

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-МЕТОДИЧНИЙ ЦЕНТР  
ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ І СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ  
ГО «ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ПРАКТИКУЮЧИХ ПСИХОЛОГІВ»

**СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я УЧНІВ У  
ДІЯЛЬНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ І ПСИХОЛОГО-  
МЕДИКО-ПЕДАГОГІЧНИХ КОНСУЛЬТАЦІЙ**

**Посібник**

**За редакцією А.Г. Обухівської**

*До 25-річчя створення  
психологічної служби системи освіти України*

**Київ – 2016**

**УДК 371.78:376**  
**ББК 88.4+74.3**  
**С-916**

**Автори:**

Обухівська А. Г., Жук Т. В., Зеленько О. А., Ілляшенко Т. Д.,  
Луценко І. В., Мед. І. Л., Музиченко І. В., Супрун Г. В., Федосєєва І. В.,  
Якимчук Г. В.

**За редакцією:**

Обухівська А.Г., кандидат психологічних наук, старший науковий  
співробітник, завідувачка лабораторії методичного забезпечення  
психолого-медико-педагогічних консультацій Українського науково-  
методичного центру практичної психології і соціальної роботи

*Рекомендовано до друку Радою Українського науково-методичного  
центру практичної психології і соціальної роботи (протокол №8 від  
13.10.2016 р.)*

**С916** **Сучасні** технології збереження здоров'я учнів у діяльності психологічної служби і психолого-медико-педагогічних консультацій : [Посіб.] / авт. кол.: А. Г Обухівська., Т. В. Жук, О. А. Зеленько та ін. ; за ред. А. Г. Обухівської. – К. : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2016. – 218 с.

У методичному посібнику висвітлюються питання збереження здоров'я дітей у процесі навчання і виховання. Аналізується зміст поняття «здоров'язберігальні технології» та шляхи їх запровадження у сучасному педагогічному процесі, критерії та показники оцінки психічного здоров'я особистості. Зокрема, розглядаються актуальні питання порушень психічного та психологічного здоров'я дітей, їх попередження та корекція у процесі взаємодії психологічної служби системи освіти та психолого-медико-педагогічних консультацій.

Посібник адресовано практичним психологам системи освіти, працівникам психолого-медико-педагогічних консультацій, педагогам, студентам відповідної спеціалізації.

**ISBN 978-617-7118-22-9**

- © УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2016
- © Обухівська А. Г., Жук Т. В., Зеленько О. А., Ілляшенко Т. Д. та ін.

## ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА .....	4
1. ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ В УМОВАХ СУЧАСНОСТІ .....	9
1.1. Поняття «здоров'язберігальні технології» та їх запровадження у педагогічному процесі .....	9
1.2. Створення організаційно-педагогічних умов для забезпечення психічного здоров'я учнів .....	18
1.3. Психічне здоров'я дітей та особливості його порушень .....	28
1.4. Критерії та показники оцінки психічного здоров'я особистості .....	31
1.5. Психогігієна та психопрофілактика – шлях до збереження психічного здоров'я .....	35
2. КОРЕКЦІЯ СОРОМ'ЯЗЛИВОСТІ У ПРОЦЕСІ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ШКОЛЯРА .....	44
2.1. Сором'язливість як психологічне явище .....	44
2.2. Природність, вікові особливості, наслідки й ознаки надмірного вияву сором'язливості .....	46
2.3. Діагностика, превенція та подолання надмірної сором'язливості школяра ...	50
3. ХВОРОБА ЦИВІЛІЗАЦІЇ: КОМП'ЮТЕРНА ІГРОМАНІЯ .....	55
3.1. Комп'ютерна залежність як проблема сьогоденного суспільства .....	55
3.2. Причини та прояви комп'ютерної залежності .....	56
3.3. Що може вберігати дитину від появи комп'ютерної залежності .....	62
4. ОСОБЛИВОСТІ СТРАХІВ У ДІТЕЙ ЯК ПРОБЛЕМА ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я .....	66
4.1. Психічне і психологічне здоров'я .....	66
4.2. Психологічна робота зі страхами у збереженні здорового розвитку дитини ..	68
5. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА СКЛАДОВА У КОМПЛЕКСНІЙ СИСТЕМІ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ З ГІПЕРАКТИВНИМ РОЗЛАДОМ І ДЕФІЦИТОМ УВАГИ .....	79
5.1. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги як психолого-медико-педагогічна проблема .....	79
5.2. Причини та прояви гіперактивного розладу з дефіцитом уваги у дітей .....	88
5.3. Діагностика гіперактивного розладу з дефіцитом уваги .....	92
5.4. Психолого-педагогічні засади корекції гіперактивного розладу з дефіцитом уваги у дітей .....	95
5.5. Алгоритм діяльності шкільного (дошкільного) психолога у психологічному супроводі дитини з гіперактивним розладом і дефіцитом уваги .....	101
6. ПСИХОЛОГІЧНІ УМОВИ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ ДО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ .....	111
6.1. Поняття «аутизм» та сучасний стан його вивчення .....	111
6.2. Психологічне вивчення дитини з розладами аутистичного спектру у навчальному закладі .....	113
6.3. Форми допомоги дітям з розладами аутистичного спектру .....	121
6.4. Використання модифікованого методу «Моя історія» для покращення процесу	

адаптації дітей з розладами аутистичного спектра до умов навчального закладу.	124
7. ПРОБЛЕМА ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЄВОГО РОЗВИТКУ.	134
7.1. Мовлення і загальний психічний розвиток дитини.	134
7.2. Вплив різних розладів мовлення на порушення формування особистості дитини.	138
8. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ДОПОМОГА СІМ'Ї, ЯКА ВИХОВУЄ ДИТИНУ З ПОМІРНОЮ РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ.	149
8.1. Еволюція системи виховання дітей з помірною розумовою відсталістю: повернення до сімейних цінностей.	149
8.2. Особливості сім'ї, що виховує дитину з розумовою відсталістю.	152
8.3. Форми взаємодії психолого-медико-педагогічної консультації з сім'єю, яка виховує дитину з тяжкою патологією.	157
8.4. Педагогічні компетенції, яких треба навчати батьків, що виховують дітей з помірною розумовою відсталістю.	161
9. ПСИХОЛОГО-ПЕДОГОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ В ЗАГАЛЬНООСВІТНЬОМУ ПРОСТОРИ	169
ДОДАТОК 1	1812
ДОДАТОК 2	188
ДОДАТОК 3	195
ДОДАТОК 4	198
ДОДАТОК 5	211

*Лабораторія методичного забезпечення психолого-медико-педагогічних консультацій Українського науково-методичного центру практичної психології і соціальної роботи НАПН України висловлює подяку за співпрацю Мед Ірині Леонідівні, вчителю початкових класів та образотворчого мистецтва Навчально-виховного комплексу: Загальноосвітня школа I-II ступенів-ліцей №7 Вінницької міської ради, вчителю вищої кваліфікаційної категорії, вчителю-методисту; педагогічному колективу Білоцерківська загальноосвітня школа I-III ступенів №15 Білоцерківської міської ради Київської області.*

## ПЕРЕДМОВА

Метою сучасної школи є підготовка дітей до життя. Кожен учень має отримати під час навчання знання, що знадобляться йому в майбутньому житті. Основна мета школи полягає у формуванні здорової особистості. Здорової як фізично, так і духовно. Тому кожна школа сьогодні шукає свій шлях змін у просторі покращення якості освіти та виховання. Здійснення означеної мети можливе за умови запровадження технологій здоров'язберігальної педагогіки.

Здоров'я, за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, – це стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не просто відсутність хвороб або фізичних вад. **Отже, здоров'я – єдність фізичного, психічного, духовного, соціального, інтелектуального та творчого аспектів здоров'я, а не лише відсутність хвороб або фізичних вад.**

У своїх працях видатний педагог В. О.Сухомлинський писав: «Досвід переконав нас у тому, що приблизно у 85% усіх невстигаючих учнів головна причина відставання у навчанні – поганий стан здоров'я, якість нездужання або захворювання, найчастіше зовсім непомітне і таке, що можна вилікувати тільки спільними зусиллями матері, батька, лікаря та вчителя».

Водночас, екологічні, економічні, демографічні та інші соціальні фактори у всьому світі ведуть до значних змін фізичного, психічного і соціального стану здоров'я дітей. В нашій країні за останні роки стан здоров'я дітей помітно погіршився. Значно збільшилась кількість дітей з хронічними соматичними захворюваннями. Освітні заклади, декларуючи спрямованість на створення необхідних умов для повноцінного розвитку особистості кожної дитини і її самореалізацію в життєвому просторі, недостатньо дбають про те, щоб виростити дитину здоровою. За деякими джерелами маємо невтішні результати: в школу приходять близько 30 відсотків здорових дітей, а серед випускників таких виявляється біля 10 відсотків.

Практика переконує, що в сучасній школі численні проблеми дітей різко загострюються. У зв'язку з цим з'являються категорії дітей, об'єднаних

поняттями «діти з проблемами в розвитку», «діти з обмеженими можливостями здоров'я», «діти групи ризику». Спільним для них є несприятлива ситуація психічного розвитку, під впливом якої виникають труднощі оволодіння знаннями, змінюється поведінка, деформуючи особистість дитини і її соціальну адаптацію.

В освітньому-виховному процесі такі діти потребують підвищеної психолого-педагогічної уваги з метою нівелювання несприятливих умов розвитку, гармонізації соціально-адаптивних зв'язків, а отже і збереження психічного здоров'я.

Крім означених груп дітей в популяції дитячого населення велика кількість дітей з серйозними порушеннями психофізичного розвитку. За неповними даними психолого-медико-педагогічних консультацій кількість таких дітей сягає 10-14%. При цьому має місце тенденція до незначного їх збільшення. Частина з них має статус дитини з інвалідністю. В залежності від причини, яка зумовила порушення розвитку, ці діти мають специфічну своєрідність і різні стани збереження не лише соматичного, але й психічного здоров'я, що означає повну або часткову втрату життєво значущих психічних функцій, завдяки яким здійснюється пізнавальна діяльність. У зв'язку з цим виникає порушення перебігу закономірностей їхнього психічного розвитку з відхилення від норми. В залежності від виду порушення, його тяжкості розвиток дитини уповільнюється, затримується, зазнає недорозвитку або істотно спотворюється. При цьому деформується вся пізнавальна сфера дитини, її особистість і насамкінець – суспільна самореалізація.

Кількість таких дітей у загальноосвітніх навчальних закладах дедалі буде збільшуватися у зв'язку із запровадженням інклюзивного навчання. Для задоволення їхніх освітніх потреб вони потребують забезпечення спеціальних умов, серед яких адаптація навчального середовища, врахування специфічних особливостей розвитку, налагодження постійного індивідуального супроводу навчально-виховної діяльності.

Думка видатного педагога В. О.Сухомлинського підтверджується сьогодні здійсненим лабораторією методичного забезпечення психолого-медико-

педагогічних консультацій Українського науково-методичного центру практичної психології і соціальної роботи НАПН України дослідженням інтелектуального розвитку підлітків, особливо тих, які мають низький рівень навчальних досягнень. Виявлено, що переважна більшість обстежених учнів п'ятих-восьмих класів з труднощами у навчанні має незадовільний стан соматичного і нервово-психічного здоров'я та ряд не різко виражених порушень психофізичного розвитку (здебільшого – різні недоліки мовленнєвого розвитку, гіперактивного розладу з дефіцитом уваги, затримки психічного розвитку різного генезу), які вчасно не зазнали необхідного корекційного втручання. Усе це пов'язано, з одного боку, з незадовільними умовами сімейного виховання, часто психотравмівними взаєминами у сім'ї, низькою психолого-педагогічною культурою батьків, неспроможних бути партнерами педагогам у навчанні і розвитку дитини, сприянні збереженню, а не руйнуванню її здоров'я. З другого боку, не менш проблематичним щодо збереження дитячого здоров'я є і навчально-виховний процес у школі. Насамперед, формуванню здорової особистості перешкоджає нехтування індивідуальними особливостями дитини, особливо – стартовим розвитком пізнавальної діяльності, особливостями темпераменту, психічної і фізичної витривалості, здатності адаптуватися до положення школяра. Усе це призводить багатьох дітей до надмірного психічного напруження та неуспішності, яка є чи не найбільшою хронічною психічною травмою для учня з усіма негативними наслідками, які з цього випливають. Тому потреба змін у сучасній школі, спрямованих на оновлення змісту навчання, наближення його до потреб і можливостей засвоєння знань сучасними школярами, поглиблення індивідуального підходу до інтересів і схильностей кожної дитини – усе це зумовлене завданням зробити школу привабливішою, навчання радіснішим для дитини, а отже таким, що сприятиме зміцненню її психічного і фізичного здоров'я.

Реформа освіти, яка сьогодні найбільше торкнулася початкової школи, виразно орієнтована на збереження здоров'я дітей. Воно реалізується у подовженні початкового навчання на один рік, у розвантаженні і оновленні



програм, в гнучкому підході до розподілу годин на вивчення окремих тем в залежності від бачення педагогом можливостей своїх учнів оволодіти певним обсягом навчального матеріалу. Зрештою, надзвичайно важливе значення має зміна підходу до оцінювання знань учнів, самого стилю взаємин педагога з дитиною, перехід від директивного до партнерського, який вивільняє дитячу ініціативу, творчість, отже, додає радості процесу навчання, а відтак і сприяє збереженню психічного здоров'я дитини.

Очевидно, що подальше удосконалення навчального процесу буде пов'язане з поглибленням його індивідуалізації, що потребує пильної уваги до психологічних особливостей дитини, впливу оточення на її розвиток.

Сьогодні важливим кроком до задоволення індивідуальних навчальних потреб у єдиному освітньому просторі є запровадження інклюзивного навчання дітей з порушеннями психофізичного розвитку у загальноосвітній школі. Зрозуміло, що чільним завданням інклюзивного навчання є збереження і зміцнення психічного і фізичного здоров'я цих дітей, без чого не можлива реалізація їхніх потенційних здібностей та адаптація у соціальному середовищі.

Визначальною умовою збереження, насамперед, психічного здоров'я дітей з психофізичними порушеннями є створення умов для подолання чи корекції їхнього розвитку, попередження психологічної травматизації у зв'язку з їхньою «інакшістю» та забезпечення гармонійного формування особистості.

Поглиблення уваги до збереження здоров'я дітей у процесі навчання, впровадження інклюзивного навчання і у зв'язку з цим прихід до школи дітей, які потребують особливого підходу до їхнього навчання, виховання, спілкування у колективі, зрештою, усвідомлення того, що навіть на перший погляд «безпроблемна» дитина є індивідуальність зі своїми перевагами і труднощами, подолання яких потребує допомоги, підвищує вимоги до діяльності психологічної служби системи освіти, психолого-медико-педагогічних консультацій як осередків допомоги сім'ї і навчальному закладу у забезпеченні оптимальних умов навчання і розвитку дитини.

В умовах дитиноцентрованого навчального процесу зростає потреба тісної

взаємодії педагога, шкільного психолога та психолого-медико-педагогічної консультації у вивченні та реалізації освітніх потреб кожної дитини і найкращих способів їх задоволення.

Саме нерозривний зв'язок між шкільною психологічною службою і психолого-медико-педагогічними консультаціями, співпраця яких слугує допомозі педагогу знайти підхід до кожної дитини, сприяти успішності її навчання і зростання здоровою.

Усвідомлення нерозривного зв'язку між психологами освітніх закладів і психолого-медико-педагогічними консультаціями у спільній меті – допомогти дитині реалізуватися як особистості і вирости здоровою – зумовило написання цього посібника, у якому розглядаються актуальні питання, що потребують розв'язання для збереження психічного здоров'я дітей у процесі навчання і виховання.

## **1. ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ В УМОВАХ СУЧАСНОСТІ**

Складна соціально-економічна ситуація в країні негативно відбивається на здоров'ї населення, а в першу чергу, дітей. Поряд із загостренням хронічних захворювань, стрімко молодіють різні соматичні хвороби. Проте особливе занепокоєння викликають порушення психічного здоров'я у дітей та підлітків. Саме тому проблема збереження психічного благополуччя молодого покоління є надзвичайно актуальною на сучасному етапі розвитку суспільства та системи освіти.

### **1.1. Поняття «здоров'язберігальні технології» та їх запровадження у педагогічному процесі.**

Сучасна освіта характеризується широким впровадженням технологічного підходу. І це є об'єктивним процесом, новим етапом в еволюції освіти, на базі якого переглядаються підходи до супроводу і забезпечення процесу природного розвитку дитини. Поняття «технологія» в педагогіку прийшло з виробництва, де визначається як сукупність різних елементів, зокрема прийомів, операцій, дій, процесів та їхню послідовність, тобто це своєрідна майстерність людини. Таким чином «технологія» виступає як алгоритм, за допомогою якого отримується запланований результат. У кінці 70-х роках минулого століття збільшується увага до педагогічної технології і в Україні. Однак і сьогодні стосовно поняття «педагогічна технологія» єдиної думки науковців поки що не існує. У науковій літературі зустрічається понад 300 тлумачень цього поняття в залежності від того як автор уявляє собі структуру й складові освітнього технологічного процесу. Але їх об'єднує те, що всі автори єдині у визначенні мети педагогічної технології – це підвищення ефективності навчально-виховного процесу і гарантування досягнення учнями запланованих результатів навчання. За визначенням ЮНЕСКО, педагогічна технологія – це системний метод створення, застосування і визначення всього процесу викладання і засвоєння знань з урахуванням технічних і людських ресурсів і їх взаємодії, що своїм завданням вважає

оптимізацію форм освіти. Будь яка педагогічна технологія має відповідати основним критеріям технологічності: концептуальності, системності, керованості, ефективності, відтворюваності. Технології навчання спрямовані на підвищення рівня знань, умінь і навичок протидії негативним явищам та формування відповідальної поведінки.

*Особливе місце у педагогічному процесі займають здоров'язберігальні технології. Що ж розуміють під поняттям «здоров'язберігальна технологія»?*

Здоров'язберігальна технологія – це побудова послідовності факторів, що попереджують руйнування здоров'я при одночасному створенні системи сприятливих для здоров'я умов. Поняття «здоров'язберігальні технології» об'єднує у собі всі напрямки діяльності загальноосвітнього навчального закладу щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я учнів. Зокрема, під педагогічними здоров'язберігальними технологіями вчені пропонують розуміти:

- сприятливі умови навчання дитини в школі (відсутність стресових ситуацій, адекватність вимог, методик навчання та виховання);
- оптимальну організацію навчального процесу (відповідно до вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних норм);
- повноцінний та раціонально організований руховий режим.

Впровадження здоров'язберігальних освітніх технологій пов'язано з використанням медичних (медико-гігієнічних, фізкультурно-оздоровчих, лікувально-оздоровчих), соціально-адаптованих, екологічних, здоров'язберігальних технологій та технологій забезпечення безпеки життєдіяльності.

Аналіз класифікацій існуючих здоров'язберігальних технологій дає можливість виокремити такі типи (за О. Ващенко):

- здоров'язберігальні – технології, що створюють безпечні умови для перебування, навчання та праці в школі та ті, що вирішують завдання раціональної організації виховного процесу (з урахуванням вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних норм), відповідність навчального та фізичного навантажень можливостям дитини;

- оздоровчі – технології, спрямовані на вирішення завдань зміцнення фізичного здоров'я учнів, підвищення потенціалу (ресурсів) здоров'я: фізична підготовка, фізіотерапія, ароматерапія, загартування, гімнастика, масаж, фітотерапія, музична терапія;

- технології навчання здоров'я – гігієнічне навчання, формування життєвих навичок (керування емоціями, вирішення конфліктів тощо), профілактика травматизму та зловживання психоактивними речовинами, статеве виховання. Ці технології реалізуються завдяки включенню відповідних тем до предметів загальнонавчального циклу, введення до варіативної частини навчального плану нових предметів, організації факультативного навчання та додаткової освіти;

- виховання культури здоров'я – виховання в учнів особистісних якостей, які сприяють збереженню та зміцненню здоров'я, формуванню уявлень про здоров'я як цінність, посиленню мотивації на ведення здорового способу життя, підвищенню відповідальності за особисте здоров'я, здоров'я родини. Здоров'язберігальні технології навчають дітей жити без конфліктів. Навчають укріплювати, зберігати своє і цінити чуже здоров'я. Ці технології прищеплюють дітям принципи здорового способу життя, посилюють мотивацію до навчання.

Звичайно, вирішення проблеми збереження здоров'я дітей та підлітків потребує спільної уваги всіх зацікавлених у цьому: педагогів, медиків, батьків, представників громадськості. Однак особливе місце та відповідальність в оздоровчій діяльності відводиться освітній системі, яка повинна й має всі можливості для того, щоб зробити освітній процес здоров'язберігальним. І в цьому випадку мова йде вже не просто про стан здоров'я сучасних школярів, а про майбутнє України.

Основні завдання, що стоять перед здоров'язберігальними освітніми технологіями:

1. Створення психолого-педагогічних і організаційно-педагогічних умов, які забезпечать психічне здоров'я і комфорт учнів за допомогою гуманізації демократизації навчально-виховного процесу на основі:

фізкультурно-спортивної активності;

обґрунтованої відповідності навчального навантаження обсягові інформації, психофізичним можливостям її засвоєння;

переведення традиційної інформаційно-об'ємної системи навчання на систему, яка навчає учнів самостійно здобувати знання, вільно мислити, застосовувати отриману інформацію на практиці.

2. Реалізація принципів наукової організації навчальної праці, харчування та відпочинку учнів.

3. Створення необхідних санітарно-гігієнічних умов.

4. Включення учнів до свідомої діяльності з формування культури здорового способу життя, забезпечення цього процесу навчально-методичними посібниками.

5. Створення в навчальному закладі системи управління та моніторингу дотримання здоров'язберігаючих технологій.

6. Формування культури здорового способу життя учнів як у навчальний, так і в позаурочний час.

7. Створення системи підготовки кадрів, соціальної і фінансової підтримки ідеї здоров'язберігаючої технології; агітації і пропаганди; об'єднання зусиль усіх підрозділів навчального закладу, закладів медицини та фізичної культури.

8. Забезпечення програмного і навчально-методичного обладнання з проблем здоров'язберігальної технології.

9. Забезпечення психологічного і медичного супроводу процесу навчання.

10. Створення оптимальної системи оздоровлення учнів в умовах літніх таборів.

11. Створення оптимальних умов для занять фізичною культурою; забезпечення можливостей для впровадження сучасних інноваційних форм і методів спортивної та фізкультурно-оздоровчої роботи.

12. Створення інформаційно-комп'ютерного забезпечення оздоровчої системи.

13. Відкриття в навчальному закладі консультативно-оздоровчого центру здорового способу життя для учнів, батьків і вчителів.

14. Введення в навчальний процес гуманітарних курсів «Основи здоров'я», «ОБЖ», «Етика».

15. Створення умов для дослідницько-експериментальної і науково-пошукової роботи з питань моделювання й апробації здоров'язберігаючих освітніх технологій.

Урок – це основна структурна одиниця навчального процесу. Урок у контексті здоров'язберігальних технологій повинен не викликати в учнів погіршення здоров'я. Сучасний урок – це урок інноваційний, який викликає в учнів і вчителів задоволення, стимулює цікавість, творчість. Усе це досягається різноманітними формами роботи з використанням інтерактиву та інноваційних технологій. На фоні психічного здоров'я утворюються позитивні емоції і почуття, воля, самосвідомість, самовиховання, мотивація поведінки, стреси, психотравми, резерви психологічних можливостей людини, запобігання шкідливих звичок, формування гігієнічних навичок і позитивних звичок. Духовне здоров'я – це здоров'я в системі загальнолюдських цінностей, ідеал здорової людини, традиції культури українського народу, розвиток позитивних духовних рис, духовні цінності й засоби розвитку духовності. Соціальне здоров'я – соціальні потреби та інтереси, етика родинних зв'язків, наслідки антисоціального ставлення до довкілля, соціальне забезпечення життєво важливих потреб, соціальна адаптація, здоров'я нації, формування потреби вести здоровий спосіб життя. Інтелектуальне здоров'я – це можливість відкрити наш розум для нових ідей та досвіду, які можуть допомогти в поліпшенні особистої, групової та суспільної взаємодії. На шляху до інтелектуального здоров'я необхідно витратити більше часу на навчання, наприклад читання книг, журналів і газет, для того щоб бути в курсі поточних питань та ідей. Одним із складових здоров'я є і творчість. Тому що саме творчий підхід до вирішення будь-яких життєвих проблем, завдань робить людину здоровою. Ось чому тема створення у школі здоров'язберігального середовища є такою актуальною. Ключовими компетентностями, що сприяють здоров'ю, якими повинні володіти учні для успішної соціалізації, є такі:

– навички раціонального харчування;

- навички рухової активності та загартування;
- санітарно-гігієнічні навички;
- навички організації режиму праці та відпочинку;
- навички самоконтролю;
- навички мотивації успіху та тренування волі;
- навички управління стресами;
- навички ефективного спілкування;
- навички попередження конфліктів;
- навички співчуття (емпатії);
- навички поведінки в умовах тиску;
- навички співробітництва;
- навички самоусвідомлення та самооцінки;
- визначення життєвих цілей і програм;
- аналіз проблем прийняття рішень.

Слід зазначити, що впровадження здоров'язберігальних освітніх технологій пов'язано з використанням медичних (медико-гігієнічних, фізкультурно-оздоровчих, лікувально-оздоровчих), соціально-адаптованих, екологічних здоров'язберігальних технологій та технологій забезпечення безпеки життєдіяльності. Здоров'язберігальні технології дозволяють сформувати соціальну зрілість випускника; забезпечити можливість учням реалізувати свій потенціал.

Психічне здоров'я – це стан душевного благополуччя, що характеризується відсутністю хворобливих психічних виявів, який забезпечує адекватну умовам діяльності регуляцію поведінки. У матеріалах Всесвітньої федерації здоров'я поняття «психічне здоров'я» визначається таким чином: «це набагато більше, ніж просто відсутність психічних захворювань. Психічне здоров'я – це те, що ми всі бажаємо мати, причому незалежно від того, чи знаємо ми, що це таке чи ні. Коли ми говоримо про щастя, душевний спокій, радість або задоволеність, ми говоримо про психічне здоров'я».



Серед причин, які можуть впливати на психічне здоров'я школяра можна виділити такі: навчальне перевантаження, порушення психогігієнічних норм організації навчально-виховного процесу, характер стосунків між вчителем та учнями, мікроклімат у класі.

**Особистість педагога.** Проаналізуємо психологічні особливості впливу особистості педагога на порушення психічного здоров'я дитини. Цей негативний вплив може проявлятися у авторитаризмі педагога, педагогічних конфліктах учителя з учнями, проявах професійної деформації чи синдрому емоційного вигорання.

Важливу роль у психічному благополуччі дитини має стиль спілкування вчителя з учнями. Так, педагог, який послуговується авторитарним стилем спілкування, використовує такий арсенал методів як погрози, накази, жорстку критику, безапеляційні твердження, що завдає шкоди психічному здоров'ю учня. Як наслідок, у дитини можуть виникати неврастенічні чи психастенічні, компульсивні реакції, імпульсивні дії чи афекти, фобії чи тривожність.

Конфлікти на рівні вчитель – учень є звичним явищем, проте їх негативні наслідки часто мають тривалий характер, а це згубно позначається на психічному здоров'ї школяра. Звичайно, мріяти про те, щоб конфлікти зовсім не виникали, є утопією.

Слід задуматися над статистикою, що від 33 до 40% педагогічних конфліктів виникають з вини вчителів, проте часто, навіть, у таких випадках обвинуваченим є учень.

Педагогічна діяльність – дуже тяжка та напружена праця, яка пов'язана з інтенсивним міжособистісним спілкуванням, тобто вчитель постійно перебуває в ситуації комунікації та взаємодії з учнями, батьками, колегами, адміністрацією. Вчитель повинен постійно впливати на учнів та батьків, що потребує від нього потужного заряду внутрішніх ресурсів. Педагогічна діяльність завжди є особистісно забарвленою, саме тому вчитель не повинен бути емоційно відстороненим від того, чим він займається. Важливою компетенцією вчителя є вміння швидко реагувати та приймати рішення. Але, напевно, найважливішою

ресою вчителя є високий рівень розвитку емпатії, тобто вміння співпереживати, співчувати, розуміти учнів. Ми перерахували лише незначну частку вимог, які покладені на педагога, але всі вони виправдані, адже вчитель несе персональну відповідальність за фізичне та психічне здоров'я учнів.

**Стан здоров'я сучасних школярів.** Дослідженнями Харківського інституту ОЗДП та ряду наукових колективів країни встановлено, що за час навчання дітей в школі здоров'я їх значно погіршується. Лише 11% хлопчиків та 16% дівчат виходять зі шкільних лав практично здоровими.

Психічне здоров'я особистості залежить від багатьох факторів: правильного харчування, режиму дня, перебування на свіжому повітрі, рухової активності і т.д. Але особливе місце в цьому переліку належить психологічному комфорту. Дуже часто психологічний дискомфорт виникає в результаті фрустрації (незадоволенні) потреб дитини.

Наслідком психологічного дискомфорту можуть бути невротичні зриви та стани. Невротичний стан є наслідком хронічної перенапруги і характеризується досить вираженою стійкістю, в основі якої лежить з одного боку, певні індивідуально-психологічні властивості (висока тривожність, низький рівень нервово-психічної стійкості, надмірна емоційність, низька мотивація до навчання), а з іншого – нераціональна організація навчального процесу та невміння і часто неможливість оптимально організувати свою діяльність під час навчання та вільний час.

Особливої уваги потребує супровід підліткового вікового періоду, оскільки через невміння правильно організувати свій режим та низький рівень самоконтролю багато школярів не можуть справитись з суттєвим збільшенням обсягу навчання. При цьому вони майже увесь час перебувають у стані фрустрації через нестачу часу, гіперінформацію, що викликає розгубленість, невпевненість у своїх силах і в можливості засвоїти безперервно зростаючий обсяг навчального матеріалу. Ця ситуація може зберігатись тривалий час і супроводжуватись формуванням нервово-психічної напруги, що веде поступово до астенізації нервової системи.

Негативні умови у розвитку підлітка спричиняють відхилення у становленні його особистості, зокрема у виникненні **акцентуацій характеру**, які дуже поширені у цьому віці. *Акцентуаціями є індивідуальні риси особистості, які за надмірної їх вираженості можуть набувати патологічного характеру, руйнувати цілісну її структуру.* За даними досліджень у 32-88% підлітків спостерігається загострення окремих рис характеру, їх акцентуація.

Акцентуація характеру – це крайні варіанти норми, коли окремі риси характеру надмірно виражені, внаслідок чого виявляється вибіркова вразливість відносно певних психологічних впливів при підвищеній стійкості до інших ситуацій і дій.

**Когнітивна криза.** Розширення сфери діяльності і взаємодії підлітка з оточенням значно випереджає його психологічну компетентність. Тому часто виникають зовнішні і внутрішні бар'єри в діяльності та спілкуванні, що спричинює психологічні зриви. Важливим напрямом запобігання акцентуації характеру підлітка є його психологічна освіта (психологія особистості, пізнавальних процесів, спілкування).

*Однією з найголовніших умов збереження психічного здоров'я школярів є дотримання науково обґрунтованих психогігієнічних норм організації навчання школярів з урахуванням індивідуальних норм навантаження, здатність витримувати навчальне навантаження, не тільки зберігаючи стан повного душевного, тілесного та соціального комфорту, а й збільшуючи при цьому якість власного психічного здоров'я, а також принципів гуманізації освіти.* Ці принципи передбачають застосування особистісно орієнтованих технологій навчання, ставлення до учнів як до рівноправних партнерів у спільній діяльності, виявлення поваги і любові до них, створення сприятливих умов для активності учнів.

Отже, головною умовою збереження психічного здоров'я школярів є така організація навчально-виховного процесу, яка сприяє розвиткові особистості школяра.

## **1.2. Створення організаційно-педагогічних умов для забезпечення психічного здоров'я учнів.**

Основна роль у здоров'язберігальній діяльності будь-якого освітнього закладу відводиться грамотній організації навчального процесу. Кожен педпрацівник повинен працювати за моделлю здоров'язберігального середовища, найбільш значущими компонентами якої є:

- створення комфортних умов навчання (розклад уроків, перерв, режимні моменти);

- використання оздоровчих методик, які регулюють рухову активність, і прийомів реабілітації розумової і фізичної працездатності.

- Модель екологічно комфортного освітнього середовища з використанням технології реабілітації працездатності школярів реалізується шляхом оптимізації і гуманізації навчального процесу, які можливі через:

- застосування різнорівневого навчання;

- глибоку диференціацію та індивідуалізацію навчання;

- широке використання сучасних педтехнологій;

- інтерактивне навчання;

- створення фізичного, фізіологічного, психічного комфорту для учнів;

- настанови вчительського колективу на створення відносин «учитель-учень» за формулою «суб'єкт-суб'єкт»;

- забезпечення позитивної мотивації навчання шляхом створення можливості успіху для кожного учня;

- розумне планування обсягу домашніх завдань із метою запобігання надмірного перевантаження учнів.

Важливою умовою проведення уроків є застосування на заняттях здоров'язберігальних технологій, що вимагає:

- урахування циклів та періодів працездатності учнів на уроках;

- урахування вікових і фізіологічних особливостей дітей на уроках;

- наявність емоційних розрядок на уроках;

- чергування пози з урахуванням видів діяльності;
- використання оздоровчо-фізкультурних пауз на уроках.

### **Види оздоровчих хвилинок на уроках.**

#### **Дихальна гімнастика та фізкультхвилинка.**

Оздоровчі хвилинки під час уроків повинні комбінувати в собі фізичні вправи для постави, вправи для очей, рук, шиї, ніг. Фізичні вправи краще проводити під музичний супровід. Цей прийом допомагає зняти втомленість, відновити рівновагу учнів. Такі вправи можна досить успішно надавати проводити самим учням або поєднувати з елементами ігор. Наприклад: зараз похиляться вперед ті, у кого день народження взимку та весною, теж саме зроблять всі, хто народився влітку та восени. А тепер піднімуться ті, хто сьогодні прийшов до школи.

#### **Пальчикова гімнастика.**

Ще у II тисячолітті до нашої ери китайські мудреці знали, що існує взаємозв'язок між рухами пальців, кисті та розвитком мислення. Це підтверджують дослідження фізіологів. У роботах В. М. Бехтерева є висновки про те, що маніпуляції рук впливають на функціонування центральної нервової системи, розвиток мовлення. Прості рухи кистей допомагають зняти загальну напругу, а також власне з рук, розслаблюють губи, що сприяє покращенню вимови звуків, розвитку мовлення дитини. Дослідження М. М. Кольцової свідчать, що кожен із пальців руки має своє представництво у корі великих півкуль головного мозку. Таким чином, мовлення перебуває у прямій залежності від розвитку дрібної моторики руки.

#### **Звукова гімнастика.**

Такі вправи дуже корисні для всіх дітей. Цей прийом легко використовувати на уроках літератури та мови, особливо під час вивчення теми «Фонетика» він надасть можливість розвинути правильну вимову звуків, сприятиме підвищенню чіткості та правильності вимови.

#### **Психогімнастика.**

Завданням «психогімнастики» є збереження психічного здоров'я,

запобігання емоційним розладам у дитини через зняття психічного напруження, розвиток кращого розуміння себе та інших, створення можливостей для самовираження особистості. Більшість психогімнастичних завдань побудовані на імітації певних почуттів та емоційних станів людини. Решта передбачає відтворення дітьми дій та вчинків уявних героїв. У таких іграх діти тренують свою увагу, пам'ять, спостережливість, витримку, а також вчаться розуміти людські емоції та контролювати їх. Такі вправи можуть проводитися у вигляді ігор, де потрібно зобразити певні емоції, або продемонструвати певній емоційний стан (пантоміма).

### **Арт-техніка.**

В основі арт-техніки лежить творча діяльність, у першу чергу малювання. Творчий розвиток є не тільки головним терапевтичним механізмом, саме він допомагає виховувати здорову особистість. За допомогою арт-техніки дитина має можливість виразити свої переживання, почуття, ставлення. Крім того, творча діяльність допомагає зняти напруження, сприяє підвищенню дитячої самооцінки, впевненості у власних силах, та взагалі розвиває творчі здібності. Основна задача таких технік не в тому, щоб навчити дітей малювати. Головна мета – це духовний розвиток, самопізнання людини через творчість та покращення адаптації школярів. Творчі здібності вчитель розвиває на уроках праці та малювання, але сьогодні викладання цих предметів повинно бути ґрунтоване саме на таких методиках арт-техніки.

### **Кольоротерапія.**

Із самого народження кожного з нас оточують кольори, що виявляють вплив на організм, нервову систему та психіку людини, налаштовуючи його в унісон з навколишнім світом. Колір значно впливає на нас: притягує нас і до нас, змушує робити покупки та викликає різноманітні емоції. Зумовлює раптові почуття і навіть фізіологічні реакції, від припливу крові до почуття холоду. Колір може навіть лікувати. Наприклад, біль знімають відтінки блакитного. А сил надає помаранчевий. Зелений заспокоює. Недарма ми так намагаємось хоча б не надовго вирватись із міста – ближче до природи і її зеленому кольору. Також

колір може передавати риси характеру та стан:

- темно-синій – концентрація на внутрішніх проблемах, потреба в спокої, самоаналіз;
- зелений – рівновага, незалежність, впевненість, прагнення до безпеки;
- червоний – сила волі, ексцентричність, направленість у зовнішній світ, агресія (якщо червоного забарення), підвищена збудженість, активність;
- жовтий – добрі емоції, безпосередність, цікавість, оптимізм;
- фіолетовий – фантазія, інтуїція, емоційна та інтелектуальна зрілість;
- коричневий – відчуття фізичного дискомфорту, незручність, часто неприємні емоції;
- чорний – пригніченість, протест, справжня потреба в змінах;
- сірий – відсутність кольору, апатія, бажання піти, не помічати нічого, що тривожить.

Зміцнення психічного здоров'я неможливе без глибокого знання сутності психіки людини, індивідуальних особливостей її організації, розуміння цінності кожної індивідуальності, її унікальності. Цього необхідно навчати і на основі відповідних знань формувати навички управління своїм психічним станом, зміцнення здоров'я, розкриття резервних можливостей людини. *Психіка людини - надзвичайно пластичне явище. Знаючи індивідуальні особливості психіки даної людини, можна так побудувати освітній і виховний процеси, щоб не тільки забезпечити високий рівень психічного здоров'я, а й дати можливість їй здійснювати здоровий і цілеспрямовано організований контроль над своєю психікою, розвивати її в потрібному, найбільш цікавому напрямі, домагатися на цій основі видатних досягнень.*

Проте використання тих чи інших засобів і методів тренування та організації психіки має будуватися виключно на основі індивідуального підходу, всебічного і глибокого вивчення всіх психологічних і соціально-психологічних особливостей людини. Тому особливу увагу сім'ї, освітнього закладу і самої людини повинно бути спрямоване на пізнання цих особливостей, їх вікової динаміки, статевих особливостей, домінуючих вроджених і набутих потреб.

Тільки на цій основі можна організувати відповідне освітнє середовище, сформувати по справжньому здоровий спосіб життя. Безсумнівно, що це допоможе і самій людині краще пізнати себе і оптимальним чином організувати свій спосіб життя, який базується на міцній психологічній установці. Навчання основ психічного здоров'я має здійснюватися протягом усіх вікових етапів.

Величезну роль у формуванні здорової психіки може і повинна зіграти сім'я. Психіка дитини починає закладатися в утробі матері. Від психологічного оточення майбутньої матері, її емоційного стану залежить формування психіки дитини. І надалі, уже після народження дитини, від того, як ставляться до неї в родині, чи відчуває вона себе комфортно, захищено, залежать не тільки індивідуальні особливості дитини, але і те, наскільки повно вона зможе самореалізуватися в процесі свого розвитку, наскільки розвинуться закладені в ній природою генетичні передумови. Генотип кожної людини по-своєму унікальний. Від того, наскільки навколишнє середовище, виховання адекватні природним особливостям людини, багато в чому залежить її майбутнє, її психічне здоров'я. Особливо важливо пізнання індивідуально-типологічних особливостей психіки в організації навчальної діяльності школяра. На жаль, найчастіше безпосередньо у здійсненні освітнього процесу вчитель користується загальноприйнятими підходами, які орієнтовані на «середнього» учня, причому середнього за успішністю, а не за характерологічними особливостями, значна частина яких обумовлена генетично і не змінюється протягом усього життя людини (хоча й може бути в якійсь мірі скоригована цілеспрямованими вихованням і тренуванням). Типовим прикладом є виконання контрольної роботи з точних дисциплін, коли умовою отримання високої оцінки є виконання якомога більшої кількості завдань. Однак при цьому не враховується, що швидкість включення в роботу і перемикавання на інші види робіт у дітей з різним типом темпераменту неоднакова: за таких умов як риба у воді почувається холерик, але в обмежених часових рамках важко доводиться флегматику. В результаті перший приходиться до висновку про те, що для отримання високої оцінки немає необхідності в цілеспрямованій повсякденній роботі, а флегматик, якому властиве



за інших рівних умов виключно відповідальне ставлення до дорученої справи, переконується, що всі його зусилля марні. Існування шкільних нормативів і фізичному вихованні дає такий же результат: той, хто має генетично обумовлений низький зріст і несприятливу конституцію тіла, з самого початку приречений не виконати певні їх види, а той, хто успадкував високий зріст, переконаний, що йому не потрібно займатися своїм фізичним розвитком, тому що у нього і так вийде. Тобто в кінцевому підсумку обидва приходять до висновку, що у навчанні роль їх власної відповідальності мала.

Є підстави вважати, що не менш важливе значення має і недостатній доробок в методиці викладання статевої специфіки психічної діяльності. Відомо, що жіночій психіці більш властива стійкість, визначеність, тому дівчаткам більше до душі освоєння готового матеріалу, вони краще сприймають просторово-часові зв'язки і засвоюють мови. Хлопчиків ж, чоловіків потрібно постійне самоствердження, доказ своєї винятковості; він краще орієнтується в механічних відносинах і математичних міркуваннях, але заучування істин для нього становить тяжку роботу. Однак методика викладання не враховує ці особливості учнів і завдання, які перед ними ставляться, мають загальний характер. Слід відзначити і ту обставину, що вже в молодшій ланці шкільної освіти у дітей одного паспортного віку біологічний вік (а з цим показником значною мірою пов'язані здоров'я, працездатність, інтелектуальний потенціал, особливості мислення тощо) відрізняється, згідно з офіційною статистикою, на 1,5-2,5 року, а до підліткового віку ця відмінність виявляється ще більш різкою. Безперечно, травмують психіку дитини наслідки цього, а також порівняння (не в кращий бік) з іншими учнями за принципом: якщо вони можуть, то і ти повинен. Але ж він не такий, як вони, він – результат унікального поєднання гено- і фенотипічних обставин, і іншої такої людини в світі ніколи не було і не буде! Ось чому у «слабкого» учня виникає комплекс неповноцінності, який втілюється у відсутності бажання вчитися (все одно не вийде), а у «сильного» – комплекс переваги (хай вчаться дурні, у мене і так вийде) з тією ж відсутністю бажання вчитися. Ідеальним (хоча й цілком досяжним) варіантом було б вважати такий,

при якому кожен учень не «підганявся» б під стандарт оцінки, а остання б виходила з однієї умови – якщо він сам сьогодні став кращим, ніж був учора, то і його оцінка повинна бути високою, тому що це означає, що він працював над собою. Без сумніву, такий підхід зробив би учня зацікавленим в досягненні цілком доступного для нього результату.

Сучасна система виховання сходиться до класичної дидактики Я. А. Коменського, що відрізняється інструктивно-програмуючою спрямованістю методик, словесно-інформаційною побудовою навчального процесу в режимі знерухомлення. Вербальний, формально-логічний принцип побудови навчального процесу орієнтований на некритичне сприйняття інформації в готовому вигляді, де учень є приймаючим пристроєм, а вчитель – транслятором інформації. Однак насправді у вітчизняній освіті у своїй професійній діяльності вчитель дотримується тих методичних підходів, які передбачають його поведінку як автократа, наділеного у відносинах з учнями повною єдиноначальністю і жорстким контролем. У такому випадку вчитель найчастіше виходить не з пріоритету особистості школяра і прагнення до забезпечення умов для його максимально повної самореалізації, а з обов'язку дитину вчитися саме тому і так, як це бачиться вчителю. Тому він мало враховує думку учня, пригнічує його ініціативу і робить його лише виконавцем вказівок і розпоряджень. При цьому вчитель найчастіше у викладі навчального матеріалу виходить не з того, що може «взяти» учень, а з того, що він, учитель, повинен йому дати. Таке положення підкріплюється і відповідною методикою викладання, в основі якої лежить механічне запам'ятовування і відтворення пропонованого матеріалу, а не його усвідомлене освоєння. У цьому випадку в учня не формується інтерес до навчання, що робить його не активним учасником освітнього процесу, а пасивним споживачем інформації без урахування її прикладного значення. Природно, що в кінцевому підсумку це обумовлює низьку мотивацію дітей до навчання за основними навчальними дисциплінами і веде до розвитку у них різноманітних порушень у стані здоров'я. Детальний валеологічний аналіз традиційної шкільної освіти дозволяє стверджувати, що переважаючий у вітчизняній освіті

авторитарно-репродуктивний стиль навчання не задовольняє базові домінуючі потреби школярів. У цих умовах не задоволене прагнення учня до самовизначення та самореалізації є серйозною причиною, що обумовлює стан соціальної та психологічної незадоволеності, а звідси – і зниження рівня його здоров'я. На жаль, дітей практично зовсім не вчать такої організації навчальної роботи, яка б враховувала особливості його пам'яті, темпераменту, мотивацію та ін.

Безсумнівно, що вже на етапі початкового навчання школяра слід ознайомити з такими питаннями:

### **Твій режим дня.**

Тут слід звернути увагу на чітке чергування різних видів діяльності учня, сталість режиму сну, заняття своїм здоров'ям, участь у житті сім'ї тощо.

### **Особливості пам'яті.**

Існує безліч різновидів пам'яті, і дуже важливо кожній людині визначити переважний у нього її вид з тим, щоб освоєння нового навчального матеріалу базувалося переважно з його використанням. У той же час слід звернути увагу на тренування недостатньо сформованих типів пам'яті.

### **Робоче місце учня вдома.**

Неправильна організація робочого місця учня вдома часто перетворює виконання домашніх завдань в нервування, у втрату значного часу на пошуки потрібних предметів, в крайню напругу зорового апарату і т.п. Все це в кінцевому підсумку позначається на здоров'ї дитини.

### **Коли і як готувати домашні завдання.**

Для ефективного виконання домашньої навчальної роботи необхідно дотримуватися правила:

- завдання повинні виконуватися по можливості в один і той же час дня, треба заздалегідь визначити час їх виконання і перерв у них;
- до виконання домашніх завдань необхідно добре відновитися після навчальних занять у школі;
- приміщення, де учень виконує домашні завдання, має бути добре

провітрено, а температура повітря по можливості повинна бути в межах 18-20°C;

– слід усунути всі сторонні подразники, які б відволікали увагу від продуктивної роботи;

– щільний обід має бути не пізніше, ніж за 2-2,5 години до початку приготування домашніх завдань (легкий же прийом їжі може бути за 1-1,5 години); але неприпустимо сидати за приготування домашніх завдань і з почуттям голоду;

– виконання активних фізичних вправ допустимо не пізніше, ніж за 2-2,5 години до виконання домашніх завдань;

– виконання домашніх завдань не повинно затягуватися аж до часу відходу до сну – це ускладнює засинання і робить сон неповноцінним;

Слід враховувати свої особливості в освоєнні навчального матеріалу.

#### **У якому порядку слід робити уроки.**

У кожної людини свої індивідуальні особливості в засвоєнні навчального матеріалу. Бажано кожному учневі шляхом спостережень за своєю працездатністю самому встановити собі розпорядок виконання завдань. Якщо він «легкий на підйом», входить в роботу легко і спочатку працює з піднесенням, більш продуктивно, ніж до кінця занять, але відносно швидко стомлюється (холерик), то йому слід починати приготування домашніх завдань з найбільш важкого предмета. Якщо ж школяр втягується в роботу повільно, багато часу витрачає на «розкачку», продуктивність його роботи наростає поступово, але працездатність зберігається довше, а втома з'являється пізніше (флегматик), то такому учневі треба починати з середніх за складністю завдань і поступово переходити до більш складних. У випадку, якщо учень взагалі насилу приступає до домашніх завдань, якщо його нервує будь-яка невдача в їх виконанні (меланхолік), то краще починати з найпростіших, успіх в яких приносить йому задоволення і бажання домогтися нових позитивних результатів. У кожного школяра є улюблені предмети і вчителі, є й ті навчальні дисципліни, які даються йому важко або просто нецікаві. Тому слід встановити для себе свою шкалу труднощі предметів і дотримуватися її при виконанні домашніх завдань. Іноді

порядок підготовки завдань з предметів доводиться міняти. Наприклад, якщо при виконанні домашніх завдань учень зустрічається з труднощами при вирішенні складних завдань (математика, фізика), це завдання необхідно перенести на останню чергу (і виконати після останньої перерви), інакше витрачений на його рішення значний час не дозволить добре підготувати завдання з іншим навчальним предметам.

**Як відновити розумову працездатність і попередити розвиток різкої втоми.** Для цього через кожні 45-50 хвилин занять треба робити заздалегідь заплановані перерви. Протягом перших чотирьох-п'яти хвилин 8-10-хвилинної перерви можна, наприклад, рекомендувати виконання домашніх завдань з фізкультури, для дівчаток – танці під ритмічну музику, стрибки зі скакалкою, для хлопчиків – силові вправи і т.д. Бажано в цей час виконати комплекс вправ, спрямованих на поліпшення мозкового кровообігу, відновлення уваги, усунення пов'язаних з тривалою вимушеною позою можливих несприятливих змін в поставі, в кровообігу і диханні, попередження надмірного психічного напруження і порушення зору. Краще, якщо при кожному наступному перерві в приготуванні домашніх завдань набір з 6-8 вправ змінюється. Треба тільки пам'ятати, що в цей час не можна використовувати такі м'язові навантаження, які можуть призвести до фізичного стомлення. Виконавши фізичні вправи протягом 4-5 хвилин, в час, що залишився для перерви можна вільно походити або наповнити його іншими видами активної діяльності: виконати необхідну роботу але дому, гігієнічні процедури і т.д., але не можна його присвячувати роботі з новою інформацією (перегляд телепрограм, робота з комп'ютером та ін.).

**Вихідні дні.** Ці дні не повинні перетворюватися на додатковий час для навчальної роботи, а бути часом, коли б людина повністю відновив свої фізичні і психічні резерви, які в тій чи іншій мірі були витрачені протягом робочого тижня. Тому вихідні дні повинні бути обов'язково активними: заміські прогулянки, зустрічі з друзями, екскурсії, заняття улюбленою справою – всім тим, що повинно приносити задоволення. Не завадить виконати і ті домашні справи, до яких у будні «руки не доходили». От після таких активних вихідних днів людина вступає

в новий трудовий тиждень з почуттям радісного очікування і з високою працездатністю.

