

Інститут спеціальної педагогіки НАПН України

Валентина Тарасун

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ДОПОМОГА
ДІТЯМ ПЕРЕДДОШКІЛЬНОГО ВІКУ
З ОСОБЛИВОСТЯМИ В РОЗВИТКУ:**

НАПРЯМИ РЕАЛІЗАЦІЇ

Київ – 2012

Монографія друкується за рекомендацією підкомісії з корекційної освіти (за нозологіями) Науково-методичної комісії з педагогічної освіти Міністерства освіти, науки, молоді та спорту України (протокол № 5 від 15.XI.2011 р.)

В. Тарасун

Т9 Психолого-педагогічна допомога дітям переддошкільного віку з особливостями в розвитку: напрями реалізації. Монографія. – К.: Видавництво Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова, 2012 – 412с

У монографії проаналізовано стан і перспективи розвитку системи психолого-педагогічної допомоги дітям переддошкільного віку з обмеженими можливостями здоров'я; узагальнено досвід сучасної практики діагностики стану психічного і фізичного розвитку дітей раннього віку; представлено критерії оцінювання емоційного комунікативно-пізнавального розвитку дитини переддошкільного віку та її поведінкових симптомокомплексів; розкрито диференційовані ознаки психофізичних розладів малюка раннього віку; представлено методичну реалізацію основних положень авторської Концепції становлення і розвитку особистості дитини переддошкільного віку з особливостями в розвитку (стимулювання енергетичного потенціалу організму; формування самосвідомості; підсилення процесів взаємодії з навколишнім середовищем). У додатках представлено шляхи реалізації провідних ідей монографії в проектах програм соціально-емоційного розвитку дітей з особливостями мовленнєвого розвитку і дітей з аутизмом.

Монографія адресується вихователям, логопедам, психологам, студентам, аспірантам. Водночас може бути корисною членам родини, в якій виховується малюк з особливостями в розвитку.

Рецензенти:

Богущ А.М., дійсний член НАПН України, доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри теорії і методики дошкільної освіти «Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К.Д. Ушинського»;

Засенко В.В., член-кореспондент НАПН України, доктор педагогічних наук, професор, директор Інституту спеціальної педагогіки НАПН України;

Шеремет М.К., доктор педагогічних наук, професор, заступник директора Інституту корекційної педагогіки та психології НПУ ім. М.П. Драгоманова.

З М І С Т

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. Рання допомога дітям з відхиленнями в розвитку: стан, перспективи, застереження	7
1.1. Поняття вікової норми і відхилення від норми.....	7
1.2. Стан і перспективи розвитку системи ранньої психолого-педагогічної допомоги дітям з обмеженими можливостями здоров'я.....	10
1.3. Рання допомога дітям з особливостями в розвитку: успіхи і застереження	50
РОЗДІЛ 2. Сучасна практика оцінювання стану психічного і фізичного розвитку дітей переддошкільного віку	56
2.1. Діагностика психофізичного розвитку дитини раннього віку як категорія психолого-педагогічної науки.....	56
2.2. Предмет, мета і завдання психолого-медико-педагогічної діагностики дітей раннього віку	65
2.3. Методики оцінювання стану психофізичного розвитку дітей переддошкільного віку (клінічна і параклінічна діагностика, лабораторні методи, психолого-педагогічне обстеження)	68
2.4. Диференційовані ознаки психофізичних розладів раннього віку (якісні характеристики алалії, аутизму, розумової відсталості, порушень слуху і зору в патогенезі типологічних вад розвитку).....	125
РОЗДІЛ 3. Емоційний комунікативно-пізнавальний розвиток як об'єкт діагностики дітей раннього віку	152

3.1. Загальні принципи і методи діагностики стану комунікативно-пізнавального розвитку дітей переддошкільного віку	152
3.2. Закономірності і періодизація емоційного комунікативно-пізнавального розвитку як критерії діагностики дитини раннього віку.....	157
3.2.1. Визначення стану сформованості емоційного комунікативно-пізнавального розвитку дітей раннього віку	157
3.2.2. Оцінювання стану сформованості поведінкових симптомоконплексів дітей переддошкільного віку	171
3.2.3. Діагностика стану сформованості передумов освоєння дитиною рідної мови і мовленнєвого висловлювання думки.....	174

Розділ 4. Напрями реалізації ранньої допомоги дітям з особливостями в розвитку..... 187

4.1. Концепція становлення і розвитку особистості дитини переддошкільного віку з обмеженими можливостями здоров'я	188
4.2. Напрями реалізації ранньої допомоги дітям з особливостями в розвитку	201
4.2.1. Підсилення енергетичного потенціалу організму дитини (стимулювання ретикулярно-лімбічного комплексу).....	202
4.2.2. Формування самосвідомості в дітей переддошкільного віку з особливостями в розвитку (на основі диспозиційної теорії особистості Г.У.Олпорта)	241
4.2.3. Інтенсифікація процесів взаємодії дитини з навколишнім середовищем (розвиток процесів анімізму, асиміляції, акомодатції, адаптації, функції егоцентричного мовлення)	264

4.3. Системна інтеграція як умова ефективного формування особистості дитини з особливостями в розвитку.....	275
Висновки	283
Література	291
Додатки	298
А. Програма соціально-емоційного розвитку дитини з аутизмом.	298
Б. Програма розвитку і соціалізації дитини з особливостями мовленнєвого розвитку (переддошкільний вік).....	341

Створення даної монографії **обумовлено обставинами**, що відбуваються в сучасній системі освіти України:

- позитивною зміною ставлення суспільства до осіб з обмеженими можливостями здоров'я та їхніх прав;
- необхідністю подальшого удосконалення державної системи раннього виявлення та ранньої комплексної реабілітації дітей з порушеннями або відхиленнями в розвитку;
- появою нових організаційних форм надання допомоги дітям з обмеженими можливостями здоров'я та їхнім батькам;
- підсиленням тенденції зближення загальної та спеціальної освіти і необхідністю розробки змісту та форм спеціалізованої допомоги дітям з відхиленнями в розвитку, що інтегрують в загальноосвітні установи.

Завданнями монографії передбачено:

узагальнення теоретичних знань та основних напрямів практичного застосування принципів і методів психолого-педагогічної допомоги дітям з відхиленнями в розвитку:

- розкриття змісту і значення раннього виявлення вад розвитку та раннього комплексного корекційно-превентивного впливу на формування в дітей переддошкільного віку комунікативно-пізнавальної діяльності;
- ствердження необхідності комплексного (медико-психолого-педагогічного) обстеження дітей з вадами інтелекту, зору, слуху, емоційних розладів;

формування вмій і навичок спостерігати, планомірно обстежувати дітей раннього віку та встановлювати взаємозалежності стану розвитку і прояву особливостей психіки від ступеня і характеру патології та часу виникнення первинного порушення;

врахування особливостей організації педагогічної роботи, спрямованої на корекцію вторинних відхилень в розвитку дітей переддошкільного віку;

аналіз і узагальнення організаційних форм допомоги батькам, які виховують дітей з особливостями психофізичного розвитку.

Монографія включає в себе **декілька розділів**. У *Розділі 1* з урахуванням результатів досліджень в галузі спеціальної психолого-педагогічної науки і практики розкрито стан і перспективи розвитку системи ранньої психолого-педагогічної допомоги дітям з обмеженими можливостями здоров'я; в *Розділі 2* проаналізовано

сучасну практику оцінювання стану психічного і фізичного розвитку дітей переддошкільного віку; в *Розділі 3* висвітлено критерії діагностики та особливості емоційного комунікативно-пізнавального розвитку дитини раннього віку та їхніх поведінкових симптомокомплексів; в *Розділі 4* представлено методичну реалізацію основних положень авторської Концепції становлення і розвитку особистості дитини переддошкільного віку з обмеженими можливостями здоров'я; в *Додатках* подаються шляхи впровадження в освітньо-виховний процес концептуальних напрямів формування особистості дитини з особливостями в розвитку переддошкільного віку.

Монографія **адресується** студентам і аспірантам, педагогам і психологам спеціальних і загальноосвітніх дитячих закладів, а також може бути покладена в основу навчального курсу «Психолого-педагогічна діагностика порушень розвитку дітей раннього віку» у вищих навчальних закладах. Посібник адресується в першу чергу логопедам, вихователям, лікарям, психологам спеціальних установ для дітей з мовленнєво-руховими порушеннями, ранньою глухотою, затримками психічного розвитку, дитячих будинків, а також іншим педагогам, що здійснюють корекційно-виховну роботу з дітьми, які мають особливості в розвитку.

РОЗДІЛ 1

РАННЯ ДОПОМОГА ДІТЯМ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ'Я: СТАН, ПЕРСПЕКТИВИ, ЗАСТЕРЕЖЕННЯ

Керуючись ідеями і результатами досліджень провідних учених (О.С. Адріанова, Н.П. Бехтеревої, А.М. Богуш, В.І. Бондаря, А. Benton, R. Brain, Л.С. Виготського, Є.Н. Вінарської, В.В. Засенка, W. Gaebel, В. Mitner, M. Green, D. Kimura, А.Н. Корнева, Г.С. Костюка, К.С. Лебединської, О.Р. Лурія, С.Д. Максименка, О.М. Мастюкової, В.К. Орфінської, Л.І. Плаксіної, Ю. Т.В. Сак, А.В. Семенович, Е.Г.Симерницької, В.М. Синьова, R. Sperry, Є.Ф. Соботович, Е. Taylor, Н.Н. Траугот, Є.Д.Хомської, М.К.Шеремет та ін.), ми зосередилися, перш за все, на висвітленні закономірностей раннього дитячого віку, особливостях його діагностики, форм патології та їхніх наслідків для дітей переддошкільного віку.

1.1. Поняття вікової норми і відхилення від норми

Поняття «відхилення в розвитку» переважно розглядається тільки як відхилення від (або відносно) чогось. Використання цього визначення в такій площині, на думку вчених, потребує внесення постійних змін (у часі) в стан розвитку дитини та в оцінку цих змін у порівнянні з нормативним ходом розвитку малюка. Зазвичай поняття «норма», «нормативний розвиток» переважною більшістю науковців розглядаються як набір статистично визначених кількісних показників, що характеризують певний «зріз» психічного розвитку дитини в конкретний момент часу (вік дитини). Якісна зміна структури всієї психічної діяльності дитини, ієрархія вищих психічних функцій оцінюються як такі, що змінюються виключно на межі вікових періодів (вікових криз), визначених ще в роботах Л.С.Виготського, А.Б. Ельконіна та інших дослідників. Звідси формулюється положення про сталість новоутворень, які, виникаючи в критичні моменти (вікові кризи), виявляються практично «незмінними» в міжкризові періоди. На практиці такий стан речей визначає ізолювану, як правило в межах однієї функції, кількісну оцінку її в порівнянні зі статистичними кількісними показниками, отриманими для цієї психічної функції для конкретного віку. **Нормативним розвитком** в даному випадку вважається ситуація, коли кількісні оцінки функції (в кращому випадку декількох функцій) не виходять за межі статистично отриманих відхилень, характерних для даного віку.

Таке поняття «норми», на думку фахівців, значною мірою заперечує як оцінку динаміки окремих психічних функцій і всієї структури психічного розвитку в цілому, так і **нехтування гетерохронності розвитку** (різночасового формування функцій та випередження у формуванні одних функцій іншими), найтіснішої взаємообумовленості всіх систем і психічних утворень в процесі розвитку. Крім цього, подібний статичний «зрізовий» підхід не дає достатньої можливості оцінити адаптивність і компенсаторність самого психічного онтогенезу в умовах ендо- і екзогенних впливів, включаючи вплив соціальних факторів, особливо системи виховання та навчання.

Визначення ступеня відповідності стану розвитку дитини віковій нормі дитини – проблема складна, відповідальна і неоднозначна, в зв'язку з чим це поняття значною мірою розглядається в різних значеннях. Вважається, що для чіткішого визначення змісту поняття «нормативний розвиток» продуктивним є використання поняття «ідеальна програма розвитку», або «програма розвитку». У даному випадку мається на увазі своєчасне поступове формування взаємопов'язаних функцій та їх систем в умовах (згідно культурно-історичної теорії Л.С. Виготського) «ідеальної» обумовленості внутрішніми (генетичними) законами і настільки ж «ідеальним» впливом зовнішніх факторів, в які включається притаманне розвитку дитини «ідеальне» привласнення людського досвіду. Необхідною умовою для розгортання такої програми є **нейробіологічна готовність** до послідовного формування мозкової організації психічних процесів.

Таким чином, психічний онтогенез дитини може бути представлений як послідовний континуум (неперервність) взаємозалежних між собою вищих психічних функцій (в тому числі їх базових складових), «що розгортаються» і змінюються в часі. Природно, подібна «ідеальна» модель може існувати виключно тільки як програма розвитку «ідеальної» дитини в «ідеальних» умовах. У той же час кожен конкретний випадок має індивідуальні відмінності онтогенезу як окремих психічних функцій, так і всієї системи вищих психічних функцій (ВПФ) в цілому. Крім того, такий підхід не заперечує і не ігнорує важливість впливу навколишнього дитини соціуму, зокрема **дорослого, як одного з найважливіших джерел прижиттєвого формування і становлення нових психічних функцій і якостей дитини.**

Визначенню змісту терміну «відхилення в розвитку» має передувати аналіз ще одного базового поняття – «соціально-

психологічний норматив», який визначається як система вимог, що суспільство пред'являє до психічного й особистісного розвитку дитини і яким для успішного функціонування в конкретному суспільстві вона повинна відповідати.

Таким чином, вважається, що, динамічно об'єднавши поняття програма розвитку та соціально-психологічний норматив, будь-які зміни (девіації) програми розвитку (однієї або одночасно декількох психічних функцій) в межах параметрів соціально-психологічного нормативу можна розглядати як **«умовно нормативний розвиток»**. Тобто, умовно нормативний розвиток визначається чинним в конкретному місці і часі соціально-психологічним нормативом, визначеним, своєю чергою, освітньою, соціокультурною, етнічною і т.п. ситуаціями. У той же час будь-яка зміна тієї ж психічної функції, групи функцій або всієї системи ВПФ, що виходить за межі умовно нормативного розвитку, можна оцінити як **«відхилення в розвитку»**.

Отже, поняття **«відхилення в розвитку»** означає **будь-яке відхилення окремої функції або системи психічних функцій від «програми розвитку» незалежно від знаку цієї зміни («+» або «-», випередження або запізнення)**, що виходить за межі соціально-психологічного нормативу, визначеному для даної освітньої, соціокультурної або етнічної ситуації і даного віку дитини. Дитина, що демонструє подібні феномени, має бути віднесена до категорії дітей з відхиленням в розвитку.

1.2. Стан і перспективи розвитку системи ранньої психолого-педагогічної допомоги дітям з обмеженими можливостями здоров'я

Проблема ранньої допомоги дітям з особливостями в розвитку на сьогодні входить в коло надзвичайно важливих, оскільки частка здорових новонароджених суттєво знижується з кожним роком, внаслідок чого **до 80% новонароджених є фізіологічно незрілими, а біля 70% – мають перинатальну патологію**. Крім того, постійно зростає число дітей з соціально неблагополучних сімей і дітей з порушеннями психічного і фізичного розвитку. Сучасними науковими дослідженнями доведено, що визначальними для розвитку дітей є перші два-три роки, в період яких важливими для формування особистості і розвитку мозку дитини є досвід соціального оточення і стосунки з матір'ю. У цьому зв'язку програми ранньої допомоги дітям є сімейно-центрованими, спрямованими на допомогу всій сім'ї, а не тільки дитині з особливостями в розвитку. Досвід ранньої

допомоги в основному базується на невеликій кількості спеціально проведених досліджень і практичній діяльності психолого-медико-педагогічного консультування дітей дошкільного віку, якими переконливо доведено, що *грамотно організована рання корекція здатна запобігти появі вторинних відхилень в розвитку дитини, забезпечити максимальну реалізацію реабілітаційного потенціалу, а для значної частини дітей відкриває можливості включення їх у процес інтеграційного навчання на більш ранньому етапі вікового розвитку.*

В останні десятиліття в системі освіти склались умови для забезпечення психолого-педагогічної і медико-соціальної допомоги дітям з особливостями в розвитку та їхнім батькам. У діяльності служби практичної психології реалізуються принципи корекційно-розвивального і компенсуючого навчання, індивідуальна психолого-педагогічна і медико-соціальна допомога дитині; відпрацьовуються елементи ранньої діагностики і корекції відхилень в розвитку; методи співпраці з сім'єю. Одержує подальший розвиток сітка психолого-медико-педагогічних консультацій, що здійснюють комплексне цілісне і системне вивчення дитини, в якій батьками, лікарями чи психологами виявлені відхилення в розвитку. На сьогодні значно збільшилась кількість діагностичних і реабілітаційних центрів, що забезпечують комплексну психолого-педагогічну і медико-соціальну допомогу дитині. Доведено, що ефективність розроблених прийомів корекційно-педагогічної роботи можливе лише при систематичному і ранньому їх застосуванні з урахуванням диференційованого підходу в залежності від структури порушення, характеру провідної вади, особливостей вторинної патології.

Своєчасна допомога і корекція дають виключну можливість пом'якшити ті недоліки і проблеми, які наявні в розвитку дитини, а в деяких випадках подолати їх, забезпечивши тим самим повноцінний розвиток дитини. Результати наукових досліджень і практики показують, що раннє виявлення і рання комплексна корекція відхилень в розвитку з перших років життя дозволяють попередити появу подальших відхилень в розвитку вторинної і третинної природи, скоригувати ті труднощі, що вже наявні в дитини і, в результаті, знизити ступінь соціальної недостатності дітей з відхиленнями в розвитку, досягнути максимально можливого для кожної дитини рівня загального розвитку, освіти, ступеня інтеграції в суспільство. Як наслідок, *такий комплекс робіт сприяє тому, що в ранньому віці до 20 % дітей біля 18 місяців досягають показників*

вікової норми, а у 90% дітей спостерігається позитивний ефект в розвитку.

Разом з тим, відомо, що існуючий порядок допомоги дітям з проблемами в розвитку не відповідає в повній мірі потребам сім'ї і не забезпечує комплексної допомоги, оскільки зосереджує свою увагу в основному на дітях старшого дошкільного і молодшого шкільного віку. Першопричиною такого стану, на нашу думку, є те що на сьогодні допомога дітям раннього віку з обмеженими можливостями здоров'я знаходиться у відомстві трьох міністерств України: Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України, Міністерства охорони здоров'я України і Міністерства соціальної політики України, у зв'язку з чим у цій сфері відмічаються **певні негативні тенденції**: 1) недостатня взаємодія зазначених структур; 2) недостатня кількість кваліфікованих педагогічних кадрів, підготовлених до роботи з дітьми раннього віку; 3) недостатній обсяг знань з проблем спеціальної психології і спеціальної педагогіки в системі підготовки педагогічних кадрів для дитячих садків (недостатнє знання педагогами особливостей розвитку дитини з обмеженими можливостями здоров'я; не володіння адекватними методами їх виховання і навчання; невміння забезпечити необхідні умови для успішної адаптації дитини в колективі); 4) відсутність нормативно-правової бази інтеграції й інклюзії, внаслідок чого прийом дитини в дитячий садок часто залежить від особистої позиції керівника і педагогічного персоналу; 5) варіативне вирішення питань організації і змісту роботи, без достатнього забезпечення її методичною і нормативною літературою, що відображає сучасні погляди на мету і завдання спеціальної дошкільної освіти; 6) недостатній розвиток інформаційної бази для населення в соціальних інститутах, що надають допомогу дітям з особливостями в розвитку; 7) не закріпленість в нормативних правових документах і недостатня усвідомленість соціумом ролі соціального педагога як ланки в системі взаємодії сім'ї і різних відомств.

Науковцями і практиками на сьогодні визнається, що серед найважливіших напрямів реконструкції вітчизняної системи спеціальної освіти є створення її нового структурного елемента, а саме: **служби ранньої допомоги дітям з різними відхиленнями в розвитку**, оскільки при ранньому втручанні вдається значно знизити ступінь соціальної недостатності дітей, досягнути максимально можливого для кожної дитини рівня загального розвитку, освіти, інтеграції в суспільство. У результаті здійснених вітчизняних і зарубіжних досліджень встановлено, що **для реалізації цієї мети**

необхідно: 1) максимально раннє виявлення особливостей в розвитку дитини; 2) максимальне скорочення розриву між моментом визначення первинного порушення і початком цілеспрямованого навчання дитини, що включає як специфічні (загальноосвітні), так і не специфічні (корекційні) компоненти; 3) обов'язкове включення батьків у процес ранньої освіти і їхня відповідна підготовка силами спеціалістів. Таким чином, **важливим завданням сучасної освіти** є побудова гнучкої державної системи ранньої комплексної допомоги дітям з відхиленнями в розвитку і сім'ям, в яких вони виховуються. У дослідженні цієї проблеми на сьогодні досягнуто певних успіхів, на аналізі й узагальненні яких коротко зупинимося.

А. Сучасний стан наукових досліджень дітей раннього віку з порушеннями інтелектуального розвитку

Раннє розпізнавання затримки **психічного розвитку в дітей** дошкільного віку – основа ефективності лікувально-профілактичних заходів. Велика варіативність нормальних темпів розвитку, що визначається складними взаємодіями генетично детермінованої норми, тобто реакціями з різноманітними зовнішніми впливами, значно утруднює своєчасне виявлення порушень постнатального онтогенезу дитини, особливо не грубих форм патології. Для розпізнавання подібних станів необхідні ретельне неврологічне обстеження і глибокий аналіз неврологічного статусу, що багато в чому залежить від знань і досвідченості фахівця. У науково-методичній літературі поняття «затримка психічного розвитку» вживається стосовно дітей із слабо вираженою органічною недостатністю центральної нервової системи. У цих дітей не має специфічних порушень слуху, зору, опорно-рухового апарату, важких порушень мовлення, вони не є розумово відсталими. У той же час в більшості з них виявлена поліморфна клінічна симптоматика: незрілість складних форм поведінки, цілеспрямована діяльність на тлі швидкої виснаженості, порушення працездатності, енцефалопатичні розлади. Психічний розвиток дітей відрізняється нерівномірністю порушень різних психічних функцій; при цьому логічне мислення може бути більш розвиненим в порівнянні зі станом сформованості пам'яті, уваги, розумової працездатності.

Досліджуючи причини цієї форми порушення розвитку, вчені (М.С.Певзнер, Т.В.Сак, Г.Є.Сухарєва, Т.А.Власова, К.С. Лебединська, В.І.Лубовський, У.В.Ульєнкова та ін.) констатували зв'язок між затримкою психічного розвитку та резидуальними станами після перенесених у внутрішньоутробному розвитку або під час пологів, або

в ранньому дитинстві слабо виражених органічних ушкоджень ЦНС, а також генетично обумовленою недостатністю головного мозку. Відзначено, що у формуванні затримки психічного розвитку істотну патогенетичну роль відіграють енцефалопатичні, неврологічні хворобливі ознаки. К.С. Лебединською розроблено класифікацію затримки психічного розвитку на основі етіопатогенетичного підходу, відповідно до якого виділяють декілька основних її варіантів.

Затримка психічного розвитку конституційного походження, при якій на перший план в структурі дефекту виступають риси емоційної та особистісної незрілості. Інфантильність психіки часто поєднується з інфантильним типом статури, з «дитячістю» міміки, моторики, перевагою емоційних реакцій в поведінці. Творчість діти виявляють у грі, як найбільш привабливій для них діяльності (на відміну від навчальної).

Затримка психічного розвитку соматогенного генезу виникає в дітей з хронічними соматичними захворюваннями серця, нирок, ендокринної системи та ін. Дітей характеризує стійка фізична і психічна астения, що призводить до зниження працездатності і формуванню таких рис особистості як боязкість, боязливість. Діти ростуть в умовах обмежень і заборон, звужується коло їхнього спілкування, недостатньо поповнюється запас знань і уявлень про навколишній світ. Крім того, нерідко виникає вторинна інфантилізація, формуються риси емоційно-особистісної незрілості, що поряд зі зниженням працездатності і підвищеною стомлюваністю не дозволяє дитині досягти рівня вікового розвитку.

Затримка психічного розвитку психогенного генезу. При ранньому виникненні та тривалій дії психотравмуючих факторів можуть виникнути стійкі зрушення в нервово-психічній сфері дитини, що призводить до невротичних та неврозоподібних порушень, патологічного розвитку особистості. В умовах бездоглядності може спостерігатися нестійкий тип розвитку особистості: в дитини переважають імпульсивні реакції і невміння гальмувати свої емоції; в умовах гіперопіки формуються егоцентричні установки, нездатність до вольових зусиль, праці. У психотравмуючих умовах відбувається невротичний розвиток особистості дитини: в одних спостерігається негативізм і агресивність, істеричні прояви, в інших – боязкість, боязливість, страхи. При цьому варіанті затримки психічного розвитку на перший план виступають також порушення емоційно-вольової сфери, зниження працездатності, несформованість довільної регуляції поведінки.

Затримка психічного розвитку церебрально-органічного генезу. При цьому варіанті порушення поєднуються риси незрілості та різного ступеня ушкоджень ряду психічних функцій. Залежно від їхнього співвідношення виділяють дві категорії дітей (І. Ф. Марковська, 1993): з переважанням рис незрілості емоційної сфери за типом органічного інфантилізму, тобто в психологічній структурі затримки психічного розвитку поєднуються не сформованість емоційно-вольової сфери та пізнавальної діяльності, виявляється не груба неврологічна симптоматика; з домінуванням симптомів ушкодження: виявляються стійкі енцефалопатичні розлади, парціальні порушення кіркових функцій, в структурі дефекту переважають інтелектуальні порушення.

