виокремлення ЗПР. Поняття «загальна затримка розвитку» (global development delay) є в англійській літературі. Проте вживається воно не залежно від глибини порушень протягом перших п'яти років життя дитини. Динаміка розвитку дітей у цей час відслідковується з допомогою скринінгових методик. Після досягнення дитиною п'ятирічного віку застосовується тестування, згідно з яким діагностується розумова відсталість, якщо дитина набирає менше 70 балів за шкалою Д. Векслера. В європейській і американській моделі порушень інтелектуального розвитку дітей не наголошується на межових станах інтелектуального розвитку та їх зворотності [2]. Останнє сприяє гіпердіагностиці розумової відсталості і навряд чи такий досвід вартий запозичення.

Ознайомлення з тлумаченням і виявленням розумової відсталості в США показує, що застосування тестування є більш ліберальним підходом до діагностики цього порушення в розвитку дітей, ніж клінічний метод, який застосовується у вітчизняній практиці. Рівень інтелектуального розвитку, встановлений з допомогою тестування, – єдиний критерій для діагностики розумової відсталості [1. с. 113]. Другий критерій – здатність до соціальної адаптації – дискутується, але не є загальноприйнятим як такий, що торкається особистісних характеристик, а не інтелекту. Тим часом, згідно з вітчизняними уявленнями про розумову відсталість, порушення здатності до узагальнення (понятійного мислення) як визначальної її особливості виразно позначається на формуванні особистості і торкається усіх сфер життя людини та її здатності адаптуватися в соціумі. Тому, коли ми маємо справу з такими показаннями для інклюзивного навчання дитини з розумовою відсталістю як «якщо проблема дитини незначна і непомітна за межами школи» або «якщо проблема дитини обмежується лише одним видом діяльності» [1. с. 272], то перше, що спадає на думку, – у дитини немає розумової відсталості.

Згідно з тестометричним підходом до діагностування розумової відсталості, коефіцієнт інтелекту (IQ) вважається сталим показником протягом життя людини. Проте розумова відсталість з допомогою цього методу найчастіше діагностується в шкільному віці, і не так у молодшому, як у підлітковому, коли відставання в засвоєнні шкільної програми стає особливо виразним через збільшення розбіжностей у розумовому віці між дітьми з нормативним розвитком і з розумовою відсталістю, а програма навчання тим часом дедалі більше передбачає виконання завдань, які потребують логічного мислення [1, с. 113]. Після закінчення школи велика частина тих, що вважалися розумово відсталими, достатньо соціально адаптуються і назавжди зникають з поля зору соціальних служб, що знову таки у вітчизняного фахівця викликає сумнів, чи коректно їм поставлено діагноз розумової відсталості. Нарешті в США дискутується питання: «чи слід навішувати ярлик розумової відсталості на людей з коефіцієнтом інтелекту від 50 до 70, чи краще уникати його... можливо, дітей з таким IQ краще назвати такими, що навчаються повільно, оскільки це адекватніше відображає їхні здібності» [1 с. 80-81]. Проте перепоною для прийняття такого визначення стає ризик втрати певною частиною людей пільг, які вони отримують завдяки діагнозу «розумова відсталість» [1. с. 81].

Отже, як бачимо, проблема диференціації низьких показників інтелектуального розвитку обговорюється і зарубіжними дослідниками, вона є закономірною на шляху наукових пошуків кращих способів допомоги дітям у навчанні і розвитку. Тому існування категорії дітей із ЗПР у вітчизняному досвіді надання психолого-педагогічної допомоги дітям з особливими освітніми потребами скоріше потрібно розглядати як досягнення, а не як помилку. Завдяки поглибленню диференціації низького рівня інтелектуального розвитку багатьом дітям вдалося уникнути невиправданої стигматизації та отримати адекватніші способи допомоги у розвитку і соціальній адаптації. Разом з тим, з часу запровадження спеціального навчання для дітей із ЗПР залишилося чимало нерозв'язаних питань, які сьогодні

потребують вивчення та спроб розв'язання в умовах побудови Нової української школи й інтеграції дітей з особливими освітніми потребами у єдиній освітній системі. Найважливішим серед них є питання психологічної діагностики ЗПР та пов'язане з ним охоплення усіх дітей відповідної категорії необхідною психолого-педагогічною допомогою.