У школярів вся навчальна діяльність перебігає в умовах жорстко детермінованих обставин: розкладу, диктату педагога, слабкого врахування у навчанні індивідуальних особливостей кожного учня і т. ін. Все це формує у нього психологічні установки, в тій чи іншій мірі позначаються на його здоров'ї. Чим молодша дитина, тим більше сприйнятлива вона до формування установки на несвідомому рівні і тим важливіше для неї наявність позитивних прикладів для наслідування, для виховання здорових мотивацій. У дітей старших вікових груп та дорослих більш важливу роль відіграє свідомість, розуміння важливості та необхідності валеологічних заходів.

### **1.3. Психічне здоров'я дітей та особливості його порушень.**

Аналіз проблеми становлення повноцінної особистості вказує на те, що часто деформації її розвитку беруть свій початок з дитинства. Особливо важливим цей аспект проблеми постає у психічному та психологічному розвитку людини, що спонукає науковців до розробки нових теорій, пов'язаних із забезпеченням гармонійного розвитку особистості та збереженням її здоров'я. У зв'язку з неминучими в нових умовах розвитку соціально-психологічними, соціально-економічними кризами, закономірно, що уряди багатьох країн, оцінюючи перспективи розвитку, стикаються із необхідністю розробки спеціальних національних програм зміцнення і розвитку здоров'я населення [4]. Важливої уваги в такий період потребують діти і підлітки, оскільки соціально-політичні кризи суспільства завдають особливої шкоди психічному і психологічному здоров'ю підростаючого покоління країни [9; 11-14]. Поняття психічного здоров'я актуалізувалося у науці не випадково. Воно узагальнює різні смисли і відображає сучасний (пов'язаний із здоровим способом життя), психосоціальний і соціально-педагогічний погляд на сутність людини. [6; 186-188.]. Слід відзначити ще одне парадоксальне явище. Тим часом як кількість класичних дитячих хвороб зменшується, зростає кількість функціональних синдромів, причину яких, за

свідченням швейцарських лікарів, «слід шукати в соціальному оточенні дитини» [4; 27]. Внаслідок дії психогенних чинників з'являються такі негативні прояви психічного нездоров'я, як підвищена тривожність, страх, невпевненість у собі, надмірна вразливість, помисливість та ін. Інколи названі прояви кваліфікуються як донозологічні форми, пов'язані з можливим розвитком відхилень від норми психічного здоров'я. Взагалі, перехід від норми до патології дуже складний і має багато проміжних форм (так званих межових станів). Так, за Г. Дж. Айзенком, усіх індивідів можна розташувати в ряд, «на одному полюсі якого знаходиться тип особистості, що характеризується надзвичайною стійкістю, а на другому – надзвичайно нервозний, нестійкий і погано адаптований тип; нормальні люди розташовуються в інтервалі між цими типами» [5; 241].

Соціальний прогрес не уявляється без права на автономію і вибір, яким володіє морально здорова людина, яка розуміє, на що спрямована її активність і працездатність, ініціативність і пристрась. Без психічної енергії, стабільності, самодостатності, суб'єктивного відчуття свого благополуччя у світі інших людей вона не може впливати на прогрес суспільства. Про ці питання багато сказано філософами і економістами, політиками і психологами, які оперують поняттями економічного і соціального благополуччя, щастя і душевного комфорту. Не випадково видатні психологи нашого часу Б. Г. Ананьєв, С. Л. Рубінштейн, В. М. М'ясищев, С. Д. Максименко у своїх наукових працях так чи інакше розглядали це питання. Проте, незважаючи на очевидну значущість досліджень суб'єктивного відчуття свого благополуччя і психічного здоров'я, ці питання в педагогічній психології висвітлені мало.

Психічне здоров'я особистості школяра є однією із головних умов у освітньому процесі. Не кожній дитині комфортно, коли вона перебуває в школі, від спілкування з однолітками, від спілкування з вчителями і учнями. Часто порушуються її права і автономія [3; 186-188]. Значне збільшення інформації призвело до того, що учні, як правило, перевантажені навчальними завданнями. Безперечно, перехід на дванадцятибальну освіту, зменшення кількості навчальних предметів сприятиме зменшенню навчального навантаження учнів. Однак слід

мати на увазі, що ці заходи самі по собі не вирішать проблеми, не можуть забезпечити фактичне дотримання кожним учнем навантаження відповідно до його психофізіологічних можливостей. І пояснюється це тим, що основна причина навчального перевантаження учнів – це не перенасиченість навчальних програм, а недосконала технологія навчання, яка часто ігнорує не лише психофізіологічні, а й психологічні особливості психічного здоров'я учнів [6; 5]. У школярів психічне здоров'я – це збалансованість внутрішніх (когнітивних, емоційних, фізіологічних) і зовнішніх (вимоги соціального оточення, відповідність стилю навчання дітей, стилю навчання і виховання. Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я на основі аналізу результатів численних досліджень в різних країнах впевнено довели, що порушення психічного здоров'я найчастіше спостерігається у дітей, які страждають від недостатнього спілкування з дорослими і їх ворожого ставлення, а також дітей, які ростуть в умовах сімейного розладу.

Проведені дослідження виявили, що порушення психічного здоров'я в дитинстві мають дві характерні риси: по-перше, вони являють собою лише кількісні порушення від нормального процесу психічного розвитку; по-друге, багато їх проявів можна розглядати як реакцію на специфічні ситуації.

Так, діти часто мають серйозні труднощі в одній ситуації, але успішно справляються з іншими ситуаціями. Наприклад, у них можуть спостерігатися порушення поведінки у школі, а дома вони поведуться нормально, або навпаки. У більшості дітей в ті чи інші періоди під впливом певних ситуацій можуть з'явитися порушення емоційної сфери або поведінки. Наприклад, можуть виникнути безпричинні страхи, порушення сну, порушення, які пов'язані із вживанням їжі, і т.п. У деяких дітей ці порушення проявляються часто, стійко і призводять до соціальної дезадаптації. Такі стани можуть бути визначені як психічні порушення. Особливу увагу експерти ВООЗ звернули на те, що саме в дитинстві проблеми психічного здоров'я мають прямий зв'язок з навколишнім оточенням, ніж у інші вікові періоди [9; 34]. Гуманістичний сенс навчання і виховання набув найбільшого впровадження в педологічному напрямку, що сприяв регуляції психофізичного розвитку дитини на основі використання



результатів її цілісного вивчення і був сформульований С. Холлом таким чином: «Знання, куплене ціною здоров'я, яке у вищому сенсі є саме по собі щось досконале або святе, не варте такої дорогої ціни. Здоров'ям обумовлено вищі радості життя, здоров'я означає досконалу зрілість, національний добробут. Чи не повинні ми поставити собі з тривогою запитання: яка користь дитині, якщо вона оволодіє пізнанням усього світу, але втратить при цьому здоров'я?» [13; 83].

#### **1.4. Критерії та показники оцінки психічного здоров'я особистості.**

Для оцінки рівня психічного здоров'я школярів використовується класифікація, яку запропоновано Інститутом охорони здоров'я дітей та підлітків АМП України, що передбачає розподіл на п'ять груп:

- 1 – здорові та оптимально адаптовані;
- 2 – ознаки напруження адаптаційних механізмів;
- 3 – напруження і перенапруження адаптаційних механізмів, головним чином у формі астено-невротичних проявів, девіантної поведінки та інших стадій відносної компенсації;
- 4 – субкомпенсація, ознаки «зривів» адаптаційних механізмів;
- 5 – хворі, які мають певні клінічні прояви, декомпенсація внаслідок «зламу» адаптаційних механізмів, необхідна активна терапія та госпіталізація [12].

Через те, що дитина знаходиться в постійному розвитку, то взаємини з нею повинні визначатися віковими особливостями. На різних вікових етапах розвитку спостерігаються різні переживання.

Психологію дитини неможливо оцінити поза контекстом сім'ї. Важливим для психічного здоров'я дитини є психологічний клімат родини. Він суттєво впливає на дитину, спричиняє стан комфорту або ж дискомфорту. Деякі батьки не лише не можуть бути взірцем для своїх дітей, а й негативно впливають на їхній психічний стан. Вивчення дитячих неврозів свідчить, що вони мають дуже тісний зв'язок із психогенною дією сварок між батьками у присутності дітей. [5; 22]. Лікарі-педіатри сьогодні зауважують про значне зростання захворювань, які раніше були властиві тільки дорослим, що постійно перебувають у стресових

ситуаціях. Для сучасної дитини стресова ситуація – це все, що є буденним для дорослого, який не може або не бажає створювати спеціальний режим для ще незміцнілого організму дитини [5; 41]. Батьки закладають підвалини майбутнього своєї дитини. Це потребує часу, старань, любові, сімейної злагоди, економічних статків. Але найголовнішим є світла і щира любов до дитини, - «цемент» вашого єднання, гарантія вашого щастя, взаєморозуміння, наріжний камінь батьківського гуманізму [5; 40]. Підхід, який використовується на практиці, полегшує оцінку ступеня шкідливості психосоціальних факторів, під впливом яких знаходиться дитина.

Останнім часом, як стверджують О. Кочерга та О. Васильєв, гармонія душі й тіла порушується внаслідок дії негативних чинників, зокрема, таких, як:

- 1) стан на межі норма – патологія;
- 2) негаразди у родинних взаєминах;
- 3) вплив авторитарного вчителя;
- 4) дитячі страхи;
- 5) порушення психогігієнічних основ навчального процесу;
- 6) порушення оптимумів навчальної діяльності;
- 7) порушення гармонії творчих здібностей;
- 8) гіподинамія;
- 9) недостатній рівень енергопотенціалу [5; 20].

У сучасній психології та психіатрії багато уваги приділяється психічному здоров'ю дітей різних вікових періодів та факторам середовища, що їх детермінують. У цій галузі проводяться широкі дослідження у найрізноманітніших напрямках, від патопсихологічних до соціально-психологічних. У психологічній літературі вивчається взаємозв'язок психоемоційного розвитку дитини з її мікросередовищем – дитячим садком, школою, друзями. Перш за все доведено, що негативно впливає на пізнавально-емоційну сферу дитини відсутність у неї позитивних контактів у дошкільному навчальному закладі. Невдоволення спілкуванням формує дитячі фобії, негативізм у ставленні до навчального закладу, невротичні прояви (Додаток 4).

Так, серед дошкільнят 70-80% досліджуваних мають нервово-психічні відхилення і потребують втручання психотерапевта або психолога [12]. А сироти, які живуть у дитячих будинках, за даними деяких авторів, потребують психотерапевтичної допомоги у 100% випадків. Проте ці аспекти проблеми поки що не отримали належного наукового обґрунтування.

У доступних нам джерелах вивчається роль школи у формуванні здоров'я особистості [13; 29]. Психологами доведено, що під час навчання число здорових дітей скорочується у п'ять разів. При цьому тільки 14% випускників середньої школи можна вважати повністю здоровими [14; 36]. Зустрічаються у літературі спроби охарактеризувати причини шкільної невротизації дитини, яка призводить до дезадаптивного стану [14; 36]. Чинники погіршення здоров'я індивіда у шкільний період називають різноманітні. До них головним чином, на думку дослідників, належать невідповідність дитини до школи, негативне ставлення вчителів та учнів, страх покарання та отримання незадовільної оцінки, нездатність засвоїти шкільний матеріал, переважно під час учбових занять. Але в одному автори однакові, що психічні фактори є основними в процесі шкільної дезадаптації. У свою чергу, дезадаптація призводить до безпричинної агресивності, депресії, відмови відвідувати уроки, заниженої самооцінки, страху відповідати біля дошки, очікування поганого ставлення до себе як з боку вчителів, так і учнів. Згідно даних дослідників, серед дітей, які не адаптувалися до умов школи, у 95% спостерігаються психічні розлади [15; 37].

Значущим чинником, що погіршує здоров'я дітей, є недоброзичливість та агресія з боку вчителів. Така ситуація не тільки знижує рівень успішності учнів, але й призводить до появи так званої шкільної тривожності і захворювань невротичного характеру. Згідно результатів досліджень, існує 3 групи дітей, які страждають шкільними невротозами. До першого типу належать педагогічно занедбані учні або «групи ризику». Для них часто характерні явні відхилення у поведінці, грубість, агресія, підвищена самооцінка, низька успішність. До другого типу відносяться школярі, які добре вчаться і задовільно ведуть себе на уроках, але під впливом стресів різко змінюються: з'являється депресія, апатія, нав'язливі

стани. Третій тип представлений зовнішньо благополучними дітьми, у яких все ж таки спостерігаються деякі ознаки невротизації: страх відповідати біля дошки, тремор рук, плаксивість, фобії, занижена самооцінка.

На сьогодні, велика увага приділяється психічному здоров'ю дітей підліткового віку [14; 36]. Аналізуються кризові періоди, невротичні та психічні прояви, особливості поведінки соціально-благополучних підлітків і делінквентів, специфіка наркологічної та алкогольної залежності у сім'ї та школі. Перш за все, дослідники підкреслюють, що підлітковий вік характеризується поведінковими розладами, порушеннями емоційної сфери, які притаманні кризовим періодам і зумовлені ендокринною перебудовою і дозріванням організму. У ряді робіт доведено, що у підлітків досить часто зустрічаються межові психічні порушення субклінічного рівня, серед яких є помірна неврологічна симптоматика. І саме у цьому віці можуть проявлятися психічні розлади, які пізніше переростуть в ендогенні психози [10; 11-14]. Встановлено, що одним з найбільш поширених видів психічної патології є депресія, яка часто призводить до виражених форм шкільної дезадаптації [16; 15-21]. Так, прояви депресії, за даними деяких авторів, виявлені у 20% підлітків, а у школярів 9-10 класів депресивні стани проявляються у 30% випадків [4; 34].

У сучасній літературі особлива увага приділяється вивченню здоров'я підлітків-делінквентів, оскільки, починаючи з 90-х рр., кількість дітей з делінквентною та девіантною поведінкою значно збільшилась [9; 36]. Доведено, що у підлітків-делінквентів часто зустрічаються характерологічні розлади, неврозоподібні та психопатоподібні стани, низький розвиток інтелектуальної сфери, алкоголізм. Так, є точка зору, згідно якої серед делінквентів взагалі відсутні психічно здорові діти [14; 48]. Інші автори підкреслюють, що у порівнянні з благополучними учнями, частота психічних порушень у делінквентів у два рази вища. Є дослідження, в яких розглядається зумовленість антисоціальної поведінки делінквентів підліткового віку порушенням їх психічного здоров'я [17; 314]. Авторами відзначається, що від 60 до 80% злочинності припадає на долю дітей підліткового віку, які мають психічні

аномалії [18; 3-7].

Розробляється проблема наркотичної залежності та алкоголізму підлітків, причини, що їх зумовлюють, засоби профілактики, наслідки для розвитку особистості [19; 15-21]. Робляться спроби дослідити психотравмівну роль міжособистісних відносин у підлітковому віці, хоча в даному аспекті проблема психічного здоров'я вивчається недостатньо [20; 15-21]. Так, є дані, що 44% обстежуваних підлітків незадоволені інтимними відносинами та стосунками з ровесниками, багато з них мають низький статус у системі міжособистісних контактів як по вертикалі, так і по горизонталі [21; 29]. А неблагополучна позиція учня у системі шкільних комунікацій, яка зумовлена ворожим ставленням педагогів та несприйняттям особистості дитячим колективом, призводить до виникнення психічних розладів, зміни школи, пошуку референтної групи поза шкільним середовищем. У психологічній літературі в останні роки робляться спроби розглянути психічне здоров'я молоді [22; 22]. Це питання є особливо актуальним у зв'язку зі службою в армії, участю у війнах, ростом психологічної патології, збільшення числа суїцидів, зниженням учбової успішності у вищих та середніх навчальних закладах. Так, експериментальними дослідженнями встановлено, що серед молоді щороку збільшується на 10-15% число суїцидів [40; 3-7].

### **1.5. Психогігієна та психопрофілактика – шлях до збереження психічного здоров'я.**

Психогігієна (психічна гігієна) – галузь медичної психології, яка вивчає вплив факторів і умов зовнішнього середовища, виховання і самовиховання на психічний розвиток і психічний стан людини, розробляє рекомендації щодо збереження і зміцнення психічного здоров'я суспільства і окремих осіб. Елементи психічної гігієни з'явилися в життєвій філософії людини задовго до того, як почалась наукова систематична розробка принципів психічної гігієни і розвиток розумово-гігієнічної діяльності.

В античній літературі ми часто зустрічаємось з поняттям міри, психічної

гармонії, життєвої мудрості. Демокрит говорив про «евтімію», тобто добре врівноважене життя. Епікур писав про «атараксію» – душевний спокій мудрої людини, яка пізнала закони природи і позбавилась страху смерті. Церковна ідеологія середньовіччя із своїм дуалізмом душі і тіла опиралась перш за все на релігійні і моральні категорії, дещо односторонньо розглядаючи і оцінюючи психічні явища з точки зору гріха, вини, самовідданої любові, відношення до надприродних сил і підготовки до потойбічного життя. Релігійний світогляд того часу давав можливість людям більшою мірою пасивно пристосовуватись до життєвих умов, зменшував ступінь суб'єктивного незадоволення мас, що, в усякому разі стримувало соціальні вибухи, які виливались би в більш часті повстання. А нові повстання – це нова кров, нові жертви, нові репресії, нові психотравми. З цього можна зробити висновок, що і середньовічна релігія з позицій життєвої мудрості виконувала відповідну розумово-гігієнічну «атарактичну» функцію.

Дещо пізніше всесторонній мислитель і педагог Ян Амос Коменський з наукових позицій торкнувся області, тісно пов'язаної з психічною гігієною. В своїх «Правилах життя» він писав: «Якщо хтось порушує думку або совість, то це потрібно заборонити раніше, щоб з цими речами не мати нічого спільного. Нашу думку може порушити надмірна кількість і непомірність роботи. Хто заглибиться в неї, обов'язково знайде і терні, які інколи виглядають як троянди. Отже, якщо хочеш мати спокій – уникай необачності. Що приходить на твою долю – роби мовчки, що приходить на долю інших – залиши. І в своїх власних справах не будь надмірно дбайливим, педантичним по відношенню до будь-якої дрібниці. Щоб бути більш працездатним – дай собі інколи відпочинок або зміни вид праці. Там, де напруження не чергується з відпочинком, там немає витривалості. Натягнутий лук трісне».

Через те, що психогігієна – наука про забезпечення, збереження і підтримку психічного здоров'я людини є складовою частиною більш загальної медичної науки про здоров'я людини, специфічною особливістю психогігієни є її тісний зв'язок із клінічною (медичною) психологією, що В. М. Мясіщевим (1969)

розглядається як наукова основа психогігієни. У системі психологічних наук, запропонованої К. К. Платоновим (1972), психогігієна включена в медичну психологію. У практиці досягнення психогігієни можуть реалізовуватися шляхом:

1) створення для державних і суспільних установ науково обґрунтованих нормативів і рекомендацій, що регламентують умови забезпечення різних видів соціального функціонування людини;

2) передачі психогігієнічних знань і навчання психогігієнічним навичкам медичних працівників, педагогів, батьків і інших груп населення, що можуть істотно впливати на психогігієнічну ситуацію в цілому;

3) санітарно-просвітньої психогігієнічної роботи серед широких шарів населення, залучення до пропаганди психогігієнічних знань різних громадських організацій.

Існує різноманітна систематика розділів психогігієни, у якій звичайно виділяють особисту (індивідуальну) і суспільну (соціальну) психогігієну. У системі психогігієнічних знань виділяють окремо вікову психогігієну: дитинства, юнацтва, зрілого віку, людей похилого віку. Крім того, виділяють психогігієну розумової і фізичної праці, психогігієну побуту і сімейних відносин. Існує також ряд спеціальних розділів психогігієни праці – психогігієна інженерна, спортивна, військова тощо. Ми тут зупинимося на психогігієні виховання і навчання.

**Психогігієна виховання.** В. М. Бехтерєв (1905) відзначав, що відхилення характеру починаються ще в ранньому віці часто в силу тих чи інших умов виховання, що вчасно могли б бути легко зкоригованими. Ця точка зору одержала подальший розвиток у роботах вітчизняних психоневрологів. Зокрема, В. Н. Мясичев відзначав, що виховання, яке розбещує, і захвалювання сприяють формуванню істеричного характеру, а надмірна вимогливість сприяє становленню психастенічних особливостей особистості. Неправильне виховання часто може сприяти формуванню в дитини психопатичних рис характеру. О. В. Кербинов і В. Я. Гиндикин (1962) на підставі своїх досліджень доводили, що гіперопікування, або бездоглядність у дитинстві типові для збудливих психопатів. Виховання ж за типом «попелюшки», тобто без ласки й уваги, при постійних приниженнях,

нерідко приводить до порушень сну, який є найважливішою умовою для відпочинку і відновленні сил, а його дефіцит спричиняє розвиток неврозів. Таким чином, дотримання психогігієнічних норм у процесі виховання є в той же час і психопрофілактикою.

**Психогігієна навчання.** Правильна система навчання забезпечує гармонійний розвиток особистості. Дефекти навчання також можуть сприяти формуванню аномальних рис характеру дітей. Дуже відповідальним моментом для дитини є перший шкільний рік. Тут дитина вперше зіштовхується з новими вимогами, незвичним режимом і обов'язками. Легше адаптуються до школи діти, що відвідували підготовчу групу в дитячому садочку, аніж так звані домашні діти. Правильно підготувати дитини до школи – задача не з легких. Велику допомогу батькам, що виховують своїх дітей поза дошкільним навчальним закладом, можуть надати дитячі лікарі і клінічні (медичні) психологи дитячих поліклінік. Знаючи індивідуальні особливості дітей, вони можуть дати батькам відповідні рекомендації.

### **Висновок**

Однією з найголовніших умов збереження психічного здоров'я школярів є дотримання науково обґрунтованих психогігієнічних норм організації навчання школярів з урахуванням індивідуальних норм навантаження, здатність витримувати навчальне навантаження, не тільки зберігаючи стан повного душевного, тілесного та соціального добробуту, а й збільшуючи при цьому якість власного психічного здоров'я, а також принципів гуманізації освіти. Ці принципи передбачають застосування особистісно орієнтованих технологій навчання, ставлення до учнів як до рівноправних партнерів у спільній діяльності, виявлення поваги і любові до них, створення сприятливих умов для активності учнів. Отже, головною умовою збереження психічного здоров'я школярів є така організація навчально-виховного процесу, яка сприяє розвитку особистості школяра.



## ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Бланков А. С. Социальная дезадаптация нарушения поведения у детей и подростков / А. С. Бланков // Материалы Российской научно-практической конференции. – М., 1996. – С. 15-21.
2. Дербенев Д. П. Состояние психического здоровья городских подростков с невеликквентним и деликвентним поведінням / Д. П. Дербенев // Неврология и психиатрия. – 1997. – № 8. – С. 48-52.
3. Дмитриева Т. Н. Формирование алкогольной зависимости у подростков с личностью аффективно-возбудимого типа / Т. Н. Дмитриева // Неврология и психиатрия. – 1998. – № 33. – С. 11-14.
4. Иовчук Н. М., Батыгина Г. З. Распространенность и клинические проявления депрессии в школьной подростковой популяции / Н. М. Иовчук, Г. З. Батыгина // Неврология и психиатрия. – 1998. – № 9. – С. 34.
5. Кочерга О. Психічне здоров'я молодшого школяра / О. Кочерга, О. Васильєв // Психолог на батьківських зборах / Упоряд. О. Главник. – К. : Редакції загальнопедагогічних газет, 2003. – 112с. – С. 20.
6. Крузе В. Психосоматичні розлади в дитячому віці / В. Крузе // Практична психологія та соціальна робота. – 1999. – № 2. – С. 27.
7. Личко А. Е. Подростковая психиатрия / Е. А. Личко. – Л. : Медицина, 1985. – 416 с.
8. Максименко С. Д. Психічне здоров'я дітей / С. Д. Максименко // Психолог. – 2002. – № 1. – С. 4.
9. Педагогическая психология : [Учеб. пособ.] / под. ред. В. Казанской. – СПб : Питер, 2003. – 366 с.
10. Потапчук Є. М. Теорія та практика збереження психічного здоров'я військовослужбовців : [Монографія] / Є. М. Потапчук. – Хмельницький : Національна академія ДПСУ, 2004. – 323с.
11. Поташнюк Р. З. Психогігієна: Навч.посібн. / Волин.держ. ун-т ім.. Л.Українки. – Луцьк : Надстрія , 2000. – 62с.

12. Технологія моніторингу психічного здоров'я школярів : [Метод. реком.] / О. А. Бесєдіна, Г. М. Даниленко, Н. М. Колотій та ін. – Харків, 1998. – 22 с.
13. Холл К. С. Собрание статей по педологии и педагогике / К. С. Холл ; пер. с англ. ; Под ред. Н. Д. Виноградова. – М., 1912. – 164 с.
14. Школа и психическое здоровье учащихся / Под ред. С. И. Громбаха. – М. : Медицина, 1988. – 272с.
15. Фресс П. Экспериментальная психология / П. Фресс, Ж. Пиаже ; пер. с франц. ; Под ред. А. Н. Леонтьева. – М. : Прогресс, 1975. – 283с.
16. From Social Class to Social Stress / Angermayer M. C. (ed). – Berlin,1987; 314 p.
17. Blumberg I. Mental "health" and mental "illness" / I. Blumberg // Hosp Commun. Psychiatry. – 1997. – Vol. 130, № 3. – P. 229-239.

#### РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Антонюк Г. Здорова дитина – здорова нація: програма виховання / Г. Антонюк // Шкільний світ. – 2013. – № 5. – С. 11-13.
2. Бабіна Т. В. Формування здоров'язберігаючих компетентностей / Т. В. Бабіна, Н. Г. Цвіркун // Біологія (Основа). – 2013. – № 19/21. – С. 10-28.
3. Бараболя В. І. Управління Школою сприяння здоров'ю / В. Бараболя // Директор школи. – 2013. – № 4. – С. 22-44.
4. Бараболя В. І. Школа сприяння здоров'ю – школа майбутнього / В. І. Бараболя // Основи здоров'я. – 2013. – № 3. – С. 39-42.
5. Бровченко Н. Домашнє завдання: знання чи здоров'я? / Н.Бровченко // Школа. – 2012. – № 8. – С. 28-36.
6. Волинець О. В. Школа культури здоров'я / О. В. Волинець // Початкове навчання та виховання. – 2013. – № 11. – С. 18-24.
7. Говорун Р. Збереження здоров'я дітей – найважливіший аспект діяльності школи / Р. Говорун // Початкова школа. – 2013. – № 9. – С. 8-9.
8. Дердуга Л. Б. Формування навичок здорового способу життя в дітей

шкільного віку / Л. Б. Дердуга // Основи здоров'я. – 2013. – № 7. – С. 14-16.

9. Ємельяненко Т. Від Школи сприяння здоров'ю до Школи, дружньої до дитини / Т. Ємельяненко // Директор школи. – 2013. – № 6. – С. 63-76.

10. Жовтопляс О. Здоров'язбережувальні технології в навчальному закладі / О. Жовтопляс // Директор школи. Шкільний світ. – 2013. – № 6. – С. 38-47.

11. Здоров'язбережувальні технології у початковій школі / А. Драган, А. Ковальчук, О. Монастирська [та ін.] // Учитель початкової школи. – 2013. – № 4. – С. 57-60.

12. Зелінська О. Здоров'язбережувальна компетентність учнів на уроках та в позаурочний час / О. Зеленська, В. Маринич // Позашкілля. – 2013. – № 10. – С. 13-15.

13. Козак І. О. Ефективність упровадження здоров'язбережувальних освітніх технологій (на прикладі ЗНЗ м.Кременчука та Кременчуцького району Полтавської області) / І. О. Козачук, Н. Г. Козачук // Постметодика. – 2012. – № 5. – С. 18-25.

14. Козігон В. Формування культури здоров'я вчителя / В. Козігон // Директор школи (Шкільний світ). – 2012. – № 12. – С. 37-50.

15. Козлова Г. Умови запобігання перевантаженню учнів у навчальному процесі в ЗНЗ : практичні рекомендації / Г. Козлова, О. Барабанщикова // Директор школи. Шкільний світ. – 2013. – № 6. – С. 77-88.

16. Лавренова Т. П. Застосування інноваційних здоров'язберігаючих технологій в початковій школі / Т. П. Лавренова // Світ виховання. – 2013. – № 1. – С. 10-15.

17. Лаврик О. С. Телебачення і здоров'я дошкільнят: аналіз проблеми / О. С. Лаврик // Дошкільний навчальний заклад. – 2013. – № 2. – С. 8-11.

18. Лірук Н. Проблема збереження і зміцнення здоров'я педагога / Н. Лірук // Психолог. – 2013. – № 2. – С. 30-32.

19. Мальована Л. Здоров'язбережувальні технології в школі / Л. Мальована // Завуч (Шкільний світ). – 2013. – № 15. – С. 4-23.

20. Михайлова Г. І. Здоров'я як джерело формування особистості в

педагогічній спадщині В. О. Сухомлинського / Г. І. Михайлова // Основи здоров'я. – 2013. – № 1. – С. 10-13 ; Педагогічна майстерня. – 2013. – № 4. – С. 32-36.

21. Наголенко О. Доброго здоров'я вам, діти! / О. Наголенко // Відкритий урок: розробки, технології, досвід. – 2013. – № 3. – С. 12-13.

22. Олійник І. Концептуальні засади сучасної здоров'язберігаючої школи / І. Олійник // Директор школи, ліцею, гімназії. – 2012. – № 5. – С. 70-77.

23. Прибиловська Н. В. Системний підхід до створення здоров'язбережувального середовища у загальноосвітньому навчальному закладі / Н. В. Прибиловська // Педагогічна майстерня. – 2013. – № 3. – С. 19-26 ; 2013. – № 4. – С. 20-29; 2013. – № 5. – С. 10-22.

24. Психологічні чинники збереження та зміцнення здоров'я педагогів : семінар-практикум / М. Талько, О. Сірош, Т. Мараховська [та ін.]. – Психолог. – 2012. – № 23. – С. 42-49.

25. Рибальченко С. Є. Формування культури здоров'я учнів засобами інноваційних технологій. Модель навчального закладу – Школа сприяння здоров'ю / С. Є. Рибальченко. – Харків : Основа, 2010. – 143, [1] с. – (Бібліотека журналу «Початкове навчання та виховання» ; вип. 5 (77)).

26. Ротфорт Д. В. Взаємодія сім'ї та школи у формуванні культури здоров'я молодших школярів / Д. В. Ротфорт. – Харків : Основа, 2013. – 154, [6] с. – (Бібліотека журналу «Початкове навчання та виховання» ; вип. 1 (109)).

27. Сивоконь Е. Е. Использование здоровьесберегающих технологий и интерактивного обучения для минимизации рисков информатизации образования / Е. Е. Сивоконь // Информатика и образование. – 2012. – № 10. – С. 20-22.

28. Тимофієва Л. Банк інноваційних здоров'язбережувальних технологій: інноваційна стратегія управлінської діяльності керівника закладу освіти / Л. Тимофієва // Управління освітою. – 2012. – № 21. – С. 4-6.

29. Тимофієва Л. Є. Цілісна система формування валеологічної компетентності вчителів та учнів в умовах школи культури здоров'я / Л. Є. Тимофієва // Світ виховання. – 2013. – № 1. – С. 6-9.

30. Туріщева Л. В. Психічне та фізичне здоров'я школярів / Л. В. Туріщева.

– Харків: Основа, 2011. – 128 с. – (Бібліотека журналу «Управління школою» ; вип. 11 (107)).

31. Усач О. Громадсько активна школа соціального здоров'я / О. Усач // Управління освітою. – 2013. – № 13. – С. 2-3. – Вкладка.

32. Хомуха О. Модель Школи сприяння здоров'ю / О. Хомуха // Завуч (Шкільний світ). – 2013. – № 15. – С. 24-41.

33. Школа здоров'я. Ч. 1 / уклад. В. В. Григораш. – Харків : Основа, 2010. – 208 с. – (Бібліотека журналу «Управління школою» ; вип. 8 (92)).

34. Школа здоров'я. Ч. 2 / уклад. В. В. Григораш. – Харків : Основа, 2010. – 224 с. – (Бібліотека журналу «Управління школою» ; вип. 10 (94)).

35. Шиленко С. Видатні педагоги про збереження здоров'я дитини / В. Шиленко // Відкритий урок: розробки, технології, досвід. – 2013. – № 7/8. – С. 44-49.

36. Ястребов М. Реалізація здоров'язбережувальних технологій в комп'ютерно орієнтованому середовищі / М. Ястребов // Початкова школа. – 2013. – № 11. – С. 28-30.

## **2. КОРЕКЦІЯ СОРОМ'ЯЗЛИВОСТІ У ПРОЦЕСІ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ШКОЛЯРА**

### **2.1. Сором'язливість як психологічне явище.**

Політичні й соціальні перетворення сучасного українського суспільства істотно впливають на життєдіяльність особистості, визначаючи характер її розвитку в нових обставинах: необхідність мобілізації особистісного потенціалу, збереження цілісності та ідентичності, формування самодостатності особистості. У цьому зв'язку надзвичайно актуалізується проблема нівелювання надмірної сором'язливості у контексті здійснення здоров'язберігального супроводу школяра.

Сором'язливість – явище досить поширене. Згідно досліджень, проведених Ф. Зімбардо, 80% опитаних американців відповіли, що в той чи інший період свого життя були сором'язливими, близько чверті респондентів назвали її хронічною. В останні десятиліття число американців, які визнають свою сором'язливість, зросла з 40 до 50% (Кардуччі, Зімбардо). Як вважає В. М. Куніцина (1995), значна частина дорослого населення нашої країни потрапляє в категорію соромливих (30% жінок і 23% чоловіків). У школярів такими є від 25 до 35% [2; с.79-83].

Сором'язливість – це властивість особистості, що виникає у людини, яка постійно зазнає труднощів у певних ситуаціях міжособистісного неформального спілкування, проявляється в стані нервово-психічного напруження і вирізняється різноманітними порушеннями вегетатики, психомоторики, мовної діяльності, емоційних, вольових, розумових процесів і рядом специфічних змін самосвідомості [3].

Незважаючи на розмаїття тлумачень феномену сором'язливості різними авторами, можна виділити загальні характеристики в розумінні її генези. Це зв'язок сором'язливості з самоповагою і самосвідомістю, емоційне переживання власного збентеження і виникнення труднощів у встановленні контактів, у процесі спілкування в цілому. У психології мають місце різні підходи до

розуміння причин виникнення сором'язливості. Так, психоаналіз убачає в означеному феномені симптом глибинних психічних протиріч, що знаходяться в підсвідомості, або ж незадоволеність едипового комплексу; біхевіоризм – набуту реакцію страху на соціальні стимули. Соціологи трактують сором'язливість в аспекті соціальних установок і пов'язують її з почуттям особистого неблагополуччя. Прихильники екзистенціальної психології підкреслюють зв'язок сором'язливості з особистісною незахищеністю, що викликана страхом бути знехтуваним іншими людьми. В контексті розвитку емоцій людини цей феномен розглядається як синонім почуття страху, як вираз сорому чи провини.

Більшість авторів одностайні в думці, що сором'язливість визначається як спадковістю, так і умовами виховання (Д. Деніелс, Р. Пломін). При цьому виділяють ряд істотних факторів, що впливають на формування сором'язливості:

- 1) порядок народження дітей у сім'ї;
- 2) домінуючий тип сімейного виховання;
- 3) сором'язливість батьків;
- 4) особливості нервово-психічного розвитку дитини.

Варто зазначити, що даний феномен є багатогранною структурою і формується під впливом різних факторів. Лонгітюдні експерименти виявили стабільний характер сором'язливості. Разом з тим, відкрилася неоднорідність її прояву в різні вікові періоди дитинства [3].

Вперше комплексне дослідження сором'язливості було проведене Ф. Д. Зімбардо і П. О. Пілконісом, які визначили сором'язливість як внутрішній страх перед людьми. В якості механізму, що запускає сором'язливість, дослідниками були виділені соціальні контакти із значущими людьми чи комунікація у значущій ситуації. У лонгітюдному дослідженні, проведеному вченими, було встановлено, що категорія соромливих людей неоднорідна. До неї входять особливо сором'язливі (які відчувають напругу, незручність, несвободу в більшості соціальних ситуацій), адаптовані сором'язливі (ті, хто виробив індивідуальні способи саморегуляції, зняття напруги в ситуаціях міжособистісної взаємодії) і «псевдосором'язливі» (проявляють замкнутість, низьку самоповагу,

аутичність). Таким чином були визначені типи сором'язливих людей: сором'язливі інтроверти (особистісно сором'язливі) й сором'язливі екстраверти (соціально сором'язливі).

У вітчизняній психології неоднорідність проявів сором'язливості вивчалася А. В. Тихомировим. Він вважає, що сором'язливість являє собою сукупність психоемоційних і вегетативних процесів, які супроводжуються докорами сумління, почуттям сорому, провини, тривоги і страху та пов'язані з прагненням особистості сховатися від навколишніх унаслідок невирішеної моральної дилеми. А. В. Тихомиров виділяє кілька форм сором'язливості: гуманізована, невротична (поділяється на «гіпертрофовану», «приховану», «ситуативну»), безсоромність як заперечення гуманізованої сором'язливості [6; с. 7-10].

В цілому сором'язливість можна означити як інтеграційне психічне явище, пов'язане з усіма сферами особистості, що афективно важко переживається і визначається цілою плеядою якостей: високою ситуативною та особистісною тривожністю, невпевненістю в собі, низьким самоціннісним ставленням, зниженням активності, настрою, хронічно поганим самопочуттям і почуттям пригніченості [3].

## **2.2. Природність, вікові особливості, наслідки й ознаки надмірного вияву сором'язливості.**

Дослідники розглядають сором'язливість як процес, як стан, як властивість особистості. Сором'язливість як процес по-різному проявляється у людей залежно від віку та професії, може посилюватися і слабшати, має тимчасові характеристики і певну інтенсивність. Як стан вона супроводжується порушеннями вегетативної і психомоторної сфери, мовної діяльності, емоційно-вольових, розумових процесів, рядом специфічних змін самосвідомості, що характеризують загальний стан нервово-психічної напруженості (В. М. Куніцина, К. К. Платонов). Як властивість особистості сором'язливість пов'язана з переживанням психологічного дискомфорту, труднощами у встановленні контактів, зниженими адаптивністю і самоповагою і підвищеною сенситивністю в



контактах (А. Б. Білоусова, Л. М. Галігузова, Л. В. Краснова).

Особистісна сором'язливість обумовлена біологічною схильністю. За несприятливих соціальних впливів вона закріплюється й трансформується в рису особистості (Г. Айзенк, Д. Деніелс, Р. Кеттел).

Вікова сором'язливість виникає в період активного засвоєння соціального досвіду, нових соціальних ролей, формування статевої позиції, підвищення суб'єктивної значущості спілкування з представниками протилежної статі. Вікову (дитячу, підліткову, юнацьку) і ситуативну сором'язливість слід розглядати як соціальну, оскільки причинами її виникнення можуть бути різноманітні соціальні фактори. Вона піддається корекції аж до повного подолання (Д. Каган, І. С. Кон, Л. М. Кротова та інші).

Аналіз феномена дитячої сором'язливості найбільш повно представлений в роботах Л. М. Галігузової, де розглядається як один з видів амбівалентного ставлення дитини до інших людей і самої себе та виявляється в спілкуванні і міжособистісних стосунках. Л. М. Галігузовою складено психологічний портрет сором'язливої дитини та визначено основні причини сором'язливої поведінки, а саме: загострене сприйняття і очікування оцінки, очікування неуспіху в діяльності, потреба захистити внутрішній простір своєї особистості від стороннього втручання одночасно з бажанням спілкуватися. Встановлено, що основні труднощі в спілкуванні сором'язливої дитини з іншими людьми пов'язані зі сферою її власного ставлення до себе і ставлення до неї інших.

Вивчаючи психологічні особливості сором'язливості на етапі ранньої юності, Л. В. Краснова розглядає сором'язливість як інтегративне психічне явище, пов'язане з усіма сферами особистості. Психологічна структура та детермінанти особистісної сором'язливості на етапах юності й ранньої дорослості докладно розкрито в роботі А. Б. Білоусової. На її думку, феномен особистісної сором'язливості – складне ієрархічне утворення соціально-психологічної природи. Воно включає ряд факторів: нейротизм, загальну активність, тривожність, самоконтроль, внутрішній локус контролю, мотив передбачення, мотивацію досягнення, високий рівень домагань, креативність, невпевненість в

собі. У результаті емпіричних пошукувань А. Б. Білоусовою було доведено, що виокремлені фактори детермінують особистісну сором'язливість, крім того встановлено, що даний феномен є ближчим до емоційних явищ психіки, ніж до комунікативних. Також виявлено, що особистісна сором'язливість визначається внутрішнім конфліктом між тривожністю і невпевненістю в собі, з одного боку, і мотивацією досягнення, високим рівнем домагань і загальною активністю, з іншого боку.

Узагальнюючи дослідження з проблеми сором'язливості варто зазначити, що, незважаючи на різні трактування, можна виділити загальні характеристики, які обумовлюють її зміст: зв'язок сором'язливості із самоповагою і самосвідомістю, емоційне переживання власного збентеження, виникнення труднощів при встановленні контактів і в процесі спілкування в цілому.

В даному контексті слушною уявляється думка про те, що сором'язливість формується в дитинстві і пов'язана, перш за все, з емоційними стосунками, з почуттям довіри і безпеки в сімейній системі. Механізмами, що запускають сором'язливість, є ситуації формального і неформального спілкування і взаємодії, а також думки про минулі невдачі й промахи чи майбутні міжособистісні контакти. Для кожної сором'язливої особистості набір типів ситуацій і типів людей, які запускають негативні переживання, є індивідуальним, але, як правило, це ситуації взаємодії, що з тієї чи іншої причини викликають почуття страху (наприклад, незнайомі люди, керівництво, особи протилежної статі).

Можна припустити, що в силу частих негативних переживань з приводу ситуації взаємодії з іншими людьми у соромливих людей недостатньо сформовані навички ефективної комунікації. Простежується певна модель поведінки, що не дозволяє людині заявити про себе в повній мірі, відстояти свої права, завести знайомство, пишатися собою і поважати саму себе. Чим більше ситуацій і типів людей викликають у людини стан сором'язливості, чим довше переживається негативний психоемоційний стан, тим більш сором'язливою є особистість.

Для школярів механізмами, що запускають сором'язливість, є ситуації формальної (навчальної) і неформальної взаємодії (спілкування з особами

протилежної статі, батьками, однолітками, значущими дорослими). Сором'язливість впливає на всі сфери особистості й діяльності учнів і може проявлятися в «мовчанні» при усних опитуваннях, страху виходити до дошки, труднощах і небажанні публічних виступів, в невмінні заводити друзів, в почутті сорому за власні успіхи і досягнення, болісному переживанні ситуації оцінювання. Дані прояви в сукупності негативно позначаються на психологічному благополуччі школярів і перешкоджають їх соціальній успішності [6; с. 7-10].

Надмірна сором'язливість, за даними П. Пілконіса і Ф. Зімбардо, має цілий ряд негативних наслідків [2; с. 79-83]:

1) сором'язливість сприяє соціальній ізоляції і тим самим повністю або частково позбавляє людину радості спілкування й соціальної (емоційної) підтримки;

2) людина стає вразливою у стресових ситуаціях через нерозвиненість навичок соціальної взаємодії;

3) не маючи досвіду щирого і відвертого спілкування, сором'язливі люди схильні думати про себе як про обділених, не підозрюючи, що інші також можуть відчувати збентеження. Це призводить до викривленого уявлення про свою соціальну поведінку;

4) сором'язливість не дозволяє іншим людям позитивно оцінити достоїнства людини, якій вона властива;

5) означена риса утримує людину від того, щоб висловлювати свою думку і відстоювати свої права;

б) сором'язливість, як правило, супроводжується негативними переживаннями самотності, тривожності й депресії, вона посилює надмірну зосередженість на собі і своїй поведінці, тобто являє собою «душевну недугу».

Звідси, цілком логічно припустити, що сором'язливість пронизує всі сфери психічного буття людини – фізіологічну, когнітивну, емоційну й поведінкову. Зазначені реакції виникають через побоювання бути негативно сприйнятим іншими, бути знехтуваним. Надмірна сором'язливість часто стає соціальною фобією, незважаючи на бажання людини повноцінно та якісно спілкуватися.

Особливо негативно сором'язливість впливає на особистість в процесі дорослішання, коли формується самостійність, автентичність, здатність нести відповідальність за свої вчинки і своє життя в цілому. Таким чином, розгляд особливостей сором'язливості в шкільному віці набуває особливої значущості в теоретичному і практичному аспектах.

### **2.3. Діагностика, превенція та подолання надмірної сором'язливості школяра.**

Аналізуючи проблему вимірювання сором'язливості слід зазначити обмежене число діагностичних процедур, що надійно фіксують дане явище. На особливу увагу заслуговують Стенфордський опитувальник сором'язливості Ф. Д. Зімбардо та модифікований варіант опитувальника Ф. Д. Зімбардо – методика діагностики сором'язливості А. Б. Білоусової. Підбір конкретних методик діагностики сором'язливості варто здійснювати відповідно до принципу адекватності психологічної теорії в рамках поставлених завдань. Доречним стане використання таких методик як: опитувальник формально-динамічних властивостей індивідуальності В. М. Русалова; шкала диференціальних емоцій К. Ізарда; методика діагностики особистості на мотивацію до успіху і уникнення невдач Т. Елерса; методика діагностики ступеня готовності до ризику Шуберта; тест-опитувальник для вимірювання мотивації афіліації А. Мехрабіана; тест акцентуацій характеру в модифікації А. С. Прутченкова, А. А. Сіялова; тест-опитувальник рівня суб'єктивного контролю Дж. Роттера в модифікації Є. Ф. Бажіна, Е. А. Голинкіної, А. М. Еткінда [1; с. 14-15]. Цінними психодіагностичними інструментами вивчення феномену сором'язливості можуть стати авторські розробки: методика дослідження сором'язливості (МДЗ) К. С. Чечуліної; тест на визначення рівня сором'язливості О. М. Самойлюк та інші.

Детальний аналіз негативних проявів сором'язливості в процесі становлення й розвитку підростаючого покоління спонукає науковців до пошуку шляхів і способів нівелювання й корекції надмірної сором'язливості у процесі

здійснення здоров'язберігального супроводу школяра. Вартують уваги корекційні програми Ф. Зімбардо, J. Wolpe, А. Добровича, Е. Б. Попкової, в яких представлені різні підходи до корекції сором'язливості.

Так, Ф. Зімбардо запропонував триступеневу програму: 1) розвиток самоприйняття, позитивного ставлення до себе; 2) розвиток соціальних умінь і комунікативних навичок; 3) застосування на практиці засвоєних знань і умінь.

Дж. Вольпе розглядає сором'язливість як соціальну фобію, тому, на думку науковця, необхідна робота з тривожністю: 1) тренування навичок релаксації; 2) конструювання ситуації, що викликає тривогу; 3) уявна репетиція поведінки в певній ситуації; 4) практичне використання отриманих навичок в ситуаціях, які реально викликають тривогу.

Головна ідея, яка лежить в основі тренінгу сором'язливості А. Добровича, – невпевнена в собі людина у ситуаціях спілкування надягає «маску», ховаючи за нею свої реальні й уявні недоліки. «Маска» сковує людину, заважає бути вільною. Спонтанність у спілкуванні можлива, якщо суб'єкт починає грати роль, яка вимагає щирості, відкритості, емпатії. У тренінгу можна виділити три напрями: 1) знайомство учасників з власним «Я»; 2) розвиток комунікативних навичок; 3) розвиток емпатії та афіліації.

Е. Б. Попкова розглядає сором'язливість як несвідомий комплекс. З метою корекції необхідно витягти з несвідомого емоційно заряджений «комплекс», переосмислити його й змінити його емоційний знак. Основна мета програми: формування і розвиток самоусвідомлення впевненої, вільної особистості з почуттям власної гідності. Цього, на думку автора, можна досягти, якщо учні: 1) пізнають свої особистісні особливості й усвідомлять витoki своєї сором'язливості; 2) подолають почуття власної неповноцінності, усвідомлять свою значущість, що сприятиме формуванню адекватної самооцінки; 3) навчаться протистояти тим викликам суспільства, які породжують сором'язливість; опанують і розвинути навички соціальної поведінки [1; 14-15].

Розроблена вітчизняним практиком О. М. Самойлюк [4; с.4] тренінгова програма подарує багатьом школярам приємні хвилини радості від зустрічі з

собою оновленим, допоможе перетворити мрії в реальність, а також відчутти себе в гармонії зі світом природи і людей. Мета корекційно-тренінгової програми полягає у тому, щоб в ході занять сформувати в учасників навички впевненої поведінки, розвинути мотивацію до самопізнання, саморегуляції та самовдосконалення, навчити основ ефективної взаємодії та комунікації. Імплементация відбувається через шерег завдань: 1) створити умови для розвитку упевненості в собі шляхом усвідомлення наявності як негативних, так і позитивних сторін сором'язливості та набуття навичок їх ефективного використання в різних життєвих обставинах; 2) сприяти створенню позитивного мікроклімату в навчальних групах шляхом формування в учасників тренінгу навичок взаємодопомоги, толерантної поведінки, прийняття себе та інших; 3) підвищити рівень психологічної культури учасників через оволодіння окремими психологічними знаннями та уміннями, використовувати їх на практиці.

Доцільним в роботі фахівців-практиків стане використання психолого-педагогічних програм подолання сором'язливості осіб шкільного віку авторства Т. О. Гаврилової, О. М. Гаспарової, Т. М. Сорокіної, Т. Л. Шишової, а також програм на зниження рівня надмірної сором'язливості у підлітків і дорослих А. Б. Білоусової, Ф. Д. Зімбардо, А. В. Тихомирова.

Загалом, у процесі здійснення провідними фахівцями психологічних і соціальних служб здоров'язберігального супроводу школяра загальноосвітнього навчального закладу доречними будуть як авторські корекційно-розвивальні, тренінгові та інші програми, так і доробки вітчизняних і зарубіжних науковців-практиків. Варто пам'ятати головне: надмірний прояв сором'язливості з категорії чеснот легко переходить до розряду контрпродуктивних рис особистості.

Узагальнюючи розвідки з порушеної проблематики слід зазначити, що підліток може бути сором'язливим з багатьох причин: несприятливої атмосфери в родині, особливостей темпераменту, недостатньої уваги з боку старших, соціальної ізоляваності в сім'ї чи групі, травматичного досвіду в більш ранньому віці, насилля, завищених вимог і жорсткості з боку оточення, затримки у розвитку або фізичних недоліків, котрі перешкоджають конструктивним позитивним

стосункам. Будь-яка з цих причин може спровокувати і закріпити пасивну позицію спостерігача у поведінці, характерну для нерішучої, сором'язливої дитини, адже, на її погляд, це більш безпечно – бути просто спостерігачем, аніж учасником соціальної взаємодії.