До енцефалопатичних розладів відносять:

церебрастенічні явища, які зустрічаються найбільш часто і виявляються в ряді феноменів, що відображають нейродинамічні розлади, в першу чергу підвищену виснаженість ЦНС: порушення інтелектуальної працездатності з падінням здатності до запам'ятовування, вади концентрації уваги, наростання психічної інактивності; емоційні розлади з феноменом «дратівливої слабкості»: вразливості, загальмованості або дратівливості, збудливості, схильністю до невмотивованого зниження настрою дистонічного характеру зі слабкодухістю, відчуттям фізичного дискомфорту; рухові розлади (моторне розгальмовування, або, навпаки, гіподинамія); явища вегетативної дистонії (підвищена чутливість до шуму, яскравого світла, спеки, задухи, порушення апетиту, сну, схильності до судинної гіпотонії, до функціональних розладів шлунково-кишкового тракту тощо, головні болі, викликані порушеннями вегетативно-судинної регуляції);

неврозоподібні явища: тривожність, боязливість, схильність до страхів темряви, самотності; тикозні гіперкінези – нав'язливі рухи, в більшості випадків у м'язах нижньої половини обличчя, шиї, плечей, спричинені м'язовою дистонією; неврозоподібне заїкання, енурез;

синдром психомоторної збудливості: афективна і загальна рухова розгальмованість, відволікання, метушливість;

афективні порушення, що проявляється в невмотивованих коливаннях настрою: у зниженому настрої зі злостивістю, недовір'ям, схильністю до агресивних розрядів; або у підвищеному настрої з елементами придуркуватості, настирливості, безцільної метушливості;

психопатоподібні порушення: поєднання рухової розгальмованості, афективної нестійкості, зниження інтересу до інтелектуальної діяльності з негативним ставленням до навчання, іноді – з розгальмуванням потягів (схильності до злодійства, брехливості тощо);

епілептиформні порушення, що проявляються в різних видах судомних нападів та інших нервово-психічних пароксизмах;

апатико-адинамічні розлади, проявами яких є зниження ініціативи і спонукань в інтелектуальній діяльності, виражені емоційна млявість і рухова загальмованість.

Визначаючи прояви затримки психічного розвитку, які властиві всім дітям з порушеннями в розвитку або більшості з них, В. І. Лубовський, Л. В. Кузнецова, Н. Ю. Борякова та ін. виявили, що зниження уваги і працездатності властиві всім дітям із ЗПР, а зниження пізнавальної діяльності, недостатність тонкої моторики та астенічні стани – переважній більшості дітей.

Особливості психічної діяльності дітей із затримкою розвитку обумовлені не сформованістю в них інтегративної діяльності мозку, тобто взаємодії різних функціональних систем як основи нормального психічного розвитку дитини.

Порушення в багатьох з них активної уваги характеризується нестійкістю, періодичними коливаннями, недостатньою цілеспрямованістю діяльності, імпульсивністю, відволіканням, інертністю, складнощами перемикання з одного завдання або гіперактивною поведінкою та інше. Для багатьох дітей характерним є обмежений обсяг уваги, її фрагментарність, що може затримувати процес формування понять. Труднощі, які відчувають діти в процесі сприйняття (зорового, слухового, тактильного), полягають в зниженій швидкості виконання перцептивних операцій. Так, орієнтовно-дослідницька діяльність (зорове сприйняття) в цілому має більш низький (порівняно з нормою) рівень розвитку, що проявляється в невмінні дитини обстежувати предмет, в низькій орієнтовній активності, в переважно практичних способах орієнтування у властивостях предметів. При цьому особливо утруднений процес аналізуючого сприйняття: діти не вміють виділити основні структурні елементи предмета, їх просторове співвідношення, дрібні деталі, недостатньо орієнтуються в частинах власного тіла. Уповільнений темп формування цілісного образу предметів знаходить відображення в проблемах, пов'язаних з образотворчою діяльністю: діти важко розпізнають незвично представлені предмети і зображення, їм важко з'єднувати деталі малюнка в єдиний смисловий образ, в результаті

чого їх уявлення про навколишній світ характеризують обмеженість і фрагментарність.

З боку слухового сприйняття грубих розладів не має, і хоча діти можуть відчувати деякі труднощі при орієнтуванні в не мовленнєвих звучаннях, шумах, але головним чином в них страждають фонематичні процеси і функції. Проблеми орієнтовно-дослідницької діяльності стосуються також тактильно-рухового сприйняття, що перешкоджає збагаченню чуттєвого досвіду дитини і не дозволяє їй на дотик отримати відомості про такі властивості предметів, як температура, фактура матеріалу, форма, величина, деякі властивості поверхні. Для багатьох дітей із затримкою психічного розвитку характерна своєрідна недостатність пам'яті, що проявляється в неточності відтворення та швидкій втраті вербальної інформації, а також в труднощах активного, довільного запам'ятовування, в значній мірі пов'язаних зі слабкістю регуляції довільної діяльності, недостатньою її цілеспрямованістю, не сформованістю операцій самоконтролю. Водночас спостерігається складність створення цілого з частин і труднощі у формуванні образів-уявлень, виділення частин з цілого, труднощі в просторовому оперуванні образами. Дослідники відзначають репродуктивний характер діяльності дітей, зниження здатності до творчого створення нових образів, уповільнений процес формування розумових операцій. До настання старшого дошкільного віку в дітей із затримкою психічного розвитку не формується відповідний віковим можливостям рівень словесного мислення.

У дослідженнях, спрямованих на проектування системи ранньої психолого-педагогічної допомоги дітям з відхиленнями в розумовому розвитку, особливе значення *набуває розробка інструментарію для виявлення порушень в їхньому розумовому розвитку*. Розроблено підхід до виявлення відхилень у психічному розвитку дітей раннього віку, що враховує вікові психологічні новоутворення, рівень розвитку провідної діяльності і типових видів діяльності дитини в цей віковий період. Такий підхід дозволяє не тільки виявити відхилення психічного розвитку дитини, але й визначити шляхи ранньої психолого-педагогічної реабілітації (Є.А Стребелева).

Б. Сучасний стан наукових досліджень дітей раннього віку з вродженими сенсорними вадами

В пошуку ефективних рішень проблем *раннього (від народження до 3 років) виявлення і ранньої психолого-педагогічної корекції* порушень розвитку дітей з вродженими сенсорними вадами важливу роль на сьогодні відіграють фундаментальні електроенцефалографічні

дослідження центральних механізмів порушення сенсорних функцій. Підсумком таких комплексних досліджень є розробка ступеня і характеру порушень слухового і зорового сприйняття, методів поєднання раннього слухопротезування, офтальмологічної корекції з системою спеціальних корекційних занять з розвитку слухового або зорового сприйняття (З.С. Алієва, В.В.Засенко, Л.С.Вавіна, Л.П. Григор'єва, Н.В. Рибалко, Є.П.Синьова, Л.І.Фомічова та ін.). В результаті розроблено шлях нового висвітлення традиційних для теорії спеціальної педагогіки і психології питань про співвідношення загального і специфічного в онтогенезі ВПФ, про абсолютні і відносні межі сензитивних періодів, про умови і обмеження запобігання виникнення вторинних порушень в розвитку ВПФ.

Базуючись на психолого-педагогічному підході, що передбачає тісний взаємозв'язок лікувально-відновлювальної і корекційно-виховної роботи в спеціалізованих дошкільних закладах для **дітей з порушеннями зору**, визначена корекційна спрямованість занять з розвитку мовлення та орієнтування в просторі дітей раннього віку, змістом якої передбачається необхідність активізації різних компонентів зорового сприймання. Розроблено зміст корекційних занять, спрямованих на формування не мовленнєвих засобів спілкування в дошкільників з порушеннями зору, розроблені й апробовані наочні посібники, що дозволяє дітям з вадами зору оволодівати виразними рухами обличчя і тіла (Л.І. Плаксіна, І.В. Новичкова).

На сьогодні, завдяки успіхам в неонатології, значно *збільшилося число глибоко недоношених дітей, які вижили*, і число раніше нежиттєздатних дітей з високим ступенем незрілості, внаслідок чого суттєво збільшилася кількість дітей з відхиленнями у розвитку. З 1992 року в зв'язку з рекомендаціями ВООЗ плід з масою тіла 500 г і строком вагітності 22 тижні розглядається як народжений живим при наявності таких ознак, як: дихання, серцебиття, пульсація пуповини та ін. Ці новонароджені діти характеризуються глибокою незрілістю всіх життєво важливих систем організму, яка проявляється в неможливості адекватної взаємодії з оточуючим середовищем. Незрілість структур мозку та інших життєво важливих органів обумовлюють наявність у них тяжкого ураження ЦНС, а також високу частоту розвитку бактеріальних і вірусних інфекцій.

Якщо в перші дні і тижні життя глибоко недоношеної дитини лікарі і батьки піклуються про збереження її життя, то пізніше виникає питання про те, чи буде дитина нормально розвиватися. За даними Г.В.Яцик та ін., 12% глибоко недоношених дітей мають ДЦП,

2% – глухоту і 15% – затримку розумового розвитку. Крім того, в таких дітей патологія зору виявляється в 3–10 разів частіше, ніж у доношених дітей. У достроково народжених дітей у порівнянні з доношеними значно частіше спостерігаються такі захворювання органу зору, як міопія, косоокість, анізетропія, амбліопія, ністагм та ін. Особливо трагічною є сліпота, що виникла в достроково народженої дитини внаслідок ретинопатії недоношених, оскільки повне дозрівання сітчатки в нормі завершується біля 9 місяців. На протязі перших трьох місяців життя кровоносні судини сітчатки починають аномально розростатися до країв сітчатки, що стає причиною утворення рубців, які викривляють і відшаровують сітчатку, що призводить до значних зорових порушень і сліпоти.

Раніше вважалося, що причиною розвитку цього захворювання є підвищений вміст кисню в атмосфері кувезів, які використовуються для догляду за недоношеними новонародженими. Проте в останнє десятиліття провідні офтальмологи визнають, що в основі захворювання лежить порушення процесу нормального утворення судин сітчатки в результаті дії багатьох факторів, а саме:

низька маса тіла дитини і малий гестаційний вік.

Встановлено, що причиною розвитку ретинопатії недоношених є не незрілість як така, а патологія незрілості: чим меншою є маса тіла дитини, тим більш суттєвими є причини недоношеності, обумовлені порушеннями внутрішньоутробного розвитку, змінами на клінічному і біохімічному рівні;

хронічні соматичні і гінекологічні захворювання матері, токсикоз вагітності, кровотеча в родах, хронічні захворювання, паління тощо призводять до розвитку кисневого голодування плоду, порушують маточно-плацентарний кровообіг і, таким чином, сприяють наступному патологічному розвитку судин сітчатки;

токсична дія підвищеного вмісту кисню в атмосфері кувезів як одного з основних факторів розвитку ретинопатії недоношених. Цей факт багатьма авторами не заперечується, проте підкреслюється, що негативний вплив викликає не сама по собі концентрація суміші, яка вдихається дитиною, а високий рівень кисню в крові (А.В.Хватова, Л.А.Катаргіна). Крім того, це захворювання може розвиватися і в глибоко недоношених дітей, які дихали тільки кімнатним повітрям, оскільки в цьому випадку виникає відносна гіпероксія в порівнянні з внутрішньоутробним рівнем;

вплив світла на сітчатку ока недоношеної дитини. У природних умовах розвиток судин сітчатки завершується внутрішньоутробно при відсутності світла. Недоношена дитина потрапляє в неприродні умови освітленості, в тому числі з надлишком світла під час догляду за нею і при офтальмологічному обстеженні. Спеціальними дослідженнями встановлено, що в умовах гіпероксії посилюється шкідлива дія світла на сітчатку (М.А.Островський). При поєднанні підвищеної концентрації кисню з підвищеною дозою світлового опромінювання антиоксидантна система сітчатки стає неспроможною для збереження нормальної структури (і функції) сітчатки. У цьому зв'язку деякі спеціалісти рекомендують закривати очі дитини, яка одержує фототерапію, спеціальними темними окулярами. Крім того, стає популярним доглядання за недоношеними малюками в затемнених інкубаторах.

наявність різних постнатальних захворювань. У деяких малюків ретинопатія недоношених може одержати зворотній розвиток, оскільки спонтанний регрес захворювання настає в 78% дітей. Проте приблизно в 40% випадків захворювання протікає тяжко і прогресує майже до відслоювання сітчатки і сліпоти (Н.В.Фоміна, А.В.Хватова, Л.А. Катаргіна). Зниження зорової функції в ранньому віці, яке виникло в результаті ретинопатії недоношених, негативно впливає на формування перцептивних процесів і зумовлює своєрідність психічного і рухового розвитку дитини. У дослідженнях спеціалістів показано значне відставання в моторному і когнітивному розвитку дітей раннього віку з ретинопатією недоношених (Є.С.Кашешян, Є.С.Сахарова, С.Н.Мілицька, Л.І.Фільчикова, Г.В.Яцик, Є.П.Бомбардірова, Є.І. Токова). За даними О.В.Парамей, у даній категорії дітей спостерігаються такі варіанти неврологічної симптоматики: перинатальна енцефалопатія (75 %); синдром підвищеної нервово-рефлекторної збудливості (21,9 %); гіпертензійно-гідроцефальний синдром (50%); синдром м'язової дистонії (15,6 %); затримка темпів психомоторного розвитку (50%).

втрата зору в передчасно народжених малюків виникає в критичний період розвитку зорової перцептивної системи (від 2 до 6 місяців), який є важливим у формуванні даної системи (Л.І.Фільчикова). У цей період інтенсивно формуються периферійні і центральні механізми сенсорного аналізу і закладається основа зорового сприймання дитини. *Різні захворювання периферійного*

зорового аналізатора в цей віковий період призводять до вторинних дериваційних змін на всіх його рівнях, включаючи кіркові зорові центри. Водночас внаслідок підвищеної чутливості до впливів середовища цей період водночас є оптимальним для проведення лікувально-корекційних заходів, спрямованих на компенсацію порушених зорових функцій.

У цьому зв'язку однією з центральних проблем є *рання діагностика ретинопатії недоношених* і оцінка стану зорових функцій малюків з цією патологією зору. Як відомо, діагностика порушень зору в дітей раннього віку є надзвичайно складною через неможливість використання методів дослідження, що застосовуються в роботі з дорослими. Тому особливе місце в комплексі діагностичних методів належить об'єктивному електрофізіологічному методу реєстрації викликаних потенціалів. Крім того, цей метод дає інформацію про морфофункціональний стан зорової системи дитини від сітчатки до проєкційних зон кори, яку не можливо одержати за допомогою інших клінічних тестів. Водночас однозначно доведено, що в більшості дітей раннього віку (71%) тяжка (Ш, ІУ, У) стадія ретинопатії недоношених призводить до сліпоті.

Важливе місце в діагностиці порушень зору в дітей займає *оцінка стану зорових функцій*. Однією з базових зорових функцій, що лежить в основі сприйняття форми об'єктів, є гострота зору. Зниження гостроти зору в ранньому віці призводить до порушення зорового сприйняття і, як наслідок, до затримки психічного і рухового розвитку дитини. Стандартні тести для оцінки гостроти зору дорослих не підходять для дітей, які не володіють мовленням, а також для дітей з відхиленнями в розвитку, оскільки тести вимагають контакту з дитиною, яка повинна не тільки розрізняти пред'явлений стимул, але впізнати його, коректно інтерпретувати і реагувати на вимоги лікаря-офтальмолога. При визначенні гостроти зору в дітей після трьох років використовують спеціальні таблиці, які вимагають відповіді дитини про те, що вона бачить.

Оцінка гостроти зору в дітей раннього віку є складним завданням і можлива тільки за допомогою об'єктивних методик, що базуються на реєстрації поведінкових реакцій. Серед методів оцінки гостроти зору за поведінковими реакціями дитини широко використовується метод зорової переваги, запропонований Р.Фантцем (1963), а також різноманітні його модифікації: метод змушеного вибору і оперантної переваги. Ці методи полягають в аналізі діяльності зорової фіксації дітей при пред'явленні одночасно двох стимулів: структурованого і рівного йому за освітленням однорідного поля. Спеціаліст відмічає

відображення стимулу в зіниці ока дитини, швидкість і тривалість його фіксації. Ці методи базуються на вродженій здатності малюків надавати перевагу структурованому об'єкту.

Спеціальними дослідженнями встановлено, що всі діти з ретинопатією недоношених мають зниження гостроти зору, яке корелює зі стадією захворювання, а зорові функції таких дітей залежать від ряду факторів. У першу чергу вони визначаються важкістю ретинопатії недоношених і станом залишкових змін на очному дні, рефракційними порушеннями, а також наявністю супровідної патології ЦНС. Виражені зміни ЦНС можуть призвести до порушення зору внаслідок ураження кіркових і підкіркових зорових центрів і провідникових шляхів. Дослідженнями Л.К.Мошетової і І.М.Мосіна (2000) встановлено, що у всіх дітей з ретинопатією недоношених при нейросонографії і/або комп'ютерній томографії *визначені зміни в області постгенікулярних зорових шляхів пов'язані з гіпоксично-ішемічним ураженням ЦНС.*

Однією з причин зниження, відсутності або слабкої вікової динаміки зорової функції в даній категорії дітей є, як уже зазначалося, зорова депривація, зумовлена ураженням периферійного відділу зорового аналізатора, внаслідок чого в зоровій системі виникають незворотні вторинні дериваційні зміни.

Отже, в усіх дітей з ретинопатією недоношених наявні *грубі порушення механізмів зорового сприймання*, що вказує на необхідність ранньої психолого-педагогічної корекції їх сенсорно-перцептивного і моторного розвитку. Цю роботу необхідно *розпочинати з перших днів малюка*, що дозволить запобігти негативний вплив первинного порушення на подальший розвиток і покращити соціальну адаптацію дитини. Корекційна робота повинна базуватися на полісенсорному характері сприймання дитини, її реакціях на комплексні подразники, на *створення зв'язків між збереженими аналізаторами (руховим, шкіряним, можливо, слуховим)*. При цьому спеціалісти рекомендують активізувати такі психічні утворення, які менше страждають від порушення зору і знаходяться в сенситивному періоді свого розвитку, що дозволить дитині компенсувати недоліки розвитку, пов'язані з вадами зору. У випадках, коли в дитини з ретинопатією недоношеності відсутні зміни поведінкових реакцій, також рекомендується проведення корекційних заходів.

Таким чином, *рання діагностика ретинопатії недоношених дозволяє своєчасно призначити медико-психолого-педагогічну допомогу* і, отже, попередити прогресування цього захворювання і значно зменшити вторинні зміни в когнітивному і руховому розвитку

дитини. Узагальнюючи викладене, зазначимо, що успіхи в лікуванні, реабілітації і соціальній адаптації дітей з ретинопатією недоношених можуть забезпечити тільки спільні зусилля лікарів, психологів, педагогів і батьків дітей.

Загальновідомо, що становлення психічної діяльності і мовленнєвий розвиток дитини тісно пов'язані зі станом слухової функції. У цьому зв'язку важливо вже в перші місяці життя дитини активно спостерігати за станом її слуху, особливо в ситуації недоношеної дитини, оскільки порушення слуху в цієї категорії дітей становить 2% (Г.В.Яцик та ін.). Таке обстеження особливо є важливим у зв'язку з тим, що дослідження в галузі раннього виявлення і комплексної медико-психолого-педагогічної *корекції порушень слухової функції* показали, що *цілеспрямований педагогічний вплив на першому році життя призводить до принципово нових результатів у порівнянні з тими, що досягаються при традиційному початку корекційної роботи в 2–3 роки*. На жаль, визначати, чи чує малюк, який перебуває в утробі матері, лікарі поки що не в змозі, проте методи, що дозволяють практично відразу після народження точно сказати, чи чує немовля, існують. Так, в деяких розвинених країнах усіх новонароджених обстежують на предмет виявлення порушення слуху. Універсальний скринінг проводиться з використанням методів реєстрації отоакустичної емісії або реєстрації коротколатентних стовбурових викликаних потенціалів (КСВП) головного мозку. Ці методи є об'єктивними методами діагностики, тобто не залежать від реакції дитини і можуть застосовуватися для дослідження слуху найменших дітей, у тому числі новонароджених. Крім того, дані методи дозволяють оцінити стан волосових клітин, тобто встановити, як функціонує равлик внутрішнього вуха і є абсолютно нешкідливою і безболісною процедурою. У разі ж виявлення в дитини відхилень від норми використовуються інші методи для уточнення діагнозу, визначення ступеня приглухуватості тощо.

На сьогодні *практика скринінгу слуху всіх новонароджених в нашій країні поки що відсутня*. Тому, якщо в анамнезі мами і малюка є будь-які з перерахованих можливих причин порушень слуху, і особливо – якщо в сім'ї були або є випадки приглухуватості, батькам варто самим проявити ініціативу і якомога раніше звернутися до фахівців для проведення повного і всебічного обстеження слуху дитини.

Як відомо, застосування звичайних аудиметричних методів, заснованих на реєстраціях довільних рухових реакцій, іноді виявляється неможливим або утрудненим. Тому *для визначення стану*

слуху в дітей перших місяців і років життя виникає необхідність об'єктивної аудиметрії, що базується на реєстрації мимовільних реакцій у відповідь на звукові подразники.

На сьогодні одним з методів, що дозволяє оцінити пороги слухової чутливості, ступінь зрілості і функціональний стан структур слухового аналізатора, є метод реєстрації коротколатентних слухових викликаних потенціалів, джерелом генерації якого є стовбурові структури слухового аналізатора. Цей метод не має вікових обмежень і його результати не залежать від функціонального стану ЦНС (сон, неспання). Застосування даного методу показало, що в онтогенезі найбільш бурхливе дозрівання стовбурових структур відбувається в перші шість місяців життя дитини, коли формуються процеси мієлінізації і підвищується ефективність синаптичної передачі (К.Несох).

Бурхливе дозрівання стовбурових структур слухового аналізатора співпадає з поведінковими реакціями дитини. У нормі в дитини у віці від 1 до 3 місяців з'являється чітка орієнтація на звук, в 4 місяці – реакція локалізації, в 4–6 місяців – реакція локалізації на не мовленнєві стимули, віддалені від джерела звуку на відстань до 4 метрів. Спеціальними дослідженнями встановлено, що дозрівання стовбурових структур слухового аналізатора завершується біля одного року життя дитини (З.С.Залієва). Крім того, доведено, що широке застосування даного методу в ранній і диференційній діагностиці порушень слуху можливе за умови врахування вікових особливостей коротколатентних слухових викликаних потенціалів. В якості звукових стимулів використовують широкополосні клацання і тональні імпульси частотою заповнення 1000 Гц. Під час реєстрації слухових потенціалів дитина знаходиться в електроекранованій і звукопоглинаючій камері. Пороговою вважається мінімальна інтенсивність стимулу, яку вдалося зареєструвати.

Аналіз результатів відповідних досліджень показує, що в 78 % випадків порогові значення не відповідають хронологічному віку дитини. При оцінці результатів відносно скоригованого віку, тобто з урахуванням строку недоношеності цих дітей, стовбурові структури за ступенем зрілості наближаються до своєї вікової норми. У решти випадків не було виявлено позитивної динаміки в дозріванні стовбурових структур слухового аналізатора дітей, а також в темпах мієлінізації. Крім того, в частини недоношених дітей виявлена незрілість і дисфункція головного мозку, які можуть в подальшому обумовлювати в них затримку і порушення мовленнєвого розвитку.

В. Сучасний стан наукових досліджень дітей зі складною структурою порушення

Встановлено, що в останні роки все більше дітей з бісенсорним і потрійним порушенням проходять первинне обстеження в ранньому віці. Крім того, доводиться, що, якщо раніше переважало поєднання бісенсорної вади з розумовою відсталістю, то на сьогодні в дітей встановлюється поєднання бісенсорних розладів з вираженими формами ДЦП, з аутичними рисами, а також поєднання моносенсорних порушень з інтелектуальними і руховими порушеннями (Александрова Н.А.). Отже, можна говорити про нові форми складної вади і про інші, ніж раніше, причини, що їх викликають. Так, встановлено, що більшість обстежених дітей народилися від багатоплідних вагітностей, а також народилися недоношеними I, II і III ступеня, зокрема, з I ступенем недоношеності (34–37 тижнів) – 10% дітей, з II ступенем (30–33 тижнів) – біля 50%, з III ступенем (27–29 тижнів) – біля 40%. Зі збільшенням кількості малят, які народилися недоношеними, пов'язана зміна найбільш часті причини, що викликає втрату зору. За даними Т.А.Басилової, такою причиною втрати зору у вихованців закладів для сліпоглухих дітей була вроджена катаракта, на сьогодні – це ретинопатія недоношених (біля 43% випадків). На офтальмологічному конгресі, присвяченому профілактиці і лікуванню ретинопатії недоношених (Москва, 2000) відмічалось, що низька маса тіла і малий гестаційний вік дитини на момент народження є загальноприйнятими факторами ризику розвитку ретинопатії. При цьому частота тотальної або практичної сліпоти збільшувалася зі збільшенням ступеня недоношеності. Так, у дітей з III ступенем недоношеності сліпота діагностується в 90% випадків, з II ступенем – у 50% дітей, а в дітей з I ступенем сліпота виявлена не була. Причиною втрати слуху в переважній більшості випадків незмінно залишається ураження слухових нервів.

За даними спеціально проведених досліджень, спрямованих на визначення причин виникнення складних порушень, встановлено, що ураження ЦНС різного ступеня тяжкості має більша частина недоношених дітей. Майже в усіх дітей причини ураження нервової системи і органів відчуття були різними і мало місце поєднання

декількох патогенних факторів (Н.А.Александрова), які крім того, не в усіх дітей можуть бути виявлені повністю. Етіологічно найбільш ясними є випадки верифікованих інфекцій, перенесених дитиною внутрішньоутробно або після народження (краснуха, цитомегаловірус, грип, герпес). Так, часто у випадках, коли діти, наприклад, перенесли внутрішньоутробну герпетичну інфекцію, в них розвивався вторинний гнійний менінгоенцефаліт. Діти, які перенесли гнійні менінгіти в період новонародженості або в перші місяці життя, подальшому можуть мати тяжкі неврологічні порушення: гідроцефалію, ДЦП, тяжку форму ЗПР. Такі нейроінфекції після народження, як гнійний менінгіт, прищеплений енцефаліт, інфекційно-токсичний енцефаліт спостерігаються у 20% дітей, які мають складні порушення. З числа дітей, які перенесли гнійний менінгіт на третьому році життя, тільки деякі мають лише сенсорні порушення. Встановлено, що вроджені інфекції, як правило, спостерігаються у дітей, народжених в строк, а постнатальні – у недоношених (Н.А.Александрова). Серед інших причин ураження нервової системи і органів відчуття в дітей називають: патологічну жовтуху новонароджених, порок розвитку мозку, генетичні захворювання (синдром Ушера). Зокрема, синдром Ушера, який діагностується при генетичному консультуванні в дитини у віці 8 місяців, є достатньо рідкісним випадком такого раннього встановлення цього діагнозу. У значної кількості дітей зі складною структурою порушення в анамнезі може відмічатися перинатальне гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС різного ступеня тяжкості, при чому інші причини для розвитку складних порушень, як правило, не виявляються.