Зауважимо, що ЗПР була виокремлена в той час, коли вітчизняна психологічна діагностика тільки починала відроджуватись після довгої перерви в розвитку. Тривалий час вона розвивалася у комплексі з клінічною діагностикою як її складова. По суті клінічна діагностика обслуговувала і психолого-педагогічні потреби, проте її компетенції обмежувалися тільки потребами спеціальної школи. Тим часом провадження спеціального навчання дітей із ЗПР було зумовлене проблемами як спеціальної школи, так і середньої загальноосвітньої. По-перше, розвиток значної частини дітей, які навчалися у спеціальних закладах освіти (на той час – у допоміжній школі), був якісно інший і не вкладався в уявлення про розумову відсталість легкого ступеня. По-друге, дедалі більше загострювалась проблема неуспішного навчання дітей у середній загальноосвітній школі. Спроба запровадити «класи вирівнювання», «класи підвищеної індивідуальної уваги» не мала успіху головним чином через відсутність на той час задовільної психологічної діагностики. Деяко кращими були справи з діагностикою розвитку дітей у спеціальній школі завдяки застосуванню клінічної діагностики.

Діагностика порушень психофізичного розвитку у дітей історично склалася як клінічна, оскільки контингент перших спеціальних шкіл складали діти з тяжкими формами відставання в психічному розвитку, в яких зазвичай поєднується психологічна і неврологічна, а часто й соматична симптоматика [6 с. 8]. Проте, як уже зазначалося, чим легші порушення інтелектуального розвитку, тим менше виступає клініка, і тим самостійнішого значення набуває психологічна діагностика. У країнах Європи й Америки вона розвивалася переважно як тестологія.

Вітчизняна психологічна діагностика протягом тривалого часу розвивалася в комплексі з клінічною діагностикою на засадах якісного аналізу інтелектуальної діяльності дитини, насамперед за критерієм навчуваності, яка виявляється в процесі навчального експерименту як здатність дитини поліпшувати показники виконання пізнавального завдання під впливом педагогічної допомоги. Цей критерій, який базується на основі концепції Л.С. Виготського про актуальний розвиток та зону найближчого розвитку дитини, має винятково важливе значення для диференційної діагностики порушень у пізнавальній діяльності дітей і ще більше для побудови корекційно-педагогічної роботи з ними. Саме якісний аналіз інтелектуальної діяльності дитини у процесі виконання пізнавальних завдань дозволяє виявляти у ній такі суттєві відмінності, які часто втрачаються під час тільки кількісного аналізу. Завдяки таким підходам до діагностики і вдалося виокремити категорію дітей із ЗПР.

Зауважимо, що клінічні (точніше сказати – комплексні, які включали крім медичного якісне вивчення психічної діяльності) дослідження нагромадили такий цінний і великий досвід психологічного вивчення дітей з порушеннями психофізичного розвитку, який не могла дати тестологія. Проте застосування клінічної діагностики внесло певні обмеження в охоплення педагогічною допомогою усіх дітей із ЗПР. Певною мірою клінічний діагноз виправданий щодо церебрально-органічної її форми. Офіційно саме дітям з такою формою ЗПР рекомендувалося корекційне навчання в новостворених спеціальних школах. Тим часом завданням психолого-педагогічної практики більше відповідало застосування методів психологічної діагностики. Тому психолого-медико-педагогічна консультація, яка тривалий час мала повноваження визначати умови навчання дітей з психофізичними порушеннями, більше спиралася на виявлення порушень пізнавальної діяльності дитини незалежно від того, якими причинами воно було зумовлене. ЗПР більшою чи меншою мірою виявлялась у переважній більшості дітей зі стійкими труднощами у навчанні, які приходили на психолого-педагогічне обстеження у консультацію. Так у розв'язанні педагогічних завдань клініка, особливо у випадках ЗПР, практично почала втрачати провідне значення, хоч офіційно психіатричний діагноз і досі залишається і стає перепорою у наданні психолого-педагогічної допомоги більшій частині дітей із ЗПР. З усією очевидністю, усталене сприйняття бать-