Психологічна корекція надмірної сором'язливості учня дає позитивний ефект у результаті цілеспрямованих, планомірних і тривалих впливів, виступаючи надійним інструментом нівелювання, профілактики та корегування деструкцій у процесі здоров'язберігального супроводу школярів.

#### ВИКОРИСТАНА ТА РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Белоусова А. Б. Психологические детерминанты личностной застенчивости : автореф. дисс. на соискание научной степени канд. психол. наук: спец. : 19.00.01 «Общая психология, психология личности, история психологии» / А. Б. Белоусова. – Казань, 2004. – 20 с.
2. Ильин Е. П. Психология общения и межличностных отношений [Текст] / Е. П. Ильин. – СПб : Питер, 2009. – 576 с.
3. Краснова Л. В. Психологический анализ феномена застенчивости [Электронный ресурс] / Л. В. Краснова, Л. А. Горохина. – Режим доступа : [http://vestnik.adygnet.ru/files/2005.1/29/krasnova2005\\_1.pdf](http://vestnik.adygnet.ru/files/2005.1/29/krasnova2005_1.pdf).
4. Самойлюк О. М. Від сором'язливості до успіху крокуємо разом : [програма тренінгу] / Самойлюк О. О. – Полтава : Аграрно-економічний коледж Полтавської державної аграрної академії, 2010. – 24 с.
5. Солошенко А. В. Вплив сором'язливості на рівень комунікативних здібностей у підлітковому віці [Текст] / А. В. Солошенко, М. І. Волков ; наук. кер. П. І. Сахно // Соціально-гуманітарні аспекти розвитку сучасного суспільства : матеріали Всеукраїнської наукової конференції викладачів, аспірантів, співробітників та студентів факультету іноземної філології та соціальних комунікацій, м. Суми, 19-20 квітня 2013 р. / Відп. за вип. В. В. Опанасюк. — Суми

: СумДУ, 2013. – Ч.3. – С. 79-82.

6. Чечулина К. С. Преодоление застенчивости учащихся старших классов в условиях специально организованного обучения : автореф. дисс. на соискание научной степени канд. психол. наук: спец. : 19.00.07 «Педагогическая психология» / К. С. Чечулина. – Екатеринбург, 2012. – 22 с.



### **3. ХВОРОБА ЦИВІЛІЗАЦІЇ: КОМП'ЮТЕРНА ІГРОМАНІЯ**

#### **3.1. Комп'ютерна залежність як проблема сьогоденного суспільства.**

Винахід комп'ютерів став переломним моментом у розвитку людської цивілізації. Сучасні темпи комп'ютеризації перевищують темпи розвитку інших галузей. Сьогодні людина взаємодіє з комп'ютером усюди – у навчанні, роботі, вдома, в автомобілі, літаку... Він є практично в кожному домі, часто – у кожного члена сім'ї.

Подарувавши дитині комп'ютер, батьки спочатку радіють, що вона сидить удома під наглядом, не заводить друзів в «поганих» компаніях, є всі умови для навчання, Інтернет - цілодобово. Але це швидко закінчується. Дорослі поринають у свої клопоти, перестають контролювати дитину, яка все більше часу проводить перед монітором. Маленька людина поринає у світ, де вона «потрібна», де немає заборон і обов'язків. Часто занадто пізно батьки починають бити на сполох, коли дитина вже є залежним ігроманом:

ні з ким не спілкується, нічим не цікавиться,  
проявляє агресію, стає дратівливою та замкненою,  
переноситься у віртуальний світ та проектує його на справжнє життя,  
вигадує про себе легенду,  
іноді проявляється роздвоєння особистості,  
перестає слухатися батьків,  
знижується успішність в школі,  
з'являється невпевненість в собі.

Комп'ютерна залежність, ігроманія у дітей та підлітків – наразі є актуальною проблемою суспільства, що піклується про здоров'я своїх громадян. Адже значне місце у житті підлітків стало займати віртуальне спілкування. Формальні характеристики віртуального співрозмовника не важливі: ні його зовнішність, ні його стать, ні ім'я, ні його сім'я. Спілкування відбувається тут і зараз і воно анонімне, що для багатьох надзвичайно важливо. Важлива належність до якоїсь спілки – наприклад до спілки людей, які грають у певну інтернет-гру.

Більшість комп'ютерних гравців не задумуються, що кожна гра підпадає під певну **класифікацію**, знайомство з якою може значно полегшити розпізнавання проблем, пов'язаних з ігроманією.

**Action** (дія) – найвідоміший вид комп'ютерних ігор. Всі геймери полюбують постріляти або повоювати, знаходячись за спиною головного персонажу і керуючи ним.

**Strategy** (стратегії покрокові та реального часу) – це ігри, в яких потрібно будувати споруди, збирати ресурси та створити військо, яке потім повести у бій. Гравці за подіями спостерігають зверху.

**Simulators** (стимулятор) – це вид ігор, в яких гравець керує певним об'єктом (автомобілем, підводним човном). Часто це – автомобільні перегони.

**RPG** – це рольові ігри, у яких гравець бере на себе роль комп'ютерного персонажа. При цьому відбувається процес «входження» людини в гру, своєрідна інтеграція людини з комп'ютером, а в особливих випадках – процес втрати індивідуальності і ототожнення себе з комп'ютерним персонажем. Такі ігри сприяють більш стійкій психологічній залежності від комп'ютера, ніж не рольові ігри, оскільки дозволяють гравцю відмовитися (мінімум на період гри) від реальності і потрапити у віртуальний світ. Вони негативно впливають на особистість: вирішуючи проблеми «порятунку людства» у віртуальному світі, людина набуває проблем у реальному житті.

У розвинених країнах проблема комп'ютерної ігроманії вивчаються психологами та медиками вже протягом кількох десятиліть, вважаючи її небезпечним захворюванням. В Україні ж про неї заговорили лише кілька років тому.

### **3.2. Причини та прояви комп'ютерної залежності.**

Термін «комп'ютерна залежність» з'явився в 1990 році. Ця шкідлива звичка класифікується як різновид емоційної «наркоманії», викликаній технічними засобами – комп'ютер починає керувати людиною. З часом для залежної людини стає важливим не результат гри, а сам процес, під час якого втрачається контроль

над часом.

*Головною причиною виникнення комп'ютерної залежності у дітей та підлітків психологи вважають недостатнє спілкування і взаєморозуміння з батьками, однолітками і значущими людьми.*

Більш схильні до комп'ютерної залежності діти, чиї батьки працюють за кордоном, часто від'їжджають у відрядження, а також діти успішних бізнесменів. Тобто, подарований комп'ютер спочатку компенсує спілкування з батьками, а потім дорослі стають «незначущими» в житті підлітка.

Часто комп'ютерна залежність дитини обумовлена схильністю до інших видів залежностей батьків дитини (алкогольної, наркотичної, тютюнової, залежності від азартних ігор), що може передаватися на генному рівні.

Коли вдома немає комп'ютера, а грати дитині хочеться, вона іде до комп'ютерного клубу. І якщо батьки вдома мають можливість за бажанням, прослідкувати, у що і як довго грає дитина, то працівників клубів це, як правило, не турбує.

*Захворювання розвивається досить швидко.* Завзятого гравця можна відрізнити з першого погляду. Він звернений усередину себе, не помічає або ігнорує зовнішні події, погано адаптується до реального життя. Потяг до комп'ютерних ігор із подорожами до неймовірних світів усе більше занурює його у віртуальність. Цей стан – інтернет-залежність.

На *першій стадії (легка захопленість)* це незначний розлад. Вже після кількох рольових комп'ютерних ігор, гравець починає «відчувати смак», перестає займатися іншими справами. Поступово віддаляється від родичів і друзів, віддаючи перевагу «усесвітній павутині». Зазвичай користувач приховує від рідних кількість часу, проведеного на сайтах. Комп'ютер дозволяє людині з досить великою наближеністю до реальності здійснити мрії: постріляти з гранатомета, покерувати «крутим» авто або бойовим винищувачем, – отримати позитивні емоції. За своєю природою людина прагне повторити дії, які приносять задоволення, задовольняють її потреби. Людина вже свідомо починає грати. Прагнення ігрової діяльності стає цілеспрямованою. Проте на цій стадії гра в

комп'ютерні ігри носить ситуаційний, не систематичний характер. Гра ще не є значущою цінністю для людини.

На *другій стадії (захопленість)* симптоми зростають. Формується потреба постійної гри. Якщо гравця силоміць відлучити від мережі, він переживатиме почуття, схожі на муки наркомана без чергової дози. У нього порушується увага, знижується працездатність, з'являються нав'язливі думки, безсоння, зростає потяг до стимуляторів – кави, сигарет, алкогольних напоїв, наркотиків. Вважається, що в окремих випадках наркотична залежність є наслідком залежності від Інтернету. До психічних розладів додаються фізичні – головний біль, перепади тиску, ломота в кістках.

На *третьій стадії (залежність)* за даними німецького професора Дітера Шпанхеля лише 10-14% гравців є «завзятими», перебувають на стадії психологічної залежності від комп'ютерних ігор.

Психологічна залежність може мати форму колективної та індивідуалізованою залежність гравця.

*Колективна залежність.* Геймери люблять грати один із одним. Ігрова мотивація носить характер змагання. Люди не відриваються від соціуму, не поринають «у себе», тому ця форма залежності завдає меншої шкоди психіці, ніж індивідуалізована.

*Індивідуалізована залежність.* Це крайня форма залежності з порушенням нормальних людських особливостей світогляду, взаємодії з навколишнім світом. Психіка гравця починає відображати не дію об'єктивного світу, а віртуальну реальність. Такі люди тривалий час грають наодинці. Потреба в грі стає на рівень з основними фізіологічними потребами. Для них комп'ютерна гра стає своєрідним наркотиком, відсутність якого спричиняє незадоволеність, негативні емоції, депресію. Це клінічний випадок, психопатологія або спосіб життя, що призводить до патології.

*Четверта стадія (прихильність)* характеризується згасанням ігрової активності людини, зрушенням психологічного змісту особи у бік норми. Гравець «тримає дистанцію» з комп'ютером. Проте повністю відмовитись від

комп'ютерних ігор не може. Ця стадія може тривати все життя, залежно від швидкості згасання прихильності. Якщо людина зупиняється на одній з попередніх стадій, залежність згасає швидше. Якщо ж проходить всі три стадії розвитку психологічної залежності від комп'ютерних ігор, то на четвертій стадії буде знаходитися значно довше. Припускається, що повністю залежності позбутись неможливо.

Слід зазначити, що комп'ютерна залежність розвивається швидше, ніж алкоголізм. Достатньо півтора року. А стадії формування інтернет-залежності схожі зі стадіями «прив'язки» до наркотиків. У фанатів Інтернету, які лікуються у спеціальних закладах, відбувається своєрідна «ломка», як і у наркоманів! Після лікування такі пацієнти потребують реабілітації і ресоціалізації.

Найчутливішими до комп'ютерної залежності є, безперечно, діти. Особливо підлітки з їх нестабільною психікою перехідного віку. Дорослим (батькам, учителям. Шкільним психологам) варто уважно слідкувати за поведінкою дітей, вчасно розпізнати перші ознаки комп'ютерної залежності.

#### ***Психологічні симптоми залежності:***

- пропуски шкільних занять через комп'ютерну гру вдома або відвідування комп'ютерного клубу;
- просиджування біля комп'ютера у нічний час;
- приймання їжі без відриву від комп'ютерної гри;
- асоціювання себе з героями комп'ютерних ігор;
- відсутність інших захоплень, крім комп'ютерних ігор;
- надання переваги комп'ютерним іграм, аніж спілкуванню;
- загальний час, проведений за грою, перевищує час виконання домашніх завдань, прогулянки, спілкування з батьками і однолітками;
- депресія, якщо комп'ютер зламався;
- конфлікти з батьками, шантаж у відповідь на заборону користуватись комп'ютером;
- невиконання власних обіцянок собі або іншим;
- виправдання власної поведінки і пристрасті.

### ***Фізичні симптоми:***

- зап'ястний тунельний синдром — оніміння та зниження чутливості пальців;
- сухі очі;
- головні болі (схожі на мігрень);
- болі у спині;
- нерегулярне харчування — відсутність апетиту;
- недотримання гігієни;
- розлади сну.

Комп'ютерна гра легко задовольняє потреби підлітків, адже у цьому особливому віртуальному світі можна відчути себе героєм, який може все або більшість з того, що забороняється в реальному світі. Тут можна самостійно ухвалювати рішення і не нести за них відповідальність, можна знайти свободу і самоствердження.

У підлітковому віці формуються цінності, розширюються соціальні контакти. Залежна ж дитина обмежує коло спілкування лише комп'ютером. Як наслідок, у таких дітей відсутній життєвий досвід, спостерігається інфантилізм у вирішенні життєвих питань, соматичні порушення (зниження гостроти зору, підвищена втомлюваність, порушення постави), звуження кола інтересів, прагнення до створення особистого світу, втеча від реальності через труднощі соціальної адаптації. З'являються психічні відхилення в емоційному плані – від агресії до депресії, від повного протиставлення себе світу до замкненості в собі.

Втеча у віртуальний світ серйозно деформує особистість – у людини зникає відчуття реальності. Наприклад, у відповідь на вимогу батьків обмежити час гри на комп'ютері один підліток вигукнув: «Комп'ютер – це моє життя! Ви хочете відібрати у мене життя?!»

Доведено, що ігроголіки тривожніші, дратівливіші, агресивніші, мають схильність до депресії, оскільки найпростіші комп'ютерні ігри «стріляли». Тривале перебування в агресивному середовищі віртуального світу підсилює в дитини тривожність і очікування небезпеки. Підлітки нерідко починають

сприймати реальне оточення, як вороже. Ворогами здаються навіть батьки.

Накопичена під час гри агресія знаходить вихід двома шляхами:

У одних гравців саме під час гри і відбувається розрядка, підліток не здійснюватиме кримінальні «подвиги» на вулиці.

У інших – навпаки, гра сприяє посиленню агресивності. Агресивне середовище навколо дитини помножується на його індивідуальні особливості. Правоохоронні органи не дарма б'ють тривогу щодо зростаючої жорстокості підлітків.

Дослідження виявили, що 80 % популярних серед молоді відеоігор містять сцени насильства, схожі на навчальні засоби. Дітей спонукають до агресії, але не попереджують про наслідки таких дій у реальному житті.

У навчальному закладі – *«Навчально-виховному комплексі: загальноосвітній школі I-II ступенів-лицею №7 Вінницької міської ради»*, серйозно переймаються окресленою проблемою. Учням 8-9 класів (200 підлітків) і їхнім батькам (155 дорослих) було запропоновано пройти психологічний тест з даного питання.

### ***Чим стривожені дорослі?***

55% зазначили, що їхні діти щодня грають на комп'ютері;

52% стверджують, що діти не бажають залишати гру незакінченою;

42% зазначили, що їхні діти не визнають, що багато часу проводять за грою;

63% батьків постійно докоряють дітям за те, що багато часу проводять за грою на комп'ютері;

40% дітей на прохання батьків відволіктись від гри висловлюють бурхливе заперечення;

37% батьків зазначили, що за їхніми спостереженнями діти за грою відчують емоційний підйом, захопленість, радість;

36% дітей забувають про навчання, домашні справи, обов'язки;

28% батьків помічають, що їхні діти стають дуже дратівливими, якщо їх все-таки відволікти від комп'ютера;

13% опитаних занепокоєні тим, що діти через комп'ютер порушують графік харчування і сну, у них є ознаки нехтування власним здоров'ям.

***Як свою співпрацю з комп'ютером оцінюють підлітки:***

- 100% зазначили, що мають вдома комп'ютер;
- 100% вміють і користуються Інтернетом;
- 85% користуються Інтернетом через мобільний телефон;
- 70% почали грати у відео чи комп'ютерні ігри з 6-10 років;
- 30% відповідно з 11-14 років;
- 65% грають від 2-х до 5-ти годин;
- 10% більше 5-ти годин;
- 70% вважає, що Інтернет допомагає в навчанні;
- 20% – що ніяк не впливає на навчання;
- 60% визнали, що найбільше часу проводять у соцмережах;
- 30% постійно грають у комп'ютерні ігри;
- 99% грають в комп'ютерні ігри вдома;
- 45% визнає, що після початку гри втрачає відчуття часу;
- 45% не бажають залишити гру не закінченою;
- 20% не визнають, що забагато часу проводять за грою на комп'ютері;
- 40% визнають, що сердяться на батьків через те, що ті часто докоряють їм за тривалий час перебування за комп'ютером;
- 30% помічають, що у них виникає головний біль під час тривалого перебування за комп'ютером, але все ж 50% опитаних визнають, що не можуть обійтися без комп'ютера.

Отже, треба визнати, що навіть у стінах одного навчального закладу комп'ютерна проблема є досить вражаючою: 55% опитаних підлітків ще перебувають на першій стадії комп'ютерної залежності (*стадія легкої захопленості*), а 35% можна припустити, що знаходяться вже на другій стадії (*стадія захопленості*). Це непокоїть.

**3.3. Що може вберігати дитину від появи комп'ютерної залежності.**

Це – можливість отримувати в реальному житті те, що їй може дати віртуальний світ. Тоді дитина буде захищена від комп'ютерної та інших видів



залежностей. Цим може бути:

- яскраве, насичене, цікаве життя (відвідування гуртків, секцій, кіно, театрів, музеїв, виставок, майстер-класів);
- можливість відчувати азарт і ризик (заняття спортом, туризмом, велопогулянки, катання на роликах, скейтах);
- можливість вихлюпнути агресію прийнятним для навколишніх способом;
- можливість грати у «живі» ігри і реалізовувати свою цікавість;
- можливість повноцінно спілкуватися з батьками і однолітками.

Для *профілактики* комп'ютерної залежності у дітей батьки можуть керуватися психолого-педагогічними рекомендаціями:

Привчати дитину правильно ставитися до комп'ютера як до технічного пристрою, за допомогою якого можна отримати знання і навички, а не як засобу отримання емоцій.

Не дозволяти дитині у віці 3-5 років грати у комп'ютерні ігри.

Розробити з дитиною правила роботи за комп'ютером. Згідно з гігієнічними вимогами 7-10-річні діти мають сидіти за комп'ютером не більше 45 хвилин на день, 11-13-річні – двічі на день по 45 хвилин, старші – три рази на день.

Не дозволяти їсти і пити біля комп'ютера.

Не дозволяти грати в комп'ютерні ігри перед сном.

Домовитись з дитиною виконувати ці правила.

Обговорити з дитиною, види покарань, якщо вона порушить домовленість.

Помічати, коли дитина дотримується вимог дорослих, говорити їй про почуття радості та задоволення її поведінкою.

Не використовувати комп'ютер як засіб заохочення дитини. Під час хвороби і вимушеного перебування вдома комп'ютер не повинен стати компенсацією.

Допомагати дитині долати негативні емоції, які завжди присутні в житті кожної людини (розчарування, сум, образу, агресію тощо) і які можуть підштовхнути її отримати полегшення за комп'ютерною грою.

По можливості тримати в будинку домашніх улюбленців, щоб наочно розрізнити живі й штучні організми. На них дитина витратить частину вільного

часу, отримуватиме позитивні емоції від спілкування.

Найчастіше ігрова залежність народжується на ґрунті певних незадоволених потреб. Якщо людина з вашого оточення надмірно захопилася грою, спробуйте з'ясувати, причину такої поведінки. Віртуальний світ привабливий для тих людей, які почувають себе самотніми. Самотужки вийти з ігрової залежності складно. На допомогу повинні прийти батьки, родичі, друзі і просто небайдужі люди. Варто не відмовлятися ходити з такими людьми на прогулянки, вистави, залучитися до занять у спортивних секціях, мистецьких гуртках. Перевагу треба надавати живому спілкуванню, фізичному розвитку, оскільки віртуальний світ – це штучний світ. А людина – частина природи, тому має черпати силу й розум з дивовижних природних джерел.

Проблема, пов'язана з комп'ютерною залежністю, має вирішуватися спільно: розробниками ігор, психологами, медиками, педагогами, батьками. Комп'ютер – це факт сучасної дійсності. Це – майбутнє, відгороджувати від якого підлітків у жодному разі не можна.

Та не все так погано. Але невже після такої кількості негативу можна говорити про користь комп'ютерних ігор? Звичайно, можна.

Виявляється, існують такі комп'ютерні ігри, які позитивно впливають на мислення людини, розвиток її індивідуальних здібностей. Мова йде про головоломки, ребуси і логічні ігри. Цей різновид ігор розвиває пам'ять, інтелект, увагу.

Існують комп'ютерні ігри і для малюків 3-5 років. За їхньою допомогою можна вивчити алфавіт, пізнати ази природознавства, математики, рідної та іноземних мов, малювання. Є ігри для розвитку музичного слуху, зорової пам'яті. У певні ігри можна грати усією родиною.

Але ігри ніколи не замінять живе спілкування з рідними, друзями, спортивні ігри, спільні розваги, справжні подорожі. Тому дітей потрібно навчати жити більше справжнім життям, не відмовлятися від багатьох реальних розваг життя.

## РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Арестова О. Н. Мотивация пользователей Интернета [Электронные данные] / О. Н. Арестова, Л. Н. Бабанін, А. Е. Войскунський. – Режим доступа: <http://www.relarn.ru/human/motivation.txt>
2. Войскунський А. Є. Залежність від Інтернету – актуальна проблема / А. Є. Войскунський // Неврологія і психіатрія. – 2002. – № 3.
3. Иванов М. С. Психологические аспекты негативного влияния игровой компьютерной зависимости на личность человека [Электронные данные] / М. С. Иванов. – Режим доступа: [http://www.sanaris.com.ua/experts\\_and\\_services/info/specialist/psihoterapevt/2005/09/14/psihologicheskie\\_asp\\_2030.html](http://www.sanaris.com.ua/experts_and_services/info/specialist/psihoterapevt/2005/09/14/psihologicheskie_asp_2030.html)
4. Иванов М. Влияние ролевых компьютерных игр на формирование психологической зависимости человека от компьютера / М. Иванов // Психологический журнал. – 2003. – № 2.
5. Кочіна М. Л. Комп'ютерні ігри та їх можливий вплив на здоров'я дітей і підлітків // М. Л. Кочіна, Л. У. Подригало, У. М. Синайко, А. У. Яворський // Український вісник психоневрології. – 2001. – № 1.
6. Психологія залежності : Хрестоматія // Упор. К. В. Сельченко. – Мінськ. : Харвест, 2004.
7. Юр'єва Л. Н. Комп'ютерна залежність: формування, діагностика, корекція і профілактика / Л. Н. Юр'єва, Т. Ю. Больбот. – Дніпропетровськ : Пороги, 2006.

## **4. ОСОБЛИВОСТІ СТРАХІВ У ДІТЕЙ ЯК ПРОБЛЕМА ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я**

### **4.1. Психічне і психологічне здоров'я.**

Збереження та зміцнення психологічного здоров'я дитини, її емоційної сфери є однією з основних проблем сучасної практичної психології. Стан психологічного здоров'я дитини характеризується показниками нервово-емоційного розвитку та характером перебігу пізнавальної активності. Здорова дитина завжди життєрадісна, активна, комунікативна, має оптимальний рівень розумового розвитку. Саме від емоційного стану залежить і пізнавальна активність дитини, і характер її спілкування з однолітками та дорослими, і поведінка. Проте, у зв'язку з погіршенням економічної ситуації в державі, проблемами з роботою, матеріальною нестабільністю, емоційним незадоволенням дорослих – все це відображається на дітях, порушуючи їх психологічне здоров'я, а звідси такі найрозповсюдженіші явища як страх, тривожність, невпевненість тощо.

Поняття «психологічне здоров'я» введено до термінологічного словника сучасної психологічної науки І. В. Дубровіною, яка визначає «психологічне здоров'я» як динамічну сукупність психічних властивостей особистості, що забезпечують гармонію між потребами індивіда й суспільства і виступають передумовою орієнтації індивіда на виконання своєї життєвої задачі. Для визначення норми психологічного здоров'я важлива наявність певних особистісних характеристик, які забезпечують не лише успішну адаптацію, але й продуктивний розвиток людини на благо самій собі й суспільству через самопорозуміння, самоприйняття та самовдосконалення [1].

Загалом у науковій літературі психологічне здоров'я описується вченими по-різному. Як стан балансу між різними аспектами особистості людини (Р. Ассаджоліз); як баланс між потребами індивіда і суспільства, який підтримується постійними зусиллями (С. Фрайберг); як процес життя особистості, в якому збалансовані рефлексивні, емоційні, інтелектуальні, поведінкові аспекти

(Н. Г. Гаранин, А. Б. Холмогорова); як функція підтримання рівноваги між особистістю та середовищем, адекватної регуляції поведінки і діяльності людини, здатності протистояти життєвим труднощам без негативних наслідків для здоров'я (П. Бейкер, А. В. Петровський, М. Г. Ярошевський).

В. С. Хомік розглядає психологічне здоров'я з точки зору реверсивної теорії особистості М. Аптера, який пропонує концепцію мотиваційного розмаїття. Тобто, «психологічне здоров'я залежить від повноти емоційних і поведінкових проявів. Воно проявляється у великому спектрі психологічних станів, широкій гамі емоційних реєстрів і переживанні мотиваційного розмаїття» [2, с. 7].

На думку А. С. Борисюка, «психологічне здоров'я людини — це правильне сприйняття дійсності, адекватне реагування на події, вміння оцінювати свої та чужі вчинки, приймати відповідальні рішення та відстоювати власну думку у конфліктній ситуації та дискусіях, тобто це – вміння, якості, які людина використовує щоденно. Звичайно, ступінь розвитку та вираженість залежно від вроджених особливостей можуть бути різними, велике відхилення від норми спричиняє дискомфорт та впливає на загальне здоров'я людини» [3, с. 49-50].

Характеризуючи психологічне здоров'я дитини І. В. Дубровіна виділяє кілька його рівнів.

Перший – креативний (дитина – творець, ідеальний рівень, що виражає досконалу ступінь психологічного здоров'я його вищий рівень – творчий). Це діти, які отримали у спадок здорову генетику, здорових в психологічному плані батьків, нормальне розвиваюче середовище. Таких дітей близько 5-7% у дитячому колективі.

Другий рівень – адаптивний (це адаптивні діти, але в результаті тестування виявляють окремі ознаки дезадаптації, володіють підвищеною тривожністю, конформністю. Це група відносного ризику, становить близько 80% дітей. Вони визначають середній рівень психологічного здоров'я.

Третій рівень – асимілятивно-акомодативний. Це низький рівень психологічного здоров'я. Діти цього рівня не здатні до гармонійної взаємодії з навколишніми, не володіють системою та механізмами захисту. Вони постійно

змінюють світ навколо себе і при цьому не здатні змінюватися самі. Для них характерна епатажна поведінка, афективні капризи тощо. Їх прихована дезадаптація часто призводить до соматичних порушень. Це діти з високим індивідуальним розвитком і дуже низьким соціально-адаптивним рівнем.

Проте, необхідно розмежовувати сфери психічного та психологічного здоров'я. Так, Г. І. Малейчук, аналізуючи взаємозв'язки психічного та психологічного здоров'я, зазначає, що психологічне здоров'я є вищим рівнем прояву здоров'я психічного. На думку автора, воно визначається ціннісно-смысловим змістом розвитку особистості [4].

О. В. Бойко визначає психічне здоров'я як «стан індивіда, який характеризується цільністю та збалансованістю усіх психічних функцій організму, що забезпечують почуття суб'єктивної комфортності, здатність до цілеспрямованої діяльності та адекватні форми поведінки» [5, с.6-7].

За Ю. А. Александровським, психічне здоров'я має низку ознак: нормальна функція організму на всіх рівнях; динамічна рівновага організму і його функцій з навколишнім середовищем; здатність до повноцінного виконання основних соціальних функцій, участь у соціальній діяльності і суспільно корисній праці; здатність організму пристосовуватися до нових умов навколишнього середовища; відсутність хвороби, хворобливих станів, тобто оптимальне функціонування організму за відсутності ознак захворювання або будь-якого порушення; принцип єдності організму, саморегуляції та врівноваженої взаємодії всіх органів [6].

#### **4.2. Психологічна робота зі страхами у збереженні здорового розвитку дитини.**

Для задовільного психологічного розвитку дитини важливо розуміти таку емоцію як **страх**. Взагалі, страх виконує різноманітні функції у психологічному та психічному житті людини. Так, як і реакція на загрозу, він допомагає людині уникнути зустрічі з нею, відіграючи тим самим захисну, адаптивну роль у системі психічної регуляції. Страх може бути своєрідним засобом пізнання навколишньої дійсності, що приводить до критичного та вибіркового ставлення до неї. Якщо

розглядати дитячі страхи, то дослідження вчених свідчать про те, що вони у випадку нормального розвитку є важливою ланкою в регуляції поведінки дитини і загалом мають позитивний адаптаційний зміст (С. Кьєркегор, Р. С. Немов, В. В. Суворова, В. Б. Шапар). Але, коли загальна кількість страхів обмежує дитину певними засобами реагування та взаємодії із зовнішнім світом, що виключає інші можливості, то може виникнути стан психічного напруження, безпорадності, абсолютного безсилля, відбувається загроза психологічному здоров'ю дитини.

О. І. Захаров вважає, що страх – це одна з фундаментальних емоцій людини, що виникає у відповідь на дію загрозливого стимулу. Вчений зазначає, що страх може розвиватися у людини в будь-якому віці: у дітей від 1 року до 3 років найчастіші нічні страхи, на 2-му році життя виявляється страх несподіваних звуків, страх болю (і пов'язаний з цим страх медичних працівників). У 3-5 років для дітей характерні страхи самотності, темряви і замкненого простору. Від 5 -7 років головним стає страх смерті. Від 7 до 11 років діти більше всього бояться бути не тим, про кого добре говорять, кого поважають, цінять і розуміють. Кожній дитині властиві певні страхи. Однак, якщо їх дуже багато, то можна говорити про вияви тривожності в характері дитини [7].

Р. В. Овчарова умовно поділяє страхи на дві великі групи: вроджені (вікові) і набуті [8]. Страхи, названі вродженими, супроводжують певний віковий період розвитку:

- від народження до 6 місяців малюків здатний налякати будь-який гучний і несподіваний шум, несподіваний рух з боку іншої людини, падіння і втрата фізичної підтримки, опори;

- від 7 місяців до року малюка лякають уже певні гучні звуки (наприклад, шум пирососа), незнайомі люди, роздягання, одягання і зміна обстановки, висота. Для багатьох малюків джерелом страху є отвір стоку у ванні і душі;

- діти від 1 року до 2 років можуть боятися розлуки з батьками, незнайомих людей, травм, засинання і самого сну через очікування нічних кошмарів;

- джерелом страхів дітей до 3 років є ігнорування з боку батьків, ровесників,

зміна обстановки та порядку життя.

- діти з 3 до 4 років починають боятися темряви, самотності і замкнутого простору. Саме в цьому віці батьки нарешті вирішують, що їх дитина не така й мала, щоб спати поряд з батьками, і, вимкнувши в кімнаті світло, міцно закривають двері в дитячу. Це дуже важко переноситься дитиною, бо саме в темряві вона проектує свої денні страхи;

- в 6-7 років апогею досягає страх смерті. Саме в цьому віці у дитини формується почуття часу і простору, з'являється концепція життя, вона розуміє, що життя не нескінченне, що люди народжуються і вмирають, і це стосується і її сім'ї. Саме в цьому віці діти досить часто переживають першу сімейну втрату - поступово йде з життя старше покоління;

- 7-8-річні діти бояться викликати несхвалення з боку батьків, як такі, що не відповідають їхнім побажанням та очікуванням;

- діти з 8 років найбільше бояться смерті батьків [8].

Щодо набутих страхів, то вчені пояснюють їх низкою причин [1; 7; 8; 10]. Перша причина набутих страхів - це якась цілком конкретна подія, випадок, що трапився з дитиною. Наприклад, дитина боїться заходити в ліфт (або в інший замкнутий простір), тому що в ньому раніше застрявав, зазнавши при цьому відчуття безпорадності, страху, жаху. Сюди відноситься боязнь собак, негативних персонажів тощо. Такого роду страхи легко піддаються корекції, і якщо неприємні події не повторюватимуться, то нерідко проходять самі собою. Однак, не всі діти набувають страхів у результаті травматичних подій.

Друга причина. Психологічна своєрідність страхів пояснюється особливостями характеру дитини, рівнем її емоційної чутливості і сприйнятливості, тривожності. У таких дітей дуже багато страхів: ставши недовірливими, маючи недовірливих батьків, маючи схожий з ними тип нервової системи, вони просто «перетягують» до себе батьківські тривоги і страхи, а потім ще додають і свої.

Третя причина – залякування у вихованні. Так, діти-дошкільнята з конфліктних сімей частіше, ніж їх однолітки, бояться тварин, природних стихій,



захворювань, смерті, їм частіше сняться кошмари. Страждають від кошмарів, різноманітних страхів і гіперактивні діти. Батьки, виховуючи дитину дуже часто використовують метод залякування. Причому лякають всім, що прийде на думку: міліціонерами, дядьками, казковими героями, павуками, розбійниками, тваринами тощо.

I. Кулінцова у своїй статті описує 3 види дитячих страхів. В основі класифікації лежать предмет страху, особливості його перебігу, тривалість, сила і причини виникнення [9]. Перший – нав'язливі страхи: гіпсофобія (страх висоти), клаустрофобія (страх закритих просторів), сітофобія ( боязнь приймати їжу ) і т.д. Ці страхи дитина відчуває в певних, конкретних ситуаціях, боїться обставин, які можуть їх спричинити. Другий вид – маячні страхи – це страхи, причину виникнення яких знайти неможливо. Наприклад, чому дитина боїться гратися з якоюсь іграшкою або боїться одягати якийсь одяг. Їх наявність часто вказує на серйозні відхилення в психіці малюка, вони можуть служити проявом аутизму. Однак причина може виявитися цілком логічною. Наприклад, дитина боїться надягати певні черевички, тому що вона просто колись у них впала, боляче вдарившись, і тепер боїться повторення ситуації. Третій – надцінні страхи, пов'язані з деякими ідеями і викликані власною фантазією дитини. Спочатку такі ідеї відповідають певній життєвій ситуації, а потім стають настільки вагомими, що ні про що інше думати дитина вже не може. До таких страхів належать соціальні страхи: побоювання відповідати біля дошки, заїкання [9, с.25].

Старший дошкільний вік – найбільш насичений страхами період. І не тому, що діти сприймають все більш емоційно, скільки з причини когнітивного розвитку. Вони починають чіткіше розділяти небезпечне і безпечне, страшне і нестрашне тощо. Центральне місце посідає страх смерті, максимально виражений в 7 років. Особливо відчувається в цьому віці страх смерті батьків.

У чому ж причина? До дитини, поступово, приходять неминуче розуміння, що вмирають всі. Тепер вона починає боятися всього, що може принести смерть. Вогонь, пожежа, землетрус, хвороба, напади тощо вселяють малюкові страх [10].

А. І. Захаров пише, що про дитячий страх смерті можна здогадатися за

наявності «страшних снів» і пов'язаних зі смертю страхів, таких як боязнь нападу, вогнів, пожеж, боязнь захворіти (у дівчаток) і боязні стихії (у хлопчиків) [7].

Категорія смерті в 6 і 7 років – це реальність, яку дитина повинна визнати як щось неминуче в житті. Саме небажання визнавати цю неминучість і породжує страх, позначається емоційне неприйняття «раціональної» необхідності померти. Нерідко це відбивається в сновидіннях: «Горить будинок, де я», «За мною біжить дядько з ножем», «Щур зростає і душить мене...». У таких випадках дитині треба пояснити, що більшість людей живуть дуже довго і вмирають в глибокій старості.

Отож, дитячі страхи — явище досить поширене, вони можуть виникати за будь-яких обставин. Залежно від характеру загрози, інтенсивності та специфіки переживання страху можна виділити такі причини виникнення страху:

1. Випадок, який дійсно відбувся з дитиною. Життя навколо досить різноманітне й не завжди безпечне: налякала собака, застряв у ліфті, на вулиці приставав незнайомец. Ці страхи легко піддаються корекції. Якщо подібні події більше не повторюються, більшість таких страхів проходять самі по собі.

2. Особливості характеру дитини. Появі й, головне, закріпленню страхів сприяють такі риси як тривожність, підозрілість, недовірливість, песимізм, невпевненість у собі, надмірна залежність від інших людей (батьків, вихователів, учителів), хворобливість. Усе це стає підґрунтям для розвитку страхів, які виникли під час екстремальної ситуації.

3. Виховання дітей методом залякування. «Не будеш їсти – забере тебе Бармалей!», «Не плач, бо віддам тебе чужому діду», «Якщо не будеш спати, прийде за тобою Баба-Яга!» тощо. Напевно, нам неодноразово доводилося чути подібні «шедеври» педагогічного впливу. Тепер дитина знає, що близькі для неї люди можуть віддати її чужому дідові, ніхто не захистить її від Баби-Яги. Як же це не справедливо карати дитину страхом! Краще повідомити дитині, що її поведінкою не задоволені ви особисто, саме ви, а не якась Баба-Яга. Тоді дитина побачить, що нею не задоволена головна для неї людина – мама або тато, вихователька чи учителька. Це дуже впливовий метод.

4. Тривожні батьки. Дуже часто діти бояться чогось не самі по собі, а тому,

що цього бояться їхні батьки, бабусі. У більшості випадків така ситуація зустрічається в сім'ях, де в мами чи бабусі спостерігається високий рівень тривожності щодо дитини, особливо, якщо вона – єдина, пізня або не досить здорова.

5. Дитячі фантазії. У когось ця якість розвинута менше, у когось – більше, однак світ фантазій звичне середовище для дошкільнят та молодших школярів. І цей світ, поки що не контрольований, деякі фантазії виходять із-під контролю, стають неслухняними й тому – страшними. У будь-якому випадку дитина сама створює свій світ та свої страхи.

6. Наявність іншого, більш серйозного розладу. Якщо поряд зі страхами у дитини з'являються й інші розлади поведінки: агресивність, порушення сну, загальмованість, тики або заїкання – можливо, в неї невроз. Якщо дитячі страхи досить незвичайні за своїм змістом і способом прояву, якщо дитина чує голос, який погрожує, або бачить щось, чого не бачать інші, тоді це привід для серйозного занепокоєння й для термінового звернення до спеціалістів.

7. Численні заборони з боку батьків і вихователів, а так само гнів і загрози дорослих на адресу дитини. Так найпоширеніші – це навіяні страхи. Їх джерело – дорослі, що оточують малюка (батьки, бабусі, вихователі), які мимоволі, іноді занадто емоційно, попереджають дитини про небезпеку. Часто навіть не звернувши уваги на те, що її налякало більше: сама ситуація або реакція на неї дорослого. У результаті дитина сприймає тільки другу частину фраз: «Не ходи – впадеш», «Не бери – обпечешся», «Не гладь – вкусить». Дитині, поки ще не зрозуміло, чим їй це загрожує, але вона уже ясно відчуває тривогу, і природно, що у неї виникає реакція страху, яка може закріпитися. Такі страхи можуть зафіксуватися на все життя [7, с. 8].

8. Гіперопіка над єдиною дитиною в сім'ї. Єдині діти в сім'ї найбільше схильні до страху, оскільки такі діти найчастіше стають епіцентром батьківських турбот і тривог. Як правило, єдина дитина знаходиться в тіснішому, емоційнішому контакті з батьками і переймає їх неспокій. Батьки, часто охоплені тривогою що-небудь не встигнути зробити для виховання дитини, прагнуть

виховати «генія». В результаті у дітей виникає страх не відповідати вимогам батьків.

9. Конфліктні стосунки між батьками. Психологи відмічають, що діти молодшого шкільного віку дуже чутливі до конфліктних стосунків батьків, причому, саме діти в віці 6-7 років найчастіше реагують появою страхів на конфлікт батьків.

10. Прихід в школу. Це серйозне випробування для дітей. Нове оточення, нові вимоги. Виникає відчуття відповідальності, обов'язку. Відповідно виникають нові страхи – «бути не тим, про кого добре говорять, кого цінують і люблять», страх зробити не те і не так, бути засудженим, покараним. Діти, які не придбали до школи необхідного досвіду спілкування з однолітками, невпевнені в собі, бояться не виправдати надій батьків.

Отож, страх має велике значення для нашого існування – це оборонний рефлекс людини. У свідомості дитини світ видимий і спроектований на нього, як на екран, світ психічних подій, реальність та фантазія не завжди адекватно накладаються одна на одну. Вікова причина такої особливості – брак психічної саморегуляції, не сформованість механізмів самосвідомості, що не дозволяє впоратися з ситуацією. Батькам треба поважати і розуміти страхи дітей, допомагати їм уникати контакту з чинниками, що провокують страхи. У жодному випадку не слід сміятися з дітей, називати їх боягузами. Потрібно вчити дітей долати тривогу і страхи.

Дитячий психолог повинен пам'ятати, що *основна допомога у подоланні вікових страхів полягає у тому, щоб не заважати дитині відчувати, усвідомлювати свої страхи.* Це допоможе їй згодом перерости ті чи інші страхи, відчути здатність долати перешкоди. Чого б не боялася дитина, необхідно враховувати, *що не можна намагатися боротися з дитячими страхами авторитарними методами, намагаючись показати насильно, що нема чого боятися, висміювати, соромлячи дитину.* Така поведінка може привести до певних порушень психіки, що стане причиною погіршення психологічного стану дитини.

Як допомогти дитині подолати її страхи і тим самим «зміцнити» психологічне здоров'я? І. Прохоренко пропонує *декілька корекційних методів роботи з дитячими страхами* [11]. *Перший - візуалізація*. Визначити свій страх – означає зробити перший крок до його подолання. Малюючи, дитина вивільняє власний страх, конкретизує його, переносить у матеріальний світ. Автор пропонує намалювати свій колишній страх. Так ви, по-перше, покажете, що боятися можуть усі, і в цьому немає нічого ганебного; по-друге, своїм прикладом дасте малюку зрозуміти, що страх можна перемогти. Потім запропонуйте дитині намалювати чого вона боялася, «коли була маленькою». Після цього можна перейти до нинішніх страхів. І тепер, коли в середині малюка більше не живе страх, ним можна маніпулювати: десь розмістити, щоб він більше не вибрався. Наприклад, домалювати навколо чудовиська клітку або трьохлітрову банку, чи ізолювати інакше, так як запропонує дитина. Коли страх буде замкнено, з ним можна вчинити по різному:

- знищити аркуш із зображенням, а значить-знищити і сам страх, наприклад, розірвати на дрібні шматочки і спалити. Якщо у малюка з'являться сумніви, краще запитайте у нього самого, який спосіб найдієвіший;

- зробити страх доброзичливішим. Розповісти, що чудовисько нещасне, тому в нього такий страшний вигляд. Можна згадати вигляд самого малюка, коли він плакав: з червоним носом і з червоними очима;

- поміркуйте разом із дитиною, чим страх може бути засмучений. Придумайте разом, що могло б порадувати страх, наприклад, домалювати йому торт, повітряні кульки або причепити бантик.

*Другий метод - трансформація*. Найкраща зброя проти страху – сміх. Спробувати цей спосіб для боротьби з дитячими страхами можуть і дорослі. Щоб подолати власний страх, треба попросити дитину уявити в комічному вигляді те, чого вона боїться. Наприклад, одягти монстра у смішний одяг, поставити на ролики або розмалювати його в яскраві, радісні кольори. Перетворіть це у гру, заохочуючи фантазію малюка і підтримуючи його гарним настроєм. Так працюють не лише з вигаданими страхами, але і з реальними об'єктами: суворим

учителем, прискіпливою сусідкою. Можна трансформувати ситуацію, перетворивши її зі страшної в успішну чи смішну і для більшої переконливості відтворити це у грі. Наприклад, озброївшись чарівною шваброю і ліхтариком-лазером, винищити «монстра темряви», чи повторити сюжет страшного сну так, щоб дитина вийшла переможцем із ситуації. Якщо дитині важко повернутися до травматичної ситуації, запропонуйте розіграти схожий, але не ідентичний сюжет за допомогою іграшок. Підійдіть до цього як до театрального дійства. Придумайте сюжет, розподіліть ролі, створіть разом декорації, виберіть або пошійте іграшки – діючих персонажів.

Ще один варіант можливої трансформації ситуації – показати її хорошу сторону. Так темрява, якої дуже часто бояться діти, наповнена зірками і добрими, казковими чарами. Це – найкращий час для гри у схованки та перегляду діафільмів.

*Третій – поступове зближення.* Буває й так, що лише одна згадка про причину страху викликає у дитини паніку. Це трапляється тоді, коли малюк пережив травматичну ситуацію. Ще гірше, коли така ситуація повторювалася кілька разів і встигла закріпитися. Аби допомогти дитині подолати подібні страхи, спочатку слід логічно пояснити подію і розповісти, що треба робити, щоб знову не потрапити в таку ситуацію [11, с. 9-10].

Підсумовуючи зазначене, можемо констатувати, що психологічне здоров'я дорослої людини характеризується адекватним реагуванням на події, розумінням власних сил, здібностями протистояти життєвим труднощам. Щодо психологічного здоров'я дитини, то воно визначається станом психічного розвитку дитини, її душевного комфорту; адекватною соціальною поведінкою; вмінням розуміти себе та інших.

Неподолані дитячі страхи мажуть бути причиною порушення психологічного здоров'я. Разом з тим, страхи неминуче супроводжують розвиток дитини і появу різних емоційних порушень, психологічних проблем, пов'язаних з несприятливими подіями в дитинстві. Профілактика страхів полягає, перш за все, у вихованні таких якостей, як оптимізм, упевненість у собі, самостійність тощо.

У більшості випадків дитячі страхи проходять самі по собі. Проте, існують випадки, коли необхідна допомога психолога, оскільки існує загроза психологічному здоров'ю дитини. Для подолання страхів можна використовувати різні корекційні методи (візуалізація, трансформація, поступове зближення тощо). Звичайно, вирішення проблеми корекції дитячих страхів вимагає від психолога комплексного підходу, зокрема залучення сім'ї. Ця робота може проявлятися як в ознайомленні батьків із результатами дослідження в доступній формі, так і у направленні батьків на консультацію до фахівця з сімейних питань. Такий підхід може впливати не тільки на зовнішні сторони прояву страхів, але і на обставини, що породжують його. Не варто очікувати швидких результатів у подоланні дитячих страхів. Для того, щоб позбавитися страху, необхідно нейтралізувати ті травматичні переживання, які негативно впливають на психіку дитини і змушують її відчувати страх.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ТА РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей / Ю. А. Александровский. – М. : Медицина, 1993. – 400 с.
2. Бойко О. В. Охрана психического здоровья : учеб. пос. для студ. высш. уч. завед. / О. В. Бойко. – М. : Академия, 2004. – 268 с.
3. Борисюк А. С. До проблеми психічного та психологічного здоров'я молоді / А. С. Борисюк // Психологічні науки : зб. наук. праць. – 2014. – Т. 2., Вип. 10(91). – С. 46-51.
4. Захаров А. И. Дневные и ночные страхи у детей / А. И. Захаров. – СПб : СОЮЗ, 2000. — 448 с. – (Серия «Психология ребенка»).
5. Кулінцова І. Проженемо дитячі страхи / І. Кулінцова // Дошкільне виховання. – 2007. – №4 . – С. 24-31.
6. Малейчук Г. И. Проблема критериев психического здоровья [Електронні дані] / Г. И. Малейчук / – Режим доступу: <https://www.b17.ru/article/755/>

7. Овчарова Р. В. Практическая психология образования : Учеб. пособ. для студ. психол. фак. университетов / Р. В. Овчарова – М. : Академия, 2003. – 448 с.
8. Ольховецький С. М. Психологічні чинники та засоби подолання страхів у підлітковому та молодшому юнацькому віці [Текст] : дис. канд. психол. наук: 19.00.07 / С. М. Ольховецький; Уманський педагогічний ун-т ім. Павла Тичини. – Київ, 2007. – 223 с.
9. Прохаренко І. Дитячі страхи / І. Прохаренко // Психолог дошкілля. – 2012. – № 3.
10. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / Под ред. И. В. Дубровиной. – [2-е изд.]. – Екатеринбург : Деловая книга, 2000. – 126 с.
11. Хомик В. С. Психологическое здоровье личности. Структурно-феноменологический подход / В. С. Хомик // Практична психологія і соціальна робота. – 1999. – № 5. – С. 5-9.



## **5. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА СКЛАДОВА У КОМПЛЕКСНІЙ СИСТЕМІ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ З ГІПЕРАКТИВНИМ РОЗЛАДОМ І ДЕФІЦИТОМ УВАГИ**

### **5.1. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги як психолого-медико-педагогічна проблема.**

Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей сьогодні набув такого значення, що у світовій теорії і практиці збереження дитячого здоров'я виступає як проблема номер один у сфері охорони психічного здоров'я дітей та підлітків [2; с. 6]. По-перше, це досить поширений розлад, по-друге, без вчасно вжитих заходів він здатен зруйнувати навчання і формування особистості дитини, яка має усі задатки для повноцінного розвитку. Разом з тим подолання згубного впливу гіперактивного розладу на долю дитини – завдання досить складне, тривале і потребує спільних зусиль сім'ї навчального закладу, лікарів. Сучасні провідні фахівці – дитячі психіатри – наголошують, що збереження психічного здоров'я дітей великою мірою є компетенцією психології і педагогіки, а не тільки психіатрії [1; 2; 3; 6].

Освітні програми з питань збереження психологічного благополуччя дітей передбачають включення батьків. Ці програми, насамперед, ставлять за мету підвищення компетентності батьків і педагогів у модулюванні проблемної поведінки дитини, корекції порушення стосунків між дитиною і школою.

Щодо гіперактивного розладу, то психосоціальна терапія, спрямована на підвищення батьківської і учительської компетентності стає провідною. Як зазначає відомий дитячий психіатр із США Джеймс Димер [3], «Лікування розладу з дефіцитом уваги і гіперактивністю – це не тільки усунення симптомів, але й підвищення самооцінки, формування власної гідності, почуття «Я».

Гіперактивний розлад – досить поширене явище серед дітей в Україні. Нещодавно проведене у Києві дослідження дитячими психіатрами О. Дзубою і І. Марценковською [2] серед учнів загальноосвітніх шкіл виявило 12,2% таких, що потерпають від цього розладу. Ці ж автори наголошують на тому, що

гіперактивний розлад є передумовою виникнення подальших ускладнень у вигляді опозиційно-демонстративного і асоціального розладів, від яких один крок до стійкої соціальної дезадаптації з усіма важкими наслідками, які вона за собою тягне.