У спеціальній літературі за часом виникнення складної вади прийнято виділяти вроджені і набуті порушення. Відмічається, що *для даної категорії дітей не є характерними набуті вади* (хоча вони і спостерігаються) в результаті нейроінфекційних порушень сенсорних функцій (сліпоглухота, глухота у поєднанні з епісиндромом, мозочковою недостатністю і ЗПР, вроджена сліпота, зумовлена ретинопатією недоношених, нейросенсорна глухота). При наявності двох або більше вад, кожна з них існує в комплексі з характерними для неї вторинними розладами, зумовленими особливостями всього психічного життя дитини і її розвитком. *У дітей, в яких наявні поєднання тяжких зорових і слухових порушень, ДЦП помірного і важкого ступеня, ЗПР різного ступеня, ця клінічна картина пояснюється не тільки сенсорними порушеннями, наявними в дітей, а також і порушеннями психічного розвитку по типу спотворення.* При

цьому провідними і такими, що визначають специфіку розвитку, є *сенсорні порушення*, за результатами обстеження стану яких (за наявністю або відсутністю сенсорної вади) дітей зі складними вадами поділяють на декілька груп: а) група дітей зі складними порушеннями з бісенсорною вагою; б) група сліпих дітей зі складними порушеннями; в) група глухих і слабочуючих дітей зі складними порушеннями. При цьому зазначимо, що діти зі складними порушеннями без сенсорних вад зустрічаються лише в поодиноких випадках. Серед зазначених груп дітей найбільш чисельною є група дітей з бісенсорною вагою: 30% дітей – сліпоглухих, 40% – глухих зі зниженим зором. За ступенем втрати зору цю групу фахівці вважають за можливе поділяти практично на дві рівні частини: діти, які мають тотальну або практичну сліпоту, і діти зі зниженим зором. Так, за даними Н.А.Александрової, сліпих дітей зі зниженим зором і дітей, в яких встановлено *поєднання зниження зору і слуху*, виявлено майже порівно, а саме: при тотальній або практичній глухоті – у 38% дітей виявлена глухота і зниження слуху III-IV ступенів, а в 11% – зниження слуху I і II ступеня; при зниженні зору – глухота і зниження зору III-IV ступенів виявлена в 40% дітей, а в 11% – зниження слуху I і II ступенів. За результатами зазначеного дослідження з'ясовано, що тільки невелика кількість дітей зі складними порушеннями мають первинно збережені можливості психічного розвитку.

Узагальнення результатів проведених відповідних досліджень показало, що:

тяжкість і множинність складних порушень прямо не залежать від ступеня недоношеності, оскільки серед дітей з первинно збереженими можливостями психічного розвитку є діти, які народилися глибоко недоношеними;

найбільш складні порушення зустрічаються серед тих недоношених дітей, які перенесли в період новонародженості гнійні менінгіти і менінгоенцефаліти;

ступінь втрати зору збільшується зі збільшенням ступеня недоношеності;

найбільш прийнятними і благополучними стосовно розвитку є діти з вродженою краснухою, діти, які на третьому році життя перенесли нейроінфекції, а також діти з поєднанням зниження слуху і зору внаслідок перенесеного перинатального ураження ЦНС;

у більшості дітей, які в структурі складного порушення мають ДЦП, як правило, відмічається сліпота, чим підтверджується висновок про те, що при глибоких ураженнях

зору ДЦП зустрічається частіше, ніж при глибоких ураженнях слуху; серед дітей раннього віку з множинними порушеннями все частіше зустрічаються порушення психічного розвитку по типу спотвореного.

Г. Сучасний стан наукових досліджень дітей раннього віку з порушеннями мовлення

На основі дослідження загальних закономірностей і специфічних особливостей розвитку дітей з порушеннями мовлення визначені діагностичні показники ранньої мовленнєвої недостатності, обґрунтовані напрями превентивного і корекційного впливу в умовах спеціалізованих груп дитячого садка, підготовлено комплект методичних документів (проект програми, тематичне планування, конспекти логопедичних занять) (Л.В. Савіна, А.В. Сенчило, Є.Ф. Соботович, С.Ю. Конопляста, І.В. Карпухіна, Г.В. Чиркіна, М.К. Шеремет та ін.).

Визнається, що особливо перспективними є дослідження стану розвитку мовлення дітей раннього віку в умовах спеціалізованого лікувально-відновлювального центру, в якому вивчаються діти з різними клінічними синдромами: гіпо-і гіперзбудливості, гіпертензійно-гідроцефальним синдромом, церебрастенічним синдромом, синдромом мінімальної мозкової дисфункції тощо, тобто діти, для яких характерні різні затримки та відхилення в мовленнєвому, психофізичному та соціальному розвитку. При цьому враховується, що сформованість мовленнєвої діяльності є одним з ключових питань теоретичного і практичного аналізу. В роботах Л.С.Виготського, О.М. Гвоздєва, Е.А.Данілявічуте, С.Ю. Коноплястої, О.М. Леонтєва, А.Р. Лурія, Р.Є. Левіної, М.К.Шеремет та ін. доведено, що неповноцінна мовленнєва діяльність негативно впливає на всі сторони особистості дитини: ускладнюється розвиток пізнавальної діяльності (І.Т.Власенко, С.Ю.Конопляста, Р. І. Лалаєва, Є. Ф. Соботович, О. І. Усанова, В.В.Тарасун, Б. Філічева та ін), порушуються всі форми спілкування та міжособистісної взаємодії (Є. М. Мастюкова, Н.С. Жукова, Б. Ф. Гаркуша та ін.). Таким чином, мовленнєва активність дітей є показником не тільки рівня актуального психічного розвитку, а й може бути основою для визначення «зони найближчого розвитку» їхньої інтелектуальної та емоційно-вольової сфери. Важливість вивчення і розвитку мовленнєвої активності дитини доводиться і багатьма вченими (Л. С. Виготський, О. М. Леонтєв та ін.), які розглядають її як компонент

різних видів діяльності (Б. Ф. Ломов, Р. С. Немов, К. К. Платонов та ін.).

При розробці змісту ранньої допомоги з позицій сучасної корекційної педагогіки та спеціальної психології використовуються дані нейропаралінгвістичного вивчення дітей раннього віку з відхиленнями в розвитку на тлі їхньої соматичної ослабленості і психоневрологічної симптоматики, визначених варіантів порушень мовленнєвого і психофізичного розвитку в залежності від переважаючого розладу тієї чи іншої функціональної системи і диференціальної психолого-педагогічної характеристики таких дітей.

Доведено, що в роботі з дітьми, які мають варіативні особливості мовленнєвого і психофізичного розвитку (відхилення в мовленнєвому, моторно-руховому, розумовому, емоційно-особистісному та соціальному розвитку) комплекс корекційно-педагогічної роботи повинен базуватися на індивідуальному підході і максимальній активізації дітей в ситуативній взаємодії з педагогом-дефектологом та іншими фахівцями. *Ефективність корекційно-педагогічного впливу забезпечується реалізацією індивідуалізованих мікропрограм спеціального навчання і розвитку мовлення в дітей раннього віку.*

В останні десятиліття в галузі корекційної педагогіки і надалі наростає інтерес до ранньої допомоги дітям з порушеннями мовленнєвого розвитку, зокрема до проблеми ранньої діагностики та корекції недоліків довербального розвитку дітей з перинатальним ураженням центральної нервової системи (Лисичкіна Ю. О.). Актуальність проблеми ранньої допомоги дітям обумовлена тим, що клініцистами підкреслюється висока частота народження дітей з перинатальною патологією центральної нервової системи, що досягає більше 30 дітей на 100 народжених (Ю. Є. Вельтіщев, 1995). *Ураження головного мозку в дітей з перинатальною енцефалопатією виникає в період інтенсивного онтогенетичного розвитку мозкових систем і функцій при більшій чи меншій морфофізіологічній незрілості центральної нервової системи і може призвести до появи в клінічній картині різних симптомів порушення розвитку психічних, неврологічних функцій.* За даними анамнезу в дітей з мовленнєвими розладами в 75%–85% випадків відзначається вплив на організм в анте-, пери- і ранньому постнатальному періодах розвитку різних біологічних факторів (А.Н.Корнєв, 1997). При цьому необхідно враховувати те, що функція мовлення стає надзвичайно складною, коли в процесі філогенезу в корі головного мозку послідовно починає формуватися здатність поєднання рухів,

що виробляють мовленнєві звуки, склади, слова тощо. У цей період моторний компонент мовлення (експресивного) є спеціальним видом практики (артикуляційної) як результату поєднаної діяльності широких територій кори головного мозку (рецепторно-гностичних і праксичних). Кінцевий моторний ефект здійснюється через низхідні, еферентні структури, розташовані досить глибоко. У зарубіжній науково-методичній літературі наводяться дані досліджень з проблеми порушень артикуляційного праксису, автори яких (Eisenson, 1972; Ferry, Hall, Hicks, 1975; Aram, 1982; M. Crary, 1984, 1993; D. Robin, 1993; L. Shrierberg, 1994, 1997) висвітлюють питання класифікації, етіології, особливостей довербального розвитку при порушеннях артикуляційного праксису, а також виділяють «показники розладів артикуляційного праксису» в домовленнєвий період розвитку (Б.Ж. Монделаєрс). О.М. Корнєв відзначає, що категорія дітей з порушеннями артикуляційного праксису є досить чисельною і заслуговує докладного вивчення (А. Н. Корнєв, 2000).

Відомо, що в тих випадках, коли відхилення в розвитку виявлені на ранніх етапах онтогенезу, лікування та психолого-педагогічний вплив виявляються найбільш ефективними. У цьому зв'язку на сьогодні стає актуальною проблема інтенсивного розвитку логопедії раннього віку. Особливо важливими є питання *діагностики недоліків довербального розвитку, визначення критеріїв раннього прогнозу мовленнєвих порушень, розробки прийомів і методів превентивної роботи* як пропедевтичної, так і корекційної спрямованості. (Є. Р. Баєнська, Ю. А. Разенкова, І. А. Виродова, 2002; Є. А. Стребелева, Г. А. Мішина, Ю. Ю. Белякова, 2003).

У процесі навчання та виховання дітей з відхиленнями у розвитку передбачається здійснювати комплексний медико-психолого-педагогічний підхід до діагностики та корекції аномалій розвитку, а також ранній початок корекції порушених функцій.

Таким чином, найважливішим завданням на сьогодні є побудова системи ранньої комплексної допомоги дітям з відхиленнями в домовленнєвому і мовленнєвому розвитку. У вирішенні цієї проблеми досягнуті певні успіхи. Так, глибоко і чітко розроблені питання ранньої діагностики дизартрії та ринолалії (О. Г. Іполітова, 1955; Є. М. Мастюкова, 1973; І. І. Панченко, 1977; ТМ. Воронцова, 1986; К. О. Семенова, 1988; Є. Ф. Архипова, 1989; Л. О. Данилова, 1989; І. І. Єрмакова, 1989; Т. В. Волосовець, 1991, 2001, 2003; С.Ю.Конопляна (2010), М. С. Циплакова, Є. А. Пономарьова, 1994 та ін.). В останні роки з'явилися дослідження, присвячені корекції порушень домовленнєвого і пізнавального розвитку дітей першого року життя з

руховою патологією. О. Г. Приходько і Т. Ю. Моїсеєвою (2003) вивчені особливості психомоторного розвитку в дітей першого року життя з синдромами рухових розладів і дитячими церебральними паралічами, а також запропоновані підходи, спрямовані на здійснення комплексної корекції порушених функцій. Авторами систематизовано клінічні прояви порушень психомоторного розвитку, проаналізовано різні варіанти відхилень розвитку, представлено сучасні дані по довербальному розвитку дітей з перинатальною патологією центральної нервової системи середнього і легкого ступеня тяжкості. Проте вирішення проблеми раннього виявлення недоліків довербального розвитку в дітей з перинатальним ураженням центральної нервової системи є не тільки однією з проблем логопедії, але й являє собою актуальну проблему суміжних наук.

У даному разі висунуто і доведено припущення про те, що, спираючись на перші ознаки дизонтогенезу довербальних функцій і порушення артикуляційного праксису, вже на першому році життя дитини з органічним ураженням центральної нервової системи є можливість прогнозувати виникнення в неї *можливих недоліків мовленнєвого розвитку*. З цією метою О.В. Баженовою та ін. запропоновано методичку, спрямовану на визначення порушень в розвитку домовленнєвих функцій і передумов формування вищих психічних функцій в дітей першого року життя, які мають перинатальні ураження центральної нервової системи, а також запропоновано конкретні напрями, завдання і прийоми ранньої корекції порушених домовленнєвих функцій. Одним з етіологічних факторів органічно обумовлених форм недорозвинення мовлення середнього та середньо тяжкого ступеня є прояви порушень артикуляційного праксису, що негативно позначаються на послідовній зміні стадій довербального розвитку в ранньому віці.

Доведено, що показниками порушень артикуляційного праксису можуть виступати: порушення операціональної бази мовлення (слабкий виклик рефлексів орального автоматизму в період новонародженості; порушення смоктання, труднощі жування, розлади ковтання при переході від рідкої до твердої їжі); стійке існування синкінезій; недоліки довербального розвитку (більш пізні формування вокалізу, гукання і гуління; відсутність або недостатній розвиток лепету; «бідність» звукокомплексів під час маніпуляцій з предметами; мимовільні звуки під час вдиху і видиху; порушення регуляції гучності голосу; низька голосова та мовленнєва здатність до наслідування); нестійкість початкового лексикону дитини; порушення

в сферах загальної та дрібної моторики, що призводять до затриманого формування передумов експресивного мовлення.

Доведено, що корекційно-розвивальна робота з дітьми, які мають ознаки порушень артикуляційного праксису і недоліки довербального розвитку, повинна починатися з 1,5 місячного віку. Спеціально розроблені напрями і прийоми корекції сприяють поліпшенню якості артикуляційних рухів, що дозволяє на початкових етапах становлення праксису уникнути формування стійкого патологічного стереотипу рухів. Відсутність роботи, спрямованої на профілактику і корекцію недоліків довербального розвитку, порушень артикуляційного праксису і послідовних стадій довербального розвитку, може призвести до виникнення в дитини загального недорозвинення мовлення.

Д. Сучасний стан наукових досліджень дітей раннього віку з перинатальним ураженням ЦНС

Аналіз і узагальнення експериментальних матеріалів обстеження дітей з перинатальним ураженням ЦНС, одержаних за допомогою таких методів, як викопіровка історій розвитку дітей, діагностика нервово-психічного розвитку, опитування матері, спостереження за дитиною дозволили одержати дані стосовно особливостей їхнього розвитку. Базуючись на критеріях комплексної оцінки стану здоров'я дітей (Довідник лікаря з профілактичної педіатрії) і за допомогою спеціально розробленої методики (К.Л. Печора та ін.), є можливість визначити рівень розвитку дитини з десяти днів життя і далі по місячно за всіма показниками всіх функціональних систем. Аналіз одержаних матеріалів дослідження дозволяє значною мірою виявити деяку специфіку нервово-психічного розвитку і поведінки дітей з перинатальним ураженням нервової системи, пов'язану з їх фізіологічною незрілістю і повільним, нерівномірним дозріванням на протязі року. Так, встановлено, що в даній категорії дітей у віці до двох місяців значно *превалюють порушення поведінки* в гострий період, а в значній кількості дітей виявлено тенденцію до *відставання в розвитку рухів* (більш пізні утримання голови, а в емоційних реакціях – відставання часу появи посмішки). Водночас встановлено, що в ранній відновлювальний період суттєво зменшується число дітей з відхиленнями в розвитку загальних рухів в той час, як менш благополучною є динаміка в порушеннях поведінки. До двох місяців найбільше страждає *емоційний стан*, що проявляється неспокоєм і безпричинним криком, труднощами засинання. У ранній відновлювальний період емоційний стан дитини дещо

нормалізується, але більше, ніж удвічі збільшується число дітей з порушеннями апетиту. Неблагополучні фактори, що супроводжують перинатальне ураження нервової системи, підсилюють і відхилення в розвитку поведінки дитини. *Так, негативний біологічний анамнез і захворювання дитини є найбільш значущим для її розвитку, а неблагополучні соціальні фактори і стан здоров'я матері негативно впливають на поведінку і в меншому ступені на стан розвитку.* Найбільш негативну роль відіграють захворювання періоду новонародженості, а також патологічні роди в поєднанні з іншими факторами, зокрема в поєднанні зі штучним годуванням від народження з першого-другого місяця життя. *Виявлена пряма залежність порушень поведінки і відставання в розвитку в залежності від неблагополучних соціальних і біологічних факторів,* що свідчить про необхідність своєчасного аналізу даних анамнезу і стану здоров'я дитини з метою запобігання формування в неї вторинних і третинних порушень. Так, встановлено, що в три місяці 39,2% дітей мають відставання в розвитку рухів, 18,9% – порушення емоційних реакцій у відповідь на стимул, 17,5% – зорових реакцій. Визначено, що в дітей з перинатальним ураженням нервової системи затримане формування емоційних і зорових реакцій є прямим наслідком їх фізіологічної незрілості і затриманого дозрівання в перші місяці життя. У шість місяців дана категорія дітей (46,9%) відстає в розвитку рухів, в них затримується формування нових умінь в розвитку активного мовлення і навичок у годування (27,3%). Встановлено, що в десять місяців зменшується відставання в розвитку загальних рухів на 10%, що свідчить про наявність в дітей деякої компенсації, хоча при цьому наростає відставання в розвитку навичок і рухів руки. Біля 12 місяців в дітей продовжує наростати тенденція до зменшення відсотка відставання в розвитку рухів і навичок мовлення, однак збільшується відставання в розвитку рухів руки, що є *прогностичним стосовно затримки у формуванні за більшістю показників (Т. Хельбрюге, Г. Дорінг).* У дітей з перинатальним ураженням нервової системи ця кількість збільшується в окремі вікові періоди в 1,5–2 рази. Також приблизно біля 10% дітей у відповідності до загальносвітових даних (Т. Хельбрюге, Г. Дорінг) мають більшу ступінь відставання (на 3 і більше епікризових строків). Біля шести місяців відставання в дітей має тенденцію до наростання. Так, у хворих дітей *в критичний період (10 місяців життя) різко збільшується число відхилень за чотирма-п'ятьма показниками.* Найбільш глибокі відставання в дітей з ураженням предметної діяльності на другому році життя.

Встановлено, що для дітей з перинатальним ураженням нервової системи характерним є *превалювання порушень поведінки над відставанням в розвитку за такими показниками*: емоційний стан, засинання, сон, апетит, характер неспання, індивідуальні особливості – негативні прояви у вигляді рухових стереотипів, автоматизмів, а також стомлюваності, збудливості, страхів тощо. У даної категорії дітей в три місяці найбільш уразливим є емоційний стан, коли в неї превалює негативний і нестійкий емоційний стан, обумовлений діагнозом. Доведено, що з емоційним станом особливо пов'язаний характер неспання, оскільки діти з незрілою і травмованою нервовою системою, з підвищеною збудливістю відчують значні труднощі засинання як перехід від одного стану до іншого. Біля шести місяців це відсоткове співвідношення дещо змінюється, але, як і в 3 місяці, менше всього у дітей спостерігається порушень апетиту і тільки в небагатьох з них відмічаються негативні звички. Біля 10 місяців у дітей різко погіршується поведінка (за аналогією з порушеннями в розвитку) і тільки біля 12 місяців намічається деяка її нормалізація. Встановлено, що в усі періоди першого року життя в дітей з ураженням нервової системи превалюють багаточисельні відхилення в поведінці: в 3 місяці – 40% дітей спостерігаються порушення в поведінці за 3–6 показниками, в 6 місяців – у 30,8% дітей, в 10 місяців в 60%, в 12 місяців – у 35,9% дітей. Доведено, що з усього числа дітей з перинатальним порушенням нервової системи у 41% виявлено вади поведінки за 3–6 показниками.

Встановлено, що з метою корекції поведінки даної категорії дітей необхідно уже з першого місяця життя вводити дитину в чіткий, відповідний до її стану, режим, застосовуючи різноманітні ритмічні рухи дорослого, що допомагають дитині заснути: погладжування, легке катання або похитування коляски чи ліжечка, на час засинання можна дитині давати пустушку, але після засинання відразу забирати тощо. Для введення дитини в режим і його виконання важливо дотримуватися ритуалу і послідовності дій дорослого при укладанні її спати: від одягання шапочки до загортання в ковдру. Важливо, щоб дитина, прокидаючись і відкриваючи очі під час денного чи нічного сну, могла б відразу побачити і почути дорослого, що допоможе їй заспокоїтися і знову заснути. Коли дитина спокійна, необхідно брати її на короткий час на руки, розмовляти з нею, підносити дитину до вікна, до дзеркала, показувати іграшки тощо. Крім того, над ліжком дитини і на ковдрочці до п'яти місяців повинні висіти і лежати декілька іграшок, з якими вона чим більше гратиме, тим буде ставати

спокійнішою. Рухові автоматизми і стереотипи виникають як у збудливих, так і в пасивних дітей як засіб самозадоволення і самозаспокоєння, однак частіше вони зустрічаються в дітей з перинатальним ураженням нервової системи, що, як правило, надані самі собі, з якими зрідка і мало спілкуються і грають, в яких не має іграшок, що відповідають рівню їхнього розвитку.

Отже, глибоке відставання в розвитку і порушення поведінки супроводжують перинатальні ураження нервової системи і є серйозними показниками тяжкості його протікання до року включно. Правильні виховні дії поряд з лікувальною та іншою терапією допомагатимуть покращити стан здоров'я, пом'якшити неврологічні прояви, зменшити ризик поглиблення порушень розвитку і поведінки і, таким чином, сприятимуть повній реабілітації дитини. При цьому необхідно забезпечити систематичні консультації невропатолога і після того, як дитина досягла дванадцяти місяців.

Таким чином, за результатами аналізу наукових досліджень, зазначимо, що в 12 місяців: збільшується глибина відставання в переважній більшості дітей; нормального типу розвитку досягають лише 25% дітей. Встановлено, що біля року у дітей спостерігається також погіршення поведінки за такими показниками, як апетит і наявність реакцій автоматизму. Отже, для цієї категорії дітей найбільш характерним є поєднання відставання в розвитку і порушення поведінки. Відхилення у поведінці без відставання в розвитку зустрічається тільки у 10,3% дітей; тільки відставання в розвитку без порушення поведінки – у 8%; поєднання відхилень у розвитку і в поведінці – у 81,7 % дітей. При цьому наголошується на тому, що найбільший збіг відхилень в розвитку і в поведінці спостерігається в дітей в 10 і 12 місяців (Р.В.Тонкова-Ямпольська, Е.Л.Фрухт). Крім того, доведено, що *провідними проявами перинатального ураження нервової системи дитини до одного року є відставання в розвитку і, в більшому ступені, порушення поведінки.* Якщо в дітей до року не нормалізується поведінка і розвиток, то вони залишаються загрозливими стосовно погіршення поведінки і розвитку і після року, тобто в 2–3 роки і в дошкільному віці. У дітей з перинатальною церебральною патологією поступово по мірі дозрівання мозку виявляються ознаки ушкодження або порушення розвитку різних ланок рухового аналізатора, а також психічного домовленневого і мовленневого розвитку.

Основну кількість дітей з руховою патологією складають **діти з церебральним паралічем** (89%). Однак на першому році життя цей діагноз ставиться тільки тим дітям, в яких яскраво вираженні тяжкі

рухові розлади: порушення тонусу м'язів, обмеження їх рухливості, патологічні тонічні рефлекси довільні насильні рухи (гіперкінези і тремор), порушення координації рухів тощо. Решті дітям, як правило, ставиться діагноз «перинатальна енцефалопатія; синдром церебрального параліча (або синдром рухових розладів)».

У дітей з ДЦП з синдромами рухових розладів зі значними труднощами формується функція утримання голови, навички самостійного сидіння, ходьби, стояння, маніпуляційної діяльності. Рухові порушення, своєю чергою, спричиняють негативний вплив на формування психічних і мовленнєвих функцій. Саме тому так важливо якомога раніше виявляти порушення в руховій сфері дитини. Діти з ДЦП до трьох років є дуже неоднорідною групою, як за рівнем пізнавального і мовленнєвого розвитку, так і за ступенем прояву рухових і мовленнєворухових (дизартричних) розладів. При цьому відмічаються багатоваріантні поєднання порушень різних функціональних систем. Так, у більшості дітей з церебральним паралічем відмічаються затримка темпів і якісні відхилення в розвитку психіки, хоча ступінь затримки психічного розвитку є різним і лише частково відповідає тяжкості рухової патології. При цьому також не виявляється чіткого взаємозв'язку між рівнем психічного і мовленнєвого розвитку.

У структурі мовленнєвої вади провідною ланкою є дизартричні розлади, що проявляються у всіх дітей раннього віку з ДЦП і мають різний ступінь вираженості, поєднуючись у багатьох з них із затримкою домовленнєвого і мовленнєвого розвитку. Ступінь вираженості мовленнєво-рухових розладів корелює з тяжкістю порушень функціональних можливостей кистей і пальців рук. Багатолітні дослідження показали, що у випадку раннього виявлення рухового розладу в перші місяці життя і організації адекватної корекційної роботи можливо досягнути значних успіхів у подоланні перинатальної патології. Дослідження Л.О. Бадаляна, Є.М. Мастюкової, К.А. Семенової та інш. показують, що за умови ранньої діагностики (не пізніше 4–6-місячного віку дитини) і раннього початку систематичного медико-педагогічного впливу практичне видужування і нормалізація різних функцій можуть бути досягнуті в 60–70% випадків біля 2–3-річного віку. У випадку пізнього виявлення дітей з перинатальною патологією і відсутністю адекватної корекційної роботи виникнення тяжких рухових психічних і мовленнєвих порушень є більш вірогідним.