ками клінічного (психіатричного) діагнозу як дискримінаційного змушує їх утримуватися від пошуків допомоги дитині зі стійкими труднощами у навчанні. Крім того, невинуватене розширення психіатричного діагнозу є неприйнятним і для суспільства. У результаті досі психолого-педагогічною допомогою охоплена дуже незначна частина дітей із ЗПР. Більшість з них не отримує потрібної їм допомоги і через стійку неуспішність навчання фактично втрачає інтерес до школи з усіма негативними наслідками, що з цього випливають. Розбіжності між клінічним і психолого-педагогічним діагностуванням ЗПР позначаються і на вивченні її поширеності. На час запровадження спеціального навчання дітей з цим порушенням називалось і біля 10%, і понад 20% залежно від того, які критерії застосовувались дослідниками, клінічні чи психолого-педагогічні. Така тенденція залишається й досі, хоч частіше перевага віддається виявленню затримки психічного розвитку через труднощі дітей у навчанні. Так, за даними дослідження, здійсненого в Росії у 2015 році, ЗПР була виявлена у 25% дитячого населення [2]. В Україні в останні десятиліття поширеність цього порушення спеціально не досліджувалась. Проте спільна історія підходів до вивчення ЗПР, а також тривале спільне функціонування освітньої системи в Росії й в Україні дозволяє зробити припущення і щодо схожих тенденцій у її поширеності.

Очевидно, можна встановити певні аналогії і з деякими зарубіжними дослідженнями. Зокрема масштабне епідеміологічне дослідження, проведене у 2009 році у 18 країнах з низьким і середнім рівнем прибутків виявило, що в середньому 23% дітей віком від 2 до 9 років мають інтелектуальні порушення [2]. Наведені тут зарубіжні дослідження свідчать про живий інтерес світового співтовариства до проблем психічного розвитку дітей, отже, й про актуальність подальшого вивчення ЗПР, започаткованого у нашій країні.

Подальші дослідження в галузі ЗПР, насамперед, потребують розв'язання питання з її діагностикою, а саме зробити провідним психолого-педагогічний діагноз, що не виключає клінічного діагнозу як супутнього та надання медичної допомоги дитині в усіх випадках, коли вона необхідна. Отже, потрібне оптимальне використання сьогоденних здобутків психологічної діагностики для виявлення дітей із ЗПР та надання їм необхідної психолого-педагогічної допомоги. З цією метою важливо не втратити вітчизняний оригінальний досвід якісного вивчення інтелектуальної діяльності дитини, що вкрай необхідно особливо для побудови індивідуально спрямованої програми корекції її навчання і розвитку. Проте діагностика на засадах якісного аналізу інтелектуальної діяльності дитини має суттєвий недолік: виявлені якісні показники важко виразити кількісно без втрат якості, а процес діагностування стандартизувати. Тому в успішності застосування такої діагностичної методики велику роль відіграє суб'єктивний фактор – висока кваліфікація психолога [6].

Разом з тим є небезпека, що тенденція до надмірного захоплення тестуванням та знецінення вітчизняних засад психологічної діагностики приведе до обмеження диференціації легких порушень в інтелектуальній діяльності дітей і, можливо, до втрати здобутків у наданні корекційної допомоги дітям із ЗПР. Остання, як показали дослідження [11], недостатньо виявляється з допомогою тестів. Слушним є досвід доповнення результатів тестування даними аналізу змісту інтелектуальної діяльності дитини [7], а також врахування так званих «надгестових» критеріїв – тих позаінтелектуальних факторів, пов'язаних з афективно-особистісними функціональними характеристиками психічної діяльності, які суттєво впливають на її продуктивність [5].