Значна поширеність гіперактивного розладу серед дітей шкільного і дошкільного віку підтверджується і досвідом роботи психолого-медико-педагогічних консультацій: на кожному засіданні завжди буває на обстеженні хоч одна дитина з цією проблемою. При цьому такі діти є найскладнішими щодо позитивного розв'язання питання з визначенням умов їхнього навчання і виховання.

Вони є найпроблемнішими як для консультації, так і для школи. Зрештою консультація є важливою, але проміжною ланкою у ланцюгу, який складає лікарська допомога, сімейне виховання і навчальний заклад, де гіперактивний розлад постає з усією гостротою. Без організації комплексної допомоги дитині саме в умовах сім'ї і навчального закладу, консультація залишається безпорадною, не знаходячи місця для реалізації визначеної нею програми роботи з такою дитиною.

Сьогодні школи масово відмовляються від навчання таких дітей в умовах класу через складність їхньої поведінки. Неспроможність дитини з гіперактивним розладом адаптуватися до навчального процесу створює значні труднощі для педагога у роботі з класом. У результаті після нетривалого перебування дитини у школі, протягом якого між батьками і школою виникає гострий конфлікт, ставиться питання про переведення її на індивідуальне навчання. Саме така вимога школи прихована за кожним вимушеним зверненням батьків до психолого-медико-педагогічної консультації. Тимчасом досвід консультацій переконує у різко негативних наслідках індивідуального навчання, ізолюваності від дитячого колективу, що зрештою приводить до вираженої дезадаптації і асоціальної поведінки. Поспішне переведення дитини на індивідуальне навчання – це турбота не про саму дитину, а про спокій школи. Тому консультація виступає зацікавленою стороною у налагодженні взаємодії зі школою для побудови

системи допомоги дітям з гіперактивним розладом в умовах навчання в класному колективі і формування у них адаптивної поведінки. За умови ефективного психологічного супроводу більшість дітей з гіперактивним розладом можуть навчатися у колективі ровесників.

Тимчасом сьогодні складається ситуація, яка перешкоджає створенню єдиної системи взаємодії психолого-медико-педагогічної консультації, навчального закладу і сім'ї у забезпеченні оптимальних умов навчання і розвитку дітей з гіперактивним розладом. Одним із негативних факторів, що перешкоджає злагодженій взаємодії учасників допомоги дітям цієї категорії, є передача функції визначення потреби дитини в індивідуальному навчанні лікарській консультативній комісії (ЛКК). Психолого-медико-педагогічним консультаціям залишається тільки визначення програми навчання дитини, яка у випадках з гіперактивними дітьми здебільшого є звичайною загальноосвітньою. І консультація це констатує, не маючи більше ніякого впливу на вирішення долі дитини. Потрібно зауважити, що ЛКК з більшою легкістю рекомендують індивідуальне навчання, ніж психолого-медико-педагогічні консультації, очевидно, через меншу взаємодію з психологічною службою системи освіти і педагогічним процесом у цілому, а тому й менше зосереджують увагу на його віддалених педагогічних і соціальних наслідках.

Наш досвід роботи у психолого-медико-педагогічній консультації показує, що ті батьки, які легко задовольняються індивідуальним навчанням гіперактивної дитини за рекомендацією ЛКК, досить скоро переконуються в усіх його негативних сторонах і починається намагання повернути дитину у класний колектив. Виявляється, це зробити не так просто: дитина протягом індивідуального навчання дедалі більше дезадаптується і через не достатнє і несистематичне навчальне і розвиткове навантаження, і через відсутність умов для вироблення навичок взаємодії з ровесниками. Поведінка такої дитини у класі після індивідуального навчання не стає кращою. Проблема набирає ще більшої гостроти.

Ось свіжий приклад з нашого досвіду.

**Юрко П.**, учень другого класу однієї із київських шкіл.

Мама звернулася до консультації за наполяганням школи, яка вимагає визначення умов подальшого навчання хлопчика. Простіше кажучи, школа очікує рекомендації індивідуальної форми навчання дитини, але вже консультацією, бо приєднуються і проблеми із засвоєнням навчальної програми, а це – компетенція консультації.

З психолого-педагогічної характеристики та інших супровідних документів з'ясовуємо, що хлопчику встановлено медичний діагноз «гіперкінетичний розлад поведінки».

У першому класі адаптація Юрка до навчання відбувалася з ускладненнями і на підставі висновку Київського міського психоневрологічного диспансеру його перевели на індивідуальну форму навчання. У цих умовах він на достатньому рівні засвоїв програму першого класу. У другому класі почав відвідувати школу на загальних засадах за наполяганням мами, яка зрозуміла усі негативні сторони індивідуального навчання. Проте далі проблеми з навчанням і поведінкою хлопця постали ще гостріше.

Педагог скаржиться на постійне відволікання учня на уроці, численні помилки під час виконання завдань через неухважність. Хлопчик, щоб зрозуміти завдання, потребує додаткових пояснень, але потім швидко, не вдумуючись, знов робить помилки.

Учень дуже афективно реагує на ситуації зі шкільного життя, схильний до бурхливих емоційних проявів. Під час уроку може бігати по класу, зачіпаючи дітей, агресивно реагує на зауваження, на перервах зчиняє бійки. І це найбільше непокоїть педагогів, бо, як вони кажуть, постійно виникає небезпека травмування інших дітей. Хлопця бояться і не люблять. Очевидно, і сам він болісно переживає проблеми у спілкуванні з однокласниками і в навчанні, бо буває, щось малюючи на самоті, сам собі проговорює про цю біду. До речі, автори супровідної психолого-педагогічної характеристики неправильно тлумачать ці поведінкові прояви, вважаючи їх ще одним свідченням «ненормальності» хлопчика. А тимчасом це – «крик душі» про допомогу.

Під час обстеження у психолого-медико-педагогічній консультації Юрко спочатку охоче вступає у спілкування, береться виконувати завдання, але виконує його з помилками, які досить легко виправляє на зауваження психолога. Наступне складніше завдання викликало більші труднощі, які долати хлопцеві було важко: він став пригніченим, неохоче взаємодіяв з психологом, який надавав йому допомогу, закривав очі руками. Далі не залежно від складності завдання труднощі їх виконання збільшувалися: хлопець увесь час закривав очі руками, відповідав роздратовано. На умовляння мами продовжити заняття скаржився на головний біль, заявляв, що він «ненавидить читати». Потім погодився прочитати оповідання про себе. З відповідей, які вдалося отримати у бесіді на тему прочитаного, виявилось, що у цілому зміст Юрко зрозумів, але знання про довкілля не достатні. При цьому кожна невдача викликала у нього болісну емоційну реакцію і поглиблювала деструктивну поведінку.

Зрештою виконання завдань було припинено через повну дезорганізацію діяльності: хлопчик став дуже роздратованим, скаржився на головний біль, потягався, відмовлявся працювати, схоплювався з місця. Отже, крім невисокої працездатності і швидкого настання втоми, виразно помітна неухважність, імпульсивне виконання першої-ліпшої дії, яка виявляється неправильною. Але є й позитивне – здатність виправити помилку на зауваження дорослого, що свідчить саме про неухважність, а не про недоліки розвитку пізнавальної діяльності. Зрозуміло, що без постійної допомоги в організації уваги Юркові впоратися із завданнями важко, що й спостерігається на уроках. У результаті – прогалини у знаннях.

Виявилася й ще одна суттєва деталь для розуміння поведінки хлопчика: він дуже болісно реагує на кожну свою невдачу, з одного боку, агресією (роздратування, грубі, сердиті відповіді), а з другого – «втечею» у хворобу (скарги на головний біль). Усе це – спроби захиститися від тієї реальності, у якій дитині доводиться жити. Очевидно, що захисними реакціями є і прояви агресії до однокласників – основна проблема, яка непокоїть педагогів. Зауважимо, що і агресія, і скарги на нездоров'я не є характерними проявами гіперактивного

розладу. Це вже ускладнення, які виникають у відповідь на педагогічні помилки, коли дитина не отримує своєчасно потрібної їй допомоги, а без неї неспроможна впоратися із значущими для неї справами. Такими є навчання і спілкування. І те й друге для дитини з гіперактивним розладом без допомоги не під силу, бо у неї недорозвинені процеси саморегуляції: вона не може зосередити увагу, подумати, щоб скористатися тими знаннями, які у неї є, і виконати завдання. Натомість вона діє імпульсивно, робить те, що перше спало їй на думку, і, звичайно, помиляється. Якщо їй вчасно нагадати про помилку, вона може її виправити, що ми й спостерігали під час заняття з Юрком. Без вчасної допомоги робота припиняється, бо дитина не знає, що робити далі, і тут яскраво проявляється її основний недолік у поведінці – імпульсивність: дії, які випереджають критичну їх оцінку. Не зайнятий позитивною діяльністю, учень зачіпає сусідів, схоплюється з місця і т. д. Те ж саме виявляється й у спілкуванні: правилами гри дитина користується погано, надто імпульсивно реагує на дії товаришів, тому виступає заводієм у порушенні дисципліни, легко вступає у бійки, бо не встигає подумати про наслідки. У результаті вона стає небажаною у колективі однокласників, які не приховують свого негативного ставлення. Тут уже не далеко й до взаємних образ, скарг, зауважень і покарань з боку педагогів. Гіперактивна дитина виявляється скрізь невдахою, почуває себе скривдженою і відповідає на справжню чи уявну кривду дедалі більшою агресією, ворожістю до ровесників і дорослих. Це вже негативна надбудова над первинними труднощами зосередження уваги й імпульсивністю. У таких випадках говорять про формування опозиційно-демонстративних рис особистості, від яких один крок до закріплення асоціальної поведінки, що, на жаль, доводиться часто спостерігати у дітей, які до психолого-медико-педагогічної консультації приходять після численних помилок, зроблених і батьками, і педагогами. Виправляти їх набагато важче, ніж попередити ускладнення у поведінці дитини.

У випадку з Юрком П. ускладнення гіперактивного розладу яскраво помітні. По-перше, від інтелектуальних зусиль він дуже швидко втомлюється, працездатність у нього не висока. Очевидно, що його нервова система мало

витривала. Тут мають значення вроджені особливості, різні захворювання, травми, у тому числі й психічні. Тому поряд із педагогічними заходами дитина потребує й лікарської уваги і допомоги. Проте розвивати і формувати особистість дитини – завдання, насамперед, педагогічне.

Що ж до педагогічних помилок, то першою і дуже значною помилкою було надто поспішне, на самому початку навчання у школі, переведення хлопця на індивідуальне навчання та ще й тільки за лікарським висновком. Медичний діагноз і відповідне лікування необхідні, але не менш важливими є психологічні і педагогічні методи у комплексній допомозі дитині. Психолого-медико-педагогічна консультація спочатку порекомендувала б ряд педагогічних заходів, перш ніж вдаватися до такого рішучого кроку, як індивідуальне навчання, після якого повернення дитини у класний колектив стає набагато більшою проблемою. Тут, очевидно, виявилась і непослідовність і не достатня компетентність мами, яка за рік індивідуального навчання сподівалась розв'язати проблему поведінки сина. У другому класі вона повернула Юрка у клас і звинувачує педагогів у необ'єктивному ставленні до нього. Конфлікт між мамою і школою поглибився. Знов постало питання про індивідуальне навчання хлопця, якого домагалась школа. А мама тимчасом уже була категорично проти, переконавшись у його не достатній ефективності, а головне – у негативному впливі на соціальну адаптацію дитини. Таким чином справа зайшла у глухий кут. Психолого-медико-педагогічна консультація, даючи свої рекомендації, не переконана у тому, що вони будуть кваліфіковано виконуватися у навчальному закладі, бо поглиблене вивчення ситуації показало, що ні педагоги, ні мама, ні шкільний психолог, якому належало б очолювати і організовувати взаємодію усіх учасників корекції поведінки і навчання хлопчика, не компетентні у цьому складному питанні.

Щоправда, сьогодні у подібних випадках покладають надії на інклюзивне навчання таких дітей. Особливості спеціальної навчальної програми та складання індивідуального плану навчання дитини значною мірою залежить від інших проблем її розвитку, які дуже часто поєднуються з гіперактивним розладом, наприклад, затримка психічного розвитку, недорозвиток мовлення, елементи

аутистичних розладів, що створює додаткові педагогічні проблеми. У таких випадках справді є потреба введення додаткових годин для індивідуальних корекційно-розвиткових занять з педагогом, логопедом тощо.

Оскільки у випадках гіперактивного розладу для навчального закладу головною проблемою є неспроможність дитини дотримуватися правил поведінки, труднощі, а часом і нездатність включитися у навчальний процес разом з класом, постає питання про необхідність асистента педагога, який би на уроці організовував діяльність дитини і попереджав деструктивні дії. Звичайно, в окремих випадках цей варіант навчання може бути єдиним виходом із складної ситуації. Але це – для найтяжчих станів ускладненого гіперактивного розладу. Проте у більшості випадків супровід асистента дитини, яка має гіперактивний розлад і разом з тим цілком достатній інтелектуальний розвиток, може спричинити негативний ефект. Наявність асистента дитиною (і однокласниками) сприймається як свідчення її неповносправності, яка змушує обмежувати її самостійність, керувати її діями, у той час як однокласники виглядають дорослішими і самостійнішими. Особливо негативно на поведінці дитини може позначитися присутність на уроці мами, яка часто за наполяганням школи стає виконувачем ролі асистента. У таких випадках на уроці продовжує розіграватися драма домашніх взаємин між мамою і дитиною, що тільки ускладнює ситуацію і аж ніяк не сприяє її розв'язанню. Навіть для молодшого школяра нормою є почуття дорослості, і супровід мами переживатиметься як приниження, обмеження самостійності. Тому потреба в асистенті (особливо асистенті-мамі) повинна бути дуже зваженою з огляду на наслідки, які можуть негативно вплинути на формування особистості дитини та привести до результату, протилежного очікуваному. Утім, не залежно від наявності супутніх розладів дитина з гіперактивним розладом, який ускладнює її навчання і поведінку, повинна бути визнаною такою, що має особливі освітні потреби, та отримати право на певну кількість годин для корекційної роботи з нею. Потребу дитини в індивідуальному навчанні, програму навчання, кількість годин для надання їй корекційної допомоги визначає психолого-медико-педагогічна консультація, яку



потрібно відвідати, щоб підтвердити право на таку допомогу. Інша справа, що визначена консультацією кількість годин на корекційну допомогу дитині не завжди зводиться тільки до додаткових занять, а є цілісним процесом психолого-педагогічного супроводу, який вимагає від педагога і психолога багато праці і часу. На його особливостях детальніше зупинимося пізніше.

Отже, ні індивідуальне навчання, ні інклюзивне у супроводі асистента не можуть радикально розв'язати проблему психолого-педагогічної допомоги дитині з гіперактивним розладом у навчанні і соціальній адаптації без спеціальних заходів, спрямованих на упорядкування її поведінки і навчання.

Єдиним, визнаним у світовій психолого-педагогічній практиці ефективним способом допомоги гіперактивним дітям у регуляції їхньої поведінки і повноцінного розвитку є злагоджена взаємодія сім'ї і навчального закладу на засадах поведінкової терапії з включенням самої дитини в усвідомлення своєї проблеми та зацікавленості і віри в її подолання. Разом з тим це – дуже складне завдання, яке включає багатьох учасників, потребує кваліфікованих дій кожного з них, взаєморозуміння і взаємодопомоги. Організатором і керівником такої роботи у наших умовах повинен стати *практичний психолог навчального закладу*, від якого, насамперед, вимагається знання проблеми гіперактивного розладу з дефіцитом уваги у дітей та уміння організувати взаємодію учасників допомоги таким дітям.

Тимчасом, незважаючи на наявність необхідного мінімуму літератури з обговорюваного питання, сьогодні рівень підготовки шкільних психологів і психологів дошкільних навчальних закладів до надання допомоги дітям з гіперактивним розладом є дуже низьким. Насамперед, це виявляється у нерозумінні суті такого складного явища, як гіперактивний розлад. Тому для побудови програми психолого-педагогічного супроводу дітей цієї категорії, яка дозволила б утримати їх у навчальному закладі і забезпечити успішне навчання і повноцінний особистісний розвиток, потрібна, насамперед, спеціальна підготовка психологів системи освіти. *Саме психолог навчального закладу повинен бути здатним співпрацювати з психолого-медико-педагогічною консультацією у*

*розробці програми супроводу гіперактивної дитини і забезпечити компетентну і злагоджену взаємодію педагога і батьків у її виконанні.* Тому далі зупинимося на визначальних особливостях гіперактивного розладу, розуміння яких дозволить кожному учаснику роботи з гіперактивною дитиною свідомо виконувати свої функції.

## **5.2. Причини та прояви гіперактивного розладу з дефіцитом уваги у дітей.**

Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги є станом дитини, її індивідуальною особливістю, яку не можна раптом змінити якимись окремо вжитими заходами. Ця особливість зумовлена недостатньою сформованістю процесів саморегуляції, які організовують і контролюють поведінку. Такими є особливості функціонування лобних ділянок кори головного мозку, зумовлені генетичними факторами чи органічним ураженням центральної нервової системи. Сучасні дослідники схильні вважати, що розлад, як і особливості його проявів, залежить від різних чинників, що й зумовлює його багатобарвність.

Кожен віковий період має свої типові прояви гіперактивного розладу. Так, у дошкільному віці дітям взагалі властива підвищена рухливість, безпосередність, а здатність стримуватися, довільно зосереджувати увагу ще тільки розвивається. Проте і в цьому віці дитина з гіперактивним розладом відрізняється від своїх ровесників. Насамперед, вона таки справді надто фізично рухлива, до того ж ця рухливість не достатньо цілеспрямована, непродуктивна. З такою дитиною важко взаємодіяти. Крім того, їй властиві бурхливі емоційні реакції в усіх тих випадках, коли вона стикається з протидією її бажанням. Є труднощі й у взаєминах з ровесниками: дитина не вміє дотримуватися правил у грі, дезорганізує її, а часто виступає заводієм раптових бійок, кусає дітей чи ще якимось немотивовано кривдить.

Вихователі найчастіше скаржаться на те, що дитину не вдається включити у групові заняття: вона не може зосередитися на простому завданні, полишає його і заважає іншим дітям. Проте у дошкільному віці ця проблема недооцінюється,

особливо батьками.

Звичайно, й з початком шкільного навчання дитини з гіперактивним розладом можна і потрібно вживати заходи щодо впорядкування її поведінки і досягнути позитивних наслідків. Якщо ж говорити про конструктивніше розв'язання проблеми педагогічної допомоги дітям зі згаданим розладом, то мусимо визнати, що починати це робити потрібно у дошкіллі, перш ніж дитина опиниться у школі перед суворими вимогами, дотримання яких їй не під силу.

Зазвичай діти цієї категорії приходять до школи не готовими до шкільного навчання. Найвиразніше виступає відставання емоційно-вольового розвитку. Дитина не може свідомо приймати поставлене перед нею завдання, утримувати увагу на його виконанні та досягати очікуваного результату. Попри те, що переважна більшість таких дітей не має ніяких проблем з інтелектуальними здібностями, вони все-таки мають несприятливі умови для розвитку пізнавальних процесів через невпорядкованість поведінки, насамперед, спілкування з дорослими, які спрямовують їхню пізнавальну активність та дають відповіді на численні запитання. Тому їхні знання і уявлення про навколишній світ бідніші і хаотичніші, ніж могли б бути. Ще більше несформованою залишається мотиваційна готовність до шкільного навчання через відставання у розвитку особистості дитини. Центральним її утворенням на порозі шкільного навчання є готовність прийняти позицію школяра тобто бажати стати дорослішим і виконувати важливу справу – навчання. Тим часом усьому цьому важко сформуватися в умовах хаотичної поведінки, вкрай розладнаного спілкування з дорослими і ровесниками, як це буває у гіперактивних дітей.

Найбільше гіперактивний розлад дає себе взнаки з початком шкільного навчання дитини, коли її поведінка підпорядковується численним і досить жорстким правилам, виконувати які вона ніяк не може. Переважно в цей час розлад і діагностується і питання подальшої долі дитини, як уже зазначалося, постає дуже гостро. Якщо у молодшому шкільному віці дитина не зазнає достатньої адаптації до позиції школяра, то через безкінечні психологічні травми, пов'язані зі шкільною неуспішністю, порушенням стосунків з ровесниками і

дорослими починають нашаровуватися деформації особистості. Поступово проблеми зростають.

У підлітковому віці на перший план виступає уже не рухова гіперактивність, а розлади соціальної адаптації, девіантна поведінка, зумовлена некритичністю, легковажністю, схильністю підпадати під чужий негативний вплив. Основою усіх цих негараздів є той самий неповноцінний самоконтроль поведінки, який не зазнав коригуючого педагогічного впливу. Часто виразно виступає нездатність реалізувати власні бажання, бо на шляху до їх здійснення виникає безліч дрібніших ситуативних бажань, які зводять нанівець усі наміри. Наприклад, підліток дуже хотів заробити гроші і купити собі куртку. Пробував роздавати листівки, щоб заробити гроші. Проте, заробивши, втримати їх не зміг – одразу почав витратити на дрібниці, які раптом траплялися.

Останнім часом дослідники гіперактивного розладу виокремлюють різні його варіанти [2].

А) Розлад з переважанням нестійкості уваги, у той час як рухова нестримність проявляється мало. Це частіше трапляється серед дівчаток, яким взагалі надмірна рухливість з елементами агресії менш властива, ніж хлопчикам. У таких випадках гіперактивний розлад з дефіцитом уваги діагностується пізніше, навіть після закінчення початкової школи, коли ускладнюються навчальні завдання і вимоги до стійкості уваги зростають. На перший погляд цей вид розладу може здатися легшим. Проте він приховує у собі чимало проблем, оскільки тривалий час залишається не розпізнаним, бо гіперактивний розлад звично пов'язують, насамперед, з неупорядкованістю рухової активності, і дитина не отримує допомоги, зазнаючи деформацій особистості. Іноді неспроможність зосередитись і послідовно виконувати завдання набирає дуже виражених форм, а заходи впливу на дитину частіше бувають неправильними, що веде до ускладнень її поведінки і стосунків з оточенням. У нашій практиці був випадок, коли мама звернулася у консультацію з дівчинкою-третьокласницею, яка на уроці замість виконання завдань разом з класом тихенько щось малювала, переважно одноманітне і нескладне за сюжетом. Те ж саме спостерігалось і вдома під час

виконання домашніх завдань, що викликало роздратування мами і бабусі, які пояснювали поведінку дівчинки лінощами, впертістю, неслухняністю. Дівчинка на зауваження відповідала агресією, бо вона не могла виконати того, що від неї вимагалось. Тому дитина полишала завдання і займалася якоюсь монотонною справою, яка не вимагала напруження уваги. Ніякий тиск з боку дорослих не міг дати позитивного результату. Тут потрібна була допомога в організації уваги, виокремленні послідовних дій. Це тривала і виснажлива для дорослих робота – щоденне керування діями дитини, поки у неї почнуть вироблятися навички самостійності. Настороженість щодо порушення самоконтролю і здатності утримувати увагу повинна виникати в усіх випадках, коли дитина не може працювати разом з класом над завданням.

Б) Іншою формою гіперактивного розладу вважають переважання надмірної фізичної активності й імпульсивності. Зрозуміло, що цей варіант розладу найбільш обтяжливий для педагогічного процесу, бо дитина порушує дисципліну, заважає іншим дітям. Перелік усіх проявів непорядкованості рухової активності, імпульсивності можна знайти у кожній психолого-педагогічній характеристиці дитини.

В) Третім варіантом називають поєднання гіперактивності й імпульсивності з нестійкістю уваги. Ця форма розладу є найпоширенішою, хоча треба зважати на те, що вона, як і попередня, буває виразно помітною, у той час як нестійкість уваги у фізично пасивних дітей, які виступають більше жертвами власного недоліку і нікому особливо не заважають, залишається часто не діагностованою і тому здається менш представленою.

Взагалі, два останні варіанти гіперактивного розладу, на наш погляд, не мають достатньо суттєвих відмінностей, оскільки надмірна і мало цілеспрямована фізична активність й імпульсивність уже несуть у собі недоліки уваги. Тимчасом пов'язані з недостатнім самоконтролем недоліки уваги без вираженої фізичної гіперактивності мають принципово важливе значення для діагностування розладу і допомоги дитині. Утім і в таких випадках уважне спостереження виявить теж руховий неспокій у вигляді дрібних рухів пальців, перебирання різних речей

тощо. Навіть монотонне малювання, про яке згадувалося у наведеному вище прикладі, можна віднести до цієї категорії рухових порушень.

### **5.3. Діагностика гіперактивного розладу з дефіцитом уваги.**

Діагностика гіперактивного розладу з дефіцитом уваги є прерогативою психіатра. З його висновком дитина приходить на обстеження у психолого-медико-педагогічну консультацію, завданням якої є після всебічного психолого-педагогічного вивчення дитини визначити оптимальні умови її навчання, виховання і розвитку, виходячи з особливостей її пізнавальної діяльності, інтересів, ресурсу емоційно-вольового розвитку, а також можливостей сімейного оточення взаємодіяти з педагогом відповідно до побудованої програми корекції проявів гіперактивного розладу.

Проте діагностування гіперактивного розвитку є не такою вже простою справою. І головна її проблема у тому, що дитина потребує тривалого вивчення, для чого у психіатра здебільшого немає можливості, особливо, якщо дитина не перебуває у стаціонарі. А саме таких дітей переважна більшість. Цитований тут доктор Димер [3] наголошує, що одноразова зустріч з дитиною може не виявити характерних проявів розладу, бо у новому оточенні дитина зацікавлено його розглядає або втягується у гру. Зрештою, нове оточення може викликати острах і це не дозволяє виявитися усім характерним особливостям її поведінки. Ті ж самі обмеження є й під час обстеження дитини у психолого-медико-педагогічній консультації. *Тому надзвичайної цінності набуває психолого-педагогічна характеристика, яку складає психолог разом з педагогом на підставі досить тривалого спостереження дитини в умовах школи і зі спілкування з батьками.*

Не всякі окремі прояви неупорядкованості поведінки, імпульсивності, неувважності дають підстави для діагнозу гіперактивного розладу. Треба зважати й на те, що короткочасне ситуативне спостереження може й недоліки сімейного виховання, вседозволеність, яка перешкоджає засвоєнню дитиною правил і обмежень, віднести її поведінку до гіперактивного розладу. Щоб підтвердити цей діагноз потрібна, по-перше, наявність значної дезадаптації у різних соціальних

ситуаціях: не тільки вдома, але і в школі, й інших формах соціальної взаємодії (спілкуванні з іншими дітьми) Провідними симптомами є нестійкість уваги, відволікання, неможливість цілеспрямовано діяти (наприклад, зібрати речі до школи, виконувати інструкцію, дану дорослим, дотримуватися правил гри).

Провідні психіатри [1; 3] наголошують на тому, що для діагностики гіперактивного розладу головними є не психометричні методи дослідження, а спостереження і ретельний збір анамнезу, якому сприяє досить широке використання скринінгових діагностичних шкал для батьків і педагогів. Це різні опитувальники, які дозволяють упорядкувати і систематизувати збір первинної інформації. Однією з модифікацій таких опитувальників є анкети окремо для батьків і педагогів, розроблені російськими авторами І. П. Брязгуновим і Є. В. Касатиковою [4], які наводимо нижче.

### Анкета для батьків

*Інструкція:* згадайте вашу дитину до її приходу в школу. Якою вона була, коли їй було 6-7 років, якою вона стала протягом останнього півроку? Чи спостерігали ви у своєї дитини такі особливості (відповідаючи на запитання, обведіть відповідну цифру):

Особливості поведінки дитини	До семи років	Останні півроку
1 Не може спокійно всідіти на стільці: вигинається, робить різні рухи руками й ногами.	1 – так 0 – ні	1 – так 0 – ні
2.Важко всідіти на стільці під час виконання якихось завдань.	1 – так 0 – ні	1 – так 0 – ні
3. Легко відволікається на сторонні стимули.	1 – так 0 – ні	1 – так 0 – ні
4.З труднощами чекає своєї черги, щоб вступити в гру.	1 – так 0 – ні	1 – так 0 – ні
5. Відповідає на запитання, не дослухавши і не подумавши.	1 – так 0 – ні	1 – так 0 – ні
6. З труднощами виконує інструкції інших.	1 – так 0 – ні	1 – так 0 – ні
7. З труднощами утримує увагу під час виконання завдань чи у грі.	1 – так 0 – ні	1 – так 0 – ні
8. Часто переключається з однієї незакінченої справи на іншу.	1 – так 0 – ні	1 – так 0 – ні
9. Під час гри неспокійна.	1 – так 0 – ні	1 – так 0 – ні

10. Часто надміру говірка.	1 – так 0 – ні	1 – так 0 – ні
11. У розмові часто перебиває, нав'язує свою думку.	1 – так 0 – ні	1 – так 0 – ні
12. Часто здається, що не чує сказаного їй.	1 – так 0 – ні	1 – так 0 – ні
13. Часто губить речі: іграшки, олівці, підручники.	1 – так 0 – ні	1 – так 0 – ні
14. Ігнорує фізичну небезпеку і можливі наслідки (наприклад, біжить, не оглядаючись, по вулиці).	1 – так 0 – ні	1 – так 0 – ні

### Анкета оцінки учителем особливостей поведінки учня

Під час заповнення анкети потрібно поставити у відповідній графі знак +: 0 – ознака відсутня; 1 – мало виявлена; 2 – помірно виявлена; 3 – дуже яскраво виявлена.

Ознаки				
1. Неспокійний, звивається, як вуж.				
2. Неспокійний, не може залишатися на одному місці.				
3. Вимоги дитини потрібно виконувати негайно.				
4. Зачіпає інших дітей.				
5. Збуджений, імпульсивний.				
6. Дуже короткий час утримує увагу, легко відволікається.				
7. Не закінчує розпочату роботу.				
8. Поведінка учня потребує підвищеної уваги учителя.				
9. Не старанний у навчанні.				
10. Демонстративний у поведінці ( плаксивий, істеричний).				

Сьогодні у США для опитування батьків і педагогів широко використовується шкала Вандербільта, модифікацію якої наводить у своєму практичному керівництві з питань гіперактивного розладу О. Романчук [6].

Отримана з допомогою опитувальників інформація обов'язково конкретизується у поглибленому вивченні кожного окремого випадку.

Застереженням від поспішних висновків є те, що, наприклад, розлади уваги можуть бути зумовленими іншими причинами: розсіяність уваги через заглибленість дитини у власні, часом хворобливі, переживання, соматичними захворюваннями, що супроводжуються тривалими больовими відчуттями чи просто поганим самопочуттям, також психічними захворюваннями, такими як



епілепсія, депресія тощо. Важливо також звернути увагу на поведінку батьків. Часто вони мають ті самі розлади і організація життєвого простору дитини для них є надто складним завданням.

Є свої особливості в ідентифікації гіперактивного розладу у дошкільників. Коли йдеться про дитину 3-6 років з неухвальною і гіперактивністю, потрібно звернути увагу на психосоціальні фактори, оскільки у цьому віці діти дуже чутливі до відсутності структурованості діяльності, правил поведінки. Діти дошкільного віку потребують передбачуваності середовища, збалансованості батьківської любові. Тому психіатри наголошують на тому, що перш ніж вдаватися до медикаментозного лікування, дитині потрібно забезпечити психосоціальну допомогу, яка здійснюється через навчання батьків організовувати діяльність дитини.

Не менш важливим є виявлення можливого поєднання проявів гіперактивного розладу із загальною затримкою психічного розвитку, розладами спектру аутизму, відставання у мовленнєвому розвитку. Саме через не достатнє розуміння зверненого мовлення та не маючи можливості виразити себе у мовленні, дитина може поводитися гіперактивно.

Усі названі проблеми ідентифікації гіперактивного розладу свідчать про суттєву роль спостереження і збору анамнезу, що найбільше доступно психологові і педагогу у повсякденному спілкуванні з дитиною. Саме тому психолого-педагогічна складова є надзвичайно важливою у діагностуванні порушення розвитку дитини з гіперактивним розладом і збереженні її психічного здоров'я та психосоціальної адаптації.

#### **5.4. Психолого-педагогічні засади корекції гіперактивного розладу з дефіцитом уваги у дітей.**

Для організації допомоги дітям з названим розладом є, насамперед, усвідомлення того, що його не можна подолати якоюсь обмеженою в часі системою заходів. Недоліки самоконтролю, які лежать в основі розладу, зазнаючи певних вікових змін у переважній більшості випадків залишаються на все життя.

Тому краще, що можна зробити, – допомагати дитині організувати свою діяльність і навчати її жити з цією особливістю, отже, розуміти свої недоліки, уміти свідомо їх долати. Навчання це дається тільки тривалою працею, спрямованою на організацію діяльності дитини у школі і вдома. Така допомога і є справжнім психолого-педагогічним супроводом.

Треба сказати, що сьогодні практичні психологи, які працюють у школах і дошкільних навчальних закладах, переважно орієнтовані, по-перше, на виконання обмежених у часі ( порівняно короткотривалих) програм, від яких очікують негайного позитивного ефекту. По-друге, такі програми розраховані на виконання їх самим психологом. Це – індивідуальні чи групові розвиткові заняття, тренінги і т. ін. Усе це, безумовно, має певну цінність, але переважно тоді, коли виступає як один із компонентів цілісної, тривалої програми психолого-педагогічного супроводу дитини. У нашій практиці був випадок, коли шкільний психолог посилався на розроблену ним і затверджену регіональним центром практичної психології і соціальної роботи тридцятигодинну програму, спрямовану на тренування уваги дитини з гіперактивним розладом з допомогою різних варіантів коректурних проб, ігор тощо. Зрозуміло, що така методична розробка свідчить про незнання її автором суті проблеми гіперактивного розладу, і запропоновані вправи позитивного результату дати не можуть, скільки б годин на них не витратив психолог. Тимчасом вони забирають у психолога багато часу, який можна використати набагато плідніше, якщо розуміти стан дитини і методи допомоги їй.

Вихідною позицією у побудові психолого-педагогічного супроводу дитини з гіперактивним розладом є *системність – забезпечення їй допомоги в усіх випадках*, коли вона не може цілеспрямовано працювати, адекватно поводитись. А таких ситуацій безліч. Тому й потрібна злагоджена взаємодія педагога і батьків, щоб єдність педагогічних заходів діяла у школі і вдома.

Активним учасником цього процесу є і сама дитина, якій потрібно допомагати усвідомити свої труднощі і позитивно сприймати допомогу, яка їй надається. А для цього потрібна ще одна дуже *важлива умова – дитині потрібно*

*забезпечити середовище, яке її приймає.* Неприйняття гіперактивної дитини дорослими і ровесниками є дуже серйозною проблемою, яка перешкоджає налагодити продуктивну взаємодію з нею. Справді, дитина з невпорядкованою поведінкою, яка ні на чому не може зосередитися, надмірно рухлива, галаслива, втомлює дорослих і вони мимоволі обмежують спілкування. Дослідженнями встановлено, що матері гіперактивних дітей частіше вдаються до репресивних засобів впливу на них, ніж до змістовного спілкування, що й призводить до виникнення у останніх почуття меншовартості, відкинутості і ворожості [8]. Те ж саме у переважній більшості випадків відбувається й у спілкуванні з педагогами.

Неповноцінне спілкування гіперактивної дитини з дорослими негативно позначається на її загальному психічному розвитку, зокрема, на пізнавальній діяльності, мотивації поведінки та її довільної регуляції. Тільки у взаємодії з дорослим можливе упорядкування і оптимальний розвиток усіх цих сфер.

Стримати роздратування і внутрішню агресію у ставленні до дитини, яка не може всидіти за партою чи неспроможна виконувати з класом прості дії і займається сторонніми справами, допоможе усвідомлення, що перед нами не зловмисник, який «випробовує нерви» дорослого, а дитина з об'єктивно зумовленими розладами, від яких потерпає й сама і потребує співчуття.

Досвід показує, що успіх в адаптації такої дитини до навчального закладу великою мірою залежить саме від ставлення педагога до неї, від налагодження з нею добрих стосунків і вміння приходити на допомогу скрізь, де дитині не вистачає здатності контролювати свої дії. Успіх у цій нелегкій справі великою мірою залежить від індивідуальності педагога, його винахідливості. Нещодавно одна вчителька початкових класів ділилася досвідом, як їй вдалося хлопчика з гіперактивним розладом адаптувати до навчання: у першому класі їй протягом року довелося на уроці тримати його на відстані простягнутої руки, а часто й тримати за руку, щоб у такий спосіб підтримувати емоційний контакт, а на його тлі підтримувати й увагу і спрямовувати до продуктивної діяльності та попереджати порушення дисципліни. Зрозуміло, що така дитина повинна сидіти за партою якнайближче до педагога, щоб постійно бути у полі його зору і він

бачив кожного разу, коли потрібно їй допомогти виконувати завдання та утримати від деструктивних дій. Гіперактивну дитину краще посадити поряд із спокійними, організованими дітьми. А ті, що схильні порушувати дисципліну, повинні сидіти подалі від неї. *Зловживання зауваженнями, особливо окриками, приносить тільки шкоду, адже це ніяк не може допомогти дитині, яка не здатна організувати свою діяльність, змінити свою поведінку.* Від педагога залежить і ставлення дитячого колективу до особливого товариша. Якщо дитина відчуватиме захищеність і прихильність, у неї зменшиться кількість усяких витівок, агресії.

*Без позитивного ставлення до дорослого не можливо виробити у дитини і потребу у позитивній оцінці, без якої не буває продуктивної взаємодії.* Адже особливо значуща похвала людини, яку любиш і якій довіряєш. Така оцінка є добрим важелем регуляції дитячої поведінки. *Позитивні емоції, пов'язані з успішним завершенням поставленого перед дитиною завдання, особливо цінні, бо вони дозволяють закріпити досвід, навички регульованої поведінки.*

*Ще одна умова, яка полегшує упорядкування поведінки гіперактивної дитини і продуктивної взаємодії з нею – їй повинно бути цікаво.* Дефіцит уваги, про який заявлено навіть у назві розладу, буває не завжди однаковим. Більш вразливою є довільна увага, коли потрібно свідомо зосередитись з певною метою. Якщо ж дитині просто стало цікаво, мимовільна увага може виявитися і досить стійкою. Адже не даремно батьки часто не згоджуються з фахівцями щодо розладів уваги у дитини, посилаючись на те, що вона може годинами грати в комп'ютерні ігри. Важливо, щоб безпосередній інтерес був спрямований на змістовні речі, які допомагатимуть дитині зацікавитися й навчальним матеріалом.

Підтримка безпосереднього інтересу лежить в основі усієї педагогічної роботи з гіперактивною дитиною, якій дуже важко підпорядкувати свою діяльність опосередкованій, віддаленій меті. Звичайно, це ніяк не означає, що всю взаємодію з такою дитиною можна будувати тільки на безпосередньому інтересі. Перехід від «хочу», «цікаво» до «потрібно» конче необхідний, але в цьому переході велику роль відіграє безпосередній інтерес.

*Щоб спрямовувати гіперактивну дитину до бажаної поведінки, потрібно*

*постійно підсилювати її мотивацію, викликати зацікавленість близьким бажаним результатом. Саме на таких засадах побудована поведінкова терапія, яка виявляється найефективнішою у педагогічній роботі з гіперактивними дітьми [1; 6].*

Практично поведінкова терапія базується на введенні додаткових стимулів для досягнення бажаної поведінки дитини. Необхідні принаймні дві умови. *По-перше, завдання (дотримання певного правила у виконанні завдання, гри чи у поведінці) повинно бути доступним дитині: інструкція – коротка і чітка, час виконання – нетривалий. Часто завдання, яке зазвичай доступне дітям певного віку, для їхнього гіперактивного ровесника потрібно скорочувати або ділити на кілька окремих. Наприклад, у грі з правилами потрібно починати з одного правила і поки воно не буде відпрацьоване, не вводити нових правил. Воно повинно бути зрозумілим, з чіткою короткою інструкцією. Поступово, у міру закріплення навички виконувати певні вимоги, завдання ускладнюються. Те ж саме й під час виконання завдань у класі: педагог повинен вчасно бачити, коли дитина губиться у послідовності дій і перестає працювати. Так само керують поведінкою батьки вдома.*

*По-друге, мобілізація зусиль дитини для досягнення позитивного результату і підтримання її уваги спеціально стимулюється. Вводиться система винагород і покарань. Цей принцип поведінкової терапії базується саме на тому, що чим коротший шлях до досягнення чогось бажаного, тим легше зосередити на ньому увагу і контролювати поведінку. Тому вводиться система додаткових стимулів, своєрідних орієнтирів, які дозволяють спрямувати дії дитини у потрібному напрямку. Конкретний зміст таких стимулів важко передбачити для всіх випадків. Це залежить від того, що саме дуже бажане для дитини, що може принести їй особливу радість і, навпаки, позбавлення чого буде досить прикрим. Це – не такий уже й простий педагогічний прийом, бо спрощене його використання батьками може звестися до відвертої купівлі певної поведінки на кшталт «зроби, як я прошу, і отримаєш за це гроші на морозиво». Саме тут і потрібні приязні, довірливі стосунки дитини з дорослим, коли його похвала,*

відзнака (наприклад, зірочка для дошкільника за гарну поведінку на занятті чи певна кількість балів за дотримання правил поведінки на уроці) будуть значущими для неї. *Щоб підтримувати у дитини позитивну самооцінку і віру у свої можливості, треба починати із заохочень і позитивних оцінок.* Покарання, штрафи (наприклад, забрати одну із зірочок, які назбиралися за хорошу поведінку) вводяться пізніше і обов'язково так, щоб дитина розуміла, що до неї ставляться так само позитивно, але була порушена домовленість, а це й тягне за собою певну втрату. *Усі відомі сьогодні фахівці з питань корекції гіперактивного розладу наголошують на продуктивності заохочення, позитивної оцінки і застерігають від покарань, які принижують дитину і порушують віру у доброзичливість дорослих та ведуть до негативних наслідків.*

Зрозуміло, що дотримання системи постійної організації діяльності дитини, застосування позитивної стимуляції і штрафів не може обмежуватися тільки навчальним закладом. *Принципи поведінкової терапії з її системою стимуляції бажаної поведінки повинні діяти постійно, в усіх життєвих ситуаціях дитини. Саме тому таким важливим є залучення батьків до реалізації цих принципів у постійній взаємодії з педагогом.* Батьки є основними вихователями дитини, без участі яких позитивних зрушень у її поведінці і розвитку домогтися важко.

*Світова практика корекції гіперактивного розладу у дітей довела, що освіта батьків та залучення їх до свідомої і компетентної допомоги дитині є першочерговим завданням фахівців, на розв'язання якого потрібно спрямовувати усі зусилля.* Тимчасом це завдання є і надзвичайно тяжким для виконання, бо багато батьків самі потребують психологічної допомоги, без якої навряд чи спроможні допомагати своїй дитині. Усі батьки потребують навчання з питань допомоги гіперактивній дитині, від поведінки якої вони й самі потерпають і роблять ряд помилок у намаганні вплинути на неї.

Практично взаємодія педагога і батьків полягає у тому, що педагог заводить спеціальний щоденник, у якому кожного дня повідомляє батькам про проведений дитиною день у школі. Звичайно, це не перелік скарг, а повідомлення про певні успіхи, за які нараховується певна кількість балів ( дошкільникам – зірочок,

квіточок і т. ін..), або називаються недоліки поведінки, виконання завдань на уроці і відповідно знімаються бали у кількості залежній від серйозності порушення. Щодня батьки знайомляться зі змістом адресованих їм повідомлень, разом з дитиною підраховують бали, особливо наголошуючи на успіхах, і за попередньо розробленими критеріями повідомляють про заслужену винагороду, наприклад, збільшення часу на заняття, які дитина дуже любить (перегляд телепередач, заняття за комп'ютером). Зміст винагород, їх відповідність вагомості досягнень кожна сім'я визначає сама, знаючи, які винагороди є значущими для дитини і як їх можна реалізувати. Важливо тільки, щоб заздалегідь було визначено, чого вартий кожен отриманий бал, і обговорено це з дитиною, яка хотітиме отримати більше позитивних балів. Бажано, щоб винагороду не доводилося довго чекати, так вона ефективніше мотивуватиме бажану поведінку. Іноді дієвою винагородою є похвала, повідомлення усім членам сім'ї, як гарно поведився сьогодні малий бешкетник. Це дає дитині почуття прийнятості і допомагає зростати її самооцінці.

*Як бачимо, повинен бути щоденний діловий і доброзичливий контакт між педагогом і батьками і в результаті постійна стимуляція і спрямування у потрібному напрямку поведінки дитини, навчання її робити зусилля для зосередження уваги. Не менш важливим є й те, що дитина усвідомлює свої труднощі і разом з дорослими вчиться їх долати, радіє досягнутим успіхам.*

### **5.5. Алгоритм діяльності шкільного (дошкільного) психолога у психологічному супроводі дитини з гіперактивним розладом і дефіцитом уваги.**

Сьогодні у переважній більшості випадків шкільні психологи не володіють системою послідовних дій у наданні допомоги дітям з гіперактивним розладом. Як уже зазначалося, психологи здебільшого вдаються до окремих занять з дитиною, від яких очікують позитивного ефекту і, звичайно, терплять розчарування. Насправді дитина потребує зовсім інших заходів, а не обмеженої у часі системи занять. Причиною таких помилкових дій є нерозуміння психологом

суті розладу, як стану дитини, який зазнаючи вікових змін, є стійкою її властивістю і залишається протягом усього життя. Допомога такій дитині – це організація її життя так, щоб спрямувати її діяльність у конструктивному напрямку, поступово навчаючи її контролювати свою поведінку.

Виходячи з цього, допомогу дитині з гіперактивним розладом не можна перетворювати на окремий захід. Це – постійний супровід, спрямований на структурування середовища її функціонування.

Робота з гіперактивною дитиною передбачає ряд послідовних кроків психолога, який спираючись на активну участь педагога, що працює з дитиною, батьків та у співпраці з психолого-медико-педагогічною консультацією, є організатором психолого-педагогічного супроводу дитини.

Розглянемо далі алгоритм дій психолога, необхідний для психолого-педагогічного супроводу дитини з гіперактивним розладом.

Сьогодні, коли з'ясуванню готовності дитини до шкільного навчання ще не надається належного значення і воно не є обов'язковим в усіх школах, частіше гіперактивна дитина виявляється уже у процесі навчання. Більше того: обмежене у часі обстеження дитини під час прийому до школи, як ми уже знаємо, може й не виявити гіперактивного розладу й перспективи усіх тих проблем, які він внесе у навчальний процес.

Отже, практично *першим кроком психолога* є на запит педагога, який у своєму класі виявив дитину з «неординарною» поведінкою, здійснити спостереження її у класі під час уроку, на перерві, у спілкуванні з однокласниками, фіксуючи прояви, які характерні для гіперактивного розладу, а також ті відхилення у поведінці, які можуть бути супутніми чи ускладненням розладу внаслідок педагогічних помилок. У цей час психолог має постійний контакт з педагогом, отримуючи від нього додаткові відомості про відхилення у поведінці дитини. Важливим завданням у цей період попереднього спостереження і вивчення дитини є допомога педагогу уникнути неприязних, конфліктних стосунків з нею, які можуть стати перешкодою для всієї подальшої роботи. Часто педагог нічого не знає про гіперактивний розлад і одразу налаштовується



негативно до «невихованої» дитини та звертається до батьків з численними претензіями. Тому уже на цьому етапі психолог повинен дати необхідні пояснення і зробити застереження від конфлікту з батьками.

*Другим кроком* є встановлення контакту з батьками дитини та з'ясування умов її домашнього виховання і в цілому здатність батьків включитися у взаємодію з психологом і педагогом, створивши єдину систему допомоги дитині в школі і вдома. Практично вивчення дитини і встановлення контакту з батьками відбувається паралельно. Але для першої продуктивної зустрічі з батьками психолог уже повинен мати матеріал для обговорення – необхідні знання про проблеми дитини. Так само, як і в роботі з педагогом, психолог докладає усіх зусиль для підтримання доброзичливого і конструктивного контакту з батьками, попереджаючи виникнення конфлікту. Для цього їх треба не злякати необережними судженнями про «неповносправність» дитини і водночас переконати у необхідності серйозних заходів щодо поглибленого вивчення причин ускладнень у її навчанні і поведінці та їх корекції, включаючи й відвідання психолого-медико-педагогічної консультації. Можливо, що інформуванню про консультацію та користь від її відвідання краще буде перенести на окрему, наступну зустріч. Усе це залежить від готовності батьків уже на першій зустрічі обговорювати досить складні питання. У цей час у психолога ще немає підстав говорити про гіперактивний розлад та й діагностування його є компетенцією психіатра. Батьки повинні зрозуміти, що особливості поведінки дитини можуть бути зумовленими об'єктивними (біологічними) причинами, які спричинюють труднощі формування у неї здатності контролювати свою поведінку, але вона може добре розвиватися і реалізувати усі свої здібності, якщо отримуватиме необхідну допомогу з боку дорослих. Така інформація батькам потрібна для того, щоб поступово підготуватися до відвідання дитячого психоневролога, психолого-медико-педагогічної консультації, а також для того, щоб адекватно реагувати на поведінку дитини і труднощі в навчанні, не намагаючись позбутися їх тільки суворістю покарань.

Щоб підтримувати у батьків довіру до психолога і педагога, а також віру у свою дитину, їм обов'язково потрібно повідомляти про її позитивні прояви. Про них треба сказати раніше, ніж почати обговорювати проблеми.

У цей час психолог з'ясовує компетентність батьків та їхню здатність здобувати знання, щоб краще розуміти стан дитини і співпрацювати з психологом та педагогом для поліпшення її навчання і поведінки.

Серед батьків, безумовно, виявиться чимало таких, що нездатні організуватися до співпраці з педагогом, а ще більше – налагодити вдома систему допомоги дитині, зуміти знайти способи заохочення її до виконання поставлених завдань і правил поведінки. Підготувати батьків співпрацювати з педагогом у організації діяльності дитини на засадах поведінкової терапії – найскладніше завдання у психологічному супроводі дитини.

Було б легковажним твердження, що в усіх випадках гіперактивного розладу буде досягнуто вагомих успіхів у співпраці з батьками. Провідні зарубіжні фахівці з питань допомоги дітям з гіперактивним розладом [1], застосовуючи дуже досконалі форми організації роботи з батьками, включаючи психотерапію, тренінги у тому числі й зі змішаними групами батьків і дітей підліткового віку, визнають, що успіху вдається досягнути тільки у двох третинах випадків. Проте це не такий уже й низький показник, бо більша частина дітей отримує шанс повноцінно жити і навчатися.

У наших умовах труднощі будуть і в тому, що велика кількість дітей з гіперактивним розладом, як і з іншими розладами, часто виховується у неблагополучних сім'ях, які не забезпечують елементарних умов для навчання і розвитку дитини, збереження її здоров'я.