У результаті проведення спеціальних досліджень доведено, що в *домовленнєвий період дитини з ДЦП основними напрямками корекційно-розвивальної роботи повинні бути:*

Розвиток емоційного спілкування з дорослим шляхом *стимуляції «комплексу пожвавлення»*, що включає спілкування і практичну співпрацю дитини з дорослим. Дорослий, посміхаючись, нахиляється над дитиною, намагається «піймати» її погляд, погладжує її, надає голосу співучий, лагідний відтінок. Поступово в дитини, яка бачить обличчя дорослого або іграшку буде з'являтися посмішка, сміх, різні голосові реакції. Крім того, необхідно практикувати, так зване, емоційне «зараження» як один із типів емоційних стосунків, коли дорослий викликає в собі емоцію, співзвучну стану дитини, підсилюючи її емоційне переживання.

Розвиток сенсорних процесів: зорового і слухового зосередження, локалізації звуку, рухово-кінестетичних відчуттів. Спочатку стимулюються зорова фіксація на обличчі дорослого та на іграшці, потім формується плавність слідкування в горизонтальній і вертикальних площинах, стійкість фіксації погляду при зміні положення голови і тулуба, на більш пізніх етапах домовленнєвого розвитку необхідне відпрацювання зорових диференціацій.

Для розвитку слухового сприйняття використовують період, коли дитина знаходиться в емоційно негативному стані – в період несильного плачу. Дорослий нахиляється до дитини, лагідно розмовляє з нею, розхитує іграшку, прагнучи привернути до себе її увагу і сприяючи тому, щоб дитина заспокоїлась; подальший розвиток слухового сприймання здійснюється йде при формуванні в дитини уміння локалізувати звук у просторі. В якості звукових подразників використовуються різні за звучанням іграшки, а також голос дорослого. Якщо дитина з руховою патологією не здатна самостійно повернути голову до джерела звуку, це робиться дорослим пасивно.

Підготовчий етап *формування розуміння мовлення* своїм змістом спрямовується на розвиток сприйняття дитиною різноманітних інтонацій голосу дорослого і вміння адекватно реагувати на них (посмішка, сміх або образа, плач). Первинне розуміння зверненого мовлення відбувається при збігу звучання слова, що вимовляється дорослим, з пред'явленням предмета, яке воно позначає. В ході корекційно-розвивальної роботи

необхідно враховувати етапи домовленнєвого і раннього мовленнєвого розвитку: не диференційована голосова активність, гуління, лепет, лепетні слова і звуконаслідування, загальноновживані слова тощо. Для спілкування з оточуючими в дітей з ДЦП і із затримкою домовленнєвого і мовленнєвого розвитку необхідно формувати мимічні, голосові, звуковимовні реакції, відпрацьовувати і закріплювати навички довільного вимовляння складів, складових комплексів, полегшених слів.

Формування в дітей рухів рук і дій з предметами здійснюється з урахуванням етапів становлення моторики кисті і пальців рук: опора на розкриту кисть, здійснення довільного захвату предметів кистю, включення захвату пальцями, протиставлення пальців, поступове ускладнення маніпуляції і предметних дій, диференційовані рухи пальців рук. Перед початком роботи по формуванню функціональних можливостей кисті і пальців рук необхідно добиватися нормалізації м'язового тону верхніх кінцівок тіла дитини. Надалі проводиться масаж і пасивні вправи для кистей і пальців рук з поступовим переведенням їх в активну форму. Розвитку опорної функції рук особливо сприяють повільні перекачування дитини в положенні на животі вперед на великому м'ячі.

Функцію хапання починають тренувати в період новонародження дитини, вкладаючи їй в руку іграшки, які повинні бути різними за формою, величиною, вагою, фактурою, температурою, що сприятиме впізнанню їх на дотик. Надалі дитину заохочують тягнутися до обличчя дорослого і до яскравих предметів, що висять над ліжечком з тим, щоб вона обмацувала їх спочатку пасивно (за допомогою рук дорослого), а потім – активно. Важливо навчати дитину не при цьому тільки захвату предмету, але й відпусканню, враховуючи те, що розстискання кисті руки полегшується потрушуванням її в бік мізинця поворотом руки долонею догори. Подальший розвиток функціональних можливостей передбачає формування в дитини маніпуляційної функції руки і диференційованої функції пальців рук. При цьому дитину спонукають брати (схоплювати) іграшки з різних положень – знизу, зверху, збоку від неї. Надалі (з 1 року) розвивають прості предметні дії, які при необхідності виконуються пасивно або пасивно-активно.

Нормалізація тону м'язів і моторики артикуляційного апарату здійснюється за допомогою зменшення ступеня прояву рухової вади мовленнєвого апарату: спастичного парезу,

гіперкінезів, атаксії, тонічних порушень керування за типом ригідності. У подальшому проводиться розвиток рухливості органів артикуляційного апарату.

При проведенні корекційно-логопедичної роботи, спрямованої на нормалізацію тону м'язів і моторики артикуляційного апарату використовуються такі методи логопедичного впливу, як: диференційований логопедичний масаж (рослабляючий або стимулюючий) обличчя та губної язикової мускулатури, точковий масаж, елементи активної артикуляційної гімнастики, штучна локальна контрастотермія (поєднання гіпо- і гіпертермії). Встановлено, що логопедичну роботу необхідно розпочинати з ослаблення проявів розладів інервації мовленнєвого апарату, що сприятиме розширенню можливості рухів мовленнєвих м'язів і їхньому спонтанному включенню в артикуляційний процес.

Корекція годування, стимулювання рефлексів орального автоматизму, пригнічення оральних автоматизмів проводиться з перших тижнів і місяців життя дітей, які мають рухову патологію. Рефлекторний розвиток в дітей перших місяців життя – це стимуляція смоктання і ковтання, оскільки саме нормалізація процесу годування є життєво важливою для дитини. Активність акту смоктання залежить від своєчасного прояву і вираженості рефлексів орального автоматизму, відсутність або недостатність вираженості яких потребує використання прийомів по стимуляції безумовно-рефлекторної активності за допомогою викликання (не більше 2–3 разів) кожного з рефлексів. Водночас встановлено, що при подальшій стимуляції рефлексу його активність значно падає.

З метою регуляції процесу годування важливо ретельно притримуватись постійного положення і місці годування, які закріплюють в дитини безумовні рефлекси їди (пошуки грудей, відкривання рота, смоктальні рухи). Під час годування мати знаходить таке положення, що б її руки були вільними, а дитина знаходилася в позі легкого згинання, тобто в позі, в якій настає найбільш повне м'язове розслаблення. Безпосередньо перед годуванням стимулюються вроджені безумовні рефлекси: губний, пошуковий, хоботковий, смоктальний. З метою їхньої стимуляції необхідно ваткою, змоченою в теплом молоці, або соском, або пальцем провести декілька разів по рефлексогенних зонах (в ділянці носо-губних складок, в кутах рота, по середній частині верхньої губи, по передній поверхні язика). Формуючи

пошуковий рефлекс, доторкуються до щоки біля кутів рота. У випадку відсутності зворотної реакції у вигляду повороту голови і рухів губ у бік подразника, необхідно пасивно м'яко повернути голову і змістити губи в напрямку, що відповідає подразнику. Викликаючи хоботковий рефлекс, подразнюють пальцем середину верхньої губи і допомагають пасивно витягнути губи вперед, збираючи їх в «хоботок». При порушенні ковтального рефлексу стимулюють корінь язика і задню стінку глотки шляхом подразнення їх краплями теплого молока або солодкої води. При можливості смоктання, але при порушенні змикання губ, відвисанні нижньої щелепи, при яких спостерігається підтікання молока з кутів рота, рекомендують в момент смоктання злегка притримувати губи дитини навколо соска або соски і притримувати нижню губу та щелепу знизу.

Після 3–4 місяців рефлекси орального автоматизму необхідно активно пригнічувати, для чого дитину розміщують в «рефлекс-заборонну позицію», для чого дорослий однією рукою лагідно доторкується до губ дитини ваткою, соскою або пальцем, а іншою перешкоджає рефлекторному руху губ.

Розвиток дихання і голосу забезпечується за допомогою стимуляції видиху і його вокалізації, збільшення обсягу, тривалості і сили видиху, відпрацювання ритмічності дихання і рухів дитини. Цю роботу рекомендують починати з перших місяців життя хворої дитини, починаючи із загальних дихальних вправ, метою яких є збільшення обсягу, сили, глибини видиху і нормалізація дихання.

Узагальнюючи результати спеціальних досліджень, є можливим зробити висновок про те, що традиційним в лікуванні рухової патології, в тому числі і ДЦП, є **корекція сформованого рухового стереотипу**. Водночас такі важливі соціально значущі функції, як пізнавальна діяльність і мовлення, часто залишаються за рамками корекційної роботи. Крім того, педагогічна робота з розвитку психічних і мовленнєвих функцій і корекції їх порушень починається, як правило, надто пізно (після 3–5 років), коли сенситивний період розвитку психіки і мовлення виявляється упущеним. Не тільки батьки, але й деякі спеціалісти, які беруть участь у відновлювальному лікуванні і розвитку дітей з руховою патологією, не завжди враховують важливість здійснення одночасної корекційно-розвивальної роботи всіх функціональних систем дитини.

Аналіз практики показує, що діти, які на першому році життя мають навіть нерізко виражені відхилення в розвитку, при відсутності

необхідних лікувальних і педагогічних заходів в подальшому відчувають значні труднощі в навчанні. Водночас комплексні адекватні заняття з дітьми, які мають значні відхилення в розвитку, дозволяють досягати значних результатів, причому, чим раніше розпочато проведення спеціальних занять, тим ефективніші їх результати. Доведено, що в корекційно-розвивальному процесі повинні брати участь не тільки лікарі, педагоги і масажисти, але в першу чергу сім'я. Проте багато батьків чекають позитивних результатів, не прикладаючи ніяких зусиль для відновлення порушених функцій і не розуміючи того, що тільки батьки можуть терпляче і ретельно вести щоденну тяжку роботу, відпрацьовуючи в своєї дитини певну функцію. При цьому зазначимо, що так само є багато батьків, які стають прекрасними педагогами, творчими і винахідливими, здатними розвинути потенційні можливості дитини.

Е. Сучасний стан наукових досліджень дітей з порушеннями афективного розвитку

В останні роки проводяться поглиблені дослідження найбільш складних аспектів ранніх ступенів онтогенезу – особливостей раннього афективного розвитку. В результаті здійсненого аналізу особливостей емоційного розвитку дитини першого-другого років життя виділені найбільш діагностично значущі його прояви, показана необхідність динамічного спостереження і лонгітюдного вивчення патологічних тенденцій в емоційній сфері, їх перетворення в найбільш характерні симптоми раннього дитячого аутизму, які виявляються в дитини після трьох років. Проаналізовані й описані найбільш характерні поведінкові проблеми дитини з раннім дитячим аутизмом, а головне – запропоновано диференційований підхід до пом'якшення афективних труднощів аутичної дитини (Є.Р. Баєвська, К. Лебединська, І. Мамайчук, Т.В. Скрипник, В.В.Тарасун, Г.М. Хворова, Д.І. Шульженко).

При цьому типі психічного дизонтогенезу спостерігаються складні поєднання загального психічного недорозвинення дитини, а саме: затриманий, ушкоджений та прискорений розвиток її окремих психічних функцій. Саме особливий *асинхронний тип затримки розвитку* визнається найважливішою особливістю дитячого аутизму (зокрема РДА Канера). Це проявляється, по-перше, в тому, що одночасно мають місце ознаки і ретардації (уповільнення), і акселерації в обмежених галузях (музиці, математиці тощо). По-друге, спостерігається порушення ієрархії психічного, мовленнєвого та емоційного дозрівання дитини з аутизмом. Встановлена

варіантність аутистичних синдромів (від легких до важких) при різних типах походження (як при синдромі Канера, так і при аутизмі процесуального шизофренічного походження). На сьогодні на основі етіопатогенетичного підходу виділено (К.С.Лебединською) декілька *варіантів аутизму*:

дитячий аутизм при різних захворюваннях ЦНС (органічний аутизм) проявляється в психічній інертності дитини, в руховій недостатності, а також у порушеннях уваги і пам'яті. Крім того, в дітей спостерігається неврологічна симптоматика (зміни по органічному типу ЕЕГ, епізодичні судоми та ін.) і затримка мовленнєвого та інтелектуального розвитку;

психогенний аутизм виникає (за даними західних психіатрів, психологів) переважно у дітей до 3–4 років які зростають в умовах емоційної депривації, тобто при довготривалій відсутності матері, невірному домашньому вихованні чи в інтернатах тощо. Характеризується порушенням контакту з оточуючими, емоційною інфантильністю, пасивністю, відсутністю диференційованих емоцій, затримкою розвитку мовлення і психомоторики. Встановлено, що при нормалізації умов виховання цей варіант аутизму може зникнути. Проте у випадку перебування дитини в несприятливих умовах протягом перших трьох років життя аутистична поведінка і порушення мовленнєвого розвитку стають стійкими;

діти з *аутизмом шизофренічної етіології* відрізняються більш вираженою відгородженістю від зовнішнього світу і слабкістю контактів з оточуючими. У них спостерігається виражена дисоціація психічних процесів, стирання меж між суб'єктивним і об'єктивним, занурення в світ внутрішніх хворобливих переживань і патологічних фантазій тощо. У цьому зв'язку їх поведінка відрізняється химерністю, амбівалентністю (при емоційній невираженості, наприклад, у спілкуванні з батьками діти можуть бути досить комунікабельними зі сторонніми людьми). Важливими діагностичними ознаками аутизму шизофренічного генезу є наявність: а) хоча б короткого проміжку часу, коли у дитини (до появи аутизму) спостерігався нормальний психічний розвиток; б) ознак прогредієнтності (прогресування захворювання) у вигляді наростання психічного дефекту (розпад мовлення, регрес поведінки з втратою набутих навичок, аспонтанність, поглиблення в'ялості);

аутизм при захворюваннях обміну речовин і аутизм при хромосомній патології.

Синдром аутизму на відміну від інших аномалій розвитку характеризується складністю і дисгармонійністю як в клінічній картині, так і в психологічній структурі порушень. Встановлено, що **основними ознаками аутизму** при всіх його клінічних варіантах є:

недостатня або повна відсутність потреби в контактах з оточуючими; активне прагнення самотності (почувають себе помітно краще, коли їх залишають на самоті);

відгородженість від зовнішнього світу;

слабкість емоційного реагування стосовно близьких людей, аж до повної байдужості до них (афективна блокада). Проте поруч з байдужістю, можлива також симбіотична форма контакту, коли дитина відмовляється залишатися без матері, хоча ніколи не буває з нею лагідною;

слабка здатність (або нездатність) диференціювати живі і неживі *об'єкти*, чим, зокрема, пояснюється їхня агресивна поведінка стосовно іншої дитини, яку вони можуть сприймати як ляльку;

недостатня реакція на зорові та слухові подразники, хоча можуть бути дуже чутливими до слабких подразників (не переносять шум побутових приладів, капання води тощо);

прагнення до збереження незмінності оточуючого простору (феномен тотожності, за А.Канером), яке проявляється (навіть на першому році життя) в прагненні до збереження звичної постійності;

страх всього нового (неофобія): перестановки ліжка, зміни місця проживання, нового одягу, взуття і т.д.;

одноманітна поведінка зі стереотипними, примітивними *рухами* (перебирання пальців, згинання і розгинання плечей і передпліч, розхитування тулубом чи головою, підстрибування навшпінках тощо);

різноманітні мовленнєві порушення – від мутизму (повної втрати мовлення) до підвищеного вербалізму, що виявляється у вибіркового ставленні до певних слів та виразів (дитина постійно вимовляє слова або склади, що сподобалися їй). Дифузний характер зв'язку між словом і предметом, коли афективно насичена акустична сторона слова набуває у них самостійного значення, що проявляється в явищах автономного мовлення (за термінологією Р.Є.Левіної);

характерна зорова поведінка, яка проявляється в тому, що дитина не переносить погляду в очі, має «побіжний» погляд або погляд повз; переважання зорового сприймання на периферії поля зору (батьки відмічають, що «дитина бачить предмет, який вони ховають, потилицею», або «через стінку»);

одноманітність гри, що є стереотипною маніпуляцією з неігровим матеріалом (мотузкою, ключем, пляшкою тощо; можуть годинами одноманітно перекладати предмет з місця на місце, переливати рідину з одного посуду в інший тощо);

різноманітні інтелектуальні порушення. За даними психометричних досліджень у 55–60% випадків у дітей з аутизмом спостерігається розумова відсталість; у 15–20% – легка інтелектуальна недостатність і 15–20% дітей мають нормальний інтелект. Підкреслюється нерівномірність їх інтелектуальної діяльності, низькі показники при виконанні невербальних завдань. Як особливість мислення молодших школярів з аутизмом виділено переважання у них перцептивних узагальнень (колір, форма, розмір предметів) при достатньо високому рівні розвитку понятійного мислення. Тому при розв'язанні задачі, де є конфлікт між зоровим сприйняттям ситуації і її смислом, дитина з аутизмом орієнтується не на суттєві ознаки, а на перцептивні враження;

стан дифузної тривоги і невмотивованих страхів, а саме: а) надцінні страхи (втрати матері, страх чужих людей, незнайомого середовища); б) страхи, зумовлені афективною і сенсорною гіперчутливістю (до побутових шумів; зорових і тактильних подразників: світла люстри, гудіння бджоли тощо); в) неадекватні марення. Об'єкти страхів дітей з аутизмом важко виявляються, тому необхідно спостерігати за тим, біля якого предмета дитина стає напруженою, або відходить в бік, або починає розгойдуватися;

наявність рудиментарних способів обстеження предметів: обнюхування, облизування, покусування тощо;

високий рівень розвитку в дітей пам'яті, хоча сам процес запам'ятовування носить у них ізольований характер, а в її використанні виявляється виражена автономність;

парадоксальність поведінки, до якої дитину призводить постійний сенсорний дискомфорт, який вона намагається компенсувати аутостимуляцією (розхитуваннями, бігом по колу, стрибками). Їхнє непереборне тяжіння до води, вогню,

бруду тощо також розглядається як важливий компенсаторний механізм з метою пом'якшити емоційний дискомфорт.

Отже, зазначимо, що *нормальному психічному розвитку дитини з аутизмом перешкоджають* (або інакше – стають механізмами психічних порушень) : дефіцит психічної активності дитини; вади сенсомоторних функцій; вади інстинктивної сфери; мисленнево-мовленнєві порушення. Визначено, що найбільш актуальними і важливими *умовами*, що дозволять реально впровадити систему раннього виявлення і допомоги дітям з відхиленнями в розвитку в Україні, є:

розробка нормативно-правового забезпечення; створення системи підготовки і перепідготовки кадрів; методичне і технологічне забезпечення процесу ранньої допомоги; програма формування адекватного ставлення суспільства до проблеми раннього виявлення і ранньої допомоги дітям з відхиленнями в розвитку; інформаційне забезпечення.

Особливу значущість і ефективність рання допомога на сьогодні набирає *в системі дитячих будинків*, де впроваджуються принципи, прийоми і методи роботи з дітьми переддошкільного віку з порушеннями психомоторного розвитку і застосовуються комплекси корекційно-розвивальних ігор, які можуть використовуватися в ході індивідуальних занять з дітьми першого півріччя життя в умовах сиротинця (Ю.А. Разенкова).

Водночас важливим аспектом в системі корекційної роботи з дітьми раннього віку є *сімейне виховання* з урахуванням: типів і форм взаємодії сім'ї і системи корекційної підтримки дошкільників; вивчення педагогічних і організаційних умов включення батьків в реалізацію індивідуальних програм корекційно-розвивального навчання; різноманітних форм взаємодії сім'ї і системи корекційної підтримки; завдань психологічного консультування сімей; найбільш важливих аспектів профілактичної роботи з батьками проблемної дитини (З.М. Дунаєва, О.С. Нікольська, Л.І. Плаксина, Є.А. Стребелева, Г.В. Чиркіна та ін.).

Узагальнюючи викладене, зазначимо, що для вирішення проблеми ранньої допомоги дітям з особливостями в розвитку в теорії і практиці спеціальної педагогіки і психології на сьогодні і в перспективі передбачається *розв'язання таких завдань*:

Створення інформаційної бази з метою розробки стратегії допомоги дітям з різними відхиленнями в розвитку, що ґрунтується на аналізі стану дослідження проблеми раннього

виявлення і ранньої комплексної допомоги дітям з відхиленнями в розвитку.

Визначення методології і принципів побудови і змісту концепції системи раннього виявлення і комплексної допомоги дітям з різними відхиленнями в розвитку.

Проектування базової моделі єдиної державної системи раннього виявлення і спеціальної допомоги дітям з різними відхиленнями в розвитку.

Проектування (на основі загальної моделі) та апробація окремих моделей системи виявлення і спеціальної допомоги різним категоріям дітей переддошкільного віку з відхиленнями в розвитку з метою відпрацювання механізмів взаємодії різних структурних компонентів системи.

Визначення умов для реального впровадження розробленої системи раннього виявлення і допомоги дітям з відхиленнями в розвитку.

Розробка поетапної пролонгованої державної Програми заходів по забезпеченню впровадження єдиної системи раннього виявлення і допомоги дітям з відхиленнями в розвитку на території України.

1.3. Рання допомога дітям з особливостями в розвитку: успіхи і застереження

Науковцями в сфері ранньої допомоги дітям переддошкільного віку з особливостями в розвитку водночас з позитивною оцінкою (див. 1.1) висловлюється думка про недосконалість існуючої системи дитячої диспансеризації і служби психолого-медико-педагогічного консультування цієї категорії малюків і на необхідності удосконалення організації психолого-медико-педагогічної допомоги з низки причин.

По-перше, встановлено, що батьки, які мають генетичну патологію або вроджені аномалії розвитку, в більшості випадків нічого не знають про можливість народження такої дитини, оскільки на сьогодні недостатньо розповсюджена практика генетичного консультування подружніх пар з метою запобігання виникнення можливих відхилень в розвитку майбутнього малюка. Ситуацію психолого-медико-педагогічного консультування ускладнює той факт, що період ранньої адаптації новонароджених не відображається у витягах зпологових будинків. Як наслідок, батьки, як правило, вперше звертаються за консультаціями з дітьми 3–5 років або безпосередньо перед етапом шкільного навчання. Досить часто такі випадки пояснюються тим, що

більш ранні звертання батьків до спеціалістів не дають бажаних результатів. Крім того, батькам часто радять почекати, поки дитині виповниться три роки, після чого можливе надання допомоги в спеціалізованому дитячому закладі. Однак в старшому дошкільному і молодшому шкільному віці уже спостерігаються негативні наслідки в психічному розвитку дітей, які не одержали своєчасної, на більш ранніх етапах розвитку, адекватної допомоги. Доведено, що думка про те, що чим старша дитина, тим легше її навчати, є хибною, оскільки строки навчання визначаються сенситивними періодами в розвитку кожної функції і саме в ці періоди навчання виявляється найбільш легким, економним і плідним. Важливо пам'ятати, що оптимальні строки навчання для кожної дитини визначаються зоною її найближчого розвитку, тобто навчання спирається не стільки на дозрілі функції, скільки на функції, що дозрівають. У тих же випадках, коли дитина все ж знаходиться у системі психолого-медико-педагогічної допомоги, вона починає відчувати на собі її основну проблему – відсутність неперервності і наступності в роботі фахівців.

За цих умов очевидна необхідність удосконалення всієї системи такої допомоги не тільки стосовно ранньої діагностики і запобігання народження неблагополучних дітей, але й стосовно динамічного супроводу дітей групи ризику. Особливого значення при цьому надається проведенню профілактичних заходів з метою попередження народження дітей з відхиленнями в розвитку шляхом медико-генетичного консультування пар групи ризику за медичними показниками. У випадках народження дитини з особливостями психофізичного розвитку батьки повинні одержувати необхідну допомогу на всіх етапах її життєвої адаптації включно до вікової зрілості. З метою запобігання виникнення зазначених недоліків науковцями (З.М.Дунаєва, Л.І.Ростягайлова та ін.) запропонована система допомоги дітям раннього віку, яка включає в себе такі етапи:

- I етап – детальне *обстеження новонароджених* неонатологом, неврологом, генетиком з реєстрацією всіх факторів ризику у паспорті новонародженого;
- II етап – детальний виклад в історії розвитку діагностичних і корекційних заходів, рекомендованих дитині з особливостями в розвитку в період до року; *виявлення дітей групи ризику*;
- III етап – диференціальна діагностика з визначенням можливого прогнозу розвитку і адекватної корекційної роботи з дітьми від 1 до 3 років. На цьому етапі бажано *створення індивідуальних корекційних програм* з обов'язковим комплексним клініко-

психолого-педагогічним обстеженням дитини не менше, ніж один раз на півроку;

IV етап – *виділення провідних відхилень в розвитку* дитини в 3-х і після 3-х років з метою їх компенсації і підготовки дитини до шкільного навчання.

Доведено, що на всіх етапах запропонованої системи допомоги повинна здійснюватися комплексна взаємодія спеціалістів: лікарів, психологів, педагогів, юристів і соціальних працівників. Результати обстеження повинні фіксуватися в картці розвитку дитини з обов'язковим відображенням всіх етапів адаптації на фоні корекційної роботи, що здійснюється. Відомо, що, на жаль, кваліфікована допомога сьогодні може бути надана лише у великих містах, де знаходяться інститути і центри, обладнані сучасною апаратурою. Як наслідок, провідна роль у вирішенні питань діагностики і корекції відхилень в розвитку дітей на сьогодні належить в основному психолого-медико-педагогічним консультаціям, укомплектованих спеціалістами різного профілю (неврологами, психіатрами, отоларингологами, офтальмологами, ортопедами, генетиками, параклініцистами (нейрофізіологами, аудіологами), психологами, дефектологами. Доведено, що при таких консультаціях доцільна організація діагностичних груп з метою уточнення діагнозу в процесі динамічного спостереження і навчання. Такі групи комплектуються дітьми, які є не достатньо ясними в плані встановлення діагнозу, а також дітей, виховання і навчання яких не можливе ні в одному з існуючих загальноосвітніх закладів, а тому потребують розробки індивідуальних корекційно-розвивальних програм.