Застосування кількісної оцінки до якісного аналізу виконання інтелектуальних завдань дитиною, а також врахування таких важливих показників для встановлення психолого-педагогічного діагнозу як умови виховання і розвитку дитини, особливості її емоційного стану на час обстеження, особливостей спілкування з психологом, працездатності, впливу на перебіг виконання завдань успіхів і невдач було здійснено колективом українських психологів у розробленій «Методиці діагностики відхилень в інтелектуальному розвитку молодших школярів» [10]. Спроба поєднати якісну й кількісну оцінку виконання діагностичних завдань здійснювалась шляхом виокремлення якісно різних рівнів виконання кожного завдання та присвоєння кожному рівню певної кількості балів. Некваліфіковане використання цієї діагностичної методики попередується систематичним нагаченням оцінок,

які нею користувалися в практичній роботі. З дотриманням зазначених умов методика дозволяє доволі успішно диференціювати нормативний розвиток, ЗПР та розумову відсталість у дітей шести-восьми років.

Підводячи підсумок розглянутих проблем, пов'язаних із наданням психолого-педагогічної допомоги дітям із ЗПР, хочеться висловити сподівання, що в процесі розбудови Нової української школи знайдеться можливість і для допомоги цій категорії дітей посісти гідне місце у соціумі.

Література:

1. Зиглер Е., Ходаш Р. Тлумачення розумової відсталості / пер. з англ. О.Г. Карагодіна. Київ : Сфера, 2008. 344 с.
2. Емелина Д.А., Макаров И.В. Задержки психического развития у детей (аналитический обзор). // Обозрение психиатрии и медицинской психологии, № 1, 2018.
3. Князева Т.Н. Психологическая система обеспечения готовности младших школьников с задержкой психического развития к обучению в основной школе в условиях интеграции в общеобразовательную среду: дис. Доктор психологических наук:19.00.10.– коррекционная психология. Нижний Новгород. 2005. 392 с.
4. Коробейников, И.А. Нарушения развития и социальная адаптация : монография / И.А. Коробейников. – Москва : ПЕР СЭ, 2002. – 192 с.
5. Коробейников И.А. Психологическая дифференциация нарушений развития у старших дошкольников. Методические рекомендации. М.: МЗ РСФСР. 1982.
6. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей – М.: Педагогика, 1989. – 104 с.
7. Лусканова Н.Г. Диагностика интеллектуального развития детей 6-8 лет (модифицированный вариант методики Д. Векслера) // Практикум патопсихологии. М. : МГУ, 1987.
8. Організаційно-методичні засади діяльності інклюзивно-ресурсних центрів: навчально-методичний посібник. / За заг. ред. М.А. Порошенко та ін. – Київ: 2018. – 252 с.
9. Про Національну програму «Діти України»: Указ Президента України від 18.01.1996. № 63/96 // Офіційний сайт Верховної Ради України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/go/63/96>
10. Стадненко Н.М., Ілляшенко Т.Д., Обухівська А.Г. Методика діагностики відхилень в інтелектуальному розвитку молодших школярів. Видання друге, перероблене і доповнене. Кам'янець-Подільський : Видавець ПП Зволейко Д.Г., 2006. 36 с. : Дидактичний матеріал: комплект А і комплект Б. (45 арк.).
11. Шаумаров Г.Б. Дифференциальная психологическая диагностика задержки психического развития на основе анализа стандартизированной методики: Дисс. канд. псих. наук. – М. 1980. – 148 с.

Тетяна Чала,

старший викладач кафедри Чернігівського обласного інституту післядипломної педагогічної освіти імені К.Д. Ушинського (Чернігів, Україна);

Світлана Забаровська,

практичний психолог, Сновське вище професійне училище лісового господарства (Сновськ, Україна)

РОЗВИТОК НАВИЧОК АКТИВНОГО СЛУХАННЯ У ПСИХОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

У статті показана важливість навичок активного слухання для психолога, приведені результати опитування «Як ви почуваетесь під час карантину?», структуровано прийоми та дії активного слухання відповідно до етапів.

Ключові слова: активне слухання, навичка, навички активного слухання.

Важливою навичкою психолога в сучасних умовах психологічної практики є активне слухання. Якщо слухання – це фізична можливість, то активне слухання – це уміння, навичка, здібність. Поле використання активного слухання в професійній діяльності педагога та психолога дещо різне. У педагога – це урок і поза уроками; у психолога – сукупність техно-