Утім, досвід спілкування з батьками гіперактивних дітей у психолого-медико-педагогічній консультації переконує, що серед них є немало таких, які здатні навчатися і організовувати життя сім'ї на користь дитини. На жаль, вони опиняються у конфліктній ситуації, яка ініціюється здебільшого школою. Очевидно, що причиною цього є відсутність у педагогів необхідних знань і позитивної програми взаємодії з гіперактивною дитиною. Неможливість

конструктивно діяти породжує агресію відносно дитини і її батьків, яка від безпорадності обох сторін стає взаємною. Отже, психолог повинен докласти зусиль, щоб утримати педагога від поспішних висновків і неконструктивних дій та спрямувати його зусилля на вивчення усіх особливостей дитини, які будуть необхідними для побудови програми подальшої корекційної роботи з нею.

Підсумком вивчення дитини та спілкування з її батьками є, по-перше, досягнення готовності батьків відвідати психолого-медико-педагогічну консультацію, щоб всебічно вивчити потреби дитини у корекційній допомозі і отримати необхідні рекомендації і, що дуже важливо, підтвержене консультацією право дитини на отримання психолого-педагогічних послуг у системі інклюзивного навчання. Психолог інформує батьків про зміст роботи консультації та допомагає встановити з нею зв'язки.

По-друге, психолог разом з педагогом складають психолого-педагогічну характеристику дитини, обов'язково вказуючи зміст її труднощів у поведінці і навчанні та виявлені її позитивні риси, на які можна буде спертися у подальшій допомозі їй. Як уже зазначалося, психолого-педагогічна характеристика є дуже важливим документом, який суттєво доповнює колегіальне обстеження дитини у консультації та дозволяє пов'язати виявлені її особливості з наведеними у характеристиці у єдину логічно обгрунтовану систему уявлень про її індивідуальність, дати обгрунтовані рекомендації щодо побудови програми надання їй корекційної допомоги в умовах школи.

Після отриманих рекомендацій консультації організовується зустріч батьків та педагога для вироблення спільної стратегії допомоги дитині, що є *третім* важливим кроком психолога у побудові психологічного супроводу дитини з гіперактивним розладом. Під час цієї зустрічі обговорюється план освітньої роботи з батьками і педагогом для адекватного розуміння проблем дитини та відповідних заходів для допомоги їй. Зрозуміло, що у навчальному закладі виявляється далеко не одна дитина з гіперактивним розладом. Тому план освітньої роботи для батьків і педагогів передбачає роботу в групі. Важливо, щоб група укомплектовувалася батьками після детального вивчення кожної дитини і

умов її виховання. Наголосимо, що це – єдина група, де батьки разом з педагогами отримують необхідні знання про гіперактивний розлад та способи допомоги дитині, можуть разом брати участь в обговоренні питань, які їх цікавлять. Усе це об'єднує батьків і педагогів у спільній меті – допомозі дитині і є хорошою профілактикою конфронтації. Налагодження функціонування групи батьків і педагогів є *четвертим* важливим кроком у організації психолого-педагогічного супроводу гіперактивної дитини.

Освітня робота з батьками і педагогами у навчальному закладі буде ефективною тоді, коли психолог достатньо володіє знаннями з питань гіперактивного розладу і допомоги дітям, які від нього потерпають. Можливе залучення для освітньої роботи в групі фахівців психолого-медико-педагогічної консультації. Освітні групи можуть працювати і на базі психолого-медико-педагогічної консультації, батьківського громадського об'єднання. На окремі заняття у таких групах корисно запросити лікаря, який висвітлить можливості медичної допомоги дітям з гіперактивним розладом та супутніми проблемами, які часто з ним поєднуються.

У змішаній групі батьків і педагогів передбачаються різні форми роботи: 1) Інформаційна ( система лекцій), де розкриваються причини, прояви у різні вікові періоди, негативні наслідки не коригованого гіперактивного розладу та роль батьків і педагогів, їх взаємодія у допомозі дитині. 2) Групова дискусія з аналізом цікавих випадків, обґрунтованою оцінкою членами групи успішних дій і помилок. Такі обговорення особливо корисні для підтримання доброзичливих, співчутливих взаємин та оптимізму у батьків, які не залишаються наодинці зі своєю проблемою. 3) Короткі тренінги, які можуть бути продовженням групової дискусії і за змістом є програванням типових ситуацій взаємодії між батьками і педагогами, батьками і дитиною, педагога з дитиною.

Програма освітньої роботи з групою батьків і педагогів передбачає висвітлення таких питань: а) причини і прояви гіперактивного розладу; б) комплексна корекція гіперактивного розладу, роль медичних та психолого-педагогічних заходів; в) батьки – основні вихователі дитини, вирішальна роль

батьківської компетентності і активності у допомозі дитині з гіперактивним розладом; г) підтримання позитивного емоційного контакту дорослих з дитиною – основа успішної корекції її поведінки; д) формування пізнавальних інтересів і їх роль в упорядкуванні навчання і поведінки дитини; е) основні засади поведінкової терапії у корекції поведінки дітей з гіперактивним розладом.

Для висвітлення усіх названих питань потрібна різна кількість часу. Звичайно, найбільше часу і зусиль потребує засвоєння і практичне відпрацювання принципів застосування поведінкової терапії. Його успішність великою мірою залежить від розуміння суті гіперактивного розладу, отже – змісту потреби дитини у допомозі організації її поведінки. Як слушно зазначає Олег Романчук [6], усвідомивши суть проблеми дитини, її труднощів у регуляції своєї поведінки і навчання, батьки стають здатними до винахідливості у кожній окремій ситуації і не потребуватимуть на кожному кроці дрібної опіки фахівця.

*П'ятим* кроком у налагодженні психолого-педагогічного супроводу дітей з гіперактивним розладом є розроблення разом з батьками та педагогом плану щоденного контролю та регуляції поведінки кожної дитини на засадах поведінкової терапії. Успішність його виконання залежить від усвідомлення і готовності виконувати свої обов'язки як батьками, так і педагогом.

Перераховані тут кроки практичного психолога навчального закладу у побудові психолого-педагогічного супроводу дітей з гіперактивним розладом є вузловими питаннями, які необхідно розв'язати. Їх послідовність не є догматичною – деякі завдання будуть розв'язуватися паралельно залежно від потреб у кожному індивідуальному випадку.

Розробивши план взаємодії педагога і батьків, психолог веде спостереження за успішністю роботи з дитиною, у міру потреби періодично зустрічаючись з батьками та педагогом та обговорюючи питання, що виникають.

Так створюється єдина система допомоги дитині контролювати свою поведінку, взаємодіяти з дорослими і ровесниками. Найважливіше правило у цій системі – боротися не з дитиною, а з її недоліком, у подоланні якого вона стає співником батьків і педагогів і, рахуючи досягнення, зростає у власних очах.

Окремим завданням психолога є підтримання зв'язку з психолого-медико-педагогічною консультацією. Така необхідність є майже завжди, оскільки постає питання про супутні гіперактивному розладу проблеми. Зрештою, консультанти можуть здійснювати супервізію щодо психолога, надаючи йому професійну підтримку і допомогу.

Обсяг перерахованих завдань для налагодження психолого-педагогічного супроводу дітей з гіперактивним розладом може здатися спочатку надто обтяжливим і нездійсненним. У міру здобуття досвіду психологом ця робота потребуватиме значно менше зусиль, бо певні завдання будуть відпрацьованими, а головне – у психолога буде завжди план дій, виконання якого приносить успіхи. Не варто перебільшувати очікування, оскільки труднощі поведінки і навчання дитини долаються не одразу. Проте якщо постійна конфронтація між педагогами і батьками гіперактивних дітей хоч трохи зменшиться і, а натомість з'являться ознаки співпраці, психолог працював не марно.

## ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Антшел Кевин: Психотерапия и поведенческие интервенции являются очень важными формами помощи детям с РДВГ / Кевин Антшел. // *НейроNEWS* – 2011. – № 4 – С. 6–11.

2. Дзюба А. Гиперкинетические и коморбидные психические расстройства у детей / А. Дзюба, И. Марценковская. // *Очерки детской психиатрии: учебное пособие для специалистов в области охраны психического здоровья детей* / Под ред. Проф. С. Табачникова и В. Фримонт. – К. : Медицинский журнал *НейроNEWS*, 2016. – С. 187–196.

3. Димер Джеймс: Лечение РДВГ – это не только устранение симптомов, но и повышение самооценки, формирование собственного достоинства, чувства собственного «Я» / Джеймс Димер // *Очерки детской психиатрии* : [учеб. пособ. для специалистов в области охраны психического здоровья детей] / Под ред.

проф. С. Табачникова и В. Фримонт. – К. : Медицинский журнал НейроNEWS, 2012. – С. 169-177.

4. Брызгунов И. П. Непоседливый ребенок или все о гиперактивных детях / И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова. – М. : Институт психотерапии, 2002. – 96 с.

5. Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. / И. И. Мамайчук. – СПб : Речь, 2003. – 400 с.

6. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей. Практичне керівництво / Олег Романчук. – Львів : Джерело, 2008 – 324 с.

7. Романчук О. ГРДУ: від розуміння нейробіології до усвідомлення соціального значення проблеми / Олег Романчук // Очерки детской психиатрии: учебное пособие для специалистов в области охраны психического здоровья детей / Под ред. Профессоров Станислава Табачникова и Ванды Фримонт К. : Медицинский журнал НейроNEWS, 2012. – С.151–160

8. Тржесоглава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте / З. Тржесоглава. – М. : Медицина, 1986. – 236 с.

## РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Ілляшенко Т. Д. Проблема девіантної поведінки у дітей з особливими освітніми потребами в діяльності психолого-медико-педагогічної консультації.: [Електрон. дані] / Т. Д. Ілляшенко // Організація та науково-методичне забезпечення діяльності психологічної служби і ПМПК [Електрон. дані] / за наук. ред. В. Г. Панка та І. І. Цушка. — К. : Український НМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2013. – 1 електрон. опт. диск (CD-ROM), 12 см. – С. 298-327.

2. Ілляшенко Т. Д. Діти з девіантною поведінкою в роботі психолого-медико-педагогічної консультації / Т. Д. Ілляшенко // Методичні рекомендації з окремих аспектів діяльності практичних психологів і консультантів ПМПК [Електрон. дані] / за ред. І. І. Цушка. – К. : Український НМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2013. – 1 електрон. опт. Диск (CD-ROM), 12 см. –

С. 23-38.

3. Ілляшенко Т. Д. Проблема девіантної поведінки у дітей з особливими освітніми потребами в діяльності психолого-медико-педагогічної консультації.: [Електрон. дані] / Т. Д. Ілляшенко // Організація та науково-методичне забезпечення діяльності психологічної служби і ПМПК : [Електрон. дані] / за наук. ред. В. Г. Панка та І. І. Цушка. – К. : Український НМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2013. – 1 електрон. опт. диск (CD-ROM), 12 см. – С. 294–322.

4. Ілляшенко Т. Д. Проблема розладів поведінки дітей у роботі психолого-медико-педагогічної консультації / Т. Д. Ілляшенко // Психолог. – 2012. – № 24. – С. 40–44.

5. Ілляшенко Т. Д. Розвиваємо та навчаємо дитину. Психологічна допомога / Т. Д. Ілляшенко, М. В. Рождественська. – К. : Редакція загально педагогічних газет, 2014.– С. 72-83. – (Бібліотека «Шкільного світу»).

6. Ілляшенко Т. Д. Що означає підготувати дитину з гіперактивним розладом до шкільного навчання / Тамара Ілляшенко // Психолог довкілля. – 2013 – № 6. – С. 4–7.

7. Ілляшенко Т. Д. Як допомогти дитині з гіперактивним розладом / Тамара Ілляшенко // Початкова школа. – 2013. – № 2. – С. 44–46.

8. Обухівська А. Г. Психологу про дітей з особливими потребами у загальноосвітній школі / Антоніна Обухівська, Тамара Ілляшенко, Тамара Жук. – К. : Редакції загальнопед. газет. 2012.– С.110-124. – (Бібліотека «Шкільного світу»).



## **6. ПСИХОЛОГІЧНІ УМОВИ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ ДО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ**

### **6.1. Поняття «аутизм» та сучасний стан його вивчення.**

Термін «аутизм» є загальноповживаним скороченим варіантом визначення «загальні розлади розвитку» (МКХ-10), «розлади аутистичного спектра» (РАС) (DSM-V), «первазивні розлади розвитку» (у клінічній практиці). РАС – порушення нейророзвитку, основними особливостями якого згідно МКХ-10 (ВООЗ, 1992) є якісні порушення реципрокної соціальної взаємодії та спілкування, обмежені, повторювані, стереотипні поведінка, інтереси й заняття. Зазначимо, що РАС значною мірою пов'язані з іншими психічними розладами та медичними станами. На основі епідеміологічних даних приблизно у 50% осіб з РАС спостерігається тяжка та глибока розумова відсталість, у 35% – легка/помірна інтелектуальна недостатність, а решта 15% мають типові вікові особливості розвитку. (Розлади аутистичного спектра. Уніфікований клінічний протокол // НейроNews, 2015, № 6, с. 68)

У сучасній українській та світовій науковій спільноті (медичній та психологічній) продовжуються дискусії щодо змісту поняття аутизм та можливих причин його формування. Відповідно, змінюється думка щодо ефективних педагогічних та психологічних методів навчання, виховання та медичної допомоги дітям та дорослим з аутизмом.

Багатозначність терміна аутизм спричинена його історією. Термін аутизм «прийшов» з медицини, де зазнав певного розвитку. У 1911 році швейцарський психіатр Е. Блейлер вперше використав поняття аутизм у значенні одного з симптомів складного психічного захворювання (шизофренія). Цей симптом характеризувався глибоким порушенням взаємодії особи з реальністю, відокремленістю від зовнішнього світу, самоізоляція у світ внутрішніх переживань та фантазій.

В 1938 році педіатр та психіатр Ганс Аспергер (Австрія) використовував

термін «аутична психопатія» в своїх лекціях з дитячої психології. Описані ним ознаки були визнані окремим синдромом (синдром Аспергера) лише в 1981 році.

У 1943 році у праці дитячого психіатра Лео Каннер (США) йдеться про нову категорію дітей з порушеннями афективного контакту, які він визначив як аутичні порушення. Такі розлади розвитку були означені терміном «ранній дитячий аутизм».

Як бачимо, термін «аутизм» з назви симптому (ознаки) перейшов у розряд назви стану (порушення розвитку). Це і сьогодні спричиняє певну плутанину понять і тлумачень. До того ж, цей термін є медичним, а психологія та педагогіка оперує своїм термінами.

У спеціальній психології, зокрема, вживають термін «розлади аутистичного спектра». Термін «спектр» свідчить про значну кількість проявів цього стану у сферах соціальної взаємодії, соціальної комунікації, у поведінці, та діяльності.

У педагогіці, за світовим досвідом, доречно говорити про труднощі в оволодінні шкільними навичками, труднощі в міжособистісному спілкуванні та мовленнєві особливості у дітей з розладами аутистичного спектра. Подібні труднощі мають також діти з іншими особливостями розвитку (логопедичні, інтелектуальні).

У зв'язку з тим, що аутистичні розлади мають різні прояви в усіх сферах розвитку та охоплюють широкий спектр особливостей дитини, в кожному життєвому випадку завжди спостерігаємо неповторне сполучення таких порушень. Тільки знання сучасних принципів та підходів у визначені ключових ознак цього порушення, постійне зосередження та спостереження за дитиною в певних обставинах, дасть змогу фахівцю говорити про ступінь вираження порушень зі спектра аутизму в конкретному випадку.

У нашій статті йтиметься про психологічні особливості дітей дошкільного віку з розладами аутистичного спектра, які можна спостерігати у поведінці під час різних видів активності дитини та про способи врахування цих особливостей для полегшення процесу адаптації в новому соціальному оточенні.

## **6.2. Психологічне вивчення дитини з розладами аутистичного спектру у навчальному закладі.**

У психіатричній науковій літературі існує певний підхід для діагностування РАС, яке ґрунтується на виявленні позитивних ознак у певних сферах функціонування дитини. Ми вже зазначали, що цими сферами є соціальна комунікація та соціальна взаємодія (дефіцит соціально-емоційної взаємодії, невербальної комунікації, вміння розвивати, підтримувати та розуміти стосунки, спільну гру тощо). Також йдеться про обмежені, повторювані зразки поведінки, інтереси чи діяльність (стереотипні рухи, надмірне дотримання певних ритуалів, зациклені інтереси, гіпер- та гіпочутливість до отримання сенсорної інформації). Крім цього зазначаються певні часові та вікові особливості цих проявів, сила їх впливу на загальне соціальне функціонування дитини в оточенні [Синопис діагностичних критеріїв DSM-V, 2014]. Як бачимо, це достатньо широкий та узагальнений опис можливих проявів аутистичного спектра. Тому фахівець робить висновок за певних чітко визначених умов та з урахуванням обмежень та застережень. Але завдання психолога в навчальному закладі, зокрема в дошкільному, не встановити чи перевірити діагноз, а вивчити індивідуальні психологічні особливості конкретної дитини. Це дає змогу розробити індивідуальну стратегію у корекційному підході, у співпраці з іншими фахівцями закладу розробити Індивідуальну програму розвитку, визначити першочергові цілі та завдання на початковому і подальших етапах втілення програми.

Отже, психологу необхідно індивідуалізувати відомі узагальнені прояви аутистичного розладу для дитини, яка прийшла в заклад. Психолог створює індивідуальний психологічний портрет, який містить як успішні, ефективні, так і несформовані (відсутні у поведінці) уміння та здатності дитини, її індивідуальні засоби спілкування, її страхи та уподобання. Це має бути максимально конкретне уявлення, що сформоване на основі кількох етапів вивчення: вивчення медичних даних (якщо вони надані батьками), спілкування з батьками, педагогами, спостереження за дитиною під час різних видів діяльності (індивідуальна гра, заняття, прогулянка, прийом їжі, сон).

Розлади аутистичного спектра мають вплив на усі сфери розвитку дитини. Це порушення неврологічного розвитку називають первазивним тому, що воно не локалізується у певній сфері, а охоплює фундаментальні властивості та особливості роботи нервової системи і психіки в цілому. Порушення обробки сенсорної інформації як від зовнішніх так від внутрішніх джерел, призводить до надмірної чи недостатньої чутливості, до неможливості узгоджувати реакцію на сенсорні стимули, на мовлення людей як джерело певної інформації. Дитина може стати залежною від певних сенсорних вражень, які її або заспокоюють або тонізують, дають змогу відчувати стан піднесення, активізації або стан спокою і відчуття безпеки.

Порушення у сфері соціальної взаємодії та комунікації спричиняють нездатність чи значну обмеженість у розумінні невербального аспекту спілкування, яка несе у собі важливу емоційну складову, зміст міжособових стосунків, ставлення партнерів під час спілкування. Сюди віднесемо нерозуміння міміки, емоційних реакцій, підтексту мовлення, інтонації, експресивного змісту жестів. Ця складова є очевидної та формується спонтанно у дітей без аутистичних порушень, а діти з РАС потребують спеціально організованого навчання розуміння та використання засобів невербальної складової комунікації.

Діти з РАС нездатні спільно гратись з дорослим чи дитиною через своє обмеження у сфері розуміння невербальної частині спілкування. Загальновідомо, що все виховання та навчання також ґрунтується на спілкуванні та спільній діяльності дорослого та дитини. Тому легко спрогнозувати відставання у розумовому розвитку дитини з РАС та високу ймовірність соціальної дезадаптації. А супутні хворобливі стани та порушення (епілепсія, порушення сну, апетиту, протестні поведінкові реакції) лише будуть збільшувати та посилювати таку негативну тенденцію.

Розглянемо деякі приклади та висновки спостережень за дітьми дошкільного віку з розладами аутистичного спектра, які дадуть змогу конкретизувати індивідуальні особливості поведінки таких дітей.

**ЖЕНЯ, 6 років.**

Зі слів батьків, від народження був чутливим до певних звуків та тактильних контактів. Дуже не любив гучних та різких звуків. До дитячого садка потрапив у 3 роки. Крім РАС у хлопчика діагностували легку розумову відсталість.

Робота психолога не була індивідуальною, дитина була включена у групову роботу.

Під час першої зустрічі Женя уникав зорового контакту, відмовлявся йти з групою дітей на заняття. Його супроводжував помічник вихователя, до якої він мав певну емоційну прихильність. Під час першого заняття до спільних дій не включався. Спостерігались постійні зайві рухи: повороти, нахили, загальна сутулість. Іноді Женя голосно скандував: «Маса! Маса! Маса». Це означало, що він хоче свою машинку. У власному активному мовленні спостерігались прості фрази від 3-ї особи: «Не хочеш? Не хочеш?», «Вже хочеш іти? Вже хочеш іти?», «Зараз підем. Зараз підем». Але за стимуляції дорослих повторював слова вітання, прощання та необхідні фрази під час занять.

Індивідуальна діяльність у групі під час вільного часу була однотипною: возив машинку по килимку, спостерігав за рухом колес, спеціально розкручував колеса та спостерігав за ними. З власної ініціативи до дітей не підходив. Але під час музичних занять чи на фізкультурі ставав у пару з дівчатами чи хлопчиками та виконував усі необхідні рухи чи дії. Під час випускного святкового концерту активно брав участь в номерах, не проявляв імпульсивності, співав, танцював у парі та у групових таночках. Все виконував дуже старанно та правильно. Але зберігалась сильна прихильність до щоденних звичних ритуалів та певних дій.

### **ОВОА, 6 років.**

Відомості від батьків не було. Батьки не йшли на зближення. Аутизм, ускладнений легкою розумовою відсталістю, був встановлений у 3 роки, дошкільний заклад відвідує з 3,5 років. Під час першої взаємодії хлопчик не вступає в контакт, проявляє тривогу та сильне занепокоєння: тре руки, ходить зі сторони в сторону, нахилиється вперед, намагається вийти, голосно скандує звуки. Звернене мовлення не змінює поведінку. Овоа слухається знайомих

дорослих: вихователя, помічника вихователя: заспокоюється, дозволяє взяти себе за руку. До групових занять не приєднується. Після кількох спроб зблизитись дозволяє взяти себе за руку та вийти з приміщення групи, пройтись коридорами. В ігровій кімнаті демонструє польову поведінку: безцільно ходить від одного предмета до іншого, ні на чому не зупиняючи погляд, не зосереджуючись. За 1-2 хвилини проявляє сильне занепокоєння, наближається до дверей, стоїть біля них, притиснувши руки до грудей, починає голосно гудіти. Потім самотійно намагається відкрити двері. У звичному груповому середовищі Вова теж постійно знаходиться в русі: ходить з одного кінця кімнати до іншого. З дітьми та іграшками не взаємодіє. Іноді має в руках дрібні деталі іграшок, чи конструктора (колесо від машини, прапорець від іграшкової вежі). Хлопчик перебирає ними, іноді дивиться, наближаючи до очей збоку. Власне мовлення відсутнє. Для спілкування використовував гучні вигуки та рухи (вираження страху, занепокоєння).

За час перебування в садочку хлопчика привчили відпочивати вдень, самотійно одягатись, роздягатись, під час відвідування туалетної кімнати потребував допомоги дорослого. У їжі Вова був дуже вибірковим: їв тільки рідину з супу, хліб та деякі види других страв.

### **ОЛЕКСІЙ, 5 років.**

Зі слів матері до 2,5 років хлопчик розвивався типово. Видимих та зрозумілих причин зміни поведінки та стану батьки не спостерігали. Зникли прості слова у мовленні, змінилися харчові уподобання. Олексій став дуже збудженим, неуважним, замкненим. Аутизм, ускладнений легкою розумовою відсталістю, було встановлено у 4 роки, тоді він і розпочав відвідувати садочок. Перший рік перебування хлопчик переважно займався тим, що активно рухався по ігровій кімнаті (по колу) або, лежачи на килимку, возив свою улюблену машину. Під час першої взаємодії хлопчик не проявив ніякої цікавості до незнайомого дорослого, проходив повз, не звертаючи уваги. Проте достатньо спокійно включився у групові заняття: разом з дітьми йшов на заняття, але помічник тримав його за руку (Олексій увесь час намагався кудись піти).

Впродовж заняття не включався у спільні ігри, а самостійно вивчав предмети та простір кімнати, брав інвентар. На зауваження не зважав або реагував негативно. Індивідуальні зустрічі були більш продуктивними. З хлопчиком сформувався позитивний емоційний контакт завдяки використанням улюблених рухливих ігор: стрибки, перекиди через голову, підкидання м'яча, гра у сухому басейні. Під час наступних зустрічей Олексій позитивно реагував на дорослого: наближався швидко, брав за руку, прямував до дверей: було зрозуміло, що він хоче якнайшвидше розпочати улюблені ігри. У мовленні з'явилися односкладові фрази від третьої особи. Але під час спілкування хлопчик не користувався зоровим контактом, мімікою для вираження свого внутрішнього стану. Як засіб спілкування використовував збільшення рухової активності та вигуки (небажання та напруження), наближення до дорослого (прохання про щось).

За час перебування в садочку хлопчик успішно справлявся з усіма побутовими навичками самостійності. Але сильне збудження заважало йому ефективно брати участь у заняттях. Виконував лише ті завдання, які йому подобались. Вдень не спав. В їжі був неперекірливим.

**САШКО Н., 5 років,** дитячий аутизм, легка розумова відсталість. Зі слів батьків до 2,5 років розвивався типово. У мовленні були прості слова. Батьків почала непокоїти втрата слів у активному словнику, наростання страхів (миття голови, нові місця), відмова від звичних страв та продуктів. На момент початку відвідування садочка хлопчик зовсім не користувався активним мовленням. Навички самостійності сформовані частково на фоні надмірної опіки з боку мами (дитина пізня, довгоочікувана). Батьків непокоїли обмежені ігрові інтереси дитини: безсюжетна гра з машинами, неможливість приєднатись до його гри, небажання змінювати звичні ігрові дії. Тато говорив про постійні спроби урізноманітнити гру з м'ячем, з машинами, на що Сашко реагував негативно (припиняв гру і йшов з кімнати, забирав іграшки). Це дуже засмучувало батька. Сашко мав особливості сенсорного сприйняття: боявся гучних звуків, а саме, звуку роботи пилосмокта, не любив миття голови. Мамі дуже складно було впоратись з його впертістю: Сашко категорично не хоче змінювати маршрути

прямування в садок і додому (лише певний автобус). Мама не може його годувати, роздягати після прогулянки. Це краще виходить у тата, але не тому, що він виконує дії за сина, а тому, що Сашко його слухається. Таке надання переваги спілкуванню з батьком маму бентежило (вона чутлива та емоційна жінка).

Серед позитивних рис батьки називали певну самостійність у побуті. Хлопчик може сам взяти печиво, сік. Самостійно себе розважає переглядом домашнього відео. Особливо любить фільми про себе маленького. Робить вибір дисків свідомо та розставляє їх у шафі у певному сталому порядку. Любить грати у м'яч (кидає на підлогу та намагається зловити м'яч), але це індивідуальна гра. Подобається прослуховувати дитячі пісні, розхитуватись під музику. Сашко любить активні ігри з татом: «боротьба», підкидання, лоскоти.

Під час першої зустрічі Сашко був дуже скутий, млявий, малорухливий та малоактивний. Він завжди сутулився, ховав голову в плечі, ховав погляд. У нього були холодні та слабкі долоньки. Очевидними були ознаки тривожності та зниженого м'язового тону.

У Сашка були свої улюблені ритуали. Він дуже любив їздити в садок тільки на маленькому автобусі марки ПАЗ. А повертатись із садочка любив лише через метро. По дорозі додому він наполегливо повертав у сторону метро, плакав, опирався. Мама не могла протистояти такій поведінці, тому їм доводилось робити коло, витрачати більше часу та їхати через метро. Вони робили пересадку зі станції «Хрещатик» на «Майдан Незалежності», щоб доїхати до своєї станції «Мінська». У самому метро хлопчик впевнено себе почував, пошепки повторював назви станцій (звуковий контур слів). Ставав дуже уважним і зосередженим. Тато легше долав Сашкову пристрасть до цього ритуалу. Тому часом, він забирав сина з садочка.

У їжі також спостерігались жорсткі уподобання (макарони та сосиски). У групі Сашко зблизився з одним хлопчиком: часто грався поруч з ним, наближався до нього. Під час емоційного збудження, задоволення Сашко починав ходити зі сторони в сторону та швидко бурмотіти незрозумілі сполучення звуків, намагаючись щось висловити. Прохання він виражав коротким виразним



поглядом в очі або більш тривалим зоровим контактом, міг наблизитись до бажаного предмета. Садок Сашко відвідував не систематично. Батьки почали спостерігати загострення проявів впертості та наполягання на своїх способах поведінки. дедалі більше стали закріплюватись ритуали. З більшими труднощами було здійснювати виїзд в місто на зустрічі, прогулянки.

#### **ОЛЕГ, 4 роки.**

Діагноз аутизм був встановлений у 3,5 роки. Зі слів мами, хлопчик завжди був занадто спокійним, уповільненим. Фізичний розвиток наближався до вікових нормативів. Не говорив. Не самостійний у побуті, але дістати собі їжу з холодильника може сам. Не грається в іграшки та з дітьми. Чутливий до гучних звуків, скупчення людей, вибірковий у їжі (найбільше любить сирники). Під час першої зустрічі контакт формувался дуже повільно: хлопчик віддалявся, тулився до мами, намагався відійти якомога далі.

Не проявив позитивного відгуку на звертання, на демонстрацію іграшки. Під час другої зустрічі Олег відгукнувся на просту гру-емоційне зараження: дорослий плескав у долоні та супроводжував це лагідними та веселими словами про зайчиків. Хлопчик засміявся та почав підстрибувати на місці. Таку гру можна було повторити три рази. Під час індивідуальної гри Олег впродовж першого місяця лише ховався під стіл або йшов у дальній куток ігрової кімнати. Потім, коли були сформовані довірчі відносини з вихователями, хлопчик почав проявляти позитивні емоції в різних ситуаціях: під час занять, вільної гри дітей він час від часу усміхався, радісно сміявся та кружляв навколо себе чи бігав по кімнаті.

Для спілкування Олег використовував фізичну відстань: якщо він щось хотів – наближався до дорослого, якщо не хотів – віддалявся, ховався. Під кінець навчального року хлопчик почав підходити до своєї шафи з одягом на знак того, що він щось хоче. Також він почав спокійно відвідувати усі заняття, які проводяться не в групі (фізкультура, музичні заняття).

**МАКСИМ, 4 роки.** Хлопчик відвідував логопедичну групу, тому що його стан було визначено як розлади аутистичного спектра та затримка мовленнєвого

розвитку I рівня.

Зі слів батьків хлопчик завжди проявляв більше інтересу до індивідуальної гри, не демонстрував свої емоції та ставлення до членів родити у звичний спосіб. Йому подобалось розглядати алфавіт та повторювати назви букв за музичною грою. Любив грати у рухливі ігри з м'ячем, але ловити його не вмів – лише копав ногою. У побуті був достатньо вправним і самостійним та на перший погляд не мав видимих порушень чи відхилень у розвитку. Затримка розвитку активного мовлення змусила батьків звернутись по допомогу до фахівців.

Підчас першої зустрічі хлопчик не відреагував на свої ім'я, не звернув увагу на дорослого. Він був зайнятий своєю машиною, яку возив по килимку та спостерігав за рухом колес. В індивідуальній грі також було прагнення до такого особливого заняття: хлопчик рівно розставляв іграшки на полицках у шафі. Але не всі, а лише фігурки тварин. Він це робив за будь-якого зручного випадку.

Через кілька тижнів Максим повертав голову у напряму голосу вихователя. Зі слів логопеда, проявляв цікавість до певного дидактичного матеріалу: букв, великих пазлів, кольорових прищепок та шнурівки. Через місяць хлопчик міг всидіти більше часу на підгруповому занятті, але ще не відповідав на запитання та не висловлював словесно свої прохання. Не говорячи нічого, міг самостійно піти і взяти печиво, води. Навесні Максим швидше відгукувався на своє ім'я, підходив до дорослого за проханням, посміхався у відповідь. А під час занять повторював деякі слова за логопедом грав поруч з дітьми, підходив до них та дивився на їх гру. Максиму також подобалось прослуховувати дитячі пісні та кружляти під музичний супровід.

Наведені приклади конкретизують психологічні особливості дітей дошкільного віку з аутизмом та дають змогу узагальнити типові з них. Серед таких психологічних особливостей як порушення соціальної взаємодії ми помітили під час першої зустрічі уникнення прямого зорового контакту, відсутність емоційного відгуку на звернення дорослого, ігнорування змісту висловлювань. У сфері комунікації були помічені наступні специфічні психологічні риси: використання незвичних засобів комунікації (погляд, незвичні

дії – стукання дверима, зміна фізичної відстані між партнером спілкування). Особливі обмежені інтереси та заняття у дошкільників з РАС спостерігались такі: однотипна гра з одним улюбленим предметом, який часто використовується не функціонально чи тільки за однією функцією; відсутність сюжету в більшості ігор, прагнення відтворити певне сенсорне враження; наявність незвичних інтересів та сильна прихильність до певного порядку дій (вибір одного маршруту, вибір одного виду їжі). Усі діти мали особливості сенсорної сфери: високу чутливість до гучних звуків, дехто уникав дотиків сторонніх дорослих, деякі діти у хвилини емоційного напруження звичним для себе способом стимулювали свою сенсорну систему (крутились, розгойдувались, щось мугикали, розглядали крутіння колес машинки, усамітнювались). Усі діти мали особливі харчові уподобання.

Крім обмежень у психологічних особливостях дітей дошкільного віку з РАС ми спостерігали такі їх особливості, які допомагали сформувати контакт та налагодити взаємодію з ними. Деякі діти позитивно відгукувались та прагнули взаємодії з дорослим під час рухливих ігор, лоскотів, пощипувань, перекидів через голову, стрибків, розгойдування, кружляння. Частина дітей позитивно реагувала на певну музику. Це піднімало їх настрій та формувало довірчі стосунки з дорослим. Для формування довірчих відносин ми використовували уподобання дитини, її захоплення та інтерес, навколо змісту яких будували перші зустрічі, заняття, спільні бесіди, знайомство з однолітками.

### **6.3. Форми допомоги дітям з розладами аутистичного спектру.**

Які ж існуючих ефективних методів психологічної та педагогічної допомоги дітям з РАС можуть бути використані в умовах дошкільного закладу? Звичайно, за потреби та можливості керівництво закладу може організувати професійний супровід такої дитини та її родини фахівцями з прикладного поведінкового аналізу (Adaptive Behavior Analysis, визнаний науково ефективний метод), системи ТЕАССН (Treatment and Education for Autistic and related Communication handicapped Children – терапія і навчання аутичних дітей та таких, що мають

комунікативні порушення), яка є комплексною програмою допомоги людям з аутистичними порушеннями, спрямована на досягнення ними максимально високого ступеню самостійності та інтеграції у суспільство. Також можуть організовані заняття з сенсорної інтеграції, кінезотерапії. А на початковому етапі входження дитини в нове соціальне оточення важливим є готовність середовища прийняти дитину в заклад.

Формування готовності середовища передбачає просвітницьку роботу з педагогами та дітьми з питань особливостей дитини з РАС, її сильних та слабких рис. Це можуть бути зустрічі з батьками, ознайомлення з інформацією про родину (розповідь, демонстрація фото). Також в рамках цієї роботи можна проводити практичні семінари для педагогів з оволодіння специфічними прийомами спілкування та взаємодії з дітьми, які мають порушення у комунікативній сфері. Педагоги повинні дуже добре вивчити індивідуальні особливості дитини. Насамперед потрібно знати, як дитина вступає в контакт, як підтримує контакт, чи включається емоційно у взаємодію з незнайомим дорослим, які індивідуальні прийоми та засоби комунікації з батьками та іншими дорослими вона використовує. Це допоможе зрозуміти новачка та «зчитувати» його невербальні комунікативні сигнали у поведінці. Дуже важливо знати про страхи дитини, на що вона реагує негативно, чого дуже не любить. Це дасть змогу попередити небажану поведінку в незвичних ситуаціях.

Пріоритетним навчальним та виховним завданням початкового адаптаційного періоду перебування дитини з РАС в закладі стає формування довірчих стосунків з дорослими та дітьми. Дорослі можуть цілеспрямовано створювати комунікативні ситуації. Під час цих ситуацій доречно використовувати трохи перебільшену посмішку, погляд в очі та емоційно виразне більш гучне називання дитини по імені. Це дасть дитині відчуття безпеки та довіри до нових незнайомих людей, налаштує її позитивно. Усі інші навчальні завдання на цьому етапі можуть бути пропущені, якщо контакт формується поступово і дитини не активно включається в навчальний процес. Такі комунікативні ситуації є навчальними для дитини з РАС. Саме в цей час

відбувається формування соціальних взаємовідносин. У дітей без таких порушень цей етап проходить непомітно, «сам собою», тому що вони легко оволодівають невербальними засобами комунікації та використовують їх під час спілкування. Спеціально організований етап формування довірчих відносин з дорослими та дітьми є однією з ключових особливостей психологічного забезпечення успішної адаптації дітей дошкільного віку з РАС у новому соціальному оточенні.

Для формування довірчих стосунків з однолітками може бути використана додаткова інформація про дитину та її уподобання. Зокрема, це може бути фото малюка в сімейному колі або за улюбленим заняттям. Сама дитина буде активізуватись під час групового перегляду цих фото, а однолітки будуть зацікавлені у такому незвичному знайомстві. Вони легко згадаються свій власний ігровий досвід чи спогади про сімейне дозвілля. Таке спілкування зближить малят та налаштує на позитивний лад.

У подальшому, під час формування Індивідуальної програми розвитку та конкретних навчальних цілей для дитини з РАС на півріччя та весь навчальний рік доцільно врахувати такі особливості дітей:

порушення у сенсорній сфері впливають на загальне самопочуття та на процес сприймання і обробки усієї інформації (вербальної та невербальної), тому буде добре, якщо дитина з РАС матиме можливість отримувати сенсорну стимуляцію чи сенсорне розвантаження. Цьому може допомогти маленький сенсорний куточок, обладнаний належним чином (про це є багато інформації в мережі інтернет). Важливо пам'ятати, що тут головне не кількість обладнання, а організований підхід вихователя, його уміння помітити втому малюка та вчасно дати можливість переключитись на інший вид діяльності.

включення кінезіологічних вправ у щоденний розклад занять дасть змогу грамотно тонізувати та знімати зайве напруження у дітей з РАС та їх однолітків. Ці спеціальні та прості вправи мають широкий спектр дії та виступають ефективним методом підвищення розумової та фізичної активності.

логопедична робота з дитиною з РАС має йти не тільки в напрямку формування активного мовлення, а й з розвитку невербальної складової

спілкування, з формування зв'язків між реальними предметами дійсності, їх ознаками, діями та словами-назвами.

Окремими видом навчальної роботи може стати тренінг соціальних навичок: уміння взаємодіяти з однолітками (вітатись, прощатись, дякувати, вибачатись, дивитись в очі під час розмови, усміхатись у відповідь на усмішку тощо).

Якщо процес входження в новий колектив дитини з РАС спеціальним чином не організовується, то у більшості випадків це посилює слабкі сторони дитини. Дитина переживає постійне почуття сильної тривоги та напруження, тому прагне його зменшити: уникнути перебування в новому оточенні, сенсорно себе стимулювати, усамітнитись, протестувати тощо. Незнання уподобань дитини та прагнення одразу розпочати заняття без періоду формування довірчих стосунків, призводить до взаємного нерозуміння: дитина не може збагнути, що від неї вимагається, дорослий думає, що дитина навмисне робить все неправильно, проявляє впертість. Це провокує до ізоляції та усамітнення дошкільника з РАС та посилює стереотипну або протестну поведінку.

#### **6.4. Використання модифікованого методу «Моя історія» для покращення процесу адаптації дітей з розладами аутистичного спектра до умов навчального закладу.**

Метод «Соціальні історії» запропоновано та описано Керол Грей (Social stories, 1991; The social story book, 1993), як спосіб пояснення та навчання дитини прийнятним способам соціальної поведінки. Соціальні історії (CI) доступно та наочно дають відповідь дитині, як слід взаємодіяти з іншими дітьми, дорослими, як поводити себе в громадських місцях, як поводити себе в складних ситуаціях (коли щось болить, коли потрібно в туалет, коли хочеться їсти чи пити тощо). Сьогодні цей метод широко використовують в усьому світі для роботи з дітьми з аутизмом. Часто соціальні історії є допоміжним інструментом під час поведінкової терапії (Applied Behavior Analysis, АВА) (Ю. Ерц, Т. Чинчараулі).

Існує велика кількість готових соціальних історій, які написані та

ілюстровані фахівцями для певних ситуацій (для школи, для прогулянки, для магазину тощо). Їх можна знайти в мережі інтернет та використовувати як готові шаблони. Але більшість цих історій іншомовні, що перешкоджає їх використанню. Педагоги можуть самостійно створювати соціальні історії для дитини з РАС, враховуючи методичні вимоги та правила створення соціальних історій. Керол Грей рекомендує використовувати в одній історії кілька називних (описових), перспективних, директивних та кілька контрольних речень. Називні речення дають інформацію про дії людей, причини цих дій у певних ситуаціях та визначають умови виникнення самої ситуації (1991).

Перспективні речення пояснюють реакцію та стани інших людей на певні ситуації, описують їх думки, почуття, внутрішні переживання. Це допомагає дитині з РАС дізнатись та осмислити світ емоцій та переживань інших, що, зазвичай є недоступним для такої дитини. Також перспективні речення можуть розкрити можливі наслідки правильної та неправильної поведінки, дати можливість передбачити результат поведінки для дитини.

Директивні речення називають дитині правильний зразок поведінки. Таких речень має бути обмежена кількість, щоб уникнути ситуації вибору між кількома способами правильної поведінки. Чим більше директивних висловлювань про варіанти правильної поведінки, тим імовірніше виникнення неадекватної поведінки у дитини з аутизмом. Дитина з РАС буквально сприймає інформацію, тому занадто велика кількість можливих варіантів правильної поведінки може поставити її перед ситуацією вибору: який з варіантів є правильним. А це може спричинити внутрішній конфлікт, зростання внутрішньої тривоги та напруження, що спровокує захисну реакцію (протест, уникнення, агресія тощо).

Контрольні речення можна використовувати наприкінці соціальної історії для кращого її запам'ятовування, для внесення суб'єктивного змісту та емоційного забарвлення. Це створюється шляхом використання в історії суб'єктивно значущих змістів (імен родичів чи друзів, улюблених тематичних героїв, інтересів, захоплень тощо). Керол Грей рекомендує використовувати не більше 1 директивного чи контрольного речення на кожні 2-5 називних

(описових) чи перспективних.

Зазвичай соціальні історії супроводжуються наочним матеріалом: фото, малюнками чи символічними зображеннями. Вибір типу ілюстрації залежить від віку, уподобань та особливостей розвитку конкретної дитини, для якої створюється соціальна історія. Наведемо приклад соціальної історії, яку можна використовувати для роботи з дітьми з РАС старшого дошкільного віку, зокрема для формування навичок саморегуляції.

#### **«Бити маму погано»**

- Іноді я так злюсь, що б'ю маму
- Тоді мама сумує
- Коли хочеться когось вдарити, потрібно зупинитись
- Я складаю свої руки разом
- Я роблю 5 глибоких видихів. Тоді я заспокоююсь
- Коли я спокійний, мама щаслива

У цій історії ми бачимо 4 описові речення (1,2,4 та 5), одне речення директивне (3) та контролююче (6).

#### **«Кусатись заборонено»**

- Я люблю гратись з моїм другом
- Іноді я хочу, щоб друзі грали за моїми правилами або в ті ігри, які хочу я
- Якщо друзі відмовляються робити по-моєму, я серджусь
- Коли я серджусь, я кусаю інших людей і роблю їм боляче
- Коли я кусаю інших людей, вони ображаються, плачуть і не хочуть зі мною дружити і грати зі мною

– Коли я злюсь і хочу когось вкусити, я НЕ повинен цього РОБИТИ. Мені потрібно глибоко подихати, послухати улюблену музику. Це мене заспокоїть

- Я НІКОЛИ не кусаю інших людей. Кусати людей ЗАБОРОНЕНО.

#### **«Коли відібрали мою іграшку»**

- Іноді я граю з другом, а він забирає іграшку
- Коли забирають мою іграшку, я сильно серджусь



- Якщо я серджусь, мені потрібно глибоко дихати
- Я можу поліпити тісто чи пластилін, щоб заспокоїтись
- Коли я заспокоюсь, то повернусь до гри з моїм другом

Наведені зразки висловів розміщують під рисунками, які підбирають відповідно до змісту та віку дитини. Саму історію розташовують на одному листку паперу для зручності розглядання та читання її.

Для створення соціальної історії рекомендують дотримуватись такого алгоритму:

1. З якою метою створюється СІ (мета, зумовлюється потребами чи труднощами у поведінці конкретної дитини).
2. Про що буде СІ.
3. Який зразок поведінки буде формувати СІ.
4. Підбір фотографій чи малюнків повинно відбуватись з позиції дитини.
5. Інформативність зображень і тексту. Сам текст має конкретно відображати зображене.

За нашим досвідом, найбільші труднощі виникають під час створення тексту до зображень. Написання цього тексту потрібно здійснювати за такими правилами:

текст повинен називати дію чи стан, які зображені на ілюстрації (фото чи малюнку);

доречно використовувати називні, описові, вказівні речення.

В умовах дошкільного закладу процес входження дитини з РАС у нову соціальну ситуацію має ключове значення. Для дитини з такими особливостями, успішний початок формування нових соціальних зв'язків з дітьми та дорослими є важливою умовою подальшого корекційного навчання. Сама дитина з РАС не ініціює соціальні контакти, а в новій незнайомій ситуації може вдатись до захисної поведінки (уникнення, протест, агресія). Одним з ефективних методів формування міжособистісних стосунків з педагогами та вихователями може стати соціальна історія. Така історія може використовуватись у сімейному колі, в дошкільному закладі з вихователями та однолітками. Ситуація спілкування з

батьками, педагогами та дітьми на цікаві для дитини з РАС теми створить передумови для успішної адаптації, а в подальшому – може стати інструментом для розвитку комунікативних навичок дитини. Ефективність та універсальність методу дозволить вирішувати як соціальні так і комунікативні завдання.

У нашому досвіді було здійснено адаптацію методу СІ. Ми використали інтерес дитини до особистих фото, готовність брати участь у спільному перегляді їх з дорослим. Також у нашому випадку батьки були мотивовані на тісну співпрацю з педагогами. Адаптація та використання в індивідуальній та груповій роботі методу СІ з дітьми з РАС у початковий адаптаційний період та у подальшій корекційно-розвивальній роботі мав позитивні результати. Нижче, наводимо один з прикладів, на якому можна відстежити особливості адаптації та застосування методу СІ в роботі з дошкільниками з РАС в умовах дошкільного навчального закладу.

Нами було модифіковано метод, який отримав робочу назву «Моя історія». Це ілюстрована фотографіями невеличка книжечка (4-8 сторінок) з життя дитини з розладами аутистичного спектра. Ми використали сильну сторону дітей з такими порушеннями: вміння орієнтуватись на реальне зображення, любов до розглядання своїх фотознімків та їх індивідуальний інтерес до певних дій та об'єктів.

Для покращення адаптації дітей дошкільного віку з РАС до умов садочка нами було створено індивідуальні книжечки «Моя історія» двох видів: «Я їду в садочок», «Я в дитячому садку». Ця робота стала можливою за активної участі батьків та ініціювання їх запиту із зазначеної проблеми. Нами було поставлено дві мети: первинна та вторинна. Первинна мета: соціальний розвиток дитини (формування позитивних взаємин з педагогами, створення умов для отримання позитивних емоцій від спілкування з іншою людиною). Загальновідомо, що саме сфера соціальної взаємодії та комунікації є дефіцитною у дітей з РАС: у них не спостерігається спонтанної ініціативи до спілкування з іншою людиною чи однолітком. Показниками успішності первинної мети стали: збільшення тривалості зорового контакту із партнером по спілкуванню, збільшення частоти

ініціювання дитиною спілкування, збільшення тривалості спільної уваги до начального матеріалу (книжечки). На перший план ми поставили за мету: формування позитивної мотивації до спілкування та взаємодії з дорослим. Тобто ми прагнули, щоб завдяки такій цікавій для дитини діяльності, вона захотіла дедалі більше спілкуватись із малознайомим дорослим. Вторинна мета: розвиток активного мовлення. Показниками успішності стали: вживання займенника «я» на позначення своєї особи в активному мовленні, вживання повних простих речень, збільшення активного словника. Формулювання та визначення цілей та їх пріоритетність у подальшому допомагало обирати адекватні виховні та педагогічні дії, прийоми роботи з книжечками.

Спочатку було проаналізовано інтереси дитини: якою дорогою вона любить їхати в садочок, які предмети привертають її увагу по дорозі, що саме викликає у неї позитивні емоції впродовж цієї подорожі. У нашому випадку діти звертали увагу на улюблений вид транспорту, певну будівлю по дорозі, певне місце в салоні автобуса тощо. Також було проаналізовано симпатії та інтереси дитини в садочку: вихователі, однолітки, предмети, заняття, місце в групі.

Після такого вивчення інтересів дітей за допомогою батьків було створено серію фото із улюбленими предметами, транспортом, дітьми, в різних приміщеннях групи, підчас різних видів діяльності тощо. Було відібрано ті фотознімки, на яких чітко представлений улюблений об'єкт чи людина та активна дія. Фото було згруповано у дві книжечки «Я їду в садочок», «Я в дитячому садку». Підпис зображеного здійснювався від імені дитини, в теперішньому часі, не більше як двома простими реченнями. Також ми використовували займенник «я» замість власного імені дитини для опосередкованого розвитку активного вживання цієї частини мови у мовленні дітей.

Подальша робота була спланована таким чином. Ми запропонували працювати з «Моєю історією» поетапно. Впродовж кожного етапу батьки паралельно брали участь у роботі з цими книжечками дома, дотримуючись методичних рекомендацій щодо особливостей їх читання.

### **I етап (3-5 днів).**

Дома батьки працювали з книжечкою «Я в дитячому садку» напередодні, а книжечку «Я їду в садочок» читали або перед поїздкою, або в дорозі (залежно від потреби чи інтересу дитини). Ця книжечка не нав'язувалась дитині, а використовувалась лише за потреби. Після зустрічі дитини у приміщенні групи вихователь пропонував зайти в середину та цікавився, як пройшла поїздка в садок. Якщо у дитини був інтерес вони разом читали книжечку «Я їду в садочок». Дорослий читав підпис під фото, не поспішаючи, повільно. Дитина мала змогу усвідомити та сприйняти побачене і почути. Дорослий перегортав сторінки.