Для обстеження дітей раннього віку існує величезна кількість методик, з якої спеціаліст не завжди спроможний виділити ті, що допоможуть йому відповісти на поставлені запитання і по можливості чіткіше визначити структуру та ієрархічність виявлених порушень. Крім того, адекватна діагностика і корекція неможливі без знання спеціалістом закономірностей, за якими розвивається дитина, і чутливих періодів формування тих чи інших функцій і систем. Водночас, як показує аналіз практики, фахівці не завжди враховують один з важливих принципів діагностики – принцип системного і цілісного дослідження дитини, внаслідок чого не визначається правильно взаємозв'язок і взаємозалежність між окремими проявами порушень психічного розвитку дитини, не встановлюється ієрархія виявлених недоліків або відхилень у психічному розвитку дитини, співвідношення первинних і вторинних порушень. Досить часто

діагностика проводиться за одним патологічним симптомом чи синдромом, що не може бути правомірним, оскільки зовнішні прояви можуть мати різну глибинну внутрішню сутність. Так, наприклад, причиною пізньої появи мовлення може бути зниження слуху, фізіологічна затримка мовленнєвого розвитку (при повному розумінні зверненого мовлення і адекватній поведінці), недорозвинення пізнавальної діяльності, відхилення в розвитку емоційної сфери, наявність локальних мовленнєвих порушень. Як наслідок, для правильного розуміння структури вади в цілому спеціалісту необхідно проаналізувати виявлену симптоматику і синтезувати її в єдиний *симптомокомплекс*. Тільки ґрунтуючись на аналізі цих даних обстеження, спеціаліст може скласти заключення, формулювати діагноз, призначати відповідне лікування, корекційно-розвивальне навчання і надавати рекомендації батькам по вихованню дітей.

Водночас на сьогодні *психолого-педагогічна діагностика*, як правило, спрямовується на визначення рівня актуального розвитку, а не на виявлення потенційних можливостей дитини. Удосконалення ж системи раннього виявлення і своєчасної реабілітаційної корекції відхилень в розвитку дітей має надзвичайно важливе значення, оскільки дозволить скоротити кількість спеціальних закладів для їх виховання і навчання, внаслідок своєчасного запобігання виникнення значної кількості порушень з відповідними вторинними і третинними розладами. Водночас не надання ранньої корекційної допомоги не дозволяє досягати принципово інших результатів в розвитку дітей з тими чи іншими відхиленнями. Так, доведено, що тільки при ранньому початку занять з дитиною з порушеннями слуху вдається перевести гуління, що в неї з'явилося, в лепет і дати малюку можливість природним шляхом оволодівати мовленням. В результаті вже біля 3–4 років рівень загального і мовленнєвого розвитку цих дітей може бути максимально наближеним до нормального, що дозволяє вже в дошкільному віці здійснювати повноцінну й ефективну інтеграцію дитини в середовище чуючих дітей.

У цьому контексті узагальнення результатів відповідних зарубіжних (зокрема російських) досліджень дає підставу стверджувати, що система ранньої допомоги своїм змістом повинна спрямовуватися на виявлення відхилень в розвитку дітей вже з періоду новонародження і забезпечувати кожну дитину необхідною їй комплексною психолого-медико-педагогічною корекцією, яка *має включати*:

скринінг-обстеження всіх дітей першого року життя з метою виявлення серед них малюків з підозрою на те чи інше відхилення в розвитку;

диференціальну діагностику з метою зняття цієї підозри чи встановлення діагнозу. Водночас надзвичайно важливо скорочувати часовий інтервал між появою підозри і встановленням діагнозу;

організацію корекційної допомоги з моменту появи передбачення про можливе відхилення в розвитку. При цьому така допомога повина бути максимально наближеною до місця проживання сім'ї (дитяча поліклініка, реабілітаційний центр раннього втручання) і специфічною для дітей з різними відхиленнями в розвитку.

На сьогодні доведено, що **державна система** виявлення порушень в дітей з періоду новонародженості **повинна передбачати:**

в пологових будинках – виявлення дітей, які відносяться до групи ризику (порушення слуху, порушення зору, ДЦП та ін.). Встановлення таких факторів, як: інфекційні і вірусні захворювання матері під час вагітності (краснуха, грип, цитомегаловірус, герпес, токсоплазмоз); токсикози вагітності; асфіксія плоду; внутрішньочерепна родова травма; гіпербілірубінемія (більше ніж 20 ммоль/л); гемолітична хвороба новороджених; маса тіла дитини при народженні менша, ніж 1500 грам; недоношеність; гестаційний вік більший, ніж 40 тижнів; застосування препаратів з токсичною дією, що призначалися матері під час вагітності або дитині; спадкові захворювання в родичів, що супроводжувалися ураженням аналізаторної системи; патологія скелета щелепи та обличчя в новонародженого; проведення інтенсивної терапії дитини після народження; кількість балів за шкалою Апгера 0–4 за 1 хв. або 0–6 за 5 хв.;

в дитячих поліклініках за місцем проживання – обстеження слуху та зору в дітей з факторами ризику в 1,2,4 і 6 місяців за спеціально запропонованою скринінг-методикою з використанням звукореактотеста (ЗРТ) – спеціального портативного аудіометра або з використанням методу обстеження слуху, що не потребує апаратного оснащення («горохові проби»). Відсутність реакцій на звукові або слухові сигнали можуть свідчити про підозру на зниження слуху чи зору.

Важливо, щоб в усіх випадках з моменту встановлення діагнозу розпочиналося проведення лікувальних заходів, а також педагогічна корекція вад слухової (зорової, моторної, мовленнєвої, розумової) функції в спеціалізованих кабінетах спеціальних педагогів і психологів.

Водночас необхідно враховувати те, що модернізація спеціальної освіти в Україні, як відомо, не сьогодні проводиться в непростих економічних умовах і при відсутності закону про спеціальну освіту. У цьому зв'язку важливо розвивати існуючу систему освіти, *уникаючи необдуманого запозичення західного досвіду «ранньої інтервенції»*, що склалася й успішно функціонує в іншому соціально-історичному, культурному, правовому та економічному контексті.

Отже, організація роботи, спрямована на раннє виявлення особливостей в розвитку дітей, виступає як один з напрямів системи ранньої комплексної психолого-медико-педагогічної корекції різних відхилень в розвитку малюків, починаючи з першого місяця життя.

СУЧАСНА ПРАКТИКА ДІАГНОСТИКИ ПСИХОФІЗИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ ПЕРЕДДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

2.1. Діагностика психофізичного розвитку дитини як як категорія психолого-педагогічної науки

Діагностика психофізичного розвитку дитини раннього віку – це розділ спеціальної психолого-педагогічної науки, що вивчає методи дослідження дитини з обмеженими можливостями здоров'я з метою розпізнання порушення, не сформованості або відхилення в її психофізичному розвитку. Термін «діагностика» означає також весь процес вивчення дитини і роздумів педагога/психолога для встановлення вади. Діагностика стану психофізичного розвитку дитини раннього віку як категорія спеціальної психолого-педагогічної науки включає *три напрями*:

1) *психолого-педагогічна діагностична техніка*, що вивчає методи дослідження дитини раннього віку; 2) *семіологія*, що визначає діагностичне значення і механізм симптомів порушення; 3) *методи діагнозу*, що вивчають особливості розвитку вищих психічних функцій в дітей раннього віку для правильного розпізнавання порушення.

В якості *першочергового завдання діагностики* нами визначено *знаходження багаторівневих причин відхилень або недостатності в емоційно-пізнавальній поведінці дитини з метою визначення відповідної педагогічної типології цих відхилень та їх подолання шляхом взаємодії психолого-медико-педагогічного характеру*. На сьогодні розвиток психологічної діагностики став однією з головних передумов теоретичних і прикладних досліджень в галузі спеціальної освіти. Виражена практична спрямованість діагностування дітей раннього віку стосується переважно виявлення вад, їх оцінки, визначення причин порушень та їх механізмів.

Головною проблемою на сьогодні залишається визначення змісту і основних напрямів роботи педагогів і психологів спеціальних освітніх закладів, формулювання тих завдань, які може вирішувати спеціаліст, а які знаходяться поза його компетенцією тощо.

Діагноз має бути вираженим в термінах прийнятої класифікації психофізичних і поведінкових порушень, а його зміст повинен відповідати сучасному науковому рівню, тобто діагноз має бути правильним не тільки формально, але й за сутністю. У широкому смислі *методологія діагнозу* трактується як розробка різних

способів і прийомів опитування, безпосереднього та інструментального обстеження, заповнення відповідної картки, запам'ятовування назв порушень і відповідних їм симптомів тощо. У більш точному смислі слова **методологія діагнозу дітей раннього віку** включає в себе проблеми гносеології, логіки, семіотики, семантики, орієнтовані на специфіку психолого-педагогічного діагнозу.

Загальний план діагностичного обстеження дитини раннього віку з особливостями психофізичного розвитку є складним, оскільки, по-перше, крім обліку основних скарг батьків, вивчається історія життя дитини та її порушення, тобто все те, про що можливо одержати уявлення при методичному розпитуванні або збиранні анамнезу. По-друге, вивчається *морфологічний статус* дитини в широкому смислі слова, тобто вивчаються індивідуальні особливості будови тіла дитини і морфології її органів. По-третє, обстежуються *функціональні особливості* дитини за системами і в цілому, тобто – фізіологія конкретної дитини. При цьому враховуються вроджені та набуті індивідуальні особливості функцій і різних систем, а також патологічні відхилення функцій. По-четверте, спеціально вивчаються *особливості нервової системи і загальної реактивності* дитини. На підставі цього визначаються типологічні особливості вищої нервової діяльності дитини, що складає завдання спеціальних методик. Реактивність організму, пов'язана зі станом, головним чином, нервової системи, вродженими і набутими особливостями організму дитини, вивчається на основі анамнезу, проявів порушення, змін функцій органів у відповідь на звичайні і патологічні подразники. У випадку необхідності проводиться вивчення окремих проявів, *кінцевою метою якого є пізнання стану цілісного організму дитини перед дошкільного віку*. Надалі педагог/психолог, ґрунтуючись на відшуканому симптомі або синдромі, проводить детальніше обстеження для уточнення місця ураження, з'ясування сутності патологічного процесу, причини і умов порушення, маючи на увазі діагноз вади як нозологічної одиниці.

Діагностика завжди є динамічною, вона не являє собою закінчену, застиглу формулу, а змінюється завжди з розвитком порушення в дитини (*процесуально-орієнтований підхід*). Корекційно-розвивальна робота, а також ускладнення, що можуть виникнути, обумовлюють зміни стану дитини, відповідно до яких змінюється діагностична і прогностична оцінка. Діагностичне вивчення стану дитини не припиняється на протязі всього періоду спостереження і корекційно-розвивальної роботи (*діагностика протікання порушення*),

забезпечуючи, таким чином, перевірку початкового діагнозу. Схематично виділяють періоди розпізнавання порушення і вивчення дитини на протязі корекційно-розвивальної роботи. Діагностичний висновок, що охоплює весь час спостереження і корекційної роботи, подається у вигляді *епікризу*.

Методи діагностики особливостей психофізичного розвитку дітей раннього віку, що застосовують в галузі спеціальної освіти, поділяють на основні і додаткові. *Основні методи* – опитування батьків, огляд дитини, застосування спеціальних методик тощо – обов'язково і неодноразово застосовуються психологом/педагогом безпосередньо до кожної дитини. Тільки після їх застосування спеціаліст може вирішити, які ще із багатьох додаткових методів, необхідно використати для уточнення діагнозу. *Додаткові методи* є не менш важливими для діагнозу, ніж основні, а інколи мають вирішальне значення як для висновку про локалізацію, так і для визначення сутності патологічного процесу.

На сьогодні під час вирішення питань диференціальної діагностики починають глибоко використовуватися *методи нейропсихологічної діагностики*. Нейропсихологію дитячого віку, що інтенсивно розвивається в Україні в останні роки, тісно пов'язують з проблемою корекційно-превентивного і відновлювального навчання, розвитку і соціалізації дітей з особливостями психофізичного розвитку. Нейропсихологічні методики дозволяють виявити слабо структуровані або приховані порушення вищих психічних функцій, що суттєво розширює діапазон ефективного застосування нейропсихологічної діагностики. Разом з тим, на сьогодні є очевидною необхідність доопрацювання й уточнення нормативних даних, інструкцій і шкал оцінювання, введення нових проб і завдань, модифікацій і створення додаткових стимульних матеріалів. Також потребують додаткового аналізу питання власне технології прийняття топіко-діагностичного рішення, тобто відповідності результатів, одержаних за допомогою різних проб і завдань (які є багатозначними), особливостям порушення тієї чи іншої функціональної системи.

Як самостійний розділ біологічної психології, що має свою методологію пошуку і методи дослідження, нейропсихологія за допомогою спеціальних діагностичних методик вивчає мозкові механізми складної психічної діяльності, співвідносячи уявлення про структуру і системну організацію вищих психічних функцій, психологічних процесів та емоційної регуляції поведінки дитини з матеріалами про будову і функціональну організацію різних відділів

великих півкуль головного мозку. В цьому нейропсихологія відіграє надзвичайно важливе значення для розвитку спеціальної педагогіки і спеціальної психології, диференціальної психології, психології індивідуальних відмінностей.

Стосовно застосування в роботі з дітьми переддошкільного віку спеціально розроблених *тестів*, то в цьому випадку ми притримуємося думки Ж.Піаже, який, критично проаналізувавши методи, якими користувалися вчені і практики для виявлення механізмів розумової діяльності, піввіку назад довів, що тести можуть слугувати переважно цілям відбору, але дають недостатнє уявлення про внутрішню сутність явища.

Умови діагностичного обстеження дитини раннього віку. З необхідних умов для успіху діагностики *перша* – це достатньо досконале володіння психологом/педагогом технікою обстеження, що є вирішальним для достовірності і точності одержаних даних. *Друга* умова – чітке знання спеціалістом того, на що спрямований пошук, тобто знання симптомів того чи іншого порушення. *Третя* умова – порівняння відповідних показників норми і відхилень від неї.

Сьогодні залишається суперечливим питання про оптимальну повноту обстеження. У відповідній літературі зустрічаються вказівки на наявність перебільшення в проведенні чисельних обстежень дитини, проте також вважається, що спостереження дитини ніколи не буває вичерпним повністю і *недоліком є не чисельність обстежень, а, головним чином, їх безсистемність, помилкова оцінка або незнання спеціалістом симптомологічного значення одержаних даних.* Наслідком цього може стати недооцінка одних, можливо найважливіших, методів обстеження і переоцінка інших, менш важливих, і, разом з тим, накопичення фактів (симптомів) при слабкій можливості синтезувати їх.

Організація діагностичних обстежень. Педагог/психолог, що повністю відповідає за діагноз, повинен особисто розпитати батьків дитини раннього віку і, по можливості, обережно поставитися до відомостей, одержаних від інших осіб та критично оцінити думку інших спеціалістів.

Оформлення діагнозу. Коротке психолого-педагогічне заключення про стан морфологічних систем дитини раннього віку та вищих психічних функцій не повинно обмежуватися простим позначенням нозологічної одиниці, тим більше симптоматичним діагнозом. При оформленні діагнозу *обов'язково вимагається: 1) виділити основне порушення; 2) вказати ускладнення основного порушення; 3)*

відмітити супутні вади; 4) в заключному епікризі представити діагноз і ув'язати з ним дані індивідуальної характеристики дитини.

Види діагнозу. Визначення виду діагностичного умовиводу є базисом, на якому будуються судження і поняття, що складають те чи інше медико-психолого-педагогічне судження. Розрізняють наступні види діагнозу: **за методом побудови:** 1) *прямий, або за аналогією* (тобто, знаходження доказів більшої чи меншої схожості явищ, що спостерігаються, з симптомами конкретного порушення); 2) *диференціальний* і, як частина його, шлях виключення (тобто, знаходження не тільки схожості, але й відмінності між конкретним випадком і всіма останніми випадками з виключенням передбачень, що не витримали цієї перевірки). Диференціальна діагностика завжди відіграє в міркуваннях спеціаліста значну роль; її логіка така, що на підставі факту, що спостерігається, висувається ряд передбачень (гіпотез) про можливі порушення); 3) *синтетичний, або повний*; 4) *шляхом спостереження*; 5) *за корекційним ефектом*.

За часом виявлення порушення розрізняють діагноз: 1) *ранній*, 2) *пізній*, 3) *ретроспективний*. Обставини нерідко примушують педагога і психолога обмежитись *попереднім діагнозом*. У широкому смислі всякий діагноз є попереднім, оскільки він не буває вичерпним і змінюється (хоча б незначно) при зміні стану дитини. У вузькому смислі попереднім називають такий діагноз, за яким достовірність розпізнання основного, вирішального патологічного процесу є ще сумнівним для спеціаліста (частіше всього внаслідок недостатності даних).

Важливим видом діагнозу є *ранній діагноз*, який являє собою особливу проблему сучасної спеціальної психології і спеціальної педагогіки. Вирішення її, як правило, іде двома шляхами: 1) знаходження методів діагностики для того періоду, коли вже є можливим раннє психолого-медико-педагогічне втручання. Важчим, але необхідним є другий шлях, що полягає в *знаходженні методів розпізнання уже перших проявів порушення і можливостей визначення симптомів цього процесу вже на його початку*. Проблема раннього діагнозу також пов'язана безпосередньо з проблемою схильності дитини до того чи іншого порушення.

Помилки діагностики – це добросовісний, але хибний погляд на природу порушення у конкретної дитини. По-суті, помилковим діагноз можна вважати в тому випадку, якщо при даних конкретних обставинах правильна діагностика могла бути здійснена. Схематично виділяють три *групи причин діагностичних помилок*: 1) недостатність знань; 2) вади обстеження; 3) неправильний умовивід. Помилки діагностики внаслідок грубого невігластва спеціалістів зустрічаються

нечасто і можуть бути обґрунтуванням для судження про його кваліфікацію і професійну придатність. Можливість діагностичних помилок значно зростає в ранніх періодах порушення і в його термінальній стадії, коли тяжкість стану дитини не дозволяє у повній мірі застосувати необхідні методи обстеження. Найчастішою причиною діагностичних помилок є недостатньо повне обстеження дитини. При цьому необхідно враховувати, що при опитуванні батьки приховують деякі факти, забувають, які хвороби вони перенесли, або називають їх помилково.

На сьогодні в галузі спеціальної освіти вимоги до строгої логічної правильності діагностичних висновків постійно зростають. При цьому закони логіки використовуються не тільки для побудови правильного висновку, але й для доказу його достовірності і виявлення допущених помилок в мисленні педагога чи психолога. Все це вказує на те, що *сучасна психолого-медико-педагогічна діагностика повинна спиратися не тільки на технологію й організацію, але й на досконалу наукову методологію*. Досягненню цього сприяє як застосування нових тонких методів обстеження, так і, що є більш важливим, раціональне психолого-педагогічне мислення. Адже діагностична помилка – це не стільки результат недостатньої кваліфікації, скільки наслідок незнання і порушення спеціалістом елементарних вимог законів логіки.

Основні характеристики діагностичних методик

Надійність, валідність і стандартизованість є найважливішими характеристиками методики як інструменту психодіагностичного дослідження в спеціальній педагогіці і психології.

Валідність – комплексна характеристика діагностичної методики. У найбільш простому та загальному визначенні валідність методики – це поняття, яке вказує на те, що даний тест досліджує і наскільки добре він це робить (А.Анастасі, 1982). У психологічній діагностиці *валідність обов'язкова і найбільш важлива частина інформації про методику, яка (інформація) включає дані про: а) групи психофізіологічних властивостей дитини, стосовно яких можуть бути зроблені висновки; б) ступінь обґрунтованості висновків на основі конкретних тестових оцінок або інших форм оцінювання; в) ступінь узгодженості результатів методики з іншими відомостями стосовно досліджуваної дитини, що отримані з різних джерел (теоретичні очікування, спостереження, експериментальні оцінки, результати інших методик, достовірність яких встановлена тощо); г) судження про обґрунтованість прогнозу розвитку*. Валідність описує також ступінь обґрунтованості висновків про конкретні умови використання

тесту. Сукупність відомостей, які характеризують валідність тесту, містить інформацію стосовно адекватності застосованої моделі діяльності з точки зору відображення в ній психологічної особливості, що досліджується, а також стосовно ступеня однорідності завдань (субтестів), включених до тесту, та їхня узгодженість під час кількісної оцінки результатів тесту в цілому.

Надійність – це характеристика діагностичної методики, яка відображає: а) ступінь точності психодіагностичних вимірювань; б) стійкість результатів методики до дій сторонніх випадкових факторів.

У широкому розумінні надійність тесту є характеристикою того, в якій мірі, виявлені в дітей відмінності за результатами виконання завдань діагностичної методики, є відображенням дійсних відмінностей у вимірюваних властивостях та якою мірою вони можуть бути приписаними випадковим помилкам. У вузькому розумінні під цією групою показників розуміють ступінь узгодженості результатів методики, отриманих під час первинного та вторинного її застосування стосовно тієї ж групи дітей.

Розподіл оцінок, одержаних дітьми під час виконання діагностичної методики, в ідеальному випадку співпадає з нормальним розподілом. Кожна дитина займає певне місце за оцінками виконання завдань методики і теоретично це місце для кожного члена вибірки є постійним. У цьому випадку повторне виконання завдань тими ж дітьми повинно давати розподіл місць на шкалі оцінок, ідентичне першому. Тільки в такому випадку діагностична методика як вимірювальний інструмент є точною та максимально надійною. *Отже, надійність – це стійкість процедури стосовно об'єкту дослідження, а валідність – стійкість стосовно властивостей об'єкту, що діагностується (тобто предмету, що вимірюється).*

Стандартизація діагностичної процедури є найважливішим засобом підвищення надійності психодіагностичних методик. При суворій регламентації процедури обстеження (умови роботи досліджуваного, характер інструкції, часові обмеження, способи та особливості контакту з дитиною, порядок пред'явлення елементів методики, отримання первинних оцінок тощо) суттєво зменшується дисперсія помилки та підвищується надійність методики.

Завдяки стандартизації (тобто уніфікації, регламентації, зведення до єдиних нормативних процедур і оцінок) методики досягається можливість спів ставлення результатів, отриманих в різних дітей. Разом з тим, з'являється можливість відображення оцінок виконання

завдань методики в стандартизованих показниках і співставлення таких оцінок, одержаних в різних тестових методиках.

У психологічній діагностиці розрізняють *дві форми стандартизації*: 1) обробка та регламентація процедури проведення, уніфікація інструкції, бланків обстеження, способів реєстрації результатів, умов проведення обстеження, характеристика контингенту дітей. Суворі періодичність процедури обстеження – обов'язкова умова забезпечення надійності тесту та визначення тестових норм для оцінювання результатів обстеження; 2) перетворення нормальної (або штучно нормалізованої) шкали оцінювання на нову шкалу, засновану вже не на кількісних емпіричних значеннях показника, який вивчається, а на його відносному місці в розподілі результатів у вибірці досліджуваних.

Основним інструментом психолого-педагогічної діагностики, за допомогою якого здійснюється психолого-педагогічний діагноз, є діагностична методика (тест) – стандартизоване, часто обмежене в часі обстеження, призначене для встановлення кількісних і якісних індивідуально-психологічних відмінностей.

У психодіагностиці існують різноманітні *класифікації тестів*. Вони можуть підрозділятися:

1) *за особливостями тестових завдань* на тести вербальні і тести практичні; 2) *за формою процедури обстеження* – на тести групові та тести індивідуальні; 3) *за спрямованістю* – на тести інтелекту і тести особистості; 4) *в залежності від наявності чи відсутності часових обмежень* – на тести швидкості і тести результативності. Ця класифікація враховує (поряд зі специфікою діагностичного підходу) рівень стандартизації тесту (за винятком проєктивних методик, що характеризуються як недостатньо стандартизовані).

Ефективне використання тесту залежить від обліку багатьох факторів, серед яких найважливішими є: *теоретична концепція, на якій базується той чи інший тест*, галузь застосування, психометричні характеристики процедури, весь комплекс даних про надійність і валідність.

Сукупність груп тестових завдань (субтестів), об'єднаних в одну психодіагностичну методику і спрямовану на вимір різних сторін складного психологічного конструкту, складає *батарею тестів*. При цьому, не дивлячись на відносну незалежність деяких субтестів батареї тестів, обов'язковою умовою розробки методики і оцінки якостей тесту в цілому є *аналіз внутрішньої узгодженості, важкості завдань тесту, валідності завдань тесту* не тільки стосовно складу завдань окремих

субтестів, але й зв'язку результатів виконання окремих субтестів із загальним результатом виконання батареї тестів.

Загальні вимоги до обстеження дитини. Існують загальні вимоги до обстеження психічних функцій дітей раннього віку: забезпечення адекватних способів спілкування дитини з дорослим шляхом ігрового контакту; врахування рівня зацікавленості малюка – складніші завдання необхідно підбирати так, щоб у відповідь не вимагалися від дитини нові форми реакцій. При цьому методи обстеження необхідно підбирати з урахуванням структури порушення, а форми і характер реакцій дитини у відповідь не повинні впливати на загальну оцінку рівня її розумового розвитку.

Так, наприклад, дітям з мовленнєвими порушеннями необхідно давати переважно завдання за допомогою показу, не вимагаючи від них мовленнєвої відповіді. При обстеженні дітей з підвищеною нервовою збудливістю, негативізмом, агресивною або імпульсивною поведінкою вступ з ними в контакт може виявитися неможливим. У цих випадках використовується метод спостереження за поведінкою та грою дитини за спеціально підібраним для неї ігровим матеріалом. При обстеженні дітей з раннім ураженням мозку непродуктивність в ігровій діяльності і при виконанні спеціальних завдань може бути зумовлена підвищеною психічною виснаженістю і пов'язаним з нею низьким рівнем мотивації. Відповіді таких дітей можуть відрізнятися значною нерівномірністю, що потребує ретельного дозування часу для обстеження і стимуляції до виконання завдання. Водночас, при обстеженні дитини раннього віку необхідна присутність її матері.

2.2. Предмет, мета, завдання і етапи психолого-медико-педагогічної діагностики дітей раннього віку

Психолого-педагогічна діагностика як галузь психологічної науки розробляє методи розпізнавання і вимірювання індивідуально-психологічних особливостей особистості.

Предметом психолого-педагогічної діагностики дітей раннього віку є виявлення вікових та індивідуальних особливостей їхнього розвитку. При цьому тактика (або встановлення психолого-педагогічного діагнозу) може розумітися в широкому та вузькому сенсі. У широкому розумінні вона зближується з вимірюванням і може стосуватися будь-якого об'єкту, піддатися психологічному аналізу, виступаючи як виявлення і вимірювання його (об'єкта) властивостей. У вузькому сенсі мається на увазі вимірювання індивідуально-психологічних особливостей особистості.

Метою психолого-педагогічної діагностики є оцінювання стану (і процесу) психічного розвитку дитини переддошкільного віку для подальшої корекції виявлених відхилень.

Об'єктом психолого-педагогічної діагностики є психічний розвиток дітей, які мають порушення або відхилення в розвитку.

Завдання психолого-педагогічної діагностики:

раннє виявлення відхилень в розвитку;

визначення причин та характеру первинних порушень розвитку дитини, а також визначення ступеня прояву порушення;

виявлення індивідуально-психологічних особливостей розвитку дитини;

визначення напрямів корекційно-педагогічного впливу, умов виховання і шляхів психолого-педагогічної допомоги батькам дитини;

обґрунтування психолого-педагогічного прогнозу.

У психодіагностичному обстеженні дитини раннього віку, як правило, виділяють три **основні рівні (етапи)**:

1. Збір даних (бесіда з батьками, інформація про стан дитини, отримана з інших установ, вивчення медичної картки малюків та інших даних, результати психолого-педагогічного обстеження).

2. Обробка та інтерпретація даних.

3. Складання висновку, визначення шляхів корекційної допомоги та подальшої траєкторії корекційно-розвивального маршруту дитини. Висновок нерозривно пов'язаний з прогнозом і може встановлюватися на різних рівнях.

Перший рівень – симптоматичний або емпіричний. На цьому рівні висновок обмежується констатацією особливостей розвитку та симптомів (порушення звуковимовляння, порушення фонематичного сприйняття, порушення уваги, пам'яті, порушення зорового сприйняття, аграматизм, обмеженість лексичного словника, запинки тощо). Приклад логопедичного укладання висновку даного рівня: фонетико-фонематичні порушення; аграматизм тощо. Приклад психологічного висновку: порушення опосередкованого запам'ятовування, багатослівність, порушення спілкування тощо.

Другий рівень – етіологічний, що враховує не тільки наявність характерних відхилень, але й причини їх виникнення. Приклад логопедичного укладання даного рівня: ринолалія, дизартрія, дислалія, експресивна алалія тощо. Приклад психологічного висновку: підвищений рівень тривожності тощо.

Вищий рівень – типологічний, що полягає у визначенні місця та значення виявлених характеристик в загальній картині психічного

життя дитини (обдарованість, нормальний психічний розвиток, затримка психічного розвитку, розумова відсталість тощо). Приклад логопедичного укладання даного рівня: системне недорозвинення мовлення середнього (легкого, важкого) ступеня при розумовій відсталості; психологічний висновок: порушення соціального розвитку, порушення спілкування в дітей з органічним ураженням ЦНС тощо.

У системі психологічного вивчення дитини виділено (Л.С. Виготським) три **головні принципи**:

розподіл отриманих фактів та їх тлумачення;

максимальна соціалізація методів дослідження конкретних функцій (на відміну від сумарних методів, які прагнуть досліджувати все);

динамічне типологічне тлумачення отриманих при дослідженні даних.

У кінцевому результаті одержані матеріали обстеження дають можливість зробити *висновок про взаємодію пізнавальної системи дитини із середовищем як про таку, що постійно удосконалюється і розвивається, а також про стан сформованості біологічних, соціальних і афективно-мотиваційних факторів.*

Підсумовуючи викладене, зазначимо, що:

1) проблема діагностики стану психічного розвитку дитини раннього віку продиктована потребою у виборі і застосуванні діагностико-розвивальних засобів практичного впливу;

2) вибір засобів впливу залежить від теоретичних переконань, знань і умінь фахівця, який працює з дитиною раннього віку;

3) об'єкт діагностування – не просто пізнавальна діяльність дитини раннього віку, а цілісна психофізична структура, розвиток якої описується (безвідносно до етапу дозрівання дитини), по-перше, біологічним фактором, неврологічним механізмом. По-друге, інтелектуальне життя дитини не є її чисто розумовим спілкуванням з предметами і людьми, а невіддільне від мотиваційного, емоційного. Водночас при аналізі одержаних діагностичних даних необхідно враховувати те, що в процесі проведення діагностування, поведінка дитини регулюється іншою людиною.

2.3. Методики оцінювання стану психофізичного розвитку дітей переддошкільного віку

Як відомо, єдині погляди на оцінку стану нервової системи дорослих в учених сформувалися понад сто років тому. Однак минуло лише 40–50 років відтоді, як започатковане опрацювання *загальних*

критеріїв оцінки стану нервової системи дітей раннього віку. Причина цього пов'язана з тим, що нервова система дитини істотно відрізняється від нервової системи дорослої людини.

У даному підрозділі розкриємо зміст і значення методик, найбільш розповсюджених і затребуваних на сьогодні в медико-психолого-педагогічній практиці обстеження дітей раннього віку. При цьому зазначимо, що при відборі методик для клінічного діагностування ми значною мірою спиралися на загальні положення Клінічного протоколу медичного догляду за дитиною віком до трьох років, зокрема на рекомендації щодо оцінювання психомоторного розвитку дитини (Наказ МОЗ України № 149 від 20.03.2008). Аналіз і узагальнення даних медичного обстеження значною мірою сприятимуть правильному встановленню корекційним педагогом причини виявленого ним відхилення в розвитку дитини.

А. Клінічна діагностика

а) Діагностика стану нервової системи в перші години і дні життя дитини. Повне уявлення про стан здоров'я дитини з перших годин і днів її життя є важливим тому, що можливості відновлення нервової системи згасають з віком дитини. З цією метою у світовій практиці використовується Шкала Апгар – система швидкої оцінки стану новонародженого (*Virginia Apgar, 1952*), яка являє собою простий метод для початкової оцінки стану новонародженого з метою виявлення необхідності здійснення реанімаційних процедур. Шкала Апгар пропонує сумарний аналіз п'яти критеріїв, кожний з яких оцінюється від нуля до двох балів включно; результати оцінювання параметрів, поряд з показниками ваги і зросту, повідомляють батькам новонародженого.

П'ять критеріїв для оцінки за Шкалою Апгар:

	0 балів	1 балів	2 бали
Забарвлення шкіряного покриву	Генералізована блідість чи генералізований ціаноз	Рожеве забарвлення тіла, синюшне забарвлення кінцівок (акроціаноз)	Рожеве забарвлення всього тіла і кінцівок

Частота серцевих скорочень за 1 хв.	Відсутня	<100	>100
Рефлекторна збудливість	Не реагує	Реакція слабо виражена (grimаса, рухи)	Реакція у вигляді руху, кашлю, чихання, голосного крику
М'язовий тонус	Відсутній, кінцівки звисають	Знижений, деяке згинання кінцівок	Виражені активні рухи
Дихання	Відсутнє	Нереглярне, крик слабкий (гіповентиляція)	Нормальне, крик голосний

Трактування результатів:

Тестування за шкалою Апгар проводиться, як правило, на першій-п'ятій хвилині після народження дитини і може бути повторено пізніше, якщо результати виявляться низькими. Бали менші трьох означають критичний стан новонародженого, більші семи вважаються хорошим станом (норма).

Шкала Апгар від початку була розроблена для медперсоналу з метою визначити, які діти потребують більш ретельного спостереження. Дитина, яка отримала п'ять балів, потребує більшої уваги, ніж дитина, яка одержала від семи до десяти балів. Дитина, яка одержала за шкалою Апгар 5–6 балів через хвилину після народження, але через п'ять хвилин підвищила свій показник до 7–10, переходить в категорію дітей, які не потребують додаткової допомоги. Дитина, яка розпочала життя з п'ятьма балами за шкалою Апгар і яка мала ті ж 5 балів через 5 хвилин, потребує ретельнішого спостереження. Ідеальні 10 балів фіксуються зрідка.

За результатами клінічної діагностики новонародженого фахівець прагне відразу відокремити реальні патологічні явища від рефлекторних або граничних, викликаних зміною зовнішнього середовища, гормональним зрушенням або іншими випадковими

причинами. Зокрема, встановлено, що, оглядаючи новонародженого в холодному приміщенні, можна сплутати мимовільну реакцію на низьку температуру з патологічними проявами.

Існує досить багато схем клінічного обстеження нервової системи дитини й оцінки його результатів. При цьому зазначимо, що методи огляду дитини чітко стандартизовані: в різних країнах дитячі невропатологи, як правило, **обстежують дитину в однаковій послідовності і за допомогою схожих прийомів.** Розбіжності виникають на стадії оцінки результатів огляду, причиною чого, як правило, є те, що однакові показники в різних країнах можуть бути оцінені по-різному і призвести до різних висновків, оскільки все залежить від того, до якої школи належить лікар і яких вимог до обстеження дитини раннього віку дотримуються в даній країні.

б) Черговість в подальшому обстеженні дитини раннього віку медиками різного профілю.

Обстеження неонатолога. Перші 28 тижнів життя дитини, як відомо, досліджує неонатологія, спеціальна наука, своїми методами спрямована на вивчення особливостей фізіології та хвороб новонароджених. Досвідчений неонатолог може своєчасно помітити, чи уражена в дитини нервова система, а, отже, не згаяти час, коли лікувальна допомога дає максимальний ефект і гарантує лікування без надмірних витрат сил і засобів. Клінічна діагностика новонародженого неонатологом починається з цілеспрямованого, продуманого розпитування про перебіг вагітності матері, стан здоров'я батьків, процес пологів. Відповіді на грамотно поставлене тестування в більшості випадків роблять чіткою і зрозумілою картину, що передувала і супроводжувала пологи. Разом з тим, досвідчений лікар як і досвідчений педагог ще до проведення обстеження багато що визначить за: положенням малюка на маминих руках, його мімікою, посмішкою, рухами очей, ніг, рук, голови, розміром і напруженістю тім'ячок (не закостенілих ділянок склепіння черепа), характером стигм – невеликих аномалій або асиметрій розвитку (розріз очей, особливості вушних раковин, складки на долонях тощо). Їхня наявність (і відсутність!) багато про що розповість тому лікарю і дефектологу, хто *вміє бачити*. Косоокість, наприклад, найчастіше супроводжує компенсаторний нахил голови. Оглядаючи дітей старшого віку, фахівець обов'язково зверне увагу на особливості стану артикуляційного апарату, акту ковтання тощо.

Обстеження невропатолога. Дитячий невропатолог (і певною мірою спеціальний педагог) починає клінічне (відповідно психолого-педагогічне) обстеження з аналізу загального стану. В обов'язковому

порядку перевіряє реакцію дитини на слухові, зорові, дотикові подразнення, визначає активність різних актів поведінки, швидкість виникнення збудження, заспокоєння, рівень уваги, терплячість, енергійність тощо.

Отримавши уявлення про психофізичний стан дитини, фахівець приступає до оцінки реакцій і рефлексів різних зон і структур організму: визначає рівень чутливості, обсяг активних і пасивних рухів, обстежує череп (шви, тім'ячко), прослуховує дихання, промацує органи черевної порожнини, фіксує увагу на очах (мимовільні рухи очних яблук, зіничні реакції тощо). При оцінці реакцій дитини *використовують десятибальну шкалу* – від відсутності реакції до максимальної її виразності. А спровоковані, викликані лікарем, реакції – *за чотирьохбальною шкалою* (від 0 до 3). При цьому зазначимо, що методи ранньої діагностики захворювань нервової системи в дітей раннього віку багато в чому визначили праці М.Лапінського, який працював у Києві на початку минулого століття.

Відеозапис спонтанної рухової активності, який послідовно фіксує рухи новонародженого чи немовляти, допомагає якомога раніше діагностувати стан нервової системи. Так, характерні «рухи, наче корчі», зберігаються протягом перших 5–8 тижнів після народження. Їх змінює «совання», що триває 8–15–20 тижнів і переходить у «мимовільні маніпулятивні й антигравітаційні» рухи. Відеоплівка, знята під час перших двох-трьох місяців життя, дає можливість наочно простежити характер рухів і ознаки відхилень від норми: хаотичні, судомні, синхронізовані, аномальні або визначити відсутність рухів, тобто визначити «недосконалий репертуар» і вчасно виявити захворювання. Грамотний аналіз відеозапису дозволяє, наприклад, з великим ступенем ймовірності (до 95 %) визначити, чи «насувається» на малюка ДЦП чи ні. В.Берсенев вважає, що відеоконтроль, як допомога діагносту, в майбутньому буде дуже поширеним, хоча на сьогодні важливо правильно застосовувати апробовані роками методики і вміти правильно інтерпретувати їх результати.

Склавши уявлення про пацієнта на підставі ретельного зовнішнього огляду, невропатолог починає вивчати стан сформованості дванадцяти пар черепно-мозкових нервів. Важливо, щоб кожний фахівець був добре обізнаним з тим, яка пара нервів контролює виконання тієї або іншої функції мозку дитини, а саме, яким чином можна обстежити стан її інервації:

1 пара. Стан її функції визначається реакцією дитини на запахи (часнику або перцевої м'яти).

II пара черепних нервів спеціаліст досліджує, спостерігаючи за реакцією зіниць дитини на світло, за тим, як дитина стежить за переміщенням предметів у просторі. Вивчається стан очного дна, оскільки таким чином можна скласти досить повне уявлення про функціонування мозку.

III, IV і VI пари черепних нервів, які керують рухами очних яблук, вивчають, спостерігаючи, як дитина стежить за предметами, що переміщуються в просторі. В результаті таких спостережень визначаються відхилення від норми: *екзофорія* – відхилення очей назовні; *езофорія* – відхилення очей всередину; *екзотропія* – розбіжна косоокість; *езотропія* – збіжна косоокість. При кожному з таких відхилень рухи очних яблук відрізняються один від одного, вказуючи фахівцю на можливу патологію.

Запалення **V пари** нервів частіше трапляється в дорослих – вони потерпають від жорстокого болю (запалення трійчастого нерва). Однак, оскільки **У** пара нервів керує жувальним і скроневим м'язами, то її робочий або неробочий стан багато що визначає. Так, більшість дітей, уражених церебральним паралічем, не може пережовувати їжу, оскільки жувальний м'яз, котрим ця ділянка керує, весь час знаходиться в напруженні. Крім того, скрегіт зубів також може бути пов'язаний з вадами **V** пари черепних нервів, яка складається з трьох чутливих ділянок та однієї рухової. Саме остання при патології і потерпає найбільше.

VII пара черепних нервів відповідає за міміку, в тому числі – за посмішку. В разі її патології порушуються також функції сльозовиділення, слиновиділення, смаку, хоча під час огляду спочатку впадають в око вади міміки.

VIII пара нервів – відповідає за слух і вестибулярну функцію, оскільки регулює положення дитини у просторі, стежить, щоб вона ходила рівно, не хитаючись з боку на бік. .

Стан **IX (язикоглоткових) і X (блукаючих) пар** черепних нервів у дітей визначається за характером та особливостями їхнього плачу (функції гортані), ковтання, блювотного рефлексу, рухливості м'якого піднебіння.

Без **XI (додаткової) пари** нервів неможливий нормальний рух голови, в зв'язку з чим фахівець вивчає, як відбуваються активні і пасивні рухи голови, який стан двох основних м'язів, що беруть участь у цьому процесі (грудинно-ключично-соскового і трапецієподібного).

XII пара черепних нервів контролює функції ковтання, жування, мовлення, при оцінці стану сформованості яких особлива увага приділяється обстеженню язика.

Грамотний аналіз стану черепних нервів дає можливість одержати необхідні відомості про здоров'я дитини і визначити шлях лікування і корекційно-розвивальної роботи. Так, якщо дитина неспроможна жувати, то це свідчить про те, що патологічний процес захопив ту ділянку стовбура мозку, де зосереджене керування трійчастим нервом. Коли мати не встигає витирати слину – уражена VII пара. Дитина не тримає голову – необхідно повернути нормальне функціонування XI пари. Без відновлення XII пари дитина не заговорить тощо/

Обстеження стану сформованості моторики дитини. Як відомо, організм людини обслуговують 697 м'язів, у кожного з яких є своє призначення й обов'язки. Як правило, м'язи працюють не поодиноці, а великими «ансамблями» і синхронно. Чи весь «колектив» м'язів задіяний у тому або іншому виді моторики, як задіяний – це найважливіші елементи обстеження. Отже, послідовно, детально і всебічно вивчивши стан функціонування черепних нервів, фахівець переходить до такого ж ретельного обстеження моторики, тобто рухової активності дитини. За методикою, широко представленою в спеціальній літературі, вивчається обсяг рухів рук і ніг, симетричність і спонтанність цих рухів, положення рук і ніг у спокої, реакція м'язів на розтягування тощо. Необхідно уважно зафіксувати, як дитина хапає й утримує предмети кожною рукою (до півтора року, як правило, неможливо визначити, дитина – «правша» чи «лівша»). Якщо одна з рук уражена спастикою або м'язовою слабкістю, дитина мимоволі віддає перевагу здоровій руці. Необхідно також вивчити стан м'язового тонусу і м'язової маси дитини і одночасно звернути увагу на обсяг рухів у суглобах, перевірити, чи здатна дитина утримувати голову, чи напружені або ослаблені м'язи її живота. У дітей старшого віку обсяг рухів, силу м'язів, їхній тонус допомагають визначити ігрові прийоми, під час яких досвідчене око фахівця багато чого «прочитає» за ходом дитини, за характером її підскакування, поворотом голови тощо.

Обстеження стану функціонування мозочка і рефлексів. Склавши, по можливості, повне уявлення про стан черепних нервів, моторики рухів і рухової активності, фахівець розпочинає дослідження стану функціонування мозочка. Про ураження цього органу найперше сигналізують результати спостережень за *станом нахилів голови*

дитини. Перевірити функцію мозочка в дітей старшого віку простіше – за допомогою спеціальних рухів, що швидко чергуються.

Наступний, не менш важливий етап діагностики – вивчення *стану рефлексів*. На сьогодні апробовано достатню кількість прийомів, за допомогою яких в різних зонах організму можна викликати рефлекси, деякі з них з віком згасають, інші – з’являються. Так, якщо *при згинальних рухах* немовля відсмикує ступню – це ознака, що рефлекси в нього, скоріш за все, в нормі. Тому фахівця обов’язково повинно насторожити, якщо у відповідь на провокування підощного рефлексу дитина не відсмикне ніжку, а просто розігне підощву. Така реакція вказує на *ймовірну патологію стовбура мозку або спинного мозку*.

На скільки складним є рефлекторний процес видно із запропонованого метамерно (за ділянками) систематизованого *переліку всіх відомих рефлексів* і поданого нижче (як приклад, за даними Інституту проблем болю, м.Київ) з урахуванням нейрометамерної іннервації дитини. Схема дає уявлення про те, які рефлекси спеціаліст повинен знати і може викликати: *зі шкіри дитини* – 14 рефлексів, *від м’язів* – 7, *з елементів скелета* – 19, *із судин* – 3, *з нервових утворень* – 6.

Метамерні діагностичні рефлексогенні зони:

1 –дермографізм; 2 – піломоторний рефлекс; 3 – терморегуляторний рефлекс Щербака; 4 – долонно-підборідний рефлекс; 5 – долонний рефлекс; 6 – хапальний рефлекс; 7 – сосково-ореолярний рефлекс; 8 – черевний верхній рефлекс; 9 – розгинальний пальцевий рефлекс при штриховому подразненні ноги і пахової ділянки; 10 – підощний рефлекс; 11 – Бабинського рефлекс; 12 – Пуссєпа рефлекс; 13 – сідничний рефлекс; 14 – анальний рефлекс; 15 – згинально-ліктьовий рефлекс; 16 – розгинально-ліктьовий рефлекс; 17– черевно-серцевий рефлекс; 18– колінний рефлекс; 19 – Гордона рефлекс; 20 – ахілів рефлекс; 21 – Шеффера рефлекс; 22 – потиличний рефлекс; 23 – краніовертебральний рефлекс; 24 – карпорадіальний рефлекс; 25 – плечо-лопатковий рефлекс; 26 – пронаторний рефлекс; 27 – карпо-ульпарний рефлекс; 28 – долонно-ротовий рефлекс; 29 – долонний рефлекс; 30 – Лері рефлекс; 31 – Майєра рефлекс; 32 – Кліппеля–Вейля рефлекс; 33 – Вартенберга рефлекс; 34 – згинально-пальцевий (Бехтерєва) рефлекс; 35 – згинально-пальцевий (Вартенберга) рефлекс; 36 – карпо-метакарпальний рефлекс; 37 – згинально-пальцевий рефлекс (Тромнера–Русецького); 38 – Якобсона рефлекс; 39 – кістково-абдомінальний рефлекс; 40 – Абрамса рефлекс; 41 – Рубіна рефлекс; 42 – долонно-абдомінальний рефлекс; 43 – гребня клубової кістки

рефлекс; 44 – розгинальний пальцевий рефлекс при натискуванні на лобкове зчленування; 45 – розгинальний пальцевий рефлекс при перкусії лобкового зчленування; 46– Оппенгейма рефлекс; 47 – пальце-больовий (Гроссмана) рефлекс; 48 – Бехтерева–Менделя рефлекс; 49 – розгинальний рефлекс; 50 – Жуковського рефлекс; 51 – підошовно-«хапальний» рефлекс; 52 – Россолімо рефлекс; 53 – Герінга рефлекс; 54 – Щербака рефлекс; 55 – стегнової артерії (Діпона) рефлекс; 56 – потиличний (Брудзинського) рефлекс; 57 – Чермака рефлекс; 58 – Данієлопулу рефлекс; 59 – солярний рефлекс; 60 – тонічний (Керніга) рефлекс; 61 – рефлекс екстензії великого пальця за методом Керніга.

Для повноти картини важливо також оцінити *стан чуттєвої сфери* дитини, яка більш чіткій оцінці піддається в дітей старшого віку, коли з'являється можливість перевірити в ігровій формі больову і дотикову чутливість, ставлення до вібрації, до положення тіла в просторі. Стан функцій кори головного мозку дитини раннього віку визначається *за швидкістю розпізнавання предметів*, що їх дитині вкладають в руки, та іншими прийомами.

Точно встановлений діагноз дає можливість розпочати лікування і корекційно-розвивальну роботу якомога раніше, що, своєю чергою, наближує одужання. При цьому необхідно пам'ятати, що навіть дитина з нормальним типом розвитку народжується з деякими «патологічними» рефlekсами, які потроху зникають в перші місяці життя. У цьому зв'язку лікар, батьки і педагог зобов'язані тримати під постійним і невсипущим контролем «нормальні вікові патології» і ретельно фіксувати: зникають вони з часом чи наростають. Так, наприклад, в дітей, уражених ДЦП, ці тривожні симптоми проявляються все яскравіше. У тяжких випадках діагноз ДЦП можливо встановити досить рано – в перші тижні життя. У випадках середньої важкості неврологічна симптоматика починає виявлятися після двох місяців, коли активізуються м'язи-розгиначі, що супроводжується наростанням м'язового тону. І лише після 12 місяців діагностика ДЦП не становить особливих складнощів. Асфіксія (ядуха), яка супроводжує патологічні пологи, значно знижує м'язовий тонус дитини, обмежує обсяг її рухів. Знижений тонус м'язів тримається в таких дітей від 6 до 10 тижнів і лише потім можуть проявитися видимі для ока зміни. Завжди вони з'являються нібито раптово: малюк несподівано перестає утримувати голову на руках у матері або коли лежить на животі. Мама зненацька помічає, що малюк стає все більш неспокійним, передпліччя і кисті вивернуті, пальці постійно стиснуті в кулачок, стопи зігнуті, а тулуб, кінцівки,

голова, навпаки, якимось неприродно випрямлені. Одне, два чи три таких відхилень від нормального розвитку, можливо, ще не привід для паніки, але є досить серйозним особливо, якщо такі напади повторюються двічі-тричі в другій половині дня, поступово збільшуючись до десяти й більше. Діти здригаються від найменшого шуму, погано сплять, мляво їдять, повільно набирають вагу. Іноді ці ознаки часом вважають проявами епілепсії. Проте при дистонії, на відміну від епілептичного нападу, дитина не непритомнює і при «дистонічних атаках» не дає ефекту протисудомна терапія.

З віком дитина росте, мієлінізуються (вкриваються оболонками) її нервові волокна і пірамідний тракт. Як розплавлений метал при охолодженні застигає у формах, так щось подібне відбувається і з нервовою системою в міру того, як дорослішає організм (В. Берсенєв). Тому спонтанні дистонічні напади можуть спричинити хронічну еластику, нерівномірне напруження м'язів у різних фазах пасивного руху. В цьому зв'язку лікарю, дефектологу і певною мірою батькам необхідно застосовувати викладений вище набір клінічних проб, які дають змогу (в разі наявності прихованих або слабо виражених патологічних процесів) виявити «замасковану», стерту патологію.

Крім того, педагоги, психологи і батьки мають знати або певним чином бути ознайомлені і з такими методами обстеження стану пізнавально-комунікативного розвитку дитини, як параклінічна діагностика, нейрофізіологічні і лабораторні методи обстеження.

Б. Параклінічна діагностика

Корекційному педагогу і спеціальному психологу, які працюють з дітьми раннього віку, важливо бути обізнаними з методами параклінічного обстеження (за допомогою сучасної техніки), які є лише додатковими методами і за допомогою яких уточнюють або, навпаки, спростовують початковий діагноз. Постійне і наростаюче проникнення новітніх технічних засобів у медицину розширює можливості параклінічної діагностики.