У другій половині дня зазвичай виникала нагода почитати книжечку «Я в дитячому садку». Це допомагало згадати режимні моменти, нагадати про приємні моменти під час занять, прогулянки. Спочатку кілька разів таке читання було індивідуальним, але достатньо швидко до нього приєднувались один-два однолітки. Ці діти часто симпатизували дитині з РАС та прагнули спілкування. Важливо, щоб дорослий не вдавався до зайвих розлогих коментарів (про обставини, про погоду, про одяг тощо). Допускаються короткі прості коментарі тільки про те, що дитина називає сама: якісь предмети, дії. Вихователю слід бути уважним і спостережливим, щоб вловити інтерес дитини та підтримати його. Проте на першому етапі додаткові коментарі можуть сильно відволікати дитину з РАС, створювати додаткові стимули, що заважає реалізації первинної мети: формування взаємин, а вже потім – розвиток мовлення.

### **II етап (4-6 днів).**

На цьому етапі діти з РАС проявляли більше активності та ініціативи у роботі з книжечками: називали об'єкти на фото (зазвичай щось одне і те саме), імена дітей чи вихователів. Дорослий спочатку прочитував підпис, а потім формулював просте речення з тим словом, яке називала дитина. Наприклад, дитина вигукнула ім'я «Маша». Дорослий при перегляді фото зі спільного заняття називав ту дію, яка була зображена: «Маша і Ярослав складають пазли». На цьому етапі крім прямої цілі методу з'являлись умови для реалізації вторинної: розвитку активного мовлення. Але так само вихователь вчився говорити короткими повними фразами, які прямо та безпосередньо відображають дії чи

обставини фотографій. Також зберігались паузи у мовленні дорослого для усвідомлення та співвіднесення дитиною отриманою візуальної та аудіальної інформації.

### **III етап (4-6 днів).**

Під час роботи з книжечками діти з РАС почали більше повторювати слів та частини речень за дорослим. Вихователь розпочинав речення (2-3 слова), а дитина завершувала. Вводити такий прийом потрібно з урахуванням ініціативи та активності дитини. Таку активність стимулює позитивний настрій та налаштування вихователя. Не варто з перших же днів наполягати на тому, щоб дитина завершувала речення-підпису до кожної фотографії. Робити це слід поступово. Варто пам'ятати про первинні та вторинні цілі такої роботи.

### **IV етап (4-6 днів).**

Відмінність цього етапу полягала у збільшенні самостійності дитини під час спільного читання. Дорослий більше приділяє умінню дитини підтримувати послідовність сторінок, утримуванню уваги у спілкуванні, своєчасності називання фрази (під час перегляду відповідного зображення).

Обов'язковим методичним зауваженням до роботи на кожному етапі з методом «Моя історія» є використання похвали. Після завершення читання дорослий висловлює своє позитивне враження від взаємодії з дитиною: «Мені приємно з тобою читати твої книжечки», «Мені подобається читати з тобою твої книжечки», «Весело разом дивитись фотографії та читати книжечку», «Сьогодні ти краще повторював речення. Я рада за тебе», «Сьогодні ти був уважний і сидів спокійно під час читання» тощо.

Такі фрази є обов'язковим підсумком заняття. Їх також слід вимовляти повільно, підтримуючи зоровий контакт з дитиною.

Усі зазначені кроки сприяли формуванню довірчих взаємин між дітьми з РАС і дорослими, однолітками, що збільшило бажання дітей ходити в садочок. Крім цього збільшився активний словник дітей: вони стали використовувати повні речення, особові займенники. У спілкуванні з дорослими стали більш уважними, збільшилась тривалість зорового контакту. Сформовані взаємини

допомогли педагогам під час інших занять спрямовувати та регулювати поведінку дітей з РАС.

Важливо зазначити обмеження щодо використання модифікованого методу «Моя історія» цей метод не підходить дітям, які не розуміють звернене мовлення, які не сприймають фотографічне зображення. Такі обмеження не дають змогу працювати з цим методом. Тільки, коли у дитини є інтерес розглядати власні фото, чи фото знайомих місцин, педагоги можуть спробувати використати цю особливість дитини у навчальній роботі. За нашим досвідом використання індивідуального інтересу та уподобань дитини з розладами аутистичного спектра допомогло на початкових етапах адаптації до нових соціальних умов сформувати довірчі взаємини з дорослими та однолітками.

Наведені напрями навчально-виховної роботи в дошкільному закладі з дитиною з розладами аутистичного спектру забезпечать мінімум її навчальних потреб з урахуванням особливостей цього порушення.

#### ВИКОРИСТАНА ТА РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Налчаджян А. А. Психологическая адаптация: механизмы и стратегии / А. А. Налчаджян. – [2-е изд., перераб. и доп.]. – М. : Эксмо, 2010. – 368 с.
2. Освіта дітей з аутизмом: від міфу до реальності : [навч.-наоч. посіб.] / Укл. Т. Скрипник – К. : Гнозис, 2014. – 26 с.
3. Розлади аутистичного спектра : Уніфікований клінічний протокол // НейроNews. – 2015. – № 6. – С. 68.
4. Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму : [Монографія] / Т. В. Скрипник. – К. : Фенікс, 2010. – 368 с.
5. Скрипник Т. Аутична дитина в дитсадку. Організація психолого-педагогічного супроводу / Т. Скрипник // Дошкільне виховання. – 2014. – № 12. – С. 10–14.
6. Супрун А. В. Использование социальных историй в работе с

дошкольниками с аутизмом (из опыта работы) / А. В. Супрун, К. С. Тороп // Специальное образование: традиции и инновации : Материалы V Междунар. науч.-практ. конф. (г. Минск, 14-15 апреля 2016) : [Электрон. данные] – Минск, 2016.

## **7. ПРОБЛЕМА ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЕВОГО РОЗВИТКУ.**

### **7.1. Мовлення і загальний психічний розвиток дитини.**

В Україні кількість дітей, що мають ті чи інші порушення мовленнєвого розвитку та потребують логопедичної допомоги, не зменшується. Більше того, серед дітей з порушеннями в розвитку частка дітей з мовленнєвими вадами сягає більше половини [14; с. 53]. Логопеди-практики спостерігають «багатошаровість» контингенту дошкільних та шкільних навчальних закладів для дітей із тяжкими порушеннями мовлення, а також зміни вікових параметрів відхилень та перебігу мовленнєвого порушення, утворення модифікацій патологій розвитку мовлення у вигляді їх поєднання з гіперактивністю, мінімальною мозковою дисфункцією, перинатальним ураженням мозку тощо.

Недоліки мовленнєвого розвитку дитини обмежують пізнання нею навколишнього світу, оволодіння знаннями, негативно впливають на формування її емоційної, інтелектуальної сфери. Спілкування з однолітками і дорослими, висловлення власних думок за таких умов значно ускладнюється. Усвідомлення власної мовленнєвої недостатності викликає почуття неблагополуччя, переживання, навіть, страх мовлення. Негативні емоційні стани нівелюють соціальну значущість особистості, сприяють формуванню своєрідних психологічних і патопсихологічних особливостей, що вимагає проведення спеціальної роботи, спрямованої на психологічну корекцію та соціальну адаптацію дитини.

Наявність у дитини того чи іншого порушення психофізичного розвитку обумовлює своєрідність її подальшого розвитку. Особливості мовленнєвих порушень різного ступеня впливають на розвиток всіх психічних процесів та формування особистості в цілому. Дана категорія дітей має ряд психолого-педагогічних особливостей, які ускладнюють їх соціальну адаптацію та потребують цілеспрямованої корекційної допомоги [1; с. 34]. З огляду на це виникає необхідність аналізу психологічних особливостей та закономірностей



психічного та особистісного розвитку дітей з порушеннями мовлення, а також взаємообумовленості корекції психологічних та мовленнєвих відхилень.

Пріоритетність мовлення в становленні особистості дитини дошкільного та шкільного віку є беззаперечною. Мовлення є однією із найскладніших форм вищих психічних функцій (Л. Виготський, О. Леонтьєв, С. Рубінштейн та ін.). Природне активне засвоєння мовлення дитиною зумовлене її потребами у пізнанні, комунікації, самореалізації. Мовлення сприяє формуванню інтелектуального потенціалу, збільшує пізнавальну активність, розширює світогляд, стимулює та збагачує комунікативні навички.

Отже, мовленнєва діяльність формується і функціонує нероздільно із загальним психічним розвитком дитини. Мовлення відіграє важливу роль у процесі психічного розвитку і впливає на формування особистості. У дітей, що мають порушення мовлення, і розвиток особистості може відбуватися з певними особливостями.

І. Левченко зазначає, що жодне психологічне явище неможливо вивчати без урахування потреб, мотивів, цілей, цінностей людини, її ставлення до себе та світу. Тому важливим принципом психологічної діагностики, надалі і корекції, має бути апеляція до особистості [8].

Поняття «особистість» у сучасній науці тлумачиться з позиції психологічних та соціальних характеристик. Так, психологічна наука визначає особистість, як відносно сталу саморегулюючу динамічну функціональну систему структурних елементів, що взаємодіють між собою. Психологічну структуру особистості складають її психічні властивості (характер, темперамент, здібності), життєвий досвід, індивідуальні особливості психічних процесів. Також виділяють інтелектуально-пізнавальну сферу, емоційну, вольову, мотиваційну, психомоторну сфери.

У соціальній структурі особистості виокремлюють такі елементи:

- спосіб реалізації соціальних якостей у діяльності (трудовій, суспільній тощо):
- об'єктивні соціальні потреби особистості, що зумовлюють її поведінку;

- здібності до творчої діяльності, знання, навички;
- моральні норми та принципи, якими керується особистість; переконання, що визначають головну лінію поведінки людини.

Соціальна структура особистості протягом часу зазнає постійних змін, оскільки змінюється її соціальне оточення.

У логопсихології поняття «особистість» розглядається в системі тих психологічних характеристик дитини, що є соціально обумовленими та проявляються стійкими властивостями, визначають моральні вчинки, що мають істотне значення для неї самої та оточуючих [7; с. 249].

Загалом формування особистості дитини відбувається через пізнавальну сферу, розвиток самосвідомості та самооцінки, мотиваційної сфери, динамічної та змістової сторін емоцій та почуттів, а також через вплив на нього тих видів діяльності, які вона виконує.

Аналіз наукової літератури з означеного питання показує, що особливості пізнавальної діяльності дітей з порушеннями мовлення та їх особистісний розвиток вивчені фрагментарно.

С. Конопляста зазначає, що періоди особистісного та пізнавального розвитку в онтогенезі поєднуються один з одним. Разом з тим, процес інтелектуального розвитку дітей відбувається швидше і закінчується раніше, ніж процес особистісного, а періоди пізнавального розвитку дещо коротші, ніж періоди особистісного. Виходячи із сучасних уявлень про періодизацію особистісного розвитку, у логопсихології зупиняються на таких його етапах. Період розвитку особистості поділяється на чотири етапи, два з яких охоплюють період дошкільного дитинства (від народження до трьох років та від трьох до шести років) і два – шкільні роки (від шести-семи до 10-11 і від 11-12 до 15-16 років). До того ж остаточно процес особистісного розвитку в основному завершується пізніше, ніж інтелектуального, і, як правило, виходить за межі шкільного віку.

Визначальним для розвитку особистості є саме дитинство. Майже всі основні властивості особистості формуються в дитинстві, за винятком тих, що

людина набуває у процесі життєвого досвіду.

Протягом дошкільного віку змінюються зміст і форми активності дитини в її спілкуванні з іншими людьми і в ставленні до самої себе. Розвиток дитини як особистості залежить від основних факторів формування дитини, оскільки вона в процесі своєї діяльності й спілкування стає учасником соціальних зв'язків та взаємин. Дитина вчиться бути особистістю, розвивається як особистість і утверджується як особистість [12; с. 314]. Дитина до 3-4 років обирає для себе авторитет – дорослого, який багато знає, вміє, може все показати та навчити. Окрім того, змінюються її спосіб життя, зміст і форми спілкування з іншими людьми, різко зростають можливості фізичного і психічного розвитку, породжуючи нові потреби, інтереси, а отже, й нові спонукання до дедалі більш різноманітних видів діяльності. Активність дитини в спілкуванні, як і пізнавальна активність, набуває у дітей дошкільного віку керованого, довільного характеру [12; с. 314; 6; с.167].

За даними психологічних досліджень у межах дитинства вирізняють декілька періодів сенситивних для розвитку окремих груп особистісних якостей дитини:

- період формування первинних мотивів людини та її рис характеру, що припадає на дошкільне дитинство від народження до часу вступу до школи). У цей період розвиваються основні (характер, способи поведінки, манери) та інструментальні особистісні властивості (засоби досягнення цілей). У ранньому дитинстві вони формуються внаслідок взаємодії генотипу і середовища. У старшому дошкільному віці розвиваються вже на ґрунті соціально-психологічних законів;

- молодший шкільний вік і початок підліткового є часом прискореного розвитку здібностей, а старший шкільний вік – час розвитку моральних установок системи поглядів особистості на світ [6; с. 167].

На формування особистості впливають не лише середовище і генотип, але й такі психічні процеси як відчуття, сприймання, пам'ять, увага, уява, мислення та мовлення. Проте, саме мовлення посідає одне з головних місць у процесі

психічного розвитку дитини і формуванні її особистості. А тому стає очевидним, що у дітей з порушенням мовлення розвиток особистості буде відбуватися складніше.

*Отже, діти із порушеннями мовленнєвого розвитку складають особливу групу та потребують допомоги не лише у мовленнєвій сфері. Саме тому величезну увагу, на думку науковців, слід приділяти розвитку особистості дитини з порушеннями мовлення.*

## **7.2. Вплив різних розладів мовлення на порушення формування особистості дитини.**

Мовленнєві розлади можуть порушувати фізіологічну, психічну і соціальну сфери особистості. Це означає появу загально-невротичних порушень: різко посилюється хвороблива реакція особистості, аж до виникнення депресивних реакцій, пов'язаних з недосконалим мовленням, страхом мовлення, фобіями. Всі науковці погоджуються з твердженням, про те, що вади мовленнєвої діяльності відбиваються на здатності дитини до спілкування та здійснюють негативний вплив на становлення особистості дитини. Для дітей з вадами мовлення, в більшості випадків, ситуації спілкування є неприємними.

Автори (Г. Чіркїна, І. Левченко, Л. Солов'єва) пов'язують формування особистості дитини з мовленнєвими вадами з характером та вираженістю мовленнєвого порушення. Вони зазначають, що особистісні особливості логопатів впливають на розвиток самооцінки та самосвідомості, на ставлення до навколишніх. У процесі дослідження розвитку особистості дошкільників з порушеннями мовлення виявлено низку особливостей, які полягають у заниженій самооцінці, комунікативних порушеннях, виявах тривожності й агресивності.

Усвідомлення мовленнєвого дефекту, ступінь фіксованості на ньому вивчались, здебільшого у дітей, що заїкаються (С. Павлова, В. Селіверстов). Залежно від рівня комунікативних порушень і ставлення до мовленнєвого порушення серед дошкільників виокремлюють три групи:

- 1) Дітей не турбує власний мовленнєвий дефект, тому немає труднощів з

мовленнєвим контактом; вони активно взаємодіють з дорослими і ровесниками;

2) У дітей виникають труднощі у процесі встановлення контакту з навколишніми, вони не прагнуть до спілкування, уникають ситуацій, в яких потрібно застосовувати мовлення. У процесі гри вдаються до невербальних засобів спілкування, гостро переживають свій мовленнєвий дефект;

3) У цих дітей спостерігається мовленнєвий негативізм – вони відмовляються спілкуватися, замкнені, можуть бути агресивними, мають занижену самооцінку.

Особистісні якості дитини з порушеннями мовлення в залежності від її характеру та ставлення до своєї вади вивчала і С. Лауткіна [7]. Вона виділила кілька типів формування особистості з мовленнєвими недоліками:

– соціально орієнтований (конформний), такий що демонструє кон'юнктурне підпорядкування будь-яким авторитетам групи, прагне бути таким, як усі;

– домінуючий тип. Прагне до лідерства, схвалення, виявляє схильність до конфліктів, має високі домагання;

– чутливий до всього, що лякає, радує. Боязкі та сором'язливі, не люблять великих компаній, азартних ігор. Відрізняються слухняністю, виявляють емоційну прихильність до батьків. Труднощі адаптації пов'язані з усвідомленням своєї відмінності від інших, провокують комплекс неповноцінності. Виявляються високі моральні вимоги до себе і навколишніх.

– тривожний. Властиві невпевненість у власних силах, поганий настрій, пасивність.

– інтровертований. Характеризується замкнутістю, відірваністю від реальності, любить самотність, уникає конфліктів з навколишніми, протестує тільки при спробах втручання в його особисте життя. Такі діти мають на все свою точку зору, яку через невпевненість в своїх силах, не відстоюють в суперечках;

– гармонійний. Діти, що розвиваються гармонійно, адекватно реагують на свій мовленнєвий дефект. Активні у діяльності, прагнуть до спілкування. При хороших здібностях виявляють недостатню дисциплінованість. Іноді

переоцінюють свої здібності, бувають занадто самовпевнені, переживають свої помилки, але прагнуть їх виправити.

Варто зазначити, що особливості особистості насамперед пов'язані із тим чи іншим порушенням мовлення. Різні мовленнєві порушення мають різний вплив на особистість і поведінку дитини. А тому, розглянемо ті особистісні властивості, які стосуються конкретного мовленнєвого порушення.

При **дислалії**, негативний вплив на розвиток особистості має усвідомлення дитиною власного дефекту, у більшості випадків внаслідок зауважень батьків. Нерідко критичне ставлення до стану власного мовлення призводить до того, що діти починають соромитись говорити, стають замкнутими, невпевненими в своїх силах і можливостях. У результаті можуть формуватись негативні особистісні якості: замкнутість, негативізм, неконтактність [5; с. 60]. Діти можуть маскувати свій дефект відмовою від мовленнєвого контакту, або намагаються відповідати тихо, однослівно, не виявляють бажання розповідати вірші, брати участь у дитячих святах.

Складні поліморфні порушення звуковимови, які спостерігаються при **ринолалії**, можуть призвести до формування невротичних реакцій, вважають А. Уракова, А. Іпполітова. Такі реакції проявляються у вигляді невротичних страхів, реакцій опозиції, негативізму. У дітей молодшого віку вони виражаються найчастіше в невротичних проявах: енурезі, неврастенії, розгальмованості. У цьому віці відмічається більш легка адаптація в колективі ровесників, однак, у дітей починає формуватись розуміння своєї неповноцінності. Недоконале мовлення нерідко стає об'єктом для насмішок навколишніх, що також сприяє низькій самооцінці. У дітей з'являється страх перед вступом до школи, який пов'язаний не із зовнішнім проявом дефекту, а також із його усвідомленням. У старшому віці домінують такі порушення як невпевненість, замкнутість, істеричні якості.

У дітей із **незрощеннями губи і піднебіння** відмічаються мовчазливість, відсутність ініціативи, зниження авторитету в колективі ровесників (М. Попова, І. Золотарева). У дітей з дизартрією відмічаються різноманітні варіанти

негативного розвитку особистості. Так, одні діти схильні до реакцій істеричного типу, інші лякливі, загальмовані, погано пристосовані до змін середовища.

При **дизартрії**, як правило, можуть спостерігатися різноманітні варіанти негативного розвитку особистості. В дошкільному віці такі діти схильні до дратівливості, перепадів настрою, рухливої неспокійності, часто проявляється грубість, неслухняність. Для дитини зі стертою формою дизартрії характерні замкнутість, невпевненість в своїх силах і можливостях, сором'язливість. Часто спостерігається відсутність критичності до свого стану. При тяжких ступенях дизартрії можуть спостерігатися психопатоподібні зміни особистості або формування особистості по типу органічної групи психопатій (Ю. Дем'янов). У цю групу входять такі психопатоподібні типи:

- збудливий тип – характерне прагнення до задоволення, в будь-яких умовах і будь-якою ціною, спостерігається підвищена агресивність;

- нестійкий тип – характерна жага сенсорних вражень, емоційна нестійкість, низька працездатність, прагнення до задоволень;

- конформний тип – характерна відсутність самостійності, ініціативи, підвищена залежність від думки інших [5; с. 61-62].

Вивчаючи причини виникнення невротичних рис характеру у дітей з **моторною алалією**, дослідники (Б. Гріншпун, К. Мастюкова) пов'язують їх з неблагополучними соціальними умовами, з недоброчливим ставленням до дитини дорослих і ровесників, з нервово обраним стилем виховання. Страх помилитись і викликати насмішку навколишніх призводить дітей з моторною алалією до зниження мовленнєвої активності і вербального спілкування. Усвідомлення власного мовленнєвого порушення може породити як дисгармонічні риси характеру, так і різноманітні невротичні симптомокомплекси [5; с. 75].

При моторній алалії В. Ковшиков виділяє три групи дітей в залежності від стану особистості та емоційно-вольової сфери. Перша, найменш чисельна – емоційно-вольова сфера і особистісні якості у дітей збережені, відхилення не виходять за межі норми. Другій групі дітей властива підвищена збудливість,

гіперактивність, схильність до підвищеного фону настрою, некритичність щодо мовленнєвого порушення. Третя група є найбільш чисельною: діти цієї групи відрізняються підвищеною загальмованістю, зниженням активності, критичним ставленням до свого дефекту, спостерігається виражене переживання з цього приводу, мовленнєвий негативізм. Діти невпевнені в собі, замкнуті, сором'язливі [5; с. 168 ]. Спроби мовленнєвого контакту з дитиною можуть спричинити виявлення негативізму з її боку.

При **сенсорній алалії** розвиток особистості часто йде по невротичному типу. У таких дітей відмічаються замкнутість, негативізм та емоційна напруга. Вони плаксиві, для них характерна підвищена вразливість, невпевненість у собі і своїх можливостях [5; с. 75]. Проте, часто спостерігається прагнення до мовленнєвого спілкування, однак воно зазвичай супроводжується дратівливістю, емоційною реакцією у відповідь на нерозуміння їх мовлення навколишніми. Можлива також вибіркова контактність з оточуючими. У якості засобів спілкування такі діти активно використовують жести та міміку. За наявності власного мовлення вербальні засоби спілкування залишаються поза власним контролем.

Вивчення особливостей самооцінки у дітей із **загальним недорозвитком мовлення**, проведені Л. Шипіциною, Л. Волковою, показало, що самооцінка у хлопчиків відрізняється від адекватної меншою мірою, ніж у дівчаток. Хлопчики вважають себе чесними, хоробрими, невразливими, однак вони менше спілкуються та є менш щасливими. Також, як і дівчатка вони усвідомлюють, що причиною їх нетовариськості є мовленнєвий дефект, однак не вважають себе обділеними в тій мірі, що й дівчатка з порушеним мовленням. В цілому діти недостатньо критично оцінюють свої можливості, частіше переоцінюють їх. У більшості випадків об'єктивна особистісна характеристика не співпадає із самооцінкою, багато своїх рис характеру діти не відмічають і не оцінюють. Частіше за все не фіксується увага на негативних рисах характеру, а позитивні якості дещо переоцінюються.

Тимчасом Ю. Гаркуша і В. Коржавіна вказують на достатньо високу



самооцінку дітей дошкільного віку із загальним недорозвитком мовлення. Автори відмічають, що дітям важливо, як до них ставляться дорослі. У частини дітей самооцінка співпадає з оцінкою ставлення до них дорослих (діти із високою самооцінкою), у частини дітей – не співпадає (переважно діти із низькою самооцінкою).

У більшості дітей з ускладненим варіантом загального недорозвитку мовлення (за К. Мастюковою) можлива надмірна розгальмованість поведінки. Такі діти імпульсивні, іноді важко передбачити, що вони здатні зробити наступної хвилини. Гіпердинамічна дитина не пам'ятає образ, не тримає зла, хоча часто конфліктує з ровесниками й одразу мириться з ними. Виникають ситуації, коли дитина надмірно запальна, забіякувата, не по-дитячому агресивна, жорстока.

Особливості особистості дітей із **заїканням**, багато в чому визначаються феноменом фіксованості на своєму порушенні і ступенем фіксації, який може бути нульовим, помірним та вираженим. Діти з нульовим ступенем фіксації не відчують тиску від усвідомлення свого неповноцінного мовлення або навіть не помічають його. Вони охоче вступають в контакт із однолітками, знайомими і незнайомими. Діти із помірним ступенем фіксації відчують у зв'язку із заїканням неприємні переживання, приховують його. Але усвідомлення ними свого недоліку і переживання не виливаються у відчуття власної неповноцінності, а намагання приховати недолік є лише бажанням не викликати увагу навколишніх. При вираженому ступені, відмічається постійна нав'язлива фіксація на своєму мовленнєвому дефекті. Ці діти постійно концентрують увагу на власних мовленнєвих невдачах, глибоко та протягом довгого часу переживають їх, ставлячи свою діяльність в залежність від них. Характерні нав'язливі думки, виражений страх перед мовленням. Особливості особистості при заїканні також залежать від його клінічної форми. До появи заїкання по невротичному типу у багатьох дітей спостерігаються такі характерні особливості, як підвищена вразливість, тривожність, перепади настрою, дратівливість, плаксивість, різноманітні фобії. Відмічаються труднощі адаптації до нового оточення. При особливо неблагополучному перебігу заїкання формується дисгармонічний

розвиток особистості, який проявляється у відчутті соціальної неповноцінності, постійно зниженому фоні настрою, ситуативній логофобії. При неврозподібному заїканні особистісні особливості залежать від поєднання заїкання із церебрастенічним чи гіпердинамічним синдромами. При церебрастенії можливі різні варіанти рис особистості: від загальмованості, апатичності до дратівливості, плаксивості. В основі вказаних порушень лежить стійкий патологічний стан, обумовлений дезорганізацією мовлення – як на психомоторному, так і на психолінгвістичному рівнях.

Особливості особистості при **порушеннях темпу мовлення** (брадилалії (уповільненість) і тахилалії (прискореність)) в основному пов'язані із характерологічними особливостями дітей, а також із усвідомленням ними свого дефекту. При брадилалії усвідомлення дефекту відмічається, як правило, в більш тяжких випадках. При тахилалії ставлення до порушення мовлення неоднозначне: від нейтрального до вираженого негативного [6; с. 93].

Різні відхилення в розвитку мовлення дитини (вади звуковимови, порушення фонематичної системи, недорозвиток лексичної й граматичної систем, заїкання) негативно позначаються на сприйманні мовлення, висловлюванні власних думок і перешкоджають в опануванні навичками читання та грамотного письма. **Письмове мовлення** відіграє значну роль для успішного навчання у школі. Стійкі порушення процесів читання та письма неминуче чинитимуть негативний вплив на загальний розвиток дитини. Крім того, можуть виникнути й зміни особистості. За даними Р. Лалаєвої, постійні невдачі у процесі опанування навичок читання та письма здатні викликати у дитини невпевненість у собі, нерішучість, тривожну недовірливість, озлобленість, агресивність, негативні реакції. При порушеннях читання та письма у більшості випадків у дітей фіксується несформованість багатьох вищих психічних функцій: зорового, слухового аналізу і синтезу, просторових уявлень, розлади уваги, пам'яті, сукцесивних та симультанних процесів при сприйманні та відтворенні мовленнєвого та немовленнєвого матеріалу, недостатність емоційно-вольової сфери, девіантна поведінка тощо. Як наслідок, у ситуації постійного неуспіху у

частини учнів виникає негативне ставлення до навчання, знижується пізнавальна активність. Школярі з мовленнєвими порушеннями втрачають інтерес до навчання, можуть переходити до категорії порушників дисципліни.

Отже, дитина, що має ті чи інші мовленнєві дефекти у багатьох випадках піддається глузуванню з боку однолітків, образливим зауваженням дорослих, за рішенням вихователя не приймає участі у концертах і святах у дитячих навчальних закладах. Дитина відчуває себе гіршою за інших дітей, поступово віддаляється від колективу, намагається відмовчуватись під час бесід та опитувань на заняттях чи відповідати однослівно, не хоче брати участі у мовленнєвих іграх. У дітей формується розуміння власної неповноцінності.

Діти із порушеннями мовлення часто відчувають значні труднощі у встановленні контакту з оточенням, уникають спільних ігор з іншими дітьми, на заняттях відповідають без бажання, не виявляють ініціативи та активності. Це безперечно супроводжується такими особливостями емоційної сфери, як підвищена тривожність, почуття страху від контакту як з однолітками, так і з дорослими. Серед особливостей мотиваційної сфери значно знижується мотив досягнення, що зумовлює відносну пасивність цих дітей у різних сферах діяльності, які супроводжуються спілкуванням.

Теоретичний аналіз питань впливу мовленнєвих порушень на особистість, емоційно-вольову сферу та поведінку дитини, а також спостереження за дітьми дають можливість підтвердити важливе значення мовлення у розвитку особистості. Проте, розвиток особистості дошкільників із порушенням мовлення має низку особливостей, які в основному проявляються в заниженій самооцінці, негативізмі, мовленнєвій замкнутості, навіть в агресивності і дратівливості. Розвиток особистості зумовлений не лише дефектом як таким, але і тим фактом, що дитина усвідомлює свій дефект і відчуває особливе ставлення до неї з боку інших людей. Пристосовуючись до свого дефекту, дитина формує певні захисні механізми, які накладають відбиток на формування її особистості. Розлади в емоційно-вольовій та особистісній сферах у дітей, що мають вади мовлення, знижують та погіршують працездатність, можуть призводити до порушень поведінки та явищ

соціальної дезадаптації. У зв'язку з цим особливе значення має диференційована психопрофілактика та психокорекція наявних у дітей особливостей емоційно-особистісного розвитку, взаємозв'язок у роботі логопеда та психолога. Необхідно сформувати у дітей усвідомлене і вмотивоване ставлення до роботи над мовленням, прагнення подолати свій мовленнєвий дефект. Але, найголовніше – вчасно виявити та подолати мовленнєві порушення у кожної дитини. За умов правильного підходу до виховання дітей з проблемами в мовленнєвому розвитку, оптимізації психолого-педагогічних заходів можливо уникнути вищезазначених проблем.

Сьогодні психолого-медико-педагогічні консультації працюють над поглибленим психологічним вивченням дитини та відображенням його у рекомендаціях батькам та педагогам щодо комплексного підходу до корекції виявлених недоліків у розвитку дитини. Зокрема, особлива увага надається взаємодії логопеда, педагога та шкільного психолога у попередженні відхилень у розвитку вторинних порушень особистості на тлі мовленнєвих порушень.

#### ВИКОРИСТАНА ТА РЕКОМЕНДОВАА ЛІТЕРАТУРА

1. Белякова Л. Л. Заикание / Л. Л. Белякова, Е. А. Дьякова. – М., 1998. – 210 с.
2. Волкова Л. С. Логопедия / Л. С. Волкова. – М. : ВЛАДОС, 2006. – 703 с.
3. Выготский Л. С. Собрание сочинений в 6 т. : Т. 2. Проблемы общей психологии / Л. С. Выготский ; гл. ред. А. В. Запорожець. – М. : Педагогика, 1982. – 504 с.
4. Выготский Л. С. Собрание сочинений в 6 т. : Т. 5. Основы дефектологии / Л. С. Выготский ; гл. ред. А. В. Запорожець. – М. : Педагогика, 1983. – 369 с.
5. Детская логопсихология : учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Спец. дошк. педагогика и психология» / [Денисова О. А. и др.] ; под ред. В. И. Селиверстова. – М. : ВЛАДОС, 2008. – 175с.
6. Конопляста С. Ю. Логопсихологія: навчальний посібник. / За ред. д-ра

пед. наук, проф. М. К. Шеремет ; С. Ю. Конопляста, Т. В. Сак. – К. : Знання, 2010. – 294 с. : табл.

7. Лауткина С. В. Логопсихология / С. В. Лауткина. – Витебск : УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2007. – 150 с.

8. Левченко И. Ю. Психологическое изучение детей с нарушениями развития / И. Ю. Левченко, Н. А. Киселёва ; под науч. ред. И. Ю. Левченко. – М. : Национальный книжный центр, 2013. – 152 с.

9. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека / А. Р. Лурия. – М. : Питер, 2002. – 342 с.

10. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии / А. Р. Лурия. – М., 2002.

11. Лурия А. Р. Речь и интеллект в развитии ребёнка / А. Р. Лурия. – М., 1927.

12. Люблінська Г. О. Дитяча психологія: навч. посібник / Г. О. Люблінська. – К. : Вища школа, 1974. – 355 с.

13. Селиверстов В. Л. Психологическая модель феномена фиксированности на своем речевом дефекте / В. Л. Селиверстов // Дефектология. – 1994. – №5. – С. 16–23.

14. Статистичний бюлетень показників розвитку психологічної служби та психолого-медико-педагогічних консультацій за 2014-2015 навчальний рік / [Березіна Н. О., Лунченко Н. В., Обухівська А. Г. та ін.] – К. : Ніка-Центр, 2015. – 66 с.

15. Тарасун В. В. Логодидактика : [навч. посіб.] / В. В. Тарасун. – [2-е вид.]. – К. : Слово, 2011. – 348 с.

16. Усанова О. Н. Особенности невербального интеллекта при недоразвитии речи / О. Н. Усанова, Т. Н. Синякова // Обучение и воспитание детей с нарушениями речи / Отв. редактор В. И. Селиверстов. – М. : МГПИ, 1982. – С. 13–19.

17. Филичева Т. Е. Психолого-педагогические основы коррекции общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста / Т. Е. Филичева, Г. В. Чиркина // Дефектология. – 1995. – №4. – С. 45–50.

18. Эльконин Д. Б. Детская психология : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Д. Б. Эльконин ; ред.-сост. Б. Д. Эльконин. – [4-е изд., стер.]. – М. : Академия, 2007. – 384 с.

19. Эльконин Д. Б. Психология развития человека / Д. Б. Эльконин. – М. : Аспект-Пресс, 2001. – 460с.

## **8. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ДОПОМОГА СІМ'Ї, ЯКА ВИХОВУЄ ДИТИНУ З ПОМІРНОЮ РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ**

Наскрізною ідеєю збереження здоров'я дітей є оздоровлення середовища, у якому відбувається їхнє навчання, виховання і розвиток. Таким середовищем є, насамперед сім'я і школа.

Збереження здоров'я дитини з розумовою відсталістю – це створення умов для зміцнення її фізичного здоров'я, а також для максимальної реалізації можливостей її розвитку і соціального функціонування і таким чином поліпшення якості життя самої дитини і родини, яка її виховує. Усього цього можна досягнути, насамперед, через психологічне і соціальне оздоровлення сім'ї, підвищення її педагогічної компетентності.

### **8.1. Еволюція системи виховання дітей з помірною розумовою відсталістю: повернення до сімейних цінностей.**

Сім'я, яка виховує дитину з помірною розумовою відсталістю має свої особливості і свої проблеми, які потребують розв'язання. Щоб зрозуміти особливості і потреби цієї сім'ї, необхідно звернутися до того недавнього становища, у якому вона перебувала в суспільстві, і яке ще не цілком подолане. Скоріше відбувається активний пошук засобів оздоровлення сімейного клімату і через нього забезпечення психологічного і фізичного здоров'я дитини.

Саме у ставленні до життєвих потреб дітей з помірною розумовою відсталістю наше суспільство поступово впроваджує соціальну модель, яка у світовій практиці прийшла на зміну медичній і психологічній моделям. Останню можна розглядати як перехідну між двома певною мірою протилежними моделями. Якщо раніше до осіб з помірною розумовою відсталістю ставилися як до душевнохворих із зниженими здібностями, то сьогодні вони розглядаються як певна соціальна група зі своїми життєвими потребами, суспільними запитам та правами.

Соціальна модель навчання, виховання та адаптації у суспільстві осіб з

помірною розумовою відсталістю передбачає подолання їх ізоляції та максимальне включення у соціум на їхніх власних умовах. У розвинених країнах такі діти здебільшого виховуються у родині, яка отримує допомогу від суспільства у вигляді різних соціальних послуг. У школі створюються умови для інклюзивного навчання цих дітей. Стаючи дорослими, вони користуються послугами соціальних працівників, які допомагають їм організувати у міру можливого самостійне життя.

Підготовка до життя в соціальному середовищі, а не в ізоляції, передбачає, насамперед, максимальний розвиток адаптаційних можливостей дітей з помірною розумовою відсталістю. Неспроможність отримати ценову освіту, яку отримують діти з легкою розумовою відсталістю, ще не є підставою вважати їх «ненавчуваними». У цих дітей є свої можливості розвитку і підготовки до соціального функціонування.

У недавньому минулому діти цієї категорії певне навчання і розвиток могли отримати у спеціальних будинках-інтернатах так званого другого профілю, окремо для хлопчиків і дівчаток, підпорядкованих системі соціального захисту.

З позицій сьогодення завдань підготовки дітей з помірною розумовою відсталістю до життя у суспільстві колишня навчальна програма була переобтяжена матеріалом, який дітям засвоїти важко, тим більше – скористатися ним у майбутньому. Тому вона суттєво оновлюється на прагматичних засадах – дати дітям такі знання й уміння, які дійсно допоможуть їм пристосуватися до життя у суспільстві.

Не відповідає запитам сьогодення і колишня система спеціальних будинків-інтернатів принаймні з трьох причин. По-перше, будинки-інтернати ніколи не були популярною серед батьків формою розв'язання проблеми пристосування до життя дитини з помірною розумовою відсталістю. Ці заклади завжди охоплювали близько третини усіх дітей. Це переважно діти із малозабезпечених сімей, батьки яких мусять бути вільними від догляду за дитиною, щоб заробляти засоби для існування. Такі сім'ї часто є неповними, діти виховуються самими матерями. Також утриманцями інтернатів є діти, батьки яких позбавлені батьківських прав,



ведуть асоціальний спосіб життя. Більшість же сімей не хочуть надовго розлучатися зі своїми дітьми й інтернатна система їх мало влаштовує.

По-друге, будинки-інтернати не створюють для дітей оптимальних умов навчання і розвитку. Емоційний дефіцит, якого зазнають в умовах інтернату діти, відірвані від сім'ї, дається взнаки, знижуючи їхні адаптаційні можливості. Тривале емоційне пригнічення негативно позначається на загальному розумовому розвитку дитини і її психічному фізичному здоров'ї.

По-третє, негативний наслідок перебування дітей в інтернатному закладі стосується батьків. Це – втрата батьківської компетентності, коли, віддавши дитину до державного закладу, сім'я починає жити своїм життям і дедалі рідше бачить дитину. Проте психологічні дослідження свідчать про те, що сім'я, відмовившись від дитини, залишається нещасливою, підсвідомо несучи тягар провини.

Таким чином, відмова більшості сімей віддавати дитину до будинку-інтернату сьогодні повинна розглядатися як позитивне явище, що свідчить про непорушність батьківської потреби любити дитину і піклуватися про неї, зберігати родинні зв'язки. Такі моральні цінності потребують усілякої підтримки.

Разом з тим, відмовившись від будинку-інтернату, батьки залишаються наодинці з дитиною, розвиток і адаптація до життя якої потребує багато часу, зусиль і спеціальних знань. Незважаючи на чимало змін на краще, такі діти і сьогодні не мають достатньої психолого-педагогічної допомоги, не кажучи уже про психологічну підтримку батьків, якої вони дуже потребують і без якої забезпечити оптимальний розвиток і збереження здоров'я дітей навряд чи можливо.

Осередками, які здатні надавати різного змісту допомогу сім'ям, що виховують дитину з помірною розумовою відсталістю, є громадські організації, реабілітаційні центри і, звичайно, психолого-медико-педагогічні консультації. Успішність допомоги цим особливим сім'ям залежить від взаємодії усіх її учасників. Вони повинні скласти єдину систему, кожна ланка якої має свої чітко окреслені функції.

Основними завданнями, які необхідно розв'язати у процесі забезпечення підвищення якості життя дитини з помірною розумовою відсталістю і сім'ї, що її виховує такі.

*1). Навчити сім'ю реалістично сприймати стан дитини. Це – ключове завдання, розв'язання якого дозволяє успішно розв'язувати два наступні.*

*2). Підвищувати педагогічну компетентність сім'ї, зробити її партнером педагогів і важливим учасником навчальної, розвиткової роботи з дитиною та в цілому – адаптації її до життя в соціумі.*

*3). Нормалізувати соціальне функціонування батьків та інших членів сім'ї: можливості їх самореалізації, спілкування тощо.*

Зрештою, успішна реабілітація сім'ї є умовою правильного вибору траєкторії навчання і соціальної адаптації дитини.

Перш ніж надавати допомогу цим особливим сім'ям, необхідно усвідомлювати ті їхні особливості, з якими доведеться працювати. На цьому питанні далі й зупинимося.

## **8.2. Особливості сім'ї, що виховує дитину з розумовою відсталістю.**

Умови для успішного виховання і розвитку дитини з розумовою відсталістю забезпечує сім'я, яка здатна подолати тяжку кризу, пов'язану з неповносправністю дитини.

З усвідомлення того, що дитина не така, як усі інші діти, що її життєвий шлях, а з нею, звичайно, і батьківський, буде іншим, починається переосмислення батьками усього свого життя. Багато батьків говорячи про своє життя, різко розділяють його на те, яким воно було до народження хворої дитини, і те, яким стало, коли з'явилась хвора дитина. Це і є яскравим доказом того, що до цього «іншого життя» батькам потрібно допомогти пристосуватися.

Кожна сім'я по-різному проходить шлях адаптації до обставин, що склалися. Але у проблемах, які виникають у таких сім'ях, у переживаннях є багато спільного. Вдалося навіть виявити певні етапи, які проходять усі батьки у своєму ставленні до важкого випробування. Взагалі, в усякому переживанні біди,

що раптом звалилася на голову, психічні стани змінюються з певною послідовністю. Але часто вони швидкоплинні і не завжди піддаються спостереженню. Інша справа, коли з бідю доводиться боротися протягом цілого життя. Тут різні періоди переживання її виступають помітно, можуть тривати довго і часто значно довше, ніж потрібно було б для більш успішної адаптації сім'ї до нової реальності. Саме в цьому і потрібна їй кваліфікована допомога.

Починається із встановлення діагнозу, коли усі мрії про щасливу долю дитини раптом перекреслюються. Не всі батьки однаково здатні сприйняти діагноз. У багатьох у відповідь виникає недовіра і навіть агресія. Саме цим можна пояснити, чому батьки так часто агресивно ставляться до психолого-медико-педагогічної консультації.

Перше, що хочеться зробити – не повірити діагнозу, звинуватити лікарів, педагогів, психологів у некомпетентності. Так частіше поведуться батьки, яким самим бракує знань. Хтось мало обізнаний, стривожившись, може тут-таки й заспокоїтись, не розуміючи прогнозу, обсягу і тривалості лікувально-педагогічних заходів і своєї ролі у них. Він не проявить достатнього інтересу до того, щоб здобути необхідні знання і надто повільно входить у проблему, яку йому доведеться розв'язувати. У таких випадках батьки схильні применшувати свою роль у боротьбі за дитину і відносять це цілком до компетенції лікарів, педагогів.

Проте у більшості випадків, дізнавшись про порушення розвитку дитини, батьки починають збирати інформацію. Поступово приходить усвідомлення, що дитина розвиватиметься не зовсім так, як усі здорові діти, що обмеження, ймовірно, залишаться на все життя, а попереду перед ними довгий шлях виховання неповносправної дитини. Наступає чи не найтяжчий момент – усвідомлення непоправної біди, крах надії втілити у своїй дитині найкращі мрії.

Рятуючись від нестерпного болю, батьки знов починають сумніватися у правильності діагнозу. Знов починається тривале і виснажливе мандрування від лікаря до лікаря, а далі і до всіх тих, кого зараз називають знавцями нетрадиційної медицини. Усе це вимагає часу і коштів. Здебільшого мамі доводиться полишити роботу і з головою поринути у догляд і лікування дитини.

У цей час надій і сумнівів батьків мучить ще одне питання: чому виникло захворювання, що і коли вони не так зробили, хто винен. Нам не раз доводилося спостерігати, яким настійним стає для багатьох це питання. Найчастіше звинувачують лікарів, які були неуважними до матері під час вагітності, недбало приймали пологи, неправильно лікували. Звичайно, трапляються і такі неприємні речі. Але все-таки багато і безпідставних звинувачень. Очевидно, знайшовши пояснення причини хворобливого стану дитини, батьки певною мірою, можливо й підсвідомо, убезпечують себе від тяжких самозвинувачень, що чинить дуже руйнівний вплив на їхню особистість.

На жаль досить часто батьки звинувачують одне одного. Це дуже деструктивна поведінка, вона ні до чого позитивного не приводить. Навіть у тих випадках, коли вдається встановити причину захворювання, пов'язану з якимись порушеннями в організмі батька чи матері, звинувачення неприпустимі, адже тут немає злої волі, а від такої біди ніхто не застрахований, часто відіграє роль випадок.

Особливо почуттям провини («не спромоглась народити здорову дитину») карається мати. Це обов'язково позначається на ставленні до дитини, на викривленні її виховання.

Щоб компенсувати свою «провину» мати, можливо й не завжди усвідомлено починає надто опікувати дитину, виникає таке деструктивне для виховання явище, як гіперопіка. У поводженні батьків зникає слово «не можна», а головне, бачачи незграбність дитини, її труднощі засвоїти ту чи іншу навичку, вони поспішають усе зробити самі. Тут не малу роль відіграє і те, що самому застібнути гудзики чи нагодувати з ложки набагато швидше і легше, ніж заохочувати і терпіти численні невдалі спроби дитини. Так виникає перепона до використання і розвитку тих можливостей, які у дитини є, і вона росте неадаптованою до життя, її інвалідність стає більшою, ніж могла б бути за інших, більш сприятливих умов виховання. Щоб розвивати у дитини самостійність (а це головна мета виховання), потрібно допомогу зводити до розумного мінімуму, як би це не було важко.

Самозвинувачення небезпечно ще й тим, що мама, ніби спокутуючи провину, не дозволяє собі перепочинку, зайнятися чимось важливим для неї особисто, за можливості залишивши дитину хоч на короткий час комусь із близьких. Матері часто доводиться не тільки відмовляється від цікавих професійних перспектив, а й взагалі полишити роботу. Усе це веде до нервового виснаження і депресії. І це ще одна проблема, яку сім'ї потрібно допомогти розв'язати.

Ще одним фактором, який суттєво погіршує якість життя сім'ї, є її ізоляція. Поглинуті щоденними клопотами і пригнічені, батьки зовсім не мають часу на задоволення власних потреб та інтересів, які поволі згасають. Батьки перестають бачитися з друзями і знайомими, у них частіше виникають непорозуміння і незгоди навіть з родичами. Тут неабияку роль відіграє те, що свідомо чи не усвідомлено батьки соромляться своєї дитини. Точніше було б сказати – вони почувають себе батьками-невдахами і це почуття особливо загострюється під уважними поглядами перехожих чи порадою навіть друзів. З цією болючою проблемою стикається більшість сімей. Біда в тім, що після тривалого замовчування, ігнорування проблеми інвалідності у радянські часи, наше суспільство ще далеко не пододало цю спадщину. Люди не навчилися поводитися невимушено і просто, зустрівшись з дитиною не такою, як усі інші, хоча переважна більшість, безумовно, налаштована співчутливо і доброзичливо. От тільки невміло виражене співчуття теж може поранити. Подолати цей бар'єр спілкування буває непросто. Трапляються сім'ї, які протягом років тримають дитину в ізоляції, приховують її від сторонніх поглядів. Чи варто пояснювати, до чого це приводить і стан дитини, і самих батьків, які постійно живуть у напрузі, боячись розголосити таємницю, яку самі собі створили, хоча об'єктивних проблем і без того вистачає?

Тяжкий деструктивний період проходить кожна сім'я. Уся справа в тім, щоб розгубленість і відчай зробити менш тривалими. Одужання сім'ї від тяжкої психологічної травми настає тоді, коли батьки примирюються з фактом певних обмежень дитини, перестають шукати чудесного зцілення і починають будувати

своє життя, виходячи з реальних обставин. Можна сказати, що поки батьки всупереч здоровому глузду намагаються зробити дитину здоровою, вони її не приймають такою, як вона є. Тут ми ризикуємо викликати обурення батьків, які можуть сприйняти цю тезу як заклик полишити все, як є, і перестати лікувати дитину. Це неправильне розуміння позиції фахівців. Насправді йдеться про розмежування можливого і неможливого, що теж здобувається підвищенням компетенції. Просто використання усіх можливих лікувальних засобів не повинно виправдовувати відкладання на потім виховання і розвиток дитини. Необачно очікувати якогось, можливо й примарного завтра, нехтуючи тим, що є сьогодні.

Доти, поки батьки не перестануть очікувати чуда і не приймуть реальність, вони не можуть скористатися і тими можливостями, які ведуть до оздоровлення життя сім'ї в цілому, зокрема дитини.

Тимчасом сім'ї, яким удалося подолати кризу, постійно наголошують на цілющому впливі на їхнє життя батьківських об'єднань. І це не випадково. У світі проведено чимало досліджень у пошуках способів допомогти сім'ям, які доглядають своїх тяжко хворих рідних, байдуже дорослих чи дітей. І висновок одностайний: немає кращого способу зберегти душевну рівновагу і підтримувати власне психічне здоров'я, як зустрічі з людьми, що мають подібну життєву ситуацію. Такі зустрічі приносять втіху, допомагають подолати ізолюваність і перетворюють почуття «я один такий знедолений у світі» на почуття спільності проблем для багатьох людей.

Об'єднанню для взаємної підтримки і вирішення спільних проблем слугують громадські батьківські організації. Не буде перебільшенням, якщо скажемо, що усі починання і досягнення у боротьбі за права дорослих і дітей з інвалідністю здійснені саме такими об'єднаннями. Члени цих об'єднань з власного досвіду знають, чого вони хочуть і якої допомоги від суспільства чекають.

Батьківські громадські об'єднання мають потужний потенціал допомоги кожній сім'ї у розв'язанні тих проблем, про які йшлося вище.

Об'єднуючись, батьки хворих дітей отримують психологічну захищеність.

Тут вони можуть обмінюватися досвідом і більше дізнаватися про хворобу і можливості реабілітації дитини і, що дуже важливо, реальніше подивитися на перспективи. При цьому досвід виживання людей, які знаходяться поруч, дає підтримку, щоб не розгубитися, не зламатися.

Попри всі можливості батьківських організацій згуртувати сім'ї, які виховують дітей з тяжкими порушеннями психофізичного розвитку, вони самі дуже потребують кваліфікованої допомоги. Тому їхня співпраця з психолого-медико-педагогічними консультаціями може бути дуже плідною.

### **8.3. Форми взаємодії психолого-медико-педагогічної консультації з сім'єю, яка виховує дитину з тяжкою патологією.**

Сьогодні завдання, які постають перед психолого-медико-педагогічною консультацією у роботі з батьками, які виховують дітей з помірно розумовою відсталістю, реалізуються не однаковою мірою. Найбільш апробованою й усталеною є освітня робота фахівців психолого-медико-педагогічної консультації з батьками. Вона починається з першої зустрічі, коли батьки приводять дитину на обстеження її психічного розвитку та встановлення найбільш адекватних форм психолого-педагогічної роботи з нею.