Магніторезонансна томографія. Метод більш відомий за аббревіатурою МРТ. Дитину поміщають у кільцевий магніт. Тіло магніту, завдяки глибокому охолодженню, дозволяє відтворювати сильне магнітне поле (порядку 15–150 тис. Гаусс), яке змінює поведінку протонів водню в молекулах води – основного будівельного матеріалу тіла людини. В нормальному стані позитивно заряджені протони обертаються за своїми орбітами і створюють слабе магнітне поле, а сильне зовнішнє магнітне поле змушує їх

«перескакувати» (резонувати) на більш високу орбіту. Під впливом потоку фотонів, який пульсує в радіочастотному діапазоні та спрямований на тіло дитини, прогони починають резонувати. Між пульсаціями фотонів протони переорієнтовуються в напрямку магнітного поля і перетворюються на зображення, що ілюструє стан тканин. *Магніторезонансна томографія* ще називають «внутрішнім баченням» і вона є безпечною для дитини, оскільки на тіло впливає магнітний потік, порівняний із випромінюванням транзисторного приймача або магнітофона. І ще одна перевага – метод фактично на сто відсотків гарантує точність діагнозу.

Проте під час обстеження дитині треба лежати нерухомо, в зв'язку з чим анестезіологу доводиться вводити легкі седативні та (або) транквілізуючі препарати, що дають змогу обстежити дитину уві сні. Кількість цих препаратів залежить від стану пацієнта і маси його тіла. І ще одна властивість МРТ: такий метод діагностики, як МРТ має суто анатомічний характер, він дозволяє вивчити структури мозку, але не стан його функцій.

Магніторезонансна ангіографія (МРА). Цей метод діагностики проводиться на тому ж кільцевому магніті, що і магніторезонансна томографія, однак застосовується для отримання чіткого зображення судинного басейну. З цією метою в кровотік вводять спеціальну контрастну речовину. Проте на сьогодні фахівці можуть обходитися без контрастних речовин, а використовують спеціальні комп'ютерні програми.

Позитронно-емісійна томографія (ПЕТ) – це новий метод дослідження мозку, який дає змогу отримати зображення анатомічних структур відповідно до їхніх функціональних характеристик. В організм дитини вводяться – через вену або при вдиханні – мічені ізотопи (кисню, азоту, вуглецю, гелію, фтору), які випромінюють позитрони. Мічені ізотопи включаються в біологічні процеси мозку і надсилають інформацію на індикатори, що перетворюють її на зображення. Ізотопи – короткоживучі, їх готують безпосередньо перед вживанням, у зв'язку з чим даний метод поки не одержав значного поширення.

Однофотонна емісійна комп'ютерна томографія (ОФЕКТ), більш відома за англійською аббревіатурою SPEКТ. Від позитронно-емісійної відрізняється тим, що використовує гамма-випромінюючі ізотопи. В них дещо більший період напіврозпаду, тому є можливість готувати ізотопи заздалегідь, не обов'язково безпосередньо перед процедурою.

Магніторезонансна спектроскопія (МРС) дає можливість визначити ядерний спектр фосфору, водню, натрію, заліза та інших речовин, що входять до складу води, а також аденозинтрифосфорних кислот (АТФ), глюкози, глікогену, креатинфосфату та інших сполук, без яких неможливий нормальний перебіг обмінних процесів мозку. Така спектроскопія дозволяє не тільки вивчити стан мозку, а й одержати точний прогноз того, чим дитині загрожує гіпоксія, якщо вона мала місце під час пологів. Однак ні позитронно-емісійна томографія, ні однофотонна емісійна комп'ютерна томографія, ні магніторезонансна спектроскопія поки що не належать (не тільки в нашій країні) до широко доступних методів діагностики. Натомість магніторезонансна томографія – завдяки відносній простоті і дешевизні – стала досить поширеною.

Комп'ютерна аксіальна томографія (КАТ). При застосуванні цього методу на голову дитини під різними кутами спрямовується рентгенівський промінь. Комп'ютер реєструє коефіцієнт поглинання променя різними структурами і будує зображення досліджуваного шару тканин. Чіткіше висвітлити зони патології мозку дозволяє внутрішньовенне введення контрастної речовини. Недолік методу полягає в тому, що найменші рухи голови можуть змазати картину. Тому при обстеженні дитини без засобів, які забезпечують її нерухомість, не обійтися, що, своєю чергою, звужує спектр застосування КАТ. Однак, якщо необхідно виявити аномалії розвитку черепа і мозку, наслідки перенесених інфекцій тощо – без допомоги комп'ютерної аксіальної томографії важко обійтися.

Ультразвукове дослідження (УЗД). Даний метод дедалі ширше використовується в дитячій неврології для діагностики стану мозку. Серед інших позитивних якостей цього методу – портативна апаратура, яку неважко доставити до пацієнта, тим самим уникнувши небезпеки погіршити стан хворого під час транспортування. З поверхні шкіри спеціальний перетворювач надсилає в голову високоенергетичні звукові хвилі (5–10 МГц). Ефект ґрунтується на закономірності: рідке середовище такі хвилі пропускає, тверде – відбиває. Відбиті сигнали прилад перетворює на електричні і на екрані монітора світлові точки малюють зображення. Новонародженим та немовлятам ультразвукові хвилі посилають через тім'ячко, очну орбіту, слуховий прохід. До позитивних якостей УЗД необхідно віднести також можливість повторно обстежити лікворні системи мозку, визначити, чи є крововиливи в шлуночках мозку, простежити за динамікою гідроцефалії.

Нейросонографія. В основі цього методу – ультразвукове обстеження, яке дозволяє через тім'ячко, черепні шви, орбіту ока або зовнішній слуховий прохід «побачити» мозок і оцінити стан лікворних шляхів і мозкової речовини. У даному разі виходять з того, що структури мозку мають різну ехощільність, що й забезпечує можливість обстежувати форму і розміри лікворних шляхів. Нейросонографія абсолютно безпечна, жодними шкідливими наслідками не загрожує. До неї вдаються, коли є підозра на патологію мозку дитини. Але діагноз, поставлений за допомогою нейросонографії, – попередній, уточнюють або спростовують його за допомогою магніторезонансної томографії.

Доплерографія. У даному разі інструмент дослідження – ультразвук, проте прилад посилає сигнал не на нерухому структуру, а на поверхню, що рухається. Відбиваючись від неї, сигнал змінює свою частоту і тим самим повідомляє достовірну інформацію про стан судин мозку дитини.

Для дослідження поверхневих судин користуються п'єзодатчиками з частотою 8 МГц, для дослідження судин, що глибоко залягають, – п'єзодатчиками з частотою 4 МГц.

Доплерографія дозволяє одержати дуже достовірні дані про стан кровотоку у внутрішньочерепних та позачерепних судинах. Метод обстеження цілком безпечний.

В. Нейрофізіологічні методи обстеження

Електроенцефалографія (ЕЕГ) дозволяє оцінити електричну активність мозку дитини. Завдяки нещодавно впровадженому ЕЕГ-картуванню з'явилася можливість визначати просторову організацію біоелектричної активності. У віковій невропатології ЕЕГ застосовують дедалі частіше, оскільки за її допомогою можна не тільки діагностувати, а й аналізувати динаміку стану здоров'я мозку.

Можливості електроенцефалографії ще далеко не вичерпані. Одна з нових методик ЕЕГ одержала назву «*Викликані потенціали головного мозку*». Завдяки стимуляції слухового, зорового, соматосенсорного та інших аналізаторів вивчається біологічна активність мозку. Потенціали, викликані стимуляцією, дозволяють простежити шлях нервового імпульсу від місця подразнення до кори головного мозку. Наприклад, під час стимуляції зору наочно видно, як нервовий імпульс, передаючись від нейрона до нейрона, проходить від сітківки ока в мозок. Якщо ж імпульс посланий, скажімо, з гомілки, тоді знову ж таки є можливість простежити його рух і,

спостерігаючи за нервом ноги, спинним мозком, головним мозком, визначити місце, де рух імпульсу перервався.

Електроміографія (ЕМГ) дозволяє реєструвати відповідь м'яза і нерва на електричні подразнення.

Електронейроміографія (ЕНМГ) дає можливість зафіксувати біологічну активність м'язів у спокої та русі, у зв'язку з чим її називають ще глобальною.

Обидва останні методи допомагають «проникнути» в нервові клітини, які подають імпульси до спинного мозку, в нейрони клітин спинного мозку, що «керують» м'язами. Завдяки цим методам можна скласти уявлення про ступінь контролю головного мозку над спинним.

Однак вважається, що електроміографія та електронейроміографія навряд чи одержать найближчим часом значне поширення, не тільки тому, що для їхнього проведення потрібна дуже складна і дорога комп'ютерна апаратура. Досконало опанувати цю техніку зовсім не просто, оскільки для цього потрібно приблизно сім років.

Г. Лабораторна діагностика

Відомо, що кров містить досить повну і точну інформацію про стан здоров'я дитини. У тому числі про те, чи переніс пацієнт внутрішньоутробно або під час народження гіпоксію мозку, яка є причиною захворювань нервової системи. Ядуха, як правило, супроводжується цілим ланцюжком патохімічних реакцій, що викликають утворення відповідних «маркерів» (індикаторів) перенесеного кисневого голодування. До них належать: гіпоксантин, креатин-кіназа, лейцинамінопептидаза та інші важливі для мозкового обміну речовини.

Завдяки дослідженню крові можна ідентифікувати нейровірусні та бактеріальні інфекції, перенесені дитиною, насамперед виключити (або ідентифікувати) токсоплазмоз, краснуху, цитомегаловірус, простий герпес, сифіліс, вірус імунодефіциту людини. У деяких випадках – інфекції, викликані найпростішими грибками, кліщами, москітами, глистяними інвазіями.

Не виключені також медико-генетичні дослідження (каріотипування), а при дегенеративних захворюваннях нервової системи – дослідження біоптатів м'язів і нервів.

У разі необхідності здійснити диференційовану діагностику іноді вдаються до спеціальних біохімічних досліджень крові та спинномозкової рідини. Наприклад, коли для того, щоб в дитини виключити лікарський міопатичний синдром, важливо визначити

рівень креатинфосфокінази в сироватці крові. Крім того, багато форм енцефалопатій (порушень функцій мозку) потребують ретельного дослідження паренхіматозних органів – печінки, нирок, підшлункової.

Д. Психолого-педагогічне обстеження

Збір і аналіз анамнестичних даних (загальні підходи). Хоча для педагога важливими є діагностичні матеріали фахівців інших галузей, однак, при встановленні діагнозу, перш за все, важливою є інформація, яку він одержує від батьків: характеристики родоводу по материнській і батьківській лініях, особливості протікання вагітності і родів, післяродового періоду, початкових етапів психомоторного розвитку, захворювань, що зумовили відставання в розвитку. З урахуванням специфіки окремих порушень фахівцями складаються спеціальні анкети-опитувальники для батьків. В якості прикладу наведемо (за Є.М.Мастюковою) анкету-опитувальник:

1. Чи спостерігалися відхилення від нормальної вагітності і родів?
2. Чи спостерігалися певні ненормальні рухи плоду (надто сильні чи, навпаки, слабкі)?
3. Чи були в доношеній дитини прояви соматичної ослабленості, відставання в рості, вазі, окружності голови?
4. Чи помічався з перших місяців життя уповільнений темп психічного розвитку?
5. Чи в подальшому спостерігалася деяка втрата раніше набутих навичок?
6. Чи спостерігалася загальна м'язова слабкість?
7. Якщо є стереотипні рухи (плескання, потирання, стискання рук або їхнє заламування), то коли вони з'явилися?
8. Чи є напади крику, збудження, насильницького сміху?
9. Чи є недостатність в координації рухів, труднощі пряmostояння і ходіння?
10. Чи розвинена діяльність за наслідуванням?
11. Чи є загальна уповільненість і бідність рухів?
12. Чи виражені порушення сну?
13. Чи спостерігається відставання в розвитку мовлення?
14. Чи є ігрова діяльність?
15. Чи виявляє дитина прихильність до близьких?

Можливості відновлення нервової системи значні в немовлят, високі в дітей від півроку до півтора року, однак дуже зменшуються біля чотирьох років і є досить низькими в старших дітей. У цьому

зв'язку батькам і фахівцям важливо бути обізнаними зі змістом ще одного тесту.

Тест для самострахування, розроблений американськими вченими Сарою Гескіл і Артуром Мерліном. Це так званий тест нормального розвитку дитини, звіряючись із показниками якого, батьки (чи фахівці) з великим ступенем ймовірності можуть самі визначити, чи нормально розвивається їхня дитина.

1 місяць. Дитина злегка піднімає голову в положенні, лежачи на животі. Стежить за предметами, що перебувають в центральних ділянках полів зору. Міцно хапає предмет, у спокої рука стиснута в кулак. Реагує на звук.

2 місяці. Лежачи на животі, дитина відриває голову від поверхні столу. Стежить за предметами, що перебувають у периферійних відділах полів зору. Посміхається людям. Лякається голосних звуків.

3 місяці. Спирається на передпліччя в положенні, лежачи на животі. Тримає голову. У спокої руки не стиснуті. Фіксує погляд і стежить за предметом, що рухається в різних напрямках. Посміхається і гулить.

4 місяці. Перевертається з живота на спину. Сидить з підтримкою. Тягнеться до предметів і бере їх до рота. Реагує на голос.

5 місяців. У положенні лежачи, може підняти голову. Не закидає голову. Белькоче. Реагує на дзвоник.

6 місяців. Добре сидить без підтримки. Лежачи на спині, смокче пальці ніг. Перекладає предмети з однієї руки в другу. Локалізує звуки.

7 місяців. Протягом короткого часу може стояти без підтримки. Ласкає долонями по предметах, що лежать на столі. Говорить «мама», «тато» **9місяців.** Повзає. Намагається вставати. Використовує перехресний хват. Розуміє слово «ні». Махає ручкою при прощанні.

12 місяців. Самостійно ходить. Кидає предмети. Вимовляє ще два слова. Копіює дії.

15 місяців. Повзає нагору сходами. Задкує. Будує вежу з двох кубиків. Говорить 4–6 слів

18 місяців. Бігає. Сама їсть. Наслідує батьків при виконанні завдань.

21 місяць. Піднімається сходами. Будує вежу з п'яти кубиків. Використовує словосполучення з двох слів.

24 місяці. Піднімається і спускається сходами. Роздягається. В мовленні використовує займенники.

Аналіз даних огляду стану загального фізичного розвитку дитини. З цією метою педагог використовує дані медичного

обстеження і додатково обстежує будову черепно-лицьового скелету, особливості обличчя, шиї, кінцівок, наявність ожиріння або гіпотрофії (відставання в прирості маси тіла), а також визначає стан шкіри і слизової оболонки, волосяного покриву. Уміння одержати ці дані є особливо важливими для дефектологів, які працюють у селищах і містечках, віддалених від великих міст.

Загальний огляд, як правило, *розпочинають з огляду обличчя і голови дитини*, оскільки є ряд спадкових захворювань, для яких характерна своєрідність їхньої будови: а) *обличчя ельфа* (припухлі, опущені донизу щоки, маленьке підборіддя, великий рот з повними губами, своєрідний розріз очей, припухлі віка, косоокість, розширений і заокруглений кінчик носа, стиснутий з боків лоб); б) *лялькове обличчя* (дитячий непорушний вигляд, довгі вії) як ознака спадкового захворювання, пов'язаного з порушеннями обміну ліпідів у мозковій тканині, прояви якого спостерігаються з 5–6 місяців життя наростаючим слабоумством, зниженням зору, судомами; в) *зменшення окружності голови* (мікроцефалія), коли окружність черепу відстає від вікової норми не менше, ніж на три стандартних відхилення, що є однією з ознак тяжкої розумової відсталості; г) *збільшення розміру голови* (гідроцефалія) з диспропорцією між мозковим черепом і черепом обличчя. При ранній діагностиці корекційному педагогу важливо знати основні вікові нормативи зросту, ваги, окружності голови дітей переддошкільного віку (див. табл. 1).

Загальний огляд передбачає також оцінювання *будови тіла* (розмірів, форми, пропорції частин тіла, а також визначення особливостей їхнього розвитку). Порушення пропорцій тулуба і кінцівок є характерними для багатьох спадкових захворювань, в тому числі і хромосомних. При цьому фахівець обов'язково повинен врахувати визначені лікарем так звані малі аномалії розвитку (стигми), наявність великої кількості яких свідчить про порушення внутрішньоутробного розвитку. Якщо в анамнезі дитини зафіксовано 5–7 стигм голови, обличчя, тулуба і кінцівок, то це дає підставу передбачити наявність відхилень в ембріогенезі. Серед *найбільш частих порушень в будові черепа* відмічаються асиметрії, зміни форми, виступаюча потилиця, дефекти розвитку верхньої і нижньої щелепи, зміни в будові твердого піднебіння.

**Зріст, вага, окружність голови хлопчиків і дівчаток
від народження до трьох років**

Стать	Зріст, см	Вага, кг	Окружність голови, см
Новонароджений			
Хлопчик	47 – 54	2,5 – 4,5	32 – 37
Дівчинка	46 – 54	2,5 – 4,4	32 – 37
В 1 – 1,5 місяці			
Хлопчик	49 – 57	3,0 – 5,0	34 – 39,5
Дівчинка	48 – 57	2,9 – 4,9	34 – 39,5
В 3 місяці			
Хлопчик	57 – 68	5,0 – 7,5	37 – 43
Дівчинка	56 – 66	4,8 – 7,2	37 – 43
В 6 місяців			
Хлопчик	61 – 72	6,0 – 9,2	40 – 46
Дівчинка	60 – 70	5,6 – 8,8	40 – 46
В 1 рік			
Хлопчик	68 – 81	7,9 – 11,9	43 – 49
Дівчинка	66 – 79	7,4 – 11,5	43 – 49
В 3 роки			
Хлопчик	87 – 101	11,5 – 17,1	46,5 – 52,5
Дівчинка	85 – 99	10,9 – 16,5	46,5 – 52,5

При обстеженні *рухової сфери* дитини раннього віку особлива увага приділяється виявленню тонічних рефлексів і оцінці відповідності реакцій випрямлення й рівноваги віковим нормам. Реєструється стан м'язового тонусу і координації рухів. Неточність рухів, промахування при спробі доторкнутися до дрібного предмету,

дрижання пальців при наближенні до цілі можуть мати місце при вродженому недорозвиненні мозочку, мозкової форми дитячого церебрального паралічу, травмах головного мозку і деяких інших захворюваннях центральної нервової системи.

При загальному огляді *шкіряних покривів* фахівцю важливо звернути увагу на особливості *пігментації шкіри* (пігментний дерматоз), обличчя і голови дитини, оскільки її порушення може бути однією з перших ознак різних спадкових захворювань нервової системи, що зумовлюють порушення психомоторного розвитку. При огляді шкіряних покривів дитини необхідно також звертати увагу на можливість в неї *надмірного росту волосся* – гіпертрихозу (пушкове оволосіння на лобі, щоках і особливо на спині і розгинальних поверхнях кінцівок).

При огляді дитини важливо зафіксувати в неї наявність можливих *порушень функції очей* – косоокості і ністагму (поштовхових рухів очних яблук при крайньому відведенні очей). Крім того, необхідно відмічати різні зміни в будові очей і, перш за все, такі, як монголоподібний їхній розріз, зменшення їх розміру, зміни райдужної оболонки тощо.

Поєднання декількох вад розвитку, що включають аномалії обличчя, щелепи і пальців є характерними для *рото-обличчя-пальцевого синдрому*, основними ознаками якого є: вади розвитку обличчя і кінцівок, розумова відсталість, як правило, легкого ступеня прояву, розщілина піднебіння, гіперплазія вуздечки язика, верхньої і нижньої губи, широка спинка носа тощо. При цьому основною структурою порушення є поєднання розумової відсталості з ринолалією і недорозвиненням мовлення. Наявність *подовження кінцівок, підсилене їх зростання або відставання в рості, збільшення маси тіла і підшкірного жирового шару* тощо можуть вказувати на можливість розвитку в дитини нервово-психічних захворювань, які поєднуються особливо з ожирінням. У структурі інтелектуального порушення, як правило, відмічаються прояви психоендокринного характеру: слабкість прагнень, розлади настрою тощо. При цьому необхідно відмітити, що в перші роки життя прояви відставання розумового розвитку можуть бути нерізько виражененими, проте помітною є значна затримка в розвитку мовлення.

У системі психолого-педагогічної діагностики відхилень розвитку важливе місце відводиться врахуванню педагогом даних медичного обстеження *центральної нервової системи*, результати якого він аналізує і потім використовує в своїй роботі. Тобто, педагог аналізує відповідні результати медичного обстеження (або при необхідності

результати, одержані самостійно за допомогою логопедичних методик, широко представлених в спеціальній літературі) *рухово-рефлекторної сфери*: функції язико-глоточного, блукаючого і під'язикового нервів, що інервують мускулатуру м'якого піднебіння, гортані, глотки, язика і ураження яких або їх ядер, або кортико-нуклеарних шляхів призводить до порушень звуковимовляння, що поєднуються з розладами голосу, дихання й інтонації.

Так, моторна функція язико-глоточного нерва вивчається шляхом дослідження стану скорочення піднебінних завісок під час фонації звуку «а»; стан під'язикового нерва – при виконанні вправ по підніманню язика вперед, облизуванню язиком верхньої і нижньої губи тощо; стан нерва обличчя – за допомогою проби М.А.Піскунова (задування свічки, закривання очей, надування щік) тощо.

Оцінюванню при цьому також підлягає стан розвитку моторики руки дитини: цілеспрямованість і координованість рухів рук, визначається провідна рука, а також фіксуються супутні стереотипні рухи.

При обстеженні й оцінюванні стану розвитку *психічних функцій* педагогу завжди важливо враховувати якість догляду за дитиною, умови її виховання, культурно-побутове оточення, характер спілкування. Дослідження психічних функцій включає оцінювання (за допомогою методик, широко представлених в психолого-педагогічній літературі) стану сформованості сприймання, уваги, пам'яті, інтелекту, емоційних реакцій, регуляції довільної діяльності. Оцінювання даних психічних функцій проводиться з урахуванням результатів соматичного і неврологічного обстеження дитини.

Зокрема, стан *розвитку інтелекту* малюка корекційному педагогу ефективніше оцінювати в процесі аналізу результатів спільного обстеження дитини з дитячим психіатром, невропатологом, спеціальним психологом. З цією метою проводиться клініко-психолого-педагогічне обстеження, навчальний психолого-педагогічний експеримент і метод педагогічного оцінювання. Обстеження включає спостереження фахівців за ігровою діяльністю дитини, за її поведінкою в різних ситуаціях, матеріали бесіди з нею, пред'явлення спеціальних завдань у процесі спільної ігрової діяльності з дитиною.

У всіх випадках *важливо виявити*, чи може дитина у відповідності з віковими нормативами впізнати предмети на малюнках, назвати їх, розуміти звернене мовлення, розуміти зміст простої казки або оповідання, будувати конструкції з кубиків або паличок за зразком,

разом з дорослим чи самотійно, орієнтуватися у просторі, розрізняти прості геометричні фігури, складати розрізні малюнки. Особливо важливо відмітити, *наскільки дитина здатна використовувати допомогу дорослого* при виконанні пред'явлених завдань, який ступінь прояву її власного пізнавального інтересу, ініціативи, активності, чи може вона регулювати свою поведінку, концентрувати увагу, якою є продуктивність її діяльності. Важливо виявити, які завдання для дитини є більш легкими: ті, що потребують чи не потребують мовленнєвої інструкції й усної відповіді.

Отже, своїм змістом психолого-педагогічне обстеження спрямовується на діагностику характеру і причин труднощів, виявлених в дитини, визначення потенційних можливостей розвитку її інтелекту. При цьому оцінюються як мимовільні, так і довільні реакції дитини. Для дослідження кожної психічної функції підбирається *спеціальний ігровий матеріал*, який пред'являється з урахуванням віку і специфіки ураження. Якщо при вигляді іграшок дитина самотійно не грається, то дорослий починає грати разом з нею. При цьому відмічає, чи проявляє дитина інтерес до іграшок, наскільки вибірково і стійким є цей інтерес. Важливо враховувати способи виконання дитиною завдань з ігровим матеріалом, адекватність дій дитини. Не менш важливою є *оцінка контактності* дитини з дорослим: чи встановлює дитина з дорослим контакт очей, чи зацікавлена вона в контакті і його підтримуванні чи проявляє негативізм, чи радіє похвалі, або залишається байдужою. З метою визначення стану сформованості психіки дитини рекомендуємо в корекційно-розвивальній роботі застосувати *діагностично-порівняльну таблицю етапів формування психіки, запропоновану Л.Т.Журбою і Є.М.Мастюковою*. Її використання дасть педагогу змогу порівняти результати, одержані в процесі діагностичного обстеження конкретної дитини, з даними вікової норми, що представлені в таблиці (шкала оцінювання результатів виконання дитиною запропонованих завдань – від 1 до 4 балів) (див. табл. 2).

Таблиця 2

Етапи формування психіки дитини 1-го року життя

Вік дитини	Показники розвитку (за результатами спостереження)
0 міс.	Чи утримує в полі зору предмет, що рухається? Чи в кінці першого місяця утримує в полі зору нерухомий предмет?
1 міс.	Чи зосереджує погляд на нерухомому предметі? Чи починає плавно слідкувати за предметом, що рухається? Чи прислуховується до звуків? до голосу дорослого? Лежачи на

	животі, чи утримує голову?
2 міс.	Чи тривалий час зосереджує погляд на обличчі дорослого або на нерухомому предметі? Чи тривалий час слідкує за іграшкою чи дорослим, що рухається (до одного метра)?
7 міс.	Чи стукає іграшкою, чи, розмахнувшись, кидає її? Чи добре повзає? Чи на питання: «Де?» вказує на предмет, що знаходиться на постійному місці?
8 міс.	Чи з іграшками грає довго і різноманітно? Чи, наслідуючи дії дорослого, катає, стукає, виймає тощо різні предмети? Чи самостійно сідає, лягає, встає, тримаючись за бар'єр? Стоїть, переступає, опускається, тримаючись за бар'єр? Чи на питання «Де?» знаходить декілька предметів, розташовані на постійному місці? Чи на прохання дорослого виконує раніше розучені дії (без показу, наприклад, «Дай ручку» тощо. Чи їсть шматочок хліба, який тримає в руці? Чи п'є з чашки, яку тримає дорослий?
9 міс.	Чи повторює танцювальні рухи, почувши мелодію? З різними предметами виконує дії, виходячи з їх якостей (кидає, відкриває, стукає і т.п.)? Чи переходить від предмета до предмета, злегка притримуючись за них руками? Чи на питання «Де?» знаходить декілька предметів, незалежно від їхнього місцезнаходження? Чи знає своє ім'я? Чи, наслідуючи дорослого, повторює за ним склади, манеру його мовлення, інтонацію? Чи п'є з чашки, злегка притримуючи її руками? Чи спокійно ставиться до гігієнічних процедур?
10 міс.	Чи на прохання дорослого виконує різні дії: виймає, дістає, подає, вкладає тощо.? Чи вміє сходити на невисоку похилу поверхню і сходити з неї? Чи на прохання дорослого «Дай» знаходить і подає предмет? Чи повторює за дорослим нові склади і слова?
11 міс.	Чи оволодіває новими рухами і чи починає їх виконувати за командою дорослого? Чи знімає, накладає, вставляє кільця піраміди? Чи стоїть самостійно? Чи самостійно робить перші кроки? Чи робить перші узагальнення (за командою знаходять всі м'ячики, машинки, годинники і т.п.).
12 міс.	Чи впізнає на фотографії знайомих дорослих? Чи виконує завчені дії з іграшками (годує, возить, одягає тощо). Чи переносить дії, завчені для одного предмета на аналогічні предмети (годує, катає, одягає тощо.). Чи ходить самостійно, без опори? Чи розуміє (без показу) назви предметів, дій, імена дорослих? Чи виконує доручення «Дай», «Принеси», «Віддай»

і т.д. Чи розуміє значення слова «Не можна»? Чи п'є самотійно з чашки? Чи легко повторює за дорослим нові склади і слова нескладні за структурою?

Використовуючи *процесуально-орієнтований підхід* до аналізу одержаних результатів, педагог, орієнтуючись на виділені *три рівні психофізичного розвитку дитини* зможе віднести результати психолого-педагогічного обстеження конкретної дитини до одного з них:

I рівень – рівень вікової відповідності.

Дитині за віком і рівнем розвитку діагностичні завдання є доступними. Однак в різних дітей якісні характеристики при його виконанні значно різняться.

Підрівень А – достатня вікова відповідність. Більшість оцінок за параметром, що досліджується, відповідають оцінці «4», тобто досліджуваний параметр знаходиться в межах вікової норми. Для встановлення підрівня А допускається половина оцінок зі значенням «три».

Підрівень Б – середня вікова відповідність. Більшість досліджуваних параметрів знаходиться в інтервалі «два» бали.

Підрівень В – низька вікова відповідність. Більшість оцінок досліджуваних параметрів знаходяться в інтервалі «один-два» бали.

II рівень – вікова невідповідність 1-го ступеню.

На другому рівні дітям пропонуються більш легкі завдання, які, зазвичай, доступні дітям, молодшим на один рік.

Підрівень А – слабо виражена вікова невідповідність. Більшість оцінок за параметром, що досліджується, лежить в діапазоні «чотири-три» бали. *Підрівень Б* – середньо виражена вікова невідповідність. Більшість оцінок лежить в діапазоні «один – два».

III рівень – вікова невідповідність 2-го ступеню. Це рівень значної вікової невідповідності. На третьому рівні дітям пропонуються завдання, які, зазвичай, доступні дітям молодшими на два роки, при цьому бальна оцінка вже не має значення. У протоколі зазначається тільки якісна характеристика вирішення завдання.

Таким чином, є можливість отримати якісно-кількісну характеристику розвитку окремих показників психічних функцій і виявити, наскільки рівень розвитку дитини, психофізичний стан якої обстежується, відповідає віковим можливостям. Такий підхід дозволяє оцінити реальний рівень психічного розвитку; ступінь відставання за різними показниками; оцінити індивідуальну динаміку подолання затримки психічного розвитку; виділити найбільш

критичні показники до одного з них; побудувати профілі індивідуального розвитку.

Отже, рівень психомоторного розвитку дитини, за Л.Т. Журбою і Є.М. Мастюковою, оцінюється за 7 нервово-психічними показниками (динамічними функціями): *комунікабельність, голосові реакції, безумовні рефлекси, м'язовий тонус, асиметричний шийний тонічний рефлекс, ланцюговий симетричний рефлекс, сенсорні реакції.* Оцінюється також *рівень стигматизації, стан черепно-мозкової іннервації і патологічні рухи*, які допомагають виявити групу дітей з підвищеним ризиком затримки розвитку. Помісячна кількісна оцінка дитини до 1 року проводиться на основі показників, які оцінюються за 4-бальною системою з урахуванням динаміки нормального вікового розвитку. Оптимальна оцінка за шкалою вікового розвитку відповідає 30 балам. 27–29 балів у більшості випадків можна розцінювати як варіант вікової норми. При оцінці 23–26 балів дітей відносять до безумовної групи ризику. 13–22 бали свідчать про затримку розвитку. Нижче 13 балів – хворі з тяжкою затримкою розвитку внаслідок органічного ураження мозку.

Перехід дитини з одного рівня на наступний або на кілька рівнів за певний період часу визначатиме динаміку її індивідуального розвитку з урахуванням природного подорослішання (тобто шкала оцінки психічного розвитку корелюється щодо віку дитини).

З метою визначення стану нервово-психічного розвитку дитини першого-третього року життя найбільш широко визнаними є показники, запропоновані Е.Л.Фрухт, Н.М.Келовановою, С.М.Кривіною (див. табл.3), які не втратили свого значення і на сьогодні. Тест являє собою якісну оцінку розвитку дитини без використання бальної системи оцінювання і складається з трьох вікових шкал 1-го, 2-го і 3-го року життя.

Нормою вважається виконання навичок в межах ± 15 днів від віку, що перевіряється. Тест стандартизований на 630 дітях 1-го року життя, 730 – 2-го року і 360 – дітях третього року життя.

На 1-му році досліджують: а) 10 днів – 2,5–3 міс. – розвиток зорових і слухових орієнтовних і емоційно-позитивних реакцій; б) 1,5–3 – 5–6 міс. – стан розвитку зорових і слухових орієнтовних реакцій, рухів руки, гуління;

в) 5–6 – 9–10 міс. – особливості розвитку загальних рухів, дій з предметами, підготовчих етапів пасивного і активного мовлення; г) 9–10 – 12 міс. – розвиток загальних рухів, дій з предметами, розуміння активного мовлення.

На 2-му році: стан розвитку розуміння мовлення, розвиток активного мовлення, сенсорний розвиток, розвиток гри і дій з предметами, розвиток рухів, формування навичок.

На 3-му році: а) в першому півріччі досліджуються: стан сформованості активного мовлення, гри, конструктивної діяльності, сенсорного розвитку, розвиток рухів, сформованість навичок; б) в другому півріччі: стан сформованості активного мовлення, гри, образотворчої діяльності, конструктивної діяльності, сенсорний розвиток, навички руху;

При цьому спеціаліст має враховувати, що на другому році життя триває інтенсивний психомоторний і фізичний розвиток дитини. Умовні рефлекси в цьому віці починають формуватися швидше. Діти рухливі, в їхній поведінці переважають яскраві позитивні емоції, вони вимовляють багато звуків і слів, часто посміхаються і голосно сміються, виявляючи *підвищений інтерес до навколишнього*. У першому півріччі 2-го року життя удосконалюється ходьба, поліпшуються координація рухів і розуміння мовлення, значно збільшується словниковий запас. У другому півріччі *гра набуває сюжетного характеру*, діти прагнуть до колективних ігор, починають виконувати вимоги дорослих, навчаються елементарних правил поведінки. *Протягом третього року життя моторні навички дітей зазнають подальше вдосконалення. Розширюється орієнтування в навколишньому середовищі, ускладнюються мовлення та ігрова діяльність.*

Показники нервово-психічного розвитку дітей першого-третього року життя (за Н.М.Келовановим, С.М.Кривіною, Е.Л.Фрухт, 1985) представлені в табл. 3.

Таким чином, **підсумовуючи**, зазначимо, що загальна кількість робіт, що стосується проблеми психолого-педагогічного вивчення й оцінювання психіки дитини, є значною. Не претендуючи на повному охоплення всіх існуючих підходів до розгляду діагностики перших років життя, ми зупинилися на висвітленні тих, які на сьогодні є найбільш поширеними в практиці. При цьому ми віддали перевагу тим методикам, в яких застосовується метод спостереження за дитиною – від простого спостереження без будь-яких поміток до структурного спостереження, детально розпланованого заздалегідь і здійснюваного з певною метою. При цьому зазначимо, що для того, щоб метод спостереження був більш якісним і надавав більш повну інформацію про розвиток, рекомендується вводити особливий методичний прийом – створення певної схеми спостереження і заповнення карточки розвитку дитини. Мета такої карточки –

створення чіткого уявлення про дитину на даному відрізку часу. Продовжуючи через місяць (три місяці, півроку тощо) спостереження за даною схемою, можна судити про хід розвитку малюка.

Зміст карточки розвитку включає такі структурні компоненти: фізичний розвиток (дитина може перевертатися зі спини на живіт, піднімати голову, може сидіти без підтримки довгий час тощо); спілкування і розвиток мовлення (розуміє звернене до неї мовлення, прислуховується, вимовляє слова тощо); соціальний розвиток і гра (включається у спілкування з дорослим, вокалізує, віддає іграшку дорослому тощо); самостійність і незалежність (скільки часу дитина в період неспання може зайняти себе сама); поведінка (концентрується на 1–2 хвилини, намагається перебороти труднощі, легко включається в гру, непосидюча тощо).

Друга методична особливість процесу спостереження – це так званий метод почасових проб, що означає регулярність спостережень за заздалегідь відміченими часовими відрізками, в рамках яких передбачені спостереження і заповнення карточки спостереження. Одним з можливих підходів є спостереження за дитиною на протязі 30 хвилин із записом вражень через 30-ти секундні інтервали. Така процедура дає можливість осмислити те, що робить дитина, і правильно фіксувати її дії.

Разом з тим, є два способи оцінити інформацію, яку дають карточки розвитку. По-перше можна порівняти показники дитини з середніми показниками дітей цього віку і зробити висновок про те, чи відстає дитина в розвитку, чи знаходиться на хорошому рівні, чи добре розвинута для свого віку.

Другий спосіб інтерпретації інформації – порівняння їх з результатами, одержаними дитиною в більш ранньому віці. Ці два способи порівняння не виключають один одного і використовуються психологами, логопедами, педіатрами й іншими спеціалістами в їхній практичній діяльності.

Дорослому, який працює з дитиною раннього віку, необхідно вміти співвідносити показники вікової норми розвитку з індивідуальними особливостями дитини. Важливо ясно уявити собі діапазон показників певної властивості, характерної для дітей різного віку для того, щоб було можливим скласти судження про норму розвитку чи відхилення від норми в розвитку.

Отже, обстеження дитини раннього віку передбачає обов'язкове порівняння, зіставлення одержаних даних, ґрунтуючись на яких може бути сформульоване заключення про стан психофізичного розвитку

дитини з приводу вираженості тих чи інших індивідуально-психологічних чи індивідуально-психофізіологічних особливостей.

На сьогодні значна кількість корекційних педагогів і психологів в своїй діагностичній діяльності для визначення особливостей психофізичного розвитку дітей раннього віку застосовують методики, спрямовані на оцінювання стану сформованості **провідної діяльності дитини**. У цьому зв'язку зупинимося на їхньому короткому аналізі.

Провідною діяльністю в першому півріччі життя немовляти є **особистісне емоційне спілкування з рідними** (або тими, хто його доглядає) дорослими, у другому – **спільна з дорослими предметно-маніпулятивна діяльність**. Провідною для дитини раннього віку є **предметна діяльність**.

Показниками сформованості **особистісного емоційного спілкування** є: потреба дитини в емоційному спілкуванні з дорослими, в його доброзичливій увазі; комплекс пожвавлення (міміка задоволення, радісні енергійні рухи та вокалізації), здатність впізнавати рідних та близьких людей, виділяти їх з поміж інших, охоче підтримувати з ними контакт.

Таблиця 3

Показники нервово-психічного розвитку дітей першого року життя

<i>Вік</i>	<i>Зорові орієнтовні реакції</i> <i>ЗР (Аз)</i>	<i>Слухові орієнтовні реакції</i> <i>СР (Ас)</i>	<i>Емоції і соціальна поведінка</i> <i>(Е)</i>	<i>Рух руки</i> <i>Дії з предметами</i> <i>(ДП)</i>	<i>Загальні рухи</i> <i>(ЗР)</i>	<i>Розуміння мовлення і говоріння</i> <i>(РМ)</i>
10 днів	Утримує в полі зору рухомий предмет (ступеневе слідкування)	Здрагається і блимає очима при різких звуках				
18-20 днів	Утримує в полі зору нерухомий предмет (обличчя дорослого)	Заспокоюється при сильних звуках				

1 міс.	Зосереджує погляд на нерухомому предметі та на обличчі дорослого, який говорить з нею. З'являється план прослідковування за предметом, що рухається.	Прислуховується до звуку, до голосу дорослого.	З'являється перша посмішка у відповідь на мовлення дорослого.		Намагається, лежачи на животі, підняти, утримувати голову.	Видає окремі звуки у відповідь на розмову з нею дорослого.
2 міс.	Довготривале зорове зосередження на обличчі дорослого або на нерухомому предметі. Довготривале слідкує за рухом	Здійснює пошукові повороти голови при довготривалому звуку (прислуховується).	Швидко відповідає посмішкою на розмову з нею дорослого. Довготривале зорове зосередженн		Лежачи на животі, піднімає і нетривало утримує голову	Промовляє окремі звуки.

	іграшки або дорослого (до 1 року)		я на іншій дитині.			
3 міс.	Зорве зосередження у вертикальному положенні (на руках у дорослого) на обличчі дорослого, який розмовляє з нею, зосередження на іграшці.	«Комплекс пожвавленн я»: у відповідь на звертання до неї проявляє радість, посміхаєтьс я, жваво рухає руками, ногами; видає мовленнєво подібні	Випадково нашттовхуєть ся руками на іграшки, що низько висять над нею на висоті до 10-15 см.		Лежить на животі декілька хвилин, спираючись на передпліччя і високо піднявши голову. При підтримці під пахвами міцно упирається ногами, зігнутими в тазостегновом у суглобі.	У відповідь на звертання видає мовленнєво подібні звуки.

		звуки. Шукає очима дитину, яка видає звуки			Утримує голову в вертикальному положенні.	
4міс .	Впізнає маму (радіє).	Знаходить очима джерела звуку.	Голосно сміється на звертання до неї.	Підтримує руками груди матері.	Розглядає, захоплює іграшку.	Довготривале гуління.
5 міс.	Розрізняє близьких від чужих	Впізнає голос матері, розрізняє строгу і лагідну інтонацію голосу.	Радіє, гулить.	Часто бере іграшки з рук дорослого. Добре їсть з ложки.	Лежить на животі.	Вимовляє окремі склади.
6міс .		По-різному реагує на своє і чуже		Бере іграшки,коли	Перевертається з живота на	Вимовляє окремі склади.

		ім'я		знаходиться у будь-якому положенні. Добре їсть з ложки.	спину.	
7міс .				Розмахує іграшкою, стукає нею. Добре повзає. П'є з чашки.		Тривалий час здійснює лепет. На питання «Де?», знаходить поглядом предмет.
8міс .			Дивиться на дії іншої дитини, сміється або лече.	Довгий час грається з іграшками. Їсть скоринки хліба,сама тримає хліб в руці.	Дитина сама сідає.	Голосно вимовляє різні склади.
9міс		Танцюючі рухи під	Доганяє дитину,	Діє з предметами	Переходить від предмета	На питання «Де?» знаходить декілька

.		танцювальн у мелодію (якщо дома співають дитині і танцюють разом з нею).	повзе до неї назустріч. Наслідує дії другої дитини.	по-різному в залежності від їхніх якостей (катає, відкриває, гримить тощо. Добре п'є з чашки, злегка притримуючи її руками.	до предмета, злегка притримуючис ь за них руками.	предметів, незалежно від їх місця знаходження. Знає своє ім'я, оглядається на поклик. Наслідує дорослого, повторяє за ним склади, які вже є в її лепеті.
10мі с.			Діє поруч з дитиною або грається однією іграшкою з нею	Самостійно і на прохання дорослого виконує розучені дії (відкриває, виймає, складає)	Піднімається на високу поверхню і сходить з неї (сходи).	На прохання «Дай» знаходить серед іграшок і дає знайомі предмети. Наслідуючи дорослого, повторює за ним нові склади, яких немає в її лепеті.
11			Радіє	Оволодіває	Стоїть	Здійснює перші

міс.			<p>приходу дітей.</p> <p>Вибірково ставиться до дітей.</p>	<p>новими діями з іграшками.</p> <p>Виконує їх за інструкцією дорослого.</p> <p>Знімає і надягає на стержень кільця з великими отворами.</p> <p>Тримає чашку рукою тощо</p>	<p>самостійно, без опори.</p> <p>Робить перші самостійні кроки.</p>	<p>узагальнення в мовленні, яке розуміє: на прохання дорослого знаходить будь-який м'яч, ляльку. На прохання дорослого виконує розучені дії (годує, возить ляльку). Промовляє слова-позначення. Наприклад, «дай», «мама».</p>
12мі с.	<p>Впізнає на фотографії знайоме обличчя, наприклад, маму.</p> <p>Розрізняє дві контрастні</p>		<p>Простягає іншій дитині іграшку, супроводжу ючи це сміхом чи</p>	<p>Виконує самостійно розучені дії з іграшками: катає, водить, годує.</p> <p>Переносить дії,</p>	<p>Ходить самостійно, без опори.</p>	<p>Розуміє без показу назви предметів, дій, імена дорослих, виконує доручення: принеси... Легко наслідує вимовляння</p>

форми предметів.	лепетом. Шукає іграшку, заховану іншою дитиною.	розучені з одним предметом, на інший. Самостійно п'є з чашки.	я нових складів. Вимовляє 5-10 нескладних слів. Розуміє слова «Не можна», «Знайди»...
------------------	--	---	---

Продовження таблиці 3

Показники нервово-психічного розвитку дітей другого року життя

Вік	Розуміння мовлення (РМ)	Активне мовлення	Сенсорний розвиток	Гра і дії з предметами	Рухи	Навички
1 рік 3 міс.	Запас зрозумілих слів різко розширюється	Користується лепетом і окремими полегшеними словами в момент рухової активності,	Орієнтується у двох контрастних величинах предметів (типу кубиків) з різницею	Відтворює в грі дії з предметами, раніше розучені.	Ходить довго, не присідаючи, змінює положення (присідає, нахиляється, повертається,	Самостійно їсть густу їжу ложкою.

		подиву.	граней в 3см		задкує).	
1 рік 6 міс.	Узагальнює предмети за істотними ознаками (за "конфліктної ситуації").	При сильній зацікавленості словами полегшеними або вимовленими правильно назив.предмети і дії	Орієнтується в 3-4 контрастних формах предметів (куля, куб, цеглинка).	Відображає в грі окремі дії, які часто спостерігає.	Переступає через перешкоди (брусочки) приставним кроком.	Самостійно їсть рідку їжу ложкою.
1 рік 9 міс.	Розуміє нескладну розповідь за сюжетною картинкою, відповідає на запитання дорослих.	Під час гри позначає свої дії словами і двоскладовими пропозиціями.	Орієнтується в трьох контрастних величинах предметів (типу кубів) з різницею граней в 3-4 см.	Відтворює складні сюжетні будівлі-перекрыття типу воріт, лавки.	Ходить по обмеженій поверхні шириною 15-20см, піднесеною над підлогою на 15-20см.	Частково роздягається за допомогою дорослого (знімає шапку, черевики).

2 роки	Розуміє коротку розповідь дорослого про події, без їхнього показу.	Користується трислівними пропозиціями, вживаючи займенники.	Підбирає за зразком і словами дорослого три контрастні предмети різних кольорів.	Відтворює ряд послідовних дій (початок сюжетної гри).	Переступає через перешкоди крок за кроком.	Частково вдягається (шапка, черевички).
--------	--	---	--	---	--	---

Продовження таблиці 3

Показники нервово-психічного розвитку дітей третього року життя

Вік		2 роки 6 міс.	3 роки
Активне мовлення	Грамматика	Говорить багатослівними реченнями (більше трьох слів).	Починає вживати складні речення з підрядними.
	Питання	З'являються питання: «Де?», «Куди?»	З'являються питання: «Коли?», «Чому?»
Сенсорний	Відтворені	Підбирає за зразком основні геометричні	У своїй діяльності використовує

розвиток	форми	фігури з різноманітного матеріалу.	геометричні фігури за призначенням.
	Відтворені кольори	Підбирає за зразком різноманітні предмети чотирьох основних кольорів.	Називає чотири основні кольори.
Гра		Гра носить сюжетний характер	З'являються елементи рольової гри.
Конструкторська діяльність		Самостійно робить прості сюжетні споруди і називає їх.	З'являються досить складні сюжетні споруди.
Художня діяльність			За допомогою пластиліну, олівця зображує прості предмети і називає їх.

Показниками сформованості **предметно-маніпулятивної діяльності** є: потреба дитини в спілкуванні з дорослим як партнером по спільних діях, бажання маніпулювати предметами, запрошення дорослого до повтору способів дій з різноманітними предметами, орієнтація на дорослого як зразок для наслідування, намагання самостійно відтворити елементарні предметні дії, прояв мімікою, жестами, вокалізаціями радості від досягнення елементарного практичного результату.

Показники повноцінного розвитку **предметної діяльності**: усвідомлення фізичних (величина, форма, колір) та динамічних властивостей предметів, їхнього просторового розміщення (близько-далеко), диференціація цілого і частин (розібрати, скласти пірамідку тощо), освоєння функціонального призначення предметів найближчого довкілля та способів їх використання. Уміння порівнювати свої предметні дії з діями дорослого, поява самостійної сюжетно-відображувальної гри з використанням предметів-замінників (відображення в ній простих подій повсякденного життя), виникнення прагнення взяти на себе роль іншої людини або персонажа казки, ініціативи при постановці і розв'язанні елементарної ігрової задачі.

Пізнавальна діяльність дитини починається з відчуттів і сприймань. Відображаючи дійсність на чуттєвому рівні за участю аналізаторів, дитина одержує різнобічну інформацію про зовнішні властивості та ознаки предметів, які фіксуються в її свідомості у формі звукових, просторових, часових, смакових, дотикових та інших уявлень. Проте такої інформації про навколишній світ дитині не достатньо для задоволення різноманітних потреб практичної діяльності, яка потребує практичного і всебічного знання об'єктів, з якими доводиться мати справу. У подальшому вичерпні знання про об'єкти дійсності, їх внутрішню, безпосередньо не дану у відчуттях і сприйманнях сутність дитина одержить за допомогою мислення – вищої абстрактної форми пізнання об'єктивної реальності. Мислення – це передусім психічний процес опосередкування та узагальнення відображення дійсності під час її аналізу й синтезу, що виникає на основі практичної діяльності й досвіду. Серед таких видів мислення, як наочно-дієве, наочно-образне і словесно-логічне для раннього дитинства провідним є наочно-дієве. Саме перехід від наочно-дієвого через наочно-образне до словесно-логічного мислення виявляє його онтогенез.

Наочно-дієве мислення – це розв'язування задач, поданих у наочній формі, шляхом практичних дій. Так, наприклад, дитина,

змінюючи співвідношення елементів ситуації, в якій вона перебуває, дістає потрібний їй предмет. У дитини раннього віку наочно-дієве мислення є першим кроком до опосередкованого пізнання свого оточення. Оперувати образом об'єкта, що викликав інтерес, здатна дитина не раніше чотирьох-шести років, коли в неї формується наочно-образне (образне, просторове) мислення як засіб розв'язування задач шляхом ідеального перетворення їх умов. **Провідною ж діяльністю дитини в першому півріччі життя є емоційне спілкування.**

Так, малюк, якому пішов четвертий місяць, починає **виявляти цікавість до нового**: схоплює нову іграшку, притягує її до себе, притискає, розгойдує тощо. Наявність зазначених дій, виявлених дорослим за допомогою спостереження, є характерною особливістю цього періоду, що свідчить про формування у неї активної **спрямованості на незнайомий предмет**. У подальшому це сприяє відкриттю нею все нових і нових властивостей предметів і розумінню того, що предмети розташовані у просторі в певному порядку і мають різні властивості. Єдність дій, відтворених за наслідуванням за дорослим, і самостійних рухів малюка з різними предметами свідчить про стан сформованості його розумовому розвитку на даному етапі. Характер маніпулювання з іграшками відображає стан (підґрунтя) формування в дитини **спрямованості на певний результат**: стиснути іграшку так, щоб почути звук, поставити кубик один на одного тощо.

Приблизно в шість місяців дитина **починає обстежувати іграшку**: притягує до себе обома руками, повертає різними сторонами, розглядає тощо. У сім місяців прості маніпуляції дитини починають набувати характеру **орієнтовних дій**, оскільки вона намагається визначити **основні властивості предметів**. З цією метою необхідно визначити, чи малюк вміє іграшку штовхати, обертати, кидати, вкладати в інші іграшки тощо, відкривати і закривати коробочку, викидати з манежу.

На останніх місяцях першого року життя немовля виглядає вже досить допитливим, кмітливим, таким, яке вміє зосередити свою увагу, запам'ятати побачене. Малюк починає шукати іграшку, яка випалала з манежу, тобто він вже розуміє, що іграшка зникла не назавсім, а просто лежить десь в іншому місці. Таке розуміння добре прослідковується в процесі ігор у схованки: якщо закрити обличчя руками, сховатися за дверима, а потім показатися малюкові. Як правило, діти охоче і легко включаються в цю веселу гру.

У 10–12 місяців маля вчиться **переносити засвоєну дію на дію з іншими предметами**. Наприклад, дитина, яка навчилася ставити один кубик на інший, намагається зробити те ж саме з кулями. Сама по собі здатність дитини переносити засвоєну дію на дію з новими предметами свідчить про достатньо високий рівень її розвитку. Якщо малюк навчився відкривати й закривати матрійку, а йому для гри запропонували складане дерев'яне яйце або бочечку, то в ході перенесення способу дії з одного предмета на інший до кінця дитячого віку в дитини з'явиться