Уже в цей початковий період взаємодії з батьками консультація опиняється перед суперечливим завданням: з одного боку, батьки повинні прийняти підтвердження травматичного для них висновку про помірну розумову відсталість у їхньої дитини і про спеціальну програму її навчання, розвитку, соціальної адаптації, що часто викликає у них почуття безнадії і пасивність, з другого боку, їх треба переконати у необхідності працювати над розвитком дитини, що змінить на краще якість життя і дитини, і всієї родини.

Робота над розвитком дитини і залучення до цієї справи батьків сьогодні може відбуватися у різних умовах. Одні діти навчаються за спеціальною програмою і в спеціальних класах школи для дітей з розумовою відсталістю. Інші діти мають можливість відвідувати реабілітаційні центри. Але значна частина дітей залишається вдома і їх відвідує педагог, який працює з кожною дитиною за

індивідуальним планом. Звичайно, цей варіант навчання і розвитку дитини найщільніше пов'язаний з участю у ньому батьків. Проте й успішність двох перших великою мірою залежить від компетентності і активності батьків. Тому за всіх умов важливим аспектом роботи консультації є робота з сім'єю, спрямована на підтримання у неї оптимістичних поглядів на перспективи життя і дитини, і її найближчого оточення.

Сьогодні на базі консультацій здійснюються індивідуально-корекційні заняття з дітьми та членами їх сімей. Вони можуть надаватися з різною метою: а) для довготривалого вивчення дитини, зокрема для поглибленого вивчення поведінкових та регулятивних функцій дітей з обмеженим контактом, б) для корекції порушень у розвитку, які потребують втручання фахівців консультації, в) для навчання батьків які будуть займатися корекційною роботою зі своєю дитиною.

Ще однією формою роботи консультації з сім'ями, які виховують дітей з тяжкою патологією, переважно – з помірною і тяжкою розумовою відсталістю, є періодичні зустрічі, які здебільшого починаються із святкових. Головна їх мета – створити умови для спілкування, бо ці сім'ї живуть дуже ізольовано і кожна товариська зустріч для них і їхніх дітей є визначною подією. Поступово такі зустрічі набувають систематичності, а їх зміст розширюється і наповнюється корекційно-педагогічною спрямованістю. Наприклад, на базі Житомирської обласної психолого-медико-педагогічної консультації діє сімейний клуб «Надія», де батьки підвищують свої вміння з корекційно-виховної роботи з дітьми, формування адекватних сімейних стосунків з дітьми з особливими потребами. Діти тимчасом мають можливість поспілкуватися між собою, продемонструвати свої вміння: читання віршів, співи тощо. В усьому цьому головне те, що діти навчаються спілкуватися, відчувають тепло навколишніх, а їхні батьки побачили, що вони не самі зі своїми труднощами, що їм допомагають спеціалісти.

Регулярні заняття з батьками проводяться на базі багатьох обласних психолого-медико-педагогічних консультацій, завданням яких є мобілізувати можливості родини для вирішення завдань реабілітаційного процесу.



*Основними засадами взаємодії спеціалістів і батьків є:*

Регулярний контакт (в залежності від можливості та необхідності: раз на тиждень, в два тижні чи в шість тижнів).

Акцент на можливостях дитини, а не на їх відсутності.

Використання допоміжних матеріалів, посібників для батьків.

Сім'я – в центрі уваги, до роботи залучаються не лише батьки, але й інші члени сім'ї, родичі.

Увага до більш широкого спектру потреб (мова йде не лише про дитину, але й про всю сім'ю).

Організація груп підтримки, де обговорюються актуальні проблеми.

Найчастіше така група включає різних спеціалістів: соціального працівника, психолога, соціального педагога, психотерапевта. Усе це сприяє розвитку дитини і підвищує мотивацію батьків до співпраці.

***Етапи організації соціальної роботи з сім'єю, яка виховує дитину з важкою патологією:***

– психолого-педагогічне вивчення мікросоціуму і виховного потенціалу;  
– родини (матеріальне забезпечення, психологічний клімат, загальна культура, реабілітаційна культура, реабілітаційна активність, ставлення до патології дитини);

– аналіз основних проблем і проектування соціально-педагогічного процесу в сім'ї, добір специфічних засобів і методів реабілітації відповідно до загальних цілей виховання;

– конструктивна діяльність (навчання батьків самостійно аналізувати потенційні можливості дитини, визначати рівень сформованості соціально значущих навичок. Дуже важливо підготувати батьків до сприймання успіхів і невдач, до усвідомлення того, що внаслідок відхилень у розвитку дитини, процес засвоєння навичок розтягується у часі;

– комунікативна допомога – передбачає допомогу у встановленні оптимальних взаємин між батьками, батьками і дітьми, іншими членами родини в сфері найближчого оточення (створення сприятливого психоемоційного клімату в

сім'ї: реконструкція стосунків батьків та дітей; оптимізація сімейних взаємин; розвиток комунікативних форм поведінки; переформування найближчого оточення дитини з інвалідністю).

Метою занять (бесід) з батьками є:

- пошук внутрішніх ресурсів, прихованих резервів оптимізму;
- корекція неадекватного способу життя;
- інформаційна підтримка сімей, надання обізнаності, «озброєності»;
- підтримання певного рівня психічного здоров'я членів родини, хоча б мінімальну задоволеність їх собою;
- виведення зі стану «хронічного горя», депресії, песимізму, емоційних страждань і переживань за свою дитину;
- корекція та реставрація ставлення батьків до «Я» як пригніченої, ушкодженої особи, підвищення адаптивності;
- перебудова негативних думок.

Крім того, батькам надаються:

- 1) консультації щодо реабілітаційних закладів, які надають допомогу сім'ям, що виховують дитину з особливими потребами, товариств інвалідів та осіб з інтелектуальною недостатністю;
- 2). направлення дітей в заклади охорони здоров'я з метою всебічного обстеження і встановлення заключного діагнозу ( за необхідності);
- 3). рекомендації батькам щодо соціальної допомоги за місцем проживання;
- 4). рекомендації психолога у визначенні групи чинників, що значно покращили б процес адаптації батьків.

*Основні критерії ефективності соціальної роботи з батьками:*

- стійкість психоемоційного стану дитини і батьків;
- рівень сформованості спільної діяльності;
- рівень розвитку навичок спілкування.

Цілеспрямована система соціальної і психологічної роботи в умовах сім'ї не тільки підвищує рівень розвитку дитини і сприяє її соціальній активності, але і нівелює негативні переживання батьків, формує оптимістичні установки стосовно

майбутнього.

#### **8.4. Педагогічні компетенції, яких треба навчати батьків, що виховують дітей з помірною розумовою відсталістю.**

*Найпершим завданням, яке стоїть перед психолого-медико-педагогічною консультацією, є підтримка батьківського оптимізму як основної передумови реалізації потенціалу розумово відсталого дитини та збереження її здоров'я.*

Навчання і розвиток дитини з інтелектуальною вадою, особливо такою значною, як помірна і тяжка розумова відсталість – справа не з легких. Вона потребує не тільки розуміння стану дитини, її проблем, але й неабиякого терпіння і віри у те, що праця вкладена не марно.

Підтримкою батькам віри в те, що якими б малими не були успіхи, їхні зусилля не будуть марними, може стати уже класичне звернення видатного французького вченого, знавця порушень у розвитку дітей Едуарда Сегена, до своїх колег і учнів: «Якщо вона (дитина) лінива, нездібна, неохайна, неухажна, одним словом, у неї немає жодної позитивної якості, яку б ви хотіли побачити – не падайте духом. Якщо вона постійно лежить – посадіть її; якщо вона сидить – поставте її; якщо вона не їсть самостійно – тримайте її пальці, але не ложку, під час їди; якщо вона взагалі не діє – стимулюйте її м'язи до дії; якщо вона не дивиться і не розмовляє – говоріть їй самі і дивіться за неї. Годуйте її як людину, яка працює, і примусьте її працювати, працюючи разом з нею; будьте її волею, розумом, дією. І якщо ви не були в змозі протягом трьох-чотирьох років дати їй розум, здатність до мовлення і довільність рухів, то в будь-якому разі ні турбота ваша, ні енергія, яку ви витратили на неї, не пропали дарма; якщо вона не досягла тих успіхів, яких ви домагались, то вона, у будь-якому випадку, стала здоровішою і сильнішою, стала слухнянішою і моральнішою. А хіба цього мало?».

У наведеному зверненні змальовано вкрай тяжкий випадок. Але ж незрівнянно частіше є перспектива набагато вагоміших успіхів. Важливо тільки застерегти батьків від того, що призводить до розчарувань і зневіри і може перешкодити сповна пережити радість від досягнутого: *не варто порівнювати*

досягнення дитини з досягненнями інших дітей чи просто такими, яких хотілося б досягнути. Порівнювати потрібно дитину сьогоднішню з тією, якою вона була вчора. Можливо, виявиться, що відносно самої себе вона досягла більших успіхів, ніж за цей час змогла б здорова. Крім того, дуже важко наперед передбачити усі можливості дитини. Цілком імовірно, що завдяки наполегливій і тривалій праці з нею, її успіхи будуть більшими від очікуваних.

Ще одна теза, яку потрібно донести до батьків: у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку, на відміну від здорових, немає чітко визначених вікових досягнень. Наприклад, всім відомо, що здорова дитина починає ходити під кінець першого року життя. Бувають діти, здебільшого дівчатка, які ходять уже й на десятому місяці, а то й ще раніше. Запізнення на два-три місяці – це теж норма. Діти з розумовою відсталістю, особливо помірною і тяжкою, можуть починати ходити на кілька років пізніше, при цьому кожна дитина – у свій час. Адже пошкодження мозку у кожної дитини своє, особливе. Так само і з мовленням: перші слова можуть виникати аж у кінці дошкільного віку, у когось – раніше, а деякі діти зовсім не говорять, або вимовляють кілька слів, хоча здатні розуміти (пасивний словник) значно більше. Саме розширення обсягу зрозумілих дитині слів є тим важливим досягненням, заради якого варто наполегливо працювати. Адже це дасть їй змогу виконувати важливі для спілкування інструкції, проявляти слухняність, адекватно реагувати на прохання, виконувати нескладні доручення і т. ін.

Іноді буває, що дитина легко запам'ятовує почуті досить складні речення, повторює навіть довгі монологи. І це дає підстави батькам вважати, що у неї добре розвивається мовлення. На жаль, це не завжди є показником розвитку дитини. Часто виявляється, що вона зовсім не розуміє значення слів, які вимовляє. Отже, таке мовлення не допомагає їй орієнтуватися у житті, воно не пов'язане з мисленням. Просто дитина має добру механічну пам'ять, несвідомо запам'ятовує і повторює слова і речення.

Спонукаючи батьків докладати зусилля до роботи над розвитком дитини з помірною розумовою відсталістю повинно і усвідомлення того, що вона може

засвоїти тільки те, чого її спеціально навчали, на відміну від здорових дітей, які, спостерігаючи дії дорослих і ровесників, наслідують їх. Труднощі розвитку дітей з помірно розумовою відсталістю полягають у тому, що навіть для звичайного, здавалося б, просування у засвоєнні нового досвіду, наприклад, застосування ложки, їм потрібно значно більше часу, повторень найпростіших дій. Дійсно, щоб навчитися користуватися ложкою, дитині треба вміти цілеспрямовано рухати рукою, впізнавати ложку серед інших предметів, а значить розрізняти і порівнювати їх властивості, уміти застосовувати ложку за призначенням – набирати нею і підносити до рота їжу. Виявляється не так уже й мало треба знати і вміти. Дитині, яка відстає в розвитку, кожен із названих кроків потрібно засвоїти окремо разом з дорослим шляхом довгих повторень, бо вона не може, спостерігаючи за діями інших людей, збагнути їх сенс, перейняти їхній досвід, не встигає за темпом здорових людей і залишається осторонь від усього, що відбувається навколо. Тому малюка треба спеціально, не поспішаючи, усього навчати, пристосовуючись до його індивідуальних можливостей.

*Звідси і починаються труднощі у батьків, у яких дитина відстає в психічному розвитку, бо взаємодія з нею перестає бути мимовільною, невимушеною, а потребує усвідомленої, копійки щоденної і, що особливо важливо, послідовної роботи.* Тому такою великою буває різниця між дітьми з інтелектуальними порушеннями, які росли у сім'ї без усякої уваги, і тими, з якими уміло і невтомно працювали. Ще краще, коли з дитиною працює педагог-дефектолог, а батьки мають змогу переймати методи його роботи, отримувати консультації, відповідати на запитання, які неодмінно виникають у зацікавлених батьків.

Дуже серйозною перепоною до навчання дитини з відставанням в інтелектуальному розвитку є знижена активність. Одні діти бувають млявими, тривалий час залишаються нерухомими, байдужими до навколишнього, інші можуть виявляти і надмірну рухливість, але вона не зумовлена інтересом до певних речей навколо, до яких вона так само байдужа.

Знижена активність дітей із відставанням у психічному розвитку, труднощі

зосередження уваги, повільніше вироблення певних умінь і навичок, звичайно, ускладнює заняття з ними і вимагає терпіння і оптимізму від дорослих.

Часто діти з помірною розумовою відсталістю, особливо ті, яким педагогічну увагу почали приділяти із запізненням, бувають не здатними взаємодіяти з дорослим: вони ніби не чують, що їм кажуть, не дивляться на те, що їм показують, зразу тягнуться до чогось іншого, відволікаються, хочуть кудись іти, а коли їх утримують, починають сердитись, плакати. *Вироблення здатності взаємодіяти з дорослим – дуже відповідальне завдання, від успішного розв'язання якого залежать і всі майбутні успіхи. Тут треба особливе терпіння.*

Можливо, кілька спроб привернути увагу дитини виявляться марними. На поведінці дітей з хворобливо зміненою роботою нервової системи позначаються різні, на перший погляд, дрібниці: і те, як вона виспалась, який у неї настрій, фізичне самопочуття. Одні діти краще концентрують увагу зразу після сну, інші в цей час бувають ще дуже мляві і поступово набирають тону. Отже, потрібно зробити кілька спроб, щоб зрозуміти, коли дитина буває в своєму оптимальному стані. Доведеться перебрати і кілька різних предметів, пригадати, який з них їй знайомий, частіше потрапляє до рук. один з них можливо на хвилинку приверне увагу дитини. Це вже успіх і, ймовірно, наступного разу він буде більшим. Якщо ж дитина навчиться виконувати простенькі прохання, хоч на короткий час зосереджуватися на тому, що їй показують, то подальші успіхи забезпечені.

Під час виконання різних ігрових завдань ці діти потребують різноманітнішої допомоги, часом такої, яка в роботі з дітьми, що нормально розвиваються, і не застосовується. Такою допомогою є *спільні дії дорослого і дитини*, коли дорослий рукою дитини бере іграшку, кладе на відповідне місце і тільки поступово привчає її виконувати цю дію самостійно.

Довгий час ці діти можуть виконувати завдання тільки за зразком дорослого, часто переривають роботу, відволікаються, забувають, як треба продовжувати далі, і тому дорослий протягом всього виконання завдання заохочує, нагадує, що треба зробити, спонукає повторювати виконану один раз дію, щоб її закріпити.

Цілеспрямована робота з дитиною, що відстає в психічному розвитку, часто дуже ускладнюється не тільки пасивністю малюка, а й надто великою здатністю відволікатися. Щоб не давати приводу для відволікання, під час гри треба сховати всі зайві речі в найближчому оточенні, самому дорослому не займатися ніякими сторонніми справами, виявляти твердість, але й доброзичливість, терплячість, щоб не дратувати й не перезбуджувати малюка.

Зрозуміло, що розвиток дитини тим успішніший, чим раніше він починається. Є таке поняття: раннє втручання – допомога дитині розвиватися з самого народження, принаймні – з перших місяців життя. На жаль, у переважній більшості випадків пора раннього втручання втрачається. По-перше, не завжди проблеми дитини визначаються з самого народження. Якщо, наприклад, хвороба Дауна має ознаки, помітні з перших днів життя дитини, то багато інших станів діагностуються пізніше. Тут на допомогу батькам прийде пильне спостереження за вчасністю перших проявів її розвитку: перша посмішка, зосередженість на людський голос, на обличчя, а особливо – виникнення комплексу поживлення, який можна спостерігати на другому місяці життя. Це дуже яскраве враження: побачивши обличчя дорослого, дитина посміхається, прискорено дихає, рухає ніжками і ручками. Це своєрідна демонстрація себе, заохочення дорослого до спілкування. І справді, вона усім своїм єством виражає задоволення від того, що до неї ласкаво звертаються, розмовляють. У дитини з пошкодженнями нервової системи, які призводять до розумової відсталості, таких ранніх реакцій на появу дорослого, проявів бажання спілкуватися, немає. Може не бути і комплексу поживлення, або він надто невиразний, млявий. Дитина, яка відстає в розвитку, не агукає, мало реагує на оточення. Іноді така поведінка може здатися зручною, бо дитина дуже спокійна, багато спить. Але цей спокій не завжди позитивний. В усякому разі, у години неспання малюка батькам потрібно докладати зусилля, щоб стимулювати його активність. Дитину потрібно брати на руки, багато й емоційно говорити до неї, погладжувати, тим самим стимулюючи виникнення комплексу поживлення. І навіть якщо він не виникає, не спиняється. Все одно колись ці зусилля виправдаються появою інтересу до навколишнього, емоційним

ставленням до рідних.

*Особливої турботи потребує формування мовлення у дітей з помірною розумовою відсталістю. Проходить чимало часу з тих пір, як дитина почне вимовляти перші слова, до поєднання їх у фразу. Іноді це буває тільки наприкінці дошкільного віку.*

Звичайно, труднощі розвитку мовлення не у всіх дітей однакові. Іноді, добре відтворюючи слова і навіть фрази, діти не розуміють їх змісту в мовленні інших людей. Це пов'язано з неправильним розумінням значень слів, смислових зв'язків, утворених різними граматичними конструкціями.

*Недоліки мовленнєвого розвитку дітей, які відстають у психічному розвитку, зумовлені, насамперед, пізнавальною пасивністю, зниженим інтересом до навколишнього, що в свою чергу, негативно позначається на формуванні потреби в спілкуванні з дорослими, розвитку емоційного ставлення до них. Для більшості таких дітей властиве пасивне, байдуже ставлення до інших людей, вони рідко звертаються по допомогу. Відтак порушується природний механізм опанування мовленням. Адже саме потреба у спілкуванні, зацікавлене емоційне ставлення до дорослого, бажання розуміти і в усьому наслідувати його є важливою психологічною умовою формування усного мовлення.*

У розвитку мовлення дітей, які відстають в інтелектуальному розвитку, величезна роль належить зусиллям дорослих, батьків і вихователів. Свідомо й повсякчасно використовуючи природні, невимушені життєві ситуації, вони формують у дітей розмовно-побутове спілкування.

*У зв'язку з цим дорослі повинні постійно дбати про пробудження у дітей мовленнєвої активності, плекати, заохочувати, всіляко підтримувати будь-які їхні спроби висловитися.*

Ця робота потребує постійного мовленнєвого контакту дорослого з дітьми, коли він ніби озвучує всю їхню діяльність: називає предмети, їх ознаки, дії з ними, будує різноманітні фрази і тим самим надає зразки висловлювань.

Стимулюють мовлення дітей звернені до них запитання. Навіть якщо дитина неспроможна самостійно відповісти на якесь запитання, все-таки воно



допомагає сконцентрувати її увагу, формує готовність до сприйняття та засвоєння певних мовленнєвих засобів. Це запитання типу: «Що це?» «Що ним роблять?», «Для чого потрібний?» Намагаючись відповісти на ці запитання, дитина навчається не тільки формулювати висловлювання, а й помічати сам предмет чи явище, знайомиться з функціональними якостями та призначенням його, вчиться аналізувати їх, розуміти зв'язки між ними. Це сприяє систематизації уявлень дітей про довкілля, їх узагальненню.

*Мовлення, звернене до дітей, має бути простим, зрозумілим, трохи емоційнішим, ніж звичайно, помірного темпу.* Слід пам'ятати, що діти з відставанням в інтелектуальному розвитку через недоліки фонематичного слуху й уповільненість процесу сприймання бувають неспроможні одразу зрозуміти мовлення співрозмовника, якщо воно відбувається в швидкому темпі. Вони можуть не впізнавати навіть знайомих слів і доступних їм виразів. Не варто й занадто уповільнювати темп мовлення. Це також негативно впливає на сприймання реплік як цілісних комунікативних одиниць.

Засвоєння батьками перерахованих простих істин та користування ними стає основною умовою оптимального розвитку дитини, збереження її здоров'я і суттєвого покращення якості життя усієї родини.

## ВИКОРИСТАНА ТА РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Лур'є Н. Б. Воспитание глубоко умственно отсталого ребенка в семье / Н. Б. Лур'є – М. : Педагогіка, 1982.
2. Маллер А. Р. Роди телям о детях с глубокой умственной отсталостью / А. Р. Маллер // Дефектология. – 1991 – № 5.
3. Попередження ранньої інституціоналізації дітей із синдромом Дауна віком до п'яти років : [Метод. реком. для фахівців] /Під редакцією Бастун Н. А., Кравченко Р. І. – Київ, 2002. – 166 с.
4. Романчук О. Дорога любові/ Олег Романчук. – Львів : Свічадо, 2001. –

121 с.

5. Романчук О. Неповносправна дитина в сім'ї та в суспільстві : [практик/ посіб/] / Олег Романчук ; Навчально-реабілітаційний центр «Джерело». – Львів : Літопис, 2008 – 334 с.

6. Томпсон Ліз. Виховання дитини з розумовою вадою / Ліз Томпсон ; [пер. з англ. Раїси Кравченко]. – К. : Сфера, 1997.

7. Шипицына Л. М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта / Л. М. Шипицына. – СПб : Речь, 2005.

## **9. ПСИХОЛОГО-ПЕДОГОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ В ЗАГАЛЬНООСВІТНЬОМУ ПРОСТОРІ**

Більше 200 років в системі спеціальної освіти розвивається модель взаємодії спеціалістів різного профілю, спрямованої на діагностику розвитку дітей з психофізичними вадами і надання їм навчально-корекційної допомоги. Проте зовсім недавно – близько 10 років тому, у зв'язку з реформуванням освіти у напрямку активного впровадження інклюзивного навчання, що базується на засадах нової філософії підтримки дітей з особливими освітніми потребами – соціальної інклюзії, почала розвиватись вітчизняна система супроводу таких дітей в освітньому процесі.

З метою забезпечення права на освіту дітей з особливими освітніми потребами в Україні передбачено різні форми їх навчання, зокрема, в спеціальних освітніх закладах, у спеціальних класах/групах у загальноосвітніх навчальних закладах (регламентується Положенням про спеціальні класи для навчання дітей з особливими освітніми потребами у загальноосвітніх навчальних закладах, затвердженим наказом Міністерства освіти і науки України від 09.12.2010 № 1224, зареєстрованим в Міністерстві юстиції 29.12.2010 р. за № 18707) та в класах/групах інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах (відповідно до «Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 15 серпня 2011 р. № 872»; «Порядку комплектування інклюзивних груп у дошкільних навчальних закладах», затвердженого Наказом Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України 06 лютого 2015 року № 104/52, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 26.02.2015 за № 224/26669).

Концепція супроводу, як нова освітня технологія, з'явилась у нас під впливом зарубіжного досвіду підтримки дітей з особливими освітніми потребами у рамках реалізації проектів за фінансової підтримки Канадської агенції міжнародного розвитку (СІДА), Сполучених Штатів Америки та ін. країн.

У зв'язку з цим з'явилися поняття ранній супровід, супровід розвитку дитини в спеціальній освіті, в загальноосвітній школі, супровід обдарованих дітей. Ідея супроводу з'явилась також в практичній роботі окремих центрів і служб, психолого-медико-педагогічних консультацій, а також в структурних підрозділах освітнього закладу з метою супроводу учнів (вихованців), які здобувають в них освіту.

Відповідно до статті 24 «Освіта» Конвенції про права інвалідів **ефективність діяльності навчальних закладів**, в яких здобувають освіту діти з різними видами порушень в розвитку, у тому числі з інвалідністю, визначається забезпеченням кожному учню/вихованцю «повного розвитку людського потенціалу» та отримання **якісної освіти** як основи підготовки до самостійного життя у суспільстві.

Навчально-пізнавальна діяльність дитини з будь-яким відхиленням в розвитку відрізняється від навчально-пізнавальної діяльності звичайної дитини, оскільки вона має свій особливий зміст, різьочу своєрідність перебігу і потребує особливої організації і способів її реалізації.

Навчальна діяльність таких дітей базується на корекційно-розвитковій роботі, що спрямована на корекційно-компенсуюче перетворення різних психічних функцій і задоволення особливих освітніх потреб дитини у відповідності до наявних у неї вад. Бажаним результатом такої навчальної діяльності має стати соціальна компетентність і успішна інтеграція дитини у суспільне життя.

Показником якості освіти таких дітей є подолання або послаблення недоліків розвитку, формування належних знань, умінь та навичок, а також зменшення соціально-психологічної дизадаптації під впливом спеціальної корекційної допомоги.

У цьому зв'язку Е. Л. Шепко, розглядаючи психічне здоров'я дитини з відхиленням в розвитку як інтегральний показник благополуччя в психічному розвитку, пропонує оцінювати його на основі такого психологічного критерію, як ступінь соціально-психологічної адаптації дитини, яка визначається насамперед

як успішність пристосування до соціально-психологічних вимог навколишнього середовища [4].

Забезпечення якісної освіти дітей з порушеннями в розвитку досягається за умови врахування порушених механізмів їхнього розвитку, застосування комплексу спеціальних психолого-педагогічних заходів (методів, прийомів і технологій) для подолання недоліків, активації збережених здатностей («пуди здоров'я» – за Л. С. Виготським), формування неспецифічними методами («обхідними шляхами») відсутні функції (наприклад, здатність читання кінчиками пальців завдяки шрифту Брайля).

Ефективність корекційного впливу залежить від об'єктивних та суб'єктивних чинників. Зокрема, до об'єктивних чинників належать:

- ступінь тяжкості порушення у дитини;
- чіткість визначених корекційних завдань;
- послідовність організації корекційно-розвиткового процесу;
- час, коли розпочалася цілеспрямована корекційна робота;
- професіоналізм і досвід корекційного педагога.

До суб'єктивних чинників слід віднести:

- налаштованість дитини і батьків на корекційну роботу;
- ставлення їх до корекційного педагога.

Важливе місце в цьому процесі має постановка корекційних цілей, провідними серед яких мають бути:

1. Оптимізація соціальної ситуації розвитку дитини.
2. Розвиток різних видів діяльності дитини.
3. Формування характерних для певного віку дитини психологічних новоутворень.

Вирішальне значення для успіху подолання недоліків розвитку дітей з особливими освітніми потребами має якомога ранній початок педагогічного втручання, системність корекційно-відновної роботи, постійний моніторинг динаміки когнітивного розвитку та соціального становлення.

Вирішення названих завдань потребує індивідуалізації навчально-виховного

процесу та нових педагогічних підходів і технологій. Такою освітньою технологією є психолого-педагогічний супровід навчальної діяльності дітей з особливими освітніми потребами.

Психолого-педагогічний супровід – це комплексний педагогічний підхід, який забезпечується групою педагогів навчального закладу (НЗ), котрі беруть безпосередню участь у навчально-виховному процесі дитини і на основі планомірних спостережень вживають ефективні заходи (адаптації і модифікації) з організації індивідуалізованої підтримки.

У зв'язку з реформуванням освіти у напрямку організації інклюзивного навчання в загальноосвітніх навчальних закладах на основі застосування особистісно орієнтованих методів навчання з урахуванням індивідуальних особливостей навчально-пізнавальної діяльності дітей з особливими освітніми потребами виникла потреба у введенні в дію «Положення про психолого-педагогічний консилиум навчального закладу», в якому здобувають освіту названі діти. Проект такого Положення представлено в Додатку 1.

Із запровадженням інклюзивного навчання в Україні розробка моделей психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного навчання визначена як пріоритетний напрям розвитку психологічної служби системи освіти.

Листом Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України від 26.07.12 р. № 1/9-529 «Психологічний і соціальний супровід дітей з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного навчання» окреслено діяльність педагогічних працівників навчального закладу та їхню роль у командній взаємодії усіх учасників навчально-виховного процесу щодо надання допомоги дітям з особливими освітніми потребами (див. Додаток 3).

***Організація ефективного психолог-педагогічного супроводу дитини з перших днів перебування в навчальному закладі прискорить процес адаптації її до шкільного життя, та забезпечить створення соціально-психологічних умов для успішного навчання і психологічного розвитку в ситуаціях шкільної взаємодії.***

Завдання практичного психолога освітнього закладу – допомогти налагодити взаємодію дитини, що має проблеми розвитку, з усіма учасниками навчально-виховного процесу. Роль психолога набуває своєрідного посередництва у побудові суб'єкт-суб'єктних стосунків. Діяльність його спрямована на створення системи соціально-психологічних умов, що забезпечують успішне навчання кожної дитини в конкретному шкільному оточенні, в рамках якої можуть бути окреслені три обов'язкові взаємопов'язані компоненти:

1. Систематичне дослідження психолого-педагогічного статусу дитини (тобто відповідність з одного боку – тих вимог, які ставить перед дитиною школа, з іншого – особливостей розвитку школяра), та динаміки її психічного розвитку в процесі шкільного навчання.

2. Створення соціально-психологічних умов для розвитку особистості учнів та їх успішного навчання.

3. Створення спеціальних соціально-психологічних умов для надання допомоги дітям, що мають проблеми в розвитку та навчанні.

Психологічний супровід дітей з особливими потребами можна окреслити наступними напрямками професійної діяльності психолога:

1. Психологічна діагностика:

- первинне діагностування з вступом дитини до школи з метою вивчення сильних і слабких сторін розвитку особистості, виявлення і вирішення проблем, що виникають у процесі інтеграції її в освітній простір;

- проведення діагностичних мінімумів на різних етапах навчання дитини в школі з метою вивчення динаміки її розвитку та вирішення можливих проблем під час кризових періодів;

- проведення спостереження за дитиною з метою вивчення її індивідуальних особливостей, схильностей, інтересів та потреб.

2. Надання психологічної підтримки педагогам:

- консультування педагогів щодо врахування індивідуальних особливостей дитини з особливими освітніми потребами в навчально-виховному процесі;

- надання необхідної інформації про дитину участь, у межах своєї компетенції, у складанні розгорнутої психолого-педагогічної характеристики на дитину та її індивідуального плану розвитку.

- участь в підготовленні документів для розгляду на засіданнях психолого-медико-педагогічних консультацій;

- сприяння створенню позитивного мікроклімату в колективі, проведення заходів, спрямованих на профілактику стигматизації і дискримінації у шкільному оточенні, формування дружнього та неупередженого ставлення до дитини з особливими освітніми потребами.

- налагодження співпраці з фахівцями, які безпосередньо працюють з дитиною з особливими освітніми потребами та приймають участь у розробленні індивідуальної програми розвитку.

### 3. Психологічна підтримка батьків:

- побудова конструктивного діалогу з батьками з метою вивчення особливостей і потреб дитини;

- надання консультативної допомоги щодо розвитку можливостей, нахилів та інтересів дитини;

- постійне інформування про динаміку у всіх сферах розвитку дитини.

### 4. Корекційна робота з дітьми з особливими освітніми потребами:

- ознайомлення з висновками і рекомендаціями психолого-медико-педагогічних консультацій щодо організації навчання дитини та надання їй додаткових корекційних послуг;

- планування проведення корекційної роботи (вибір форми проведення, періодичність проведення, визначення завдань корекційної роботи, складання плану занять);

- проведення корекційних занять;

- фіксування етапів та результатів проведення корекційної роботи.

Наступний етап – проведення поглибленого або диференційованого діагностування, з метою уточнення причини різних психолого-педагогічних труднощів дитини, що виникають у процесі її взаємодії із шкільним оточенням.



Узагальнення отриманих результатів діагностування та підготовка до психолого-педагогічного консиліуму.

Сучасні методики, які є в арсеналі кожного психолога, не дають можливості вчасно, ще до зміни соціально-педагогічної ситуації, спрогнозувати усі можливі варіанти адаптаційного періоду школяра з виключенням деструктивних шляхів пристосування. Навіть високий рівень психологічної готовності дитини до школи не гарантує однозначно ефективної адаптації її до шкільного оточення. Тому з приходом дитини до школи доцільно проводити вивчення в межах двох діагностичних мінімумів: 1) визначення рівня психологічної готовності до школи, 2) вивчення адаптації школяра.

Діагностична робота психолога спрямована на вивчення індивідуальних особливостей учня, його можливостей і потреб, рівень сформованості у нього пізнавальних процесів і дій. А саме:

- співвідношення рівня розумового розвитку дитини і вікової норми;
- рівня розвитку когнітивної сфери;
- особливості емоційно-волової сфери;
- індивідуально-типологічних особливостей;
- розумової працездатності та темпу розумової діяльності.

Під час вивчення психічного розвитку дитини психолог виявляє фактори, що зумовлюють труднощі пізнавальної діяльності дитини, її спілкування та соціальної адаптації, а також ті резерви, на які можна базуватися у корекційно-розвитковій роботі.

Обстеження пізнавальної діяльності учня повинно передувати будь-яким іншим психологічним дослідженням, щоб з'ясувати труднощі та обмеження, які можуть виникати під час виконання діагностичних завдань і призводити до неправильного тлумачення отриманих результатів.

Отримані у процесі вивчення знання про дитину мають дати відповідь на запитання, чи є сприятливим шкільне оточення для її навчання і розвитку, чи може вона успішно розвиватися в шкільному оточенні, і якщо ні, то в чому причина.

## **Надання психологічної підтримки педагогам.**

Передумовою у забезпеченні успішності навчання дитини з особливими освітніми потребами у загальноосвітньому навчальному закладі є індивідуалізація навчально-виховного процесу, яка на практиці реалізується за допомогою розробки командою фахівців закладу індивідуальної програми розвитку дитини.

На цьому наголошує в своїй монографії «Інклюзивна освіта: реалії та перспективи» А. А. Колупаєва, яка зазначає, що ефективність навчально-виховної, корекційно-розвивальної і лікувально-профілактичної роботи в інклюзивному класі значною мірою залежить від скоординованості дій педагога та різнопрофільних фахівців (соціального працівника, спеціального педагога, медичного працівника, психолога та ін.), які входять до складу, так званої, команди – членів консилиуму. Члени команди спільно оцінюють стан розвитку кожної дитини, розробляють Індивідуальну програму розвитку, перспективні й короточасні Індивідуальні плани роботи з дитиною, реалізують їх разом з дитиною, вирішують питання залучення до команди інших фахівців, планують додаткові послуги, аналізують результати спільної діяльності, оцінюють її, а також різнобічно підвищують свою кваліфікацію [2] (див. Додаток 3).

Завдання психолога у контексті командної взаємодії – надати до програми узагальнену інформацію за результатами проведеного вивчення та рекомендації стосовно врахування індивідуальних особливостей дитини у навчально-виховному процесі та взаємодії зі шкільним оточенням.

Інформація, надана психологом, використовується при:

- визначенні системи додаткових послуг іншими спеціалістами, засобів і шляхів щодо необхідної адаптації навчального середовища, модифікації навчальних матеріалів, підходів до навчання.
- виборі диференційованих педагогічних умов, необхідних для корекції порушень у розвитку дитини і для організації корекційно-розвивального процесу;
- виборі оптимальних для розвитку учня навчальних програм, відповідно до рівня готовності дитини до навчання і залежно від стану її здоров'я,

індивідуальних особливостей розвитку, рівня адаптованості до найближчого оточення;

- визначенні завдань корекційної роботи, яка включає активізацію пізнавальної діяльності дітей, підвищення рівня їхнього розумового і мовленнєвого розвитку, корекцію порушень емоційно-вольового розвитку.

Успішна адаптація та навчання дитини з особливими освітніми потребами в школі не можлива без тісної співпраці психолога з психолого-медико-педагогічною консультацією (ПМПК), основним завданням якої є психологічне вивчення, профілактика, корекція, консультативна допомога всім учасникам навчально-виховного процесу, і в першу чергу батькам.

Фахівці консультації спільно з педагогічним колективом працюють у напрямку створення корекційного та розвивального педагогічного середовища, забезпечення якомога повнішої і ціліснішої самореалізації кожної дитини, зміцнення адаптаційного потенціалу – своєрідного резерву міцності.

Інший аспект діяльності практичного психолога в інклюзивному середовищі – формування психологічної готовності учасників навчально-виховного процесу (учнів, батьків, вчителів, представників адміністрації) до взаємодії з дитиною з особливими освітніми потребами.

Над необхідністю створення позитивного мікроклімату в інклюзивному середовищі наголошує і канадській вчений Т. Лорман, а саме: позитивне ставлення до учнів; політика і лідерство, спрямовані на надання їм підтримки; навчальні процеси, що ґрунтуються на практичній діяльності; гнучка навчальна програма; залучення громади до виховного процесу; змістовна рефлексія; необхідні ресурси [1].

Така психологічна готовність формується через проведення тренінгових занять, лекторіїв, семінарів, консиліумів, виступів тощо, зміст яких спрямований на подолання упередженого ставлення до дітей з особливими потребами, руйнування міфів і стереотипів, уникнення стигматизації та дискримінації.

Завдання психолога – допомогти створити толерантне середовище, в якому б цінувалися особливості та відмінності кожного учасника навчально-виховного

процесу, враховуючи складність і тривалість самого процесу.

### **Психологічна підтримка батьків.**

Основним елементом інклюзивного навчання є залучення батьків до навчально-виховного процесу, участі у розробці індивідуальної програми розвитку дитини з особливими освітніми потребами. Налагодження партнерських стосунків з батьками, врахування культурних традицій, інтересів родин дає можливість подолати стереотипи у роботі з сім'ями, які виховують дітей з особливими освітніми потребами.

Залучення батьків до навчально-виховного процесу сприяє постійному обміну інформацією між батьками та педагогічними працівниками, які працюють з дитиною. При розробленні індивідуальної програми розвитку дитини важливо, щоб батьки отримали інформацію:

- чому їхня дитина потребує розроблення індивідуальної програми розвитку;
- хто надаватиме освітні та додаткові послуги;
- тривалість послуг;
- методи та періодичність оцінювання;
- періодичність перегляду індивідуальної програми розвитку та надання інформації про хід її виконання.

Психологічну підтримку батьків слід розглядати як систему заходів, спрямованих на:

- вирішення конфліктних ситуацій, які виникають між суб'єктами навчально-виховного процесу;
- зниження в батьків емоційного дискомфорту у зв'язку із особливостями розвитку дитини;
- підвищення психолого-педагогічної культури батьків;
- підтримку впевненості батьків у можливостях їхньої дитини;
- допомогу у створенні батьківських об'єднань та допомогу в організації діяльності;
- формування в батьків адекватного ставлення до проблем дитини;

– підтримку адекватних міжособистісних стосунків у сім'ї та стилів сімейного виховання.

Процес реалізації психологічної підтримки батьків тривалий і потребує комплексного підходу, який передбачає участь не тільки психолога, а й усіх інших фахівців, які супроводжують дитину.

Налагодження партнерських стосунків з батьками, врахування культурних традицій, інтересів родин дає можливість подолати стереотипи у роботі з сім'ями, які мають дітей з особливими освітніми потребами. Лише за умови, що батьки, вчителі, асистенти й інші фахівці працюють разом, можна сподіватися на успіх у складній справі – адаптації до звичайного життя дітей з особливими потребами. Завдання психолога полягає у допомозі батькам через розвиток рефлексії особливостей виховання і навчання дитини у процесі спілкування з нею. Важливим є позитивне прийняття дитини, корпоратія у вирішенні проблем.

### **Корекційна робота з дітьми з особливими освітніми потребами.**

За результатами діагностики, відповідно до виявлених проблем у розвитку пізнавальної діяльності, спілкуванні та розвитку особистості дитини планується корекційна робота з нею. Етап корекції передбачає:

- розвиток та корекцію пізнавальних процесів, формування їх довірливості;
- корекцію самооцінки як важливої рушійної сили формування особистості;
- корекцію емоційних порушень та патологічних рис характеру;
- запобігання психічним перевантаженням;
- профілактику шкільної дезадаптації;
- розвиток емоційної лабільності;
- корекцію міжособистісних взаємин у дитячому колективі;
- корекцію взаємин «учитель – учень»;
- розвиток комунікативних якостей, позитивної соціальної комунікації;
- стимуляцію особистісного зростання.

Значна увага має приділятися розвитку і підтримці мотивації щодо участі в корекційних заняттях, де враховуються інтереси дітей, добираються цікаві й

доступні завдання, застосовуються прийоми позитивного заохочення, стимулюється прагнення до подолання труднощів і саморозвитку, підтримується віра у власні можливості.

Така система психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами забезпечить максимальний розвиток потенційних можливостей дитини, допоможе фахівцям ефективно організувати роботу з цією категорією дітей, створити максимально сприятливе середовище для їх розвитку відповідно до особливостей і потреб.

#### ВИКОРИСТАНА ТА РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи : [Монографія] / А. А. Колупаєва. – К. : Самміт-Книга, 2009. – 272 с. : іл. – (Серія «Інклюзивна освіта»).
2. Лорман Т. Сім стовпів інклюзивної освіти / Т. Лорман // Дефектологія. Особлива дитина: навчання та виховання. – 2010. – № 3. – С. 3–11.
3. Семаго М. М. Организация и содержание деятельности психолога специального образования : [Метод. пособ.] / М. М. Семаго, Н. Я. Семаго. – М. : АРКТИ, 2005. – 336 с. – (Библиотека психолога-практика).
4. Шепко Е. Л. Психодиагностика нарушений развития у детей : [Учеб. пособ.] / Е. Л. Шепко. – Иркутск : Иркут. гос. пед.ун-т, 2000.

## **ДОДАТКИ**

## **ПОЛОЖЕННЯ**

про консилиум психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами у дошкільних та загальноосвітніх навчальних закладах

### **I. Загальні положення:**

1.1. Консилиум психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими потребами у дошкільних та загальноосвітніх навчальних закладах (далі – Консилиум) – це дорадчий, систематично діючий орган навчального закладу, в якому здобувають освіту діти з особливими освітніми потребами.

Консилиум може бути створений у навчальному закладі будь-якого типу і виду незалежно від організаційно-правової форми власності наказом керівника закладу.

1.2. Діяльність Консилиуму спрямована на організацію індивідуалізованого психолого-педагогічного супроводу навчально-пізнавальної діяльності дітей з особливими освітніми потребами на основі застосування особистісно-орієнтованих методів навчання та урахування їхніх особливостей психічного розвитку.

Психолого-педагогічний супровід – це комплексний педагогічний підхід, що забезпечується групою педагогів навчального закладу, які беруть безпосередню участь у навчально-виховному процесі дитини з особливими освітніми потребами і на основі планомірних спостережень особливостей перебігу освітнього процесу вживають ефективні заходи (адаптації і модифікації) з організації індивідуалізованої підтримки таких дітей.

1.3. Консилиум підпорядковується керівнику навчального закладу.

1.4. Консилиум співпрацює з відповідною обласною, районною (міською) психолого-медико-педагогічною консультацією щодо отримання необхідної методичної та інформаційно-консультативної допомоги.



## **II. Основні завдання учасників Консиліуму**

2.1. Збір інформації про особливості розвитку та поведінки дитини, її інтереси, труднощі й обмеження, освітні потреби з метою визначення та реалізації належних втручань, вжиття адекватних навчально-виховних заходів, запрошення додаткових спеціалістів тощо.

2.2. Всебічне обговорення труднощів розвитку дитини з урахуванням інформації різних фахівців з метою визначення їх характеру та особливостей прояву в навчанні і поведінці; прийняття консолідованого рішення про специфіку змісту навчання з урахуванням рекомендацій психолого-медико-педагогічної консультації.

2.3. Моніторинг рівня адаптованості й інтегрованості учня (вихованця), добір та адаптація відповідних індивідуальних програм, планів.

2.4. Розробка та реалізація Індивідуальної програми розвитку дитини з особливими освітніми потребами.

2.5. Моніторинг динаміки загального психічного розвитку дитини, консультування і вирішення складних, конфліктних ситуацій.

2.6. Ведення документації (щоденник спостережень), що відображає актуальний розвиток дитини, динаміку її стану, рівень шкільної успішності; збір портфоліо.

## **III. Функції учасників психолого-педагогічного консиліуму.**

3.1. Провідними функціями учасників Консиліуму є:

– *діагностична*: виявлення та оцінка актуальних знань, умінь, навичок, загальних здатностей до навчання, поточний аналіз труднощів і обмежень, сильних і слабких здатностей дитини, вивчення соціальної ситуації її розвитку, статусу в колективі та формулювання рекомендацій відповідно до своєї професійної компетентності; неперервний моніторинг досягнутого прогресу;

– *реабілітаційна*: здійснення контролю за виконанням Індивідуальних програм реабілітації дітей з інвалідністю, організація виконання реабілітаційних заходів у навчальному закладі (проведення корекційно-розвиткових занять,

дотримання медичних рекомендацій, спостереження за особливостями соціально-психологічного стану, організація заходів щадного режиму, додаткових консультацій тощо), коригування термінів реабілітаційних заходів;

– *виховна*: поточне спостереження за дітьми, які виявляють ознаки ризику виникнення труднощів пізнавальної діяльності, неконтрольованої поведінки, розробка стратегій педагогічного впливу та їхня інтеграція в контекст загальної навчально-виховної роботи педагогічного колективу, впливу батьків, однолітків.

3.2. Формування міжособистісних стосунків дітей з порушеннями психічного, фізичного, сенсорного розвитку та їх ровесників у процесі внутрішньо колективної інтеграції; залучення в позакласну та позашкільну діяльність.

#### **IV. Принципи діяльності психолого-педагогічного консилиуму:**

4.1. Визначальними принципами діяльності Консилиуму є :

- повага до особистості та опора на позитивні якості дитини з особливими потребами;

- комплексність вивчення особистості дитини, організація ефективної допомоги і психолого-педагогічної підтримки, відстеження динаміки її розвитку з метою успішного навчання і подальшої соціальної адаптації;

- пріоритет педагогічних завдань і використання інформації про дитину, що є істотною для організації навчально-виховного процесу;

- організація роботи на засадах співпраці всіх учасників супроводу, усі члени підтримки беруть участь у обміні інформації, оцінці сильних сторін і недоліків у всіх сферах розвитку дитини ;

- співпраця групи фахівців (командний підхід) та підготовка на основі планування колективного рішення про цілі, завдання, зміст навчання, застосування адаптацій, модифікацій та додаткових засобів підтримки;

- активне залучення батьків до участі в супроводі навчальної діяльності їхньої дитини, у прийнятті рішень щодо розробки індивідуального маршруту навчально-виховного процесу;

- закритість інформації та дотримання етичних принципів учасниками Консиліуму;

- діяльність Консиліуму має характер партнерської взаємодії учасників індивідуалізованої підтримки і супроводу навчально-виховного процесу дитини з особливими освітніми потребами в навчальному закладі.

## **V. Склад учасників Консиліуму.**

5.1. Склад учасників Консиліуму залежить від потреб дитини з певним видом порушень психічного та фізичного розвитку.

5.2. До складу Консиліуму входять:

постійні учасники, які призначаються із числа працівників фахівців навчального закладу: заступник директора з навчально-виховної роботи (вихователь - методист), вчитель (вихователь) класу (групи), в якому дитина навчається, асистент вчителя (вихователя), практичний психолог, соціальний педагог та батьки дитини (особи, яка їх замінює) тощо;

залучені фахівці: вчителі-дефектологи (сурдопедагог, тифлопедагог, олігофренопедагог, логопед (залежно від порушення розвитку дитини); профільні лікарі, консультанти психолого-медико-педагогічної консультації, спеціалісти служб у справах дітей тощо стають учасниками Консиліуму в залежності від специфіки питань, які необхідно вирішити.

5.3. Склад Консиліуму затверджується наказом керівника навчального закладу.

## **VI. Організація діяльності Консиліуму.**

6.1. Загальне керівництво діяльністю Консиліуму здійснює керівник навчального закладу, який несе відповідальність за виконання покладених на Консиліум функцій і завдань, визначає ступінь відповідальності кожного його учасника.

6.2. Консиліум працює постійно протягом навчального року, в кінці навчального року складає звіт про результати своєї роботи керівнику навчального

закладу.

6.3. Основною організаційною формою діяльності Консиліуму є спільні (колегіальні) засідання його учасників, що проводяться щоквартально відповідно до затвердженого плану (графіка). За потреби скликаються позачергові засідання.

6.4. Головою засідання Консиліуму є керівник навчального закладу або уповноважена ним особа із складу постійних учасників.

6.5. Рішення засідання Консиліуму приймаються за результатами колегіального обговорення інформації кожного його учасника, перегляду відеозаписів тощо відкритим голосуванням (за умови присутності на засіданні не менше 2/3 від загального складу), з обов'язковим доведенням до відома батьків або особи, яка їх замінює.

6.6. Рішення засідання Консиліуму оформляються протоколом, який веде відповідальний секретар і підписується головою та відповідальним секретарем.

6.7. Відповідальний секретар призначається із числа складу постійних учасників Консиліуму.

## **VII. Порядок підготовки і проведення засідання психолого-педагогічного консиліуму.**

7.1. Кожна дитина з особливими освітніми потребами, яка здобуває освіту в навчальному закладі, стає об'єктом уваги Консиліуму з метою обговорення особливостей її психофізичного стану, навчально-пізнавальної діяльності, формування особистості та прийняття рішення щодо необхідності створення особливих умов супроводу, визначення ступеня індивідуалізації навчального процесу (адаптацій, модифікацій, забезпечення додаткових заходів та пристосувань).

7.2. Протягом двох тижнів початку навчального року чи з моменту зарахування дитини з особливими потребами до навчального закладу педагоги (класу, групи) організують системне спостереження, поглиблене вивчення стану готовності до здійснення навчальної діяльності, проводять оцінку її знань, умінь та навичок, відповідно до навчальної програми, визначеної психолого-

медико-педагогічною консультацією.

За результатами педагогічного вивчення педагогом формулюються висновки, прогноуються першочергові завдання реалізації освітніх потреб дитини, готується інформація для обговорення на першому засіданні Консиліуму. Результати педагогічного вивчення та висновки обов'язково доводяться до відома батьків.

7.3. Перше засідання Консиліуму, яке відбувається на початку навчального року, має своїм завданням:

визначити ступінь психолого-педагогічної підтримки всім дітям відповідно до тяжкості і складності наявних порушень, у залежності від стану збереження здоров'я та інтелектуальних здібностей,

щодо кожної дитини з особливими освітніми потребами (за необхідності) сформувати групу фахівців, відповідальних за реалізацію завдань супроводу.

7.4. Завдання супроводу визначаються на 3 місяці. У разі позитивної динаміки розвитку та успішності навчання дитини зміни в її Індивідуальну програму розвитку можуть вноситись раніше.

7.5. На кожному наступному засіданні консиліуму провідний педагог (вихователь), а також всі інші учасники супроводу дитини дають висновки про розвиток дитини та рекомендації. Колегіальний висновок консиліуму містить узагальнену характеристику структури психофізичного розвитку дитини (без вказівки діагнозу). Він є підставою для подальшого коригування індивідуального планування педагогічних заходів.

Колегіальний висновок підписується головою та всіма членами Консиліуму.

7.6. За результатами психолого-педагогічного супроводу на основі рішення засідання Консиліуму може бути ініційованим питання про повторне вивчення дитини в психолого-медико-педагогічній консультації з метою переводу на навчання в звичайних умовах.

7.7. Висновки спеціалістів, колегіальний висновок консиліуму доводяться до відома батьків (осіб, які їх замінюють) в доступній для розуміння формі. Запропоновані рекомендації реалізуються тільки за їх згоди.

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ,  
МОЛОДІ ТА СПОРТУ УКРАЇНИ**

---

01135, м. Київ, проспект Перемоги, 10, тел. (044) 486-24-42, факс (044) 236-10-49, ministry@mon.gov.ua

від 18.05.12 № 1/9-384

на № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_

Міністерство освіти і науки, молоді та спорту Автономної Республіки Крим, управління освіти і науки обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій

*Про організацію інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах*

Міністерство освіти і науки, молоді та спорту надсилає для практичного використання інструктивно-методичний лист «Організація інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах», розробленого з метою запровадження Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 15 серпня 2011 року № 872.

Просимо зміст листа довести до відома керівників районних та міських відділів освіти, керівників загальноосвітніх навчальних закладів.

Додаток: на 9 арк.

Заступник Міністра

Б. М. Жебровський

## **Інструктивно-методичний лист «Організація інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах»**

Інструктивно-методичний лист розроблено з метою реалізації Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 15 серпня 2011 року №872.

Інклюзивне навчання – це комплексний процес забезпечення рівного доступу до якісної освіти дітям з особливими освітніми потребами шляхом організації їх навчання у загальноосвітніх навчальних закладах на основі застосування особистісно орієнтованих методів навчання, з урахуванням індивідуальних особливостей навчально-пізнавальної діяльності таких дітей.

Інклюзивне навчання запроваджується відповідно до Конвенції ООН про права дитини та Конвенції ООН про права інвалідів, низки Указів Президента, Закону України «Про загальну середню освіту».

Передумовою у забезпеченні успішності навчання дитини з особливими освітніми потребами у загальноосвітньому навчальному закладі є індивідуалізація навчально-виховного процесу. Індивідуальне планування навчально-виховного процесу має на меті:

- розроблення комплексної програми розвитку дитини з особливими освітніми потребами, що допоможе педагогічному колективу закладу пристосувати середовище до потреб дитини;
- надання додаткових послуг та форм підтримки у процесі навчання;
- організацію спостереження за динамікою розвитку учня.

**Індивідуальна програма розвитку** розробляється групою фахівців (заступник директора з навчально-виховної роботи, вчителі, асистент вчителя, психолог, вчитель-дефектолог та інші) із обов'язковим залученням батьків, або осіб, які їх замінюють, з метою визначення конкретних навчальних стратегій і підходів до навчання дитини з особливими освітніми потребами. Вона містить загальну інформацію про учня, систему додаткових послуг, види необхідної адаптації та модифікації навчальних матеріалів, індивідуальну навчальну

програму та за потреби індивідуальний навчальний план.

Оформлення та ведення відповідної документації покладається на асистента вчителя.

**Індивідуальна програма розвитку** містить такі розділи:

1. Загальна інформація про дитину: ім'я та прізвище, вік, телефони батьків, адреса, проблема розвитку (інформація про особливі освітні потреби), дата зарахування дитини до школи та строк, на який складається програма.

2. Наявний рівень знань і вмінь. Група фахівців протягом 1-2 місяців (в залежності від складності порушення) вивчає можливості та потреби дитини, фіксує результати вивчення:

її вміння, сильні якості та труднощі, стиль навчання (візуальний, кінестетичний, багатосенсорний та інші, особливо якщо один зі стилів домінує), у чому їй потрібна допомога;

інформація щодо впливу порушень розвитку дитини на її здатність до навчання (відомості надані психолого-медико-педагогічною консультацією). Вся інформація повинна бути максимально точною, оскільки вона є підґрунтям для подальшого розроблення завдань.

4. Спеціальні та додаткові освітні послуги. В індивідуальній програмі розвитку фіксується розклад занять з відповідними фахівцями ( логопедом, фізіотерапевтом, психологом та іншими спеціалістами), вказується кількість і тривалість таких занять з дитиною.

5. Адаптації/модифікації. При складанні індивідуальної програми розвитку необхідно проаналізувати, які адаптації та модифікації слід розробити для облаштування середовища, застосування належних навчальних методів, матеріалів, обладнання, урахування сенсорних та інших потреб дитини.

**Модифікація** – трансформує характер подачі матеріалу шляхом зміни змісту або концептуальної складності навчального завдання. Наприклад, скорочення змісту навчального матеріалу; модифікація навчального плану або цілей і завдань, прийнятних для конкретної дитини, корекція завдань, визначення змісту, який необхідно засвоїти.



**Адаптація** – змінює характер подачі матеріалу, не змінюючи зміст або концептуальну складність навчального завдання. Зокрема, можуть використовуватись такі види адаптацій:

пристосування середовища (збільшення інтенсивності освітлення в класних кімнатах, де є діти з порушеннями зору; зменшення рівня шуму в класі, де навчається слабчуща дитина, забезпечення її слуховим апаратом; створення відокремленого блоку в приміщенні школи для учнів початкової ланки);

адаптація навчальних підходів (використання навчальних завдань різного рівня складності; збільшення часу на виконання, зміна темпу занять, чергування видів діяльності);

адаптація матеріалів (адаптація навчальних посібників, наочних та інших матеріалів; використання друкованих текстів з різним розміром шрифтів, картки-підказки, тощо).

**Індивідуальна програма розвитку** розробляється на один рік. Двічі на рік (за потребою частіше) переглядається з метою її коригування. Зокрема, коли у дитини виникають труднощі у засвоєнні визначеного змісту навчального матеріалу, чи навпаки виникає необхідність перейти до наступного рівня складності виконання завдань.

Навчально-виховний процес у класах з інклюзивним навчанням загальноосвітніх навчальних закладів здійснюється відповідно до робочого навчального плану школи, за навчальними програмами, підручниками, посібниками, рекомендованими МОНмолодьспортом для загальноосвітніх навчальних закладів.

Для дітей з особливими освітніми потребами, які мають інтелектуальні порушення та зі складними вадами розвитку (вадами слуху, зору, опорно-рухового апарату в поєднанні з розумовою відсталістю, затримкою психічного розвитку) на основі робочого навчального плану школи розробляється індивідуальний навчальний план з урахуванням рекомендацій психолого-медико-педагогічної консультації та на основі Типових навчальних планів спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для дітей, які потребують корекції

фізичного та (або) розумового розвитку.

**Індивідуальний навчальний план** визначає перелік навчальних предметів, послідовність їх вивчення, кількість годин, що відводяться на вивчення кожного предмета за роками навчання, та тижневу кількість годин. У плані враховуються додаткові години на індивідуальні і групові заняття, курси за вибором, факультативи тощо.

Для проведення корекційно-розвиткових занять в індивідуальному навчальному плані учня передбачається від 3 до 8 годин на тиждень (кількість годин визначають відповідні психолого-медико-педагогічні консультації).

Індивідуальний навчальний план та індивідуальна навчальна програма розробляється педагогічними працівниками, у тому числі з дефектологічною освітою, які беруть безпосередню участь у навчально-виховному процесі, за участю батьків дитини або осіб, які їх замінюють, та затверджується керівником навчального закладу.

**Індивідуальна навчальна програма** дитини з особливими освітніми потребами у класі з інклюзивним навчанням розробляється на основі типових навчальних програм загальноосвітніх навчальних закладів, у тому числі спеціальних, з відповідною їх адаптацією.

Навчальна програма визначає зміст, систему знань, навичок і вмінь, які мають опанувати учні в навчальному процесі з кожного предмета, а також зміст розділів і тем.

При складанні індивідуальної навчальної програми педагоги в першу чергу аналізують відповідність вимог навчальної програми та методів, що використовуються на уроці, актуальним і потенційним можливостям дитини з особливими освітніми потребами.

До складання індивідуальної навчальної програми залучаються батьки, які повинні мати чітке уявлення про те, чому навчання дитини потребує розроблення індивідуальної навчальної програми. Така співпраця забезпечить інформування батьків про потенційні можливості дитини, динаміку її розвитку та врегулює комплекс суперечливих питань, які виникають між батьками та вчителями в

процесі навчання дитини.

Невід'ємною складовою процесу розроблення індивідуальної програми розвитку є оцінка динаміки розвитку дитини з особливими освітніми потребами, збирання відомостей про її успіхи (учнівські роботи, результати спостережень педагогів, контрольні листки, результати тестів, тощо).

Визначення рівня сформованості знань, умінь і навичок учнів з особливими освітніми потребами здійснюється з метою забезпечення позитивної мотивації навчання, інформування учнів про їх індивідуальні досягнення, визначення ефективності педагогічної діяльності вчителів.

Оцінювання навчальних досягнень учнів з особливими освітніми потребами здійснюється за критеріями оцінювання навчальних досягнень учнів у системі загальної середньої освіти, затвердженими наказом Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України від 13.04.2011 №329, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 11 травня 2011 р. за №566/19304.

Оцінювання навчальних досягнень учнів з розумовою відсталістю, зі складними вадами розвитку, які навчаються за індивідуальним навчальним планом і програмою, здійснюється за обсягом матеріалу, визначеним індивідуальною навчальною програмою.

Система оцінювання навчальних досягнень учнів повинна бути стимулюючою.

З метою оцінювання індивідуальних досягнень учнів може бути використаний метод оцінювання портфоліо.

**Портфоліо** – це накопичувальна система оцінювання, що передбачає формування умінь учнів ставити цілі, планувати і організовувати власну навчальну діяльність; накопичення різних видів робіт, які засвідчують рух в індивідуальному розвитку; активну участь в інтеграції кількісних і якісних оцінок; підвищення ролі самооцінки.

Таке оцінювання передбачає визначення критеріїв для включення учнівських напрацювань до портфоліо; форми подання матеріалу; спланованість оцінного процесу; елементи самооцінки з боку учня тощо.

Процес складання індивідуальної програми розвитку дитини з особливими освітніми потребами носить диференційований характер, розробляється на основі аналізу проблеми розвитку учня та його освітніх потреб.

Зокрема, якщо дитина з особливими освітніми потребами має сенсорні порушення при збереженому інтелекті і потребує створення відповідних адаптацій навчальних матеріалів та корекційних занять з вчителем-дефектологом, для неї розробляється та частина програми розвитку, яка стосується надання цих послуг та розроблення відповідних адаптацій. За потреби адаптується навчальна програма, але розроблення індивідуального навчального плану є недоцільним.

Разом із тим, якщо в класі навчаються діти з особливими освітніми потребами однієї нозології, для кожного окремо розробляється та частина індивідуальної програми розвитку, яка стосується їхніх відмінностей та потреб, а навчальна програма може бути спільною.

Учням з особливими освітніми потребами, у тому числі з розумовою відсталістю, які навчалися у класі з інклюзивним навчанням, видається документ встановленого зразка для загальноосвітнього навчального закладу, учнями якого вони були.

У додатку до свідоцтва про базову загальну середню освіту або до атестата про повну загальну середню освіту вказуються лише ті предмети, які вивчав учень в процесі навчання.

Для осіб, звільнених від державної підсумкової атестації, у додаток до свідоцтва про відповідний рівень освіти виставляються річні бали та робиться запис «звільнений».

Директор департаменту

О. В. Єресько

## Індивідуальна програма розвитку (ІПР)

(Назва школи)

Дитина \_\_\_\_\_ Дата народження \_\_\_\_\_

Батьки або опікуни \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

Адреса \_\_\_\_\_

Особливості розвитку \_\_\_\_\_

Чи отримувала дитина допомогу, яку \_\_\_\_\_

Дата вступу до школи \_\_\_\_\_ Клас \_\_\_\_\_

Вчитель \_\_\_\_\_ Асистент вчителя \_\_\_\_\_

Строки дії програми з \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_

Присутні на засіданні з приводу розробки ІПР:

<i>Присутні</i>	<i>Дата</i>	<i>Присутні</i>	<i>Дата</i>

Перелік спеціальних і додаткових видів послуг:

<i>Вид послуг</i>	<i>Кількість год. на тиждень</i>	<i>Місце проведення</i>	<i>Розклад</i>
<i>Додаткові заняття з учителем</i>	<i>2 год. на тиждень</i>	<i>Каб. 213</i>	<i>Вівторок, четвер</i>
<i>Корекційні заняття з логопедом</i>	<i>2 год. на тиждень</i>	<i>Каб. 406</i>	<i>Середа, п'ятниця</i>

Я ЗГОДЕН зі змістом ІПР.

Я мав можливість брати участь у розробці цього плану.

Підпис батька (матері) або опікуна \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

## Пристосування/модифікація класного середовища

Стиль навчання:  Переважно слуховий  Переважно візуальний   
 Багатосенсорний  Переважно кінестетичний  Переважно тактильний

<b>Місце, умови</b>	<input type="checkbox"/> Визначене місце <input type="checkbox"/> У малій групі
<b>Навчальні підходи</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Часта / невідкладна реакція з боку вчителя <input type="checkbox"/> Об'єднання стилів навчання <input type="checkbox"/> Спільне навчання <input type="checkbox"/> Кооперативне навчання в групах / парах <input type="checkbox"/> Інше _____
<b>Вказівки</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Різні види вказівок: _____ усні _____ письмові _____ демонстрація / моделювання ___ привертання уваги учня <input type="checkbox"/> Інше _____
<b>Корекція поведінки</b>	<input type="checkbox"/> Часті перерви <input type="checkbox"/> Чітке визначення очікувань <input type="checkbox"/> Робота в тиші <input checked="" type="checkbox"/> Позитивні підкріплення <input type="checkbox"/> Надання можливостей для вибору й альтернатив <input type="checkbox"/> Надання можливості порухатися <input checked="" type="checkbox"/> Близький безпосередній контроль <input type="checkbox"/> Розміщення дитини у зручному місці
<b>Матеріал та обладнання</b>	<input type="checkbox"/> Книжки для сліпих, надруковані шрифтом Брайля <input checked="" type="checkbox"/> Адаптовані версії книжок <input type="checkbox"/> Затискачі, похилі дошки <input checked="" type="checkbox"/> Інше _____ <i>інд. картки</i> _____ _____
<b>Організаційні питання</b>	<input type="checkbox"/> Індивідуалізований розклад занять учня <input checked="" type="checkbox"/> Інше _____
<b>Сенсорні потреби</b>	<input type="checkbox"/> Стежити, чи правильно учень користується: _____ окулярами _____ слуховим апаратом _____ аудіо / ЧМ приладдям _____ допоміжним технологічним обладнанням <input type="checkbox"/> Інше _____
<b>Інше</b>	_____ _____ _____

## Індивідуальна навчальна програма

Довгострокова мета: \_\_\_\_\_

---

Короткострокові завдання	Методи оцінювання	Дата і прогрес
	Зразки робіт	
	Спостереження	
	Контрольні листки	
	Тестові завдання	
	Стандартні тести	

### Умовні позначення:

*О* – учень оволодів умінням, досяг поставленої мети;

*СП* – спостерігається суттєвий прогрес;

*НП* – спостерігається незначний прогрес;

*ПН* – прогресу в досягненні конкретної мети немає.

### Поточний рівень знань і вмінь.

На цій сторінці фіксуються відомості про рівень розвитку дитини, зафіксовані під час спостережень і досліджень: її вміння, сильні якості, стиль навчання (особливо якщо один зі стилів домінує), що дитина не вміє робити, у чому їй потрібна допомога тощо.

## Індивідуальна програма розвитку (ІПР)

( \_\_\_\_\_ загальноосвітня школа І-ІІІ ступенів № \_\_\_\_\_  
 Б..... міської ради Київської області)

Дитина \_\_\_\_\_ Дата народження \_\_\_\_\_

Батьки або опікуни \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

Адреса \_\_\_\_\_

**Особливості розвитку** Психомовний розвиток знижений внаслідок порушення слухового аналізатора. Мовлення зрозуміле. Контактний. Допомогою в процесі виконання завдань користується добре. Поведінка адекватна. Користується слуховим апаратом.

**Чи отримувала дитина допомогу, яку** індивідуальні заняття з логопедом, психологом.

Дата вступу до школи \_\_\_\_\_ Клас \_\_\_\_\_

Вчитель \_\_\_\_\_ Асистент вчителя \_\_\_\_\_

**Програма навчання** Індивідуальна навчальна програма розроблена з врахуванням програм для дітей з затримкою психічного розвитку.

Строки дії програми з 2014 н.р. до 2015 н.р.

Присутні на засіданні з приводу розробки ІПР:

<i>Присутні</i>	<i>Дата</i>	<i>Присутні</i>	<i>Дата</i>
	11.09.		
	14.10.		
	20.11.		

**Перелік спеціальних і додаткових видів послуг:**

<i>Додаткові заняття</i>	<i>Кількість год. на тиждень</i>	<i>Місце проведення</i>	<i>Розклад</i>
заняття з психологом	3	каб. № 413	понеділок о 12.40
заняття з логопедом	3	каб. № 421	понеділок, середа, п'ятниця о 14.40

Я ЗГОДЕН зі змістом ІПР.

Я мав можливість брати участь у розробці цього плану.

Підпис батька (матері) або опікуна \_\_\_\_\_

Дата 15 жовтня 2014 р.



### Адаптація/модифікація класного середовища

- Стиль навчання:  Переважно слуховий  Переважно візуальний  
 Багатосенсорний  Переважно кінестетичний  Переважно тактильний

<b>Місце, умови</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Визначене місце <input type="checkbox"/> У малій групі
<b>Навчальні підходи</b>	Часта / невідкладна реакція з боку вчителя <input checked="" type="checkbox"/> Об'єднання стилів навчання <input checked="" type="checkbox"/> Спільне навчання <input checked="" type="checkbox"/> Кооперативне навчання в групах / парах <input type="checkbox"/> Інше <u>індивідуальний супровід асистента</u>
<b>Вказівки</b>	Різні види вказівок: <input checked="" type="checkbox"/> усні <input checked="" type="checkbox"/> письмові <input checked="" type="checkbox"/> демонстрація / моделювання <input checked="" type="checkbox"/> привертання уваги учня <input type="checkbox"/> Інше _____
<b>Корекція поведінки</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Часті перерви <input checked="" type="checkbox"/> Чітке визначення очікувань <input checked="" type="checkbox"/> Робота в тиші <input checked="" type="checkbox"/> Позитивні підкріплення <input checked="" type="checkbox"/> Надання можливостей для вибору й альтернатив <input type="checkbox"/> Надання можливості порухатися <input checked="" type="checkbox"/> Близький безпосередній контроль <input checked="" type="checkbox"/> Розміщення дитини у зручному місці
<b>Матеріал та обладнання</b>	<input type="checkbox"/> Книжки для сліпих, надруковані шрифтом Брайля <input type="checkbox"/> Адаптовані версії книжок <input type="checkbox"/> Затискачі, похилі дошки <input type="checkbox"/> Інше _____ _____
<b>Організаційні питання</b>	<input type="checkbox"/> Індивідуалізований розклад занять учня <input type="checkbox"/> Інше _____
<b>Сенсорні потреби</b>	<input type="checkbox"/> Стежити, чи правильно учень користується: _____ окулярами <input checked="" type="checkbox"/> слуховим апаратом _____ аудіо / ЧМ приладдям _____ допоміжним технологічним обладнанням <input type="checkbox"/> Інше _____
<b>Інше</b>	_____ _____ _____

### Поточний рівень знань і вмінь.

На цій сторінці фіксуються відомості про рівень розвитку дитини, зафіксовані під час спостережень і досліджень: її вміння, сильні якості, стиль навчання (особливо якщо один зі стилів домінує), що дитина не вміє робити, у чому їй потрібна допомога тощо.

Педагог	<p>..... навчається в .....в школі..... з 01.03.2013 р.</p> <p>За час навчання досягнув певних успіхів. Володимир читає плавно, правильно словами, окремі (багатоскладові) слова – складами у темпі, що відповідає нормативному. Дає короткі відповіді на поставлені запитання. Текст не переказує. Списує друкований текст. Літери переважно пропорційні з одноковим нахилом, з однаковим нахилом, правильними поєднаннями. Однак є незначні відхилення від норми у формі букв та їх поєднанні. Допускає 1-2 орфографічні помилки. Диктант не пише. З математики вирази обчислює з опорою на таблицю множення і ділення та таблицю додавання і віднімання в межах 20. Потребує постійної допомоги вчителя. При розв'язуванні задач потребує додаткового пояснення (схема, короткий запис, малюнок). Учень потребує постійної допомоги вчителя. За час навчання став більш самостійним. Володя може сам записати прості, добре відомі слова, списати текст, обчислити прості вирази. Вова дуже любить похвалу. В класі має багато друзів. Із задоволенням відвідує хореографічний ансамбль «Колорит».</p>
Психолог	<p>Завдання виконує за аналогією. Мислительні операції уповільнені, розвиток не відповідає віковій нормі. Пам'ять механічна, короткотривала. Концентрація уваги до 5 хвилин, потребує переключення з одного виду діяльності на інший. Емоційно-вольова сфера врівноважена.</p>
Логопед	<p>Звуковимова не порушена. Фонематичні процеси не сформовані. Словниковий запас нижче вікової норми, недосконалий (заміни слів за змістом і звучанням). В усному мовленні наявні численні аграматизми. Читає поскладово словами. Не переказує. На запитання за змістом тексту відповідає словом або словосполученням після додаткових уточнюючих запитань. Списує. Під диктовку може писати, якщо диктувати побуквено. Корекція лексико-граматичної сторони мовлення.</p>

## Індивідуальна навчальна програма

**Навчальний предмет:** Українська мова

**Тема:** Мова і мовлення. Текст

**Довгострокова мета:** Ознайомити з особливостями усного і писемного мовлення. Збагачувати словниковий запас. Розвивати зв'язне мовлення. Вчити добирати до тексту заголовки. Будова тексту.

<b>Короткострокові завдання</b>		<b>Методи оцінювання Дата і прогрес</b>
01.09.– 04.09.	<i>Вчити розрізняти поняття державна і рідна мова. Пояснити особливості усного і писемного мовлення. (Сюжетні малюнки, розділові знаки). Розвивати навички мовного етикету (картки слів ввічливості)</i>	<i>Спостереження зразки робіт</i>
08.09.- 11.09.	<i>Вчити розрізняти набір речень і текст. Добирати заголовки. (картки, малюнки). Навчити виділяти частину тексту. (сюжетні малюнки)</i>	<i>Картка 11.09. зразки робіт</i>
15.09.- 18.09.	<i>Навчити складати текст опис за предметом (машинка, зайчик). Вчити писати кожен частину тексту з абзацу (сюжетні малюнки).</i>	<i>Спостереження</i>
22.09.- 25.09.	<i>Навчити складати привітання (за зразком у підручника, впр. 71). Диктант (списування).</i>	<i>Картка 24.09. спостереження</i>

**Умовні позначення:**

*О* – учень оволодів умінням, досяг поставленої мети;

*СП* – спостерігається суттєвий прогрес;

*НП* – спостерігається незначний прогрес;

*ПН* – прогресу в досягненні конкретної мети немає;

**Методи оцінювання**

Зразки робіт

Спостереження

Контрольні листки

Тестові завдання

Стандартні тести

## Індивідуальна навчальна програма

**Навчальний предмет:** Українська мова.

**Тема:** Речення. Слово. Значення слова. Будова слова.

**Довгострокова мета:** Розширювати вміння про види речень за метою висловлювання. Головні і другорядні речення. Вчити розрізняти пряме і переносне слово. Розвивати вміння аналізувати словниковий запас.

<b>Короткострокові завдання</b>		<b>Методи оцінювання Дата і прогрес</b>
29.09.- 02.10.	<i>Вчити поділяти текст на речення. Виділяти речення за метою висловлювання. Окличні речення. Звертання. (Навчальний діалог за словесно описаною мовленнєвою ситуацією та сюжетними малюнками).</i>	<i>Зразки робіт Спостереження</i>
06.10- 09.10	<i>Навчити виділяти в реченні головні і другорядні члени речення. З'ясувати зв'язок слів у речення. Опис за власним спостереженням. (Опорна схема встановлення зв'язку слів).</i>	<i>Картка 06.10. Спостереження</i>
13.10.- 16.10.	<i>розширити уявлення про значення слів їх вживання. Вчити розрізняти слова в усному мовленні і на письмі. Збагачувати словниковий запас. Синоніми, антоніми. (Складання речень. Навчальний діалог. Редагування тексту (Сюжетні малюнки).</i>	<i>Картка 14.10. Зразки робіт</i>
20.10.- 23.10.	<i>Ознайомити з деякими фразеологізмами шляхом добору синонімів. (Сюжетні малюнки) (Підібрати до фразеологізмів синоніми).</i>	<i>Зразки робіт Спостереження</i>
27.10.- 30.10.	<i>Навчити за допомогою закінчення утворювати нові слова. Що таке основа слова. Ознайомити з префіксом, коренем, суфіксом. (Опорна схема, алгоритм).</i>	<i>Спостереження</i>

**Умовні позначення:**

*O* – учень оволодів умінням, досяг поставленої мети;

*СП* – спостерігається суттєвий прогрес;

**Методи оцінювання**

Зразки робіт

Спостереження

*НП* – спостерігається незначний прогрес;  
*ПН* – прогресу в досягненні конкретної мети немає;

Контрольні листки  
 Тестові завдання  
 Стандартні тести

### Індивідуальна навчальна програма

**Навчальний предмет:** Українська мова.

**Тема:** Будова слова.

**Довгострокова мета:** Формувати вміння виділяти в словах закінчення основу, основу, префікс, суфікс. Правопис слів з ненаголошеними [є], [и]. Формувати вміння розрізняти дзвінки й глухі приголосні. Розвивати фонематичний слух.

Короткострокові завдання		Методи оцінювання Дата і прогрес
03.11.- 06.11.	<i>Навчити розрізняти синоніми спільнокореневих слів і різних форм одного й того ж слова. Розрізнення слів із коренями, що звучать однаково, але мають різне значення. Чергувати голосні звуки [о],[ е ], [ і ] в коренях слів. Побудова словосполучень. (Опорна схема, малюнки)</i>	<i>Спостереження Зразки робіт</i>
10.11.- 13.11.	<i>Показати на прикладах слів чергування приголосних звуків [г] - [з'] - [ж] нога, носі, ніжка [к] - [ч']-[ч] – рука, руці, ручка Навчитися вимовляти і писати слова із ненаголошеними [є], [и] в коренях і перевіряти наголосом. (орфографічний словник, картки слів, малюнки)</i>	<i>Картка 11.11. Спостереження Зразки робіт</i>
17.11.- 20.11	<i>Ознайомити з дзвінками та глухими приголосними звуками (опорна схема у підручнику)</i>	<i>Спостереження Зразки робіт</i>
24.11.- 27.11.	<i>Навчити за допомогою префіксів утворювати нові слова.</i>	<i>Картка 27.11. Спостереження Зразки робіт</i>

**Умовні позначення:***О* – учень оволодів умінням, досяг поставленої мети;*СП* – спостерігається суттєвий прогрес;*НП* – спостерігається незначний прогрес;*ПН* – прогресу в досягненні конкретної мети немає;**Методи оцінювання**

Зразки робіт

Спостереження

Контрольні листки

Тестові завдання

Стандартні тести

**Індивідуальна навчальна програма****Навчальний предмет:** Українська мова.**Тема:** Будова слова. Частини мови.**Довгострокова мета:** Формувати вміння писати префікси і прийменники. Розвивати мовлення.

Ознайомлення з вживанням апострофа. Утворювати слова з допомогою префікса та суфікса.

<b>Короткострокові завдання</b>		<b>Методи оцінювання</b> Дата і прогрес
01.12.- 04.12.	<i>Ознайомити з правописом префіксів роз-, без-, з-, с-. Складання речення. Складання діалогу. (Деформовані речення, опорна схема складання діалогу за словесно описаною мовленнєвою ситуацією.</i>	<i>Картки 09.12 Спостереження Зразки робіт</i>
08.12- 11.12	<i>Ознайомити з вживанням апострофа після префікса. Вчити складати розповіді за поданими словами та малюнками. Суфікс. Утворення нових слів за допомогою суфікса –ар.</i>	<i>Спостереження Зразки робіт</i>
15.12.- 18.12.	<i>Навчити розбирати слова за будовою. Послідовність розбору слова за будовою. Навчити писати листа.</i>	<i>Карта 17.12. Спостереження Зразки робіт</i>
22.12.- 25.12.	<i>Дати загальне поняття про частини мови. Формувати вміння групувати іменники за смисловими групами. Розвивати вміння розпізнавати частини мови. (Малюнки квітів, звірів, птахів).</i>	<i>Спостереження Зразки робіт</i>

**Умовні позначення:***О* – учень оволодів умінням, досяг поставленої мети;**Методи оцінювання**

Зразки робіт

СП – спостерігається суттєвий прогрес;  
 НП – спостерігається незначний прогрес;  
 ПН – прогресу в досягненні конкретної мети немає;

Спостереження  
 Контрольні листки  
 Тестові завдання  
 Стандартні тести

### Індивідуальна навчальна програма

**Навчальний предмет:** Математика.

**Тема:** Повторення матеріалу 2 класу. Ознайомлення з рівняннями.

**Довгострокова мета:** Удосконалювати вміння додавати і віднімати двоцифрові числа, формувати навички обчислень з використанням таблиць множення. Розвивати увагу, спостережливість.

Короткострокові завдання		Методи оцінювання Дата і прогрес
01.09- 05.09.	Навчити додавати і віднімати числа частинами за лічильним матеріалом. Навчити розрізняти різні геометричні фігури (вирізані геометричні фігури) Розв'язувати задачі за коротким записом і малюнком.	Спостереження Зразки робіт
08.09.- 12.09.	Навчити додавати і віднімати вирази виду $38+2$ , $80-4$ , $36+7$ , $73-8$ за опорною схемою «числа від 1 до 100». Вчити розв'язувати задачі за сюжетним малюнком.	Спостереження Зразки робіт
15.09.- 19.09.	Удосконалювати вміння додавати і віднімати числа з переходом через десяток. (опорна схема, сигнальні картки: подумай! Будь уважний!) Навчити розв'язувати рівняння на знаходження невідомого доданка (сюжетні малюнки)	Картка 17.09. Спостереження Зразки робіт
22.09.- 26.09.	Повторити назви чисел при множенні і діленні, вчити розв'язувати вирази, що містять дії різного ступеня (лічильний матеріал, таблиця та ділення) Вчити порівнювати вирази (сюжетні малюнки).	Спостереження Зразки робіт

**Умовні позначення:***О* – учень оволодів умінням, досяг поставленої мети;*СП* – спостерігається суттєвий прогрес;*НП* – спостерігається незначний прогрес;*ПН* – прогресу в досягненні конкретної мети немає;**Методи оцінювання**

Зразки робіт

Спостереження

Контрольні листки

Тестові завдання

Стандартні тести

**Індивідуальна навчальна програма****Навчальний предмет:** Математика.**Тема:** Повторення матеріалу 2 класу.**Довгострокова мета:** Удосконалювати навички табличного множення, назви чисел при множенні та діленні. Вчити розв'язувати прості і складні задачі. Прищеплювати любов до математики.

<b>Короткострокові завдання</b>		<b>Методи оцінювання</b> <b>Дата і прогрес</b>
29.09.- 03.10.	<i>Таблиця множення числа 5 і ділення на 5 та чила 6. Навчити складати задачі за коротким записом. Визначення часу за годинником. Задачі на знаходження ціни, вартості кількості. (Опорна схема «Таблиця множення макет годинника)</i>	<i>Спостереження Зразки робіт</i>
06.10.- 10.10.	<i>Удосконалювати вміння обчислень виразів. Вправи і задачі на закріплення таблиць множення і ділення. Порівняння виразів. (Короткий запис задач, малюнки до задач)</i>	<i>Картка 06.10. Спостереження</i>
13.10.- 17.10.	<i>Вчити складати і розв'язувати рівняння. Розв'язувати задачі з буквеними даними, розвивати обчислювальні навички, розвивати логічне мислення. . (Таблиця усних обчислень, таблиця множення)</i>	<i>Картка 14.10. Зразки робіт</i>



20.10.- 24.10	<i>Вчити порівнювати вираз і число. Складання і розв'язування рівнянь і задач. Обчислення виразів, що включають ділення на ш7. Види трикутників. (сюжетні малюнки, види трикутників).</i>	Спостереження Зразки робіт
27.10.- 31.10	<i>Вчити складати і обчислювати вирази. Складання задачі поданим виразом. (схеми задач, ілюстрації до задач)</i>	Спостереження Зразки робіт

**Умовні позначення:**

*О* – учень оволодів умінням, досяг поставленої мети;

*СП* – спостерігається суттєвий прогрес;

*НП* – спостерігається незначний прогрес;

*ПН* – прогресу в досягненні конкретної мети немає;

**Методи оцінювання**

Зразки робіт

Спостереження

Контрольні листки

Тестові завдання

Стандартні тести

**Індивідуальна навчальна програма**

**Навчальний предмет:** Математика.

**Тема:** Повторення матеріалу 2 класу. Тисяча. Нумерація трицифрових чисел.

**Довгострокова мета:** Формувати вміння утворювати трицифрові числа. Вчити додавати і віднімати круглі сотні і круглі десятки. Розвивати пам'ять, мислення.

<b>Короткострокові завдання</b>		<b>Методи оцінювання</b> <b>Дата і прогрес</b>
03.11.- 07.11.	<i>Повторювати та закріплювати знання вивчених таблиць множення і ділення. Переставний закон множення. Сполучний закон множення. Множення числа 1 і 0. Порівняння виразів.</i>	Спостереження Зразки робіт
10.11.- 14.11.	<i>Навчитися ділити на 1 та складати і розв'язувати задачі за коротким написом. Неможливість ділення на нуль. Обчислювати вирази. Виховувати уважність та акуратність.</i>	Картка 10.11 Зразки робіт

14.11.- 19.11.	<i>Тисяча. Навчити розкладати числа на розрядні доданки. Утворювати числа із сотень, десятків і одиниць. Читання і запис чисел у нумераційній таблиці. (Палички, десятки паличок, нумераційна таблиця)</i>	Спостереження Зразки робіт
21.11.- 26.11.	<i>Навчитися порівнювати трицифрові числа. Додавати і віднімати круглі сотні і круглі десятки. Задачі на збільшення (зменшення) числа у кілька разів. Одиниці вимірювання довжини. (нумераційна таблиця, метрові лінійка, учнівська лінійка)</i>	Картка 24.11. Спостереження Зразки робіт

**Умовні позначення:**

*О* – учень оволодів умінням, досяг поставленої мети;

*СП* – спостерігається суттєвий прогрес;

*НП* – спостерігається незначний прогрес;

*ПН* – прогресу в досягненні конкретної мети немає;

**Методи оцінювання**

Зразки робіт

Спостереження

Контрольні листки

Тестові завдання

Стандартні тести

**Індивідуальна навчальна програма**

**Навчальний предмет:** Математика.

**Тема:** Повторення матеріалу 2 класу. Тисяча. Нумерація трицифрових чисел.

**Довгострокова мета:** Формувати вміння утворювати трицифрові числа. Вчити додавати і віднімати круглі сотні і круглі десятки. Розвивати пам'ять, мислення.

<b>Короткострокові завдання</b>		<b>Методи оцінювання</b> <b>Дата і прогрес</b>
03.11.- 07.11.	<i>Повторювати та закріплювати знання вивчених таблиць множення і ділення. Переставний закон множення. Сполучний закон множення. Множення числа 1 і 0. Порівняння виразів.</i>	Спостереження Зразки робіт

10.11.- 14.11.	<i>Навчити ділити на 1 та складати і розв'язувати задачі за коротким записом. Неможливість ділення на нуль. Обчислювати вирази. Виховувати уважність та акуратність.</i>	<i>Картка 10.11. Спостереження Зразки робіт</i>
14.11.- 19.11.	<i>Тисяча. Навчити розкладати числа на розрядні доданки. Утворювати числа із сотень, десятків і одиниць. Читання і запис чисел у нумераційній таблиці. (Палички, десятки паличок, нумераційна таблиця)</i>	<i>Спостереження Зразки робіт</i>
21.11.- 26.11.	<i>Навчити порівнювати трицифрові числа. Додавати і віднімати круглі сотні і круглі десятки. Задачі на збільшення (зменшення) числа у кілька разів. Одиниці вимірювання довжини. (нумераційна таблиця, метрова лінійка, учнівська лінійка)</i>	<i>Картка 24.11. Спостереження Зразки робіт</i>

**Умовні позначення:**

*О* – учень оволодів умінням, досяг поставленої мети;

*СП* – спостерігається суттєвий прогрес;

*НП* – спостерігається незначний прогрес;

*ПН* – прогресу в досягненні конкретної мети немає;

**Методи оцінювання**

Зразки робіт

Спостереження

Контрольні листки

Тестові завдання

Стандартні тести

**Індивідуальна навчальна програма**

**Навчальний предмет:** Математика.

**Тема:** Тисяча. Нумерація трицифрових чисел.

**Довгострокова мета:** Систематизувати знання про міри довжини – закріплювати вміння креслення і вимірювання відрізків, ознайомлення з додаванням і відніманням круглих сотень.

<b>Короткострокові завдання</b>	<b>Методи оцінювання Дата і прогрес</b>
---------------------------------	---

28.11- 03.12	<i>Навчити розрізняти одиниці вимірювання довжини. Креслення і вимірювання довжини відрізків. Аналізувати розв'язання задач на три дії. Кілометр. Одиниці вимірювання довжини, маси. Грам. Центнер. Тонна (метрова лінійка, терези, гирі).</i>	<i>Спостереження Зразки робіт</i>
05.12.- 10.12	<i>Навчити додавати і віднімати круглі сотні та круглі десятки із переходом через десяток. Усне додавання трицифрових чисел виду <math>520+340</math>. Усне віднімання трицифрових чисел виду <math>470-320</math> (опорна схема)</i>	<i>Картка 09.12. Спостереження Зразки робіт</i>
12.12.- 17.12	<i>Ознайомити з різними способами усного додавання круглих трицифрових чисел виду <math>560+230</math>. Розв'язування задач. (Сюжетні малюнки).</i>	<i>Спостереження Зразки робіт</i>
19.12.- 24.12.	<i>Ознайомити з додаванням і відніманням круглих трицифрових чисел без переходу через десяток та переходом через розряд. Ознайомлення з відніманням круглих чисел із переходом через розряд виду <math>420-70</math>. Віднімання трицифрових чисел виду <math>450-290</math>. Розв'язування задач. (Опорна схема)</i>	<i>Картка 22.12. Спостереження Зразки робіт</i>

**Умовні позначення:**

*О* – учень оволодів умінням, досяг поставленої мети;

*СП* – спостерігається суттєвий прогрес;

*НП* – спостерігається незначний прогрес;

*ПН* – прогресу в досягненні конкретної мети немає;

**Методи оцінювання**

Зразки робіт

Спостереження

Контрольні листки

Тестові завдання

Стандартні тести

Додаток до клінічного протоколу  
медичного догляду за дитиною віком  
від 3 до 17 років,  
затвердженого наказом МОЗ  
від 20.03.2008 №149

## Оцінка

### нервово-психічного стану та розвитку школярів віком від 6 до 17 років

#### *1. Емоційно-вегетативна сфера*

При опитуванні-бесіді визначається:

1) Настрій: переважає гарний, рівний, стійкий або відмічаються коливання настрою, підвищена плаксивість, роздратованість, тривожність, постійне зниження настрою (особливо звертати увагу на фон настрою у школярів).

2) Наявність жахів (темряви, самотності, чудовиськ, тварин, скелетів, баби-Яги, хвороби, смерті, висоти, вогню, води, відкритого простору та ін., нічних жахів).

3) Соматовегетативні прояви:

а) сон та апетит без відхилень чи відмічається порушення сну: важке засипання, неспокійний сон, нічні кошмари, сногворіння, важкість пробудження;

б) порушення апетиту: знижений, підвищений, вибірковий, нудота, блювання, пов'язані з прийманням їжі;

в) порушення навиків охайності: енурез (нічний, денний), енкопрез.

4) Вегетодіенцефальні прояви:

а) головний біль: виникає при соматичних захворюваннях, фізичних навантаженнях чи втомі; буває часто або рідко, вранці чи ввечері; біль дифузний, локальний, тупий, гострий, приступоподібний, відчуття важкості в голові, невизначені відчуття;

б) втомлюваність: буває часто чи рідко, пов'язана з фізичними

навантаженнями чи психічними, зниження працездатності;

в) погана переносимість жару, транспорту, гучних звуків, яскравого світла, деяких запахів, наявність випадків запаморочення, втрати свідомості, нудоти.

## ***II. Психомоторна сфера та поведінка:***

1) Поведінка: рівна, спокійна, врівноважена чи відмічається підвищена збудливість, агресивність, рухова розгальмованість, загальмованість, моторна невірність, замкненість, схильність до брехні, жорстокість, недобррозичливе відношення до близьких людей, негативізм.

2) Наявність нав'язливих рухів (тиків) та дій: кліпання, насуплення лоба, смикання плечима, шмигання носом, пригладжування волосся, нав'язливе рахування, ритуали (переважно у школярів).

3) Наявність патологічних звичок: кусання нігтів, висмикування волосся, онанізм, розкачування голови або тулуба (у дошкільників).

4) Мова: нормальна чи наявність розладів, заїкування, малий словниковий запас, дизартрія, аутизм та ін.

## ***III. Інтелектуальний розвиток:***

Відмічається успішність засвоєння шкільних програм, наявність утруднення навчання внаслідок поганої кмітливості, пам'яті, недостатньої уваги, порушення набуття шкільних навиків (читання, письма, рахування переважно у школярів 1-4 класів).

### ***1) Питання-тести для визначення загального рівня інтелектуального розвитку дитини 6-8 років***

(обов'язкові тести для всіх дітей)

I. Питання, направлені на вивчення загального кругозору:

- Що потрібно зробити, щоб вода закипіла? (краща відповідь — поставити на вогонь, на плиту, запалити газ, включити плиту і тощо).
- Назви мене чотири пори року (відповідь — зима, весна, осінь, літо — в будь-якому порядку; підказка — яка пора року зараз? що у нас зараз?).

II. Питання, направлені на вивчення здатності до самостійного прийняття рішень, кмітливості:

- Що ти будеш робити, якщо загубиш іграшку, яку тобі дали на деякий час погратися, наприклад, твій друг? (краща відповідь — віддам свою, дістану таку ж і віддам, попрошу батьків купити таку іграшку і віддам другу, тощо).
- Що ти будеш робити, якщо прийдеш в магазин за хлібом, а хліба в магазині немає? (краща відповідь — піду до другого магазину, або спитаю, коли привезуть, і прийду пізніше; куплю що-небудь на заміну — булку, тощо).

III. Питання, направлені на вивчення здатності дитини до узагальнення, знаходження загальних ознак предметів:

- Чим схожа кішка і мишка, і що між ними загального? (краща відповідь — тварини, ссавці, живі істоти, звірі. Допустимо перерахування окремих загальних ознак: хвіст, вуса, 4 лапи, тощо. Підказка: хто це, як їх можна назвати одним словом?).
- Чим схожі піаніно і скрипка? (краща відповідь — музикальні інструменти).

Дитина повинна правильно відповісти хоча б на три питання, по одному з кожної групи.

Діти, які не здатні правильно відповісти на дані питання, потребують додаткового обстеження невролога, психолога або психіатра. Вони вряд чи готові до шкільного навчання за загальною програмою.

## **2) Обстеження дітей 9-10 років**

Оцінка сформованості абстрактно-логічних операцій, логічних суджень:

I. Дитині пропонується знайти загальне у двох предметів, що порівнюють. Інструкція: «Я назву тобі два предмета, а ти поміркуй та скажи, що між ними загального? Як їх можна назвати одним словом?»

Пари для порівняння:

- Слива — персик (Правильні відповіді: фрукти, фруктові дерева,

плоди).

- Кішка — мишка (Тварини, ссавці, живі істоти).
- Піаніно — скрипка (Музикальні інструменти).

II. Дитині пропонують ряд питань, до кожного з них є три варіанти відповіді, дитина повинна вибрати один з них:

1. Яке слово буде протилежним за значенням до слова «Збирати»? (Правильні відповіді: роздавати, чи накопичувати, чи берегти).

2. Дано цифровий ряд: 7, 5, 3, яка наступна цифра в цьому ряду? 2, чи 1, чи 9.

3. В одному домі живуть три хлопчики: Вова, Петро та Сергій. Вова молодше Петра, а Сергій молодше Вови. Хто самий старший?

Вова, чи Петро, чи Сергій.

Для дітей даного віку виконання цих завдань обов'язкове.

Правильні відповіді свідчать про сформованість абстрактно-логічних суджень. Якщо дитина має труднощі, то можна говорити про превалювання форм мислення, про затримку розвитку.

На додаток дітям даного віку можна запропонувати завдання, пов'язані з розрахунковими операціями та вирішенням задач.

Задачі:

1. У продавця було 12 газет, він продав 5. Скільки залишилось?
2. Скільки коштують 3 олівці по 7 копійок кожний?
3. У чотирьох хлопчиків було 73 копійки. Вони їх поділили між собою порівну. Скільки стало у кожного?

Запропоновані завдання дитина даного віку повинна вирішувати без помилок. Якщо вона має труднощі, необхідно в'яснити, якого вони роду. Неспроможність скласти план розрахунку та вибрати необхідну математичну операцію говорить про несформованість розумового плану дій, що свідчить на користь затримки психічного розвитку.

### **3) Оцінка інтелектуального розвитку дітей 12-13 років**

Загальна обізнаність дає уяву про запасе знань та можливість їх збереження



в довгочасній пам'яті.

Відповісти на запитання:

- Для чого потрібний шлунок?
- Чому масло плаває на воді?
- Хто написав «Заповіт»?

(Правильні відповіді: він перетравлює їжу, перероблює їжу; щільність води більша (щільність масла менша) чи масло легше; Т.Г.Шевченко)

Загальна обізнаність характеризує соціальну зрілість підлітка.

Відповісти на питання:

- Чому при корабельній аварії в першу чергу рятують жінок та дітей?
- Чому вигідно зберігати гроші у банку?
- Чим вигідні пункти прокату? (Правильні відповіді: жінки слабше, діти довше будуть жити; безпечніше, вигідніше; не всі речі можна купити, дана річ потрібна на короткий час, можуть користуватися різні люди).

Рівень логічних абстракцій:

Установити спільність двох різних понять:

- Кішка і мишка.
- Вино і пиво.
- Піаніно і скрипка.

(Правильні відповіді: тварини, ссавці, чотири ноги; алкогольні напої, їх п'ють; музикальні інструменти, на них грають)

При оцінці враховується, чи змогла дитина знайти адекватну, загальну для обох понять, суттєву ознаку.

Рівень інтелектуального розвитку може бути віднесений до нормального у випадку хоча б однієї позитивної відповіді в кожному з трьох запропонованих субтестів. Якісний аналіз відповідей може виявити формальні порушення мислення (резонерство, нісенітниця, неологізми та ін), а також окремі характерологічні риси (імпульсивність, егоцентризм, раціоналізм).

#### **4) Оцінка інтелектуального розвитку дітей 13-15 років**

Загальна обізнаність дає уяву про запас знань та спроможність їх збереження в довгочасній пам'яті.

Відповісти на питання:

- Що таке SOS?
- Який приблизно ріст дорослої людини?
- Де розташована Італія? (Правильні відповіді: сигнал лиха, сигнал про допомогу, коли корабель потопає; 150-180 см; на півдні Європи, на Апеннінському півострові)

Загальна обізнаність характеризує соціальну зрілість підлітка.

Відповісти на питання:

- Чому для вступу до інституту необхідно здавати іспити?
- Чому для виробництва дитячих іграшок частіше використовують пластмасу, ніж дерево?
- Чому ми вибираємо депутатів до Верховної Ради?

(Правильні відповіді: відібрати, виявити знаючих, спроможних; пластмаса легше, гігієнічніше, дешевше, економія деревини; вибір достойних, кращих, проява демократії)

Рівень логічних абстракцій:

Встановити спільність різних понять:

- Папір — вугілля.
- Кілограм — метр.
- Ножиці — мідна сковорода.

(Правильні відповіді: органічного походження, містить вуглевод; міра, вимірювальна величина; предмети домашнього господарювання, зроблені з металу)

При оцінці враховується, чи зуміла дитина знайти адекватну, загальну для обох понять, суттєву ознаку.

Рівень інтелектуального розвитку може бути віднесений до нормального у випадку хоча б одної позитивної відповіді в кожному з трьох запропонованих субтестів.

***Висновок щодо нервово - психічного стану та розвитку дитини від 6 до 17 років:***

- 1) Відмічається наявність — відсутність відхилень по кожному з виділених розділів.
- 2) При наявності відхилень хоча б в одній із психічних сфер необхідна консультація дитячих спеціалістів: невролога, логопеда, психолога, психіатра(за погодженням).

**Директор Департаменту материнства,  
дитинства та санаторного забезпечення**

**Р.О. Моїсеєнко**

## ЕЛЕКТРОННЕ ВИДАННЯ КОМБІНОВАНОГО ВИКОРИСТАННЯ

*Авторський колектив*

ОБУХІВСЬКА Антоніна Григорівна, ЖУК Тамара Василівна., ЗЕЛЕНЬКО  
Олександр Анатолійович, ІЛЛЯШЕНКО Тамара Дмитрівна, ЛУЦЕНКО Інна  
Василівна, МЕД. Ірина Леонідівна, МУЗИЧЕНКО Ірина Вікторівна, СУПРУН  
Ганна Володимирівна, ФЕДОСЄЄВА Ірина Володимирівна, ЯКИМЧУК Ганна  
Василівна.

### **За редакцією:**

Обухівська А.Г., кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник,  
завідувачка лабораторії методичного забезпечення психолого-медико-  
педагогічних консультацій Українського науково-методичного центру практичної  
психології і соціальної роботи

**Сучасні технології збереження здоров'я учнів у діяльності психологічної  
служби і психолого-медико-педагогічних консультацій : [Посіб.] / авт. кол.: А.  
Г Обухівська., Т. В. Жук, О. А. Зеленько та ін. ; за ред. А. Г. Обухівської. – К.  
: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2016. – 218 с.**

Один електронний оптичний диск (CD-ROM)  
Підписано до друку 06.12.2016. Формат 60x84/8.  
Папір офсетний. Умовн. друк. арк. 25,3  
Обсяг 1,8 Мб  
Тираж 100 пр. Зам. № 06/12.

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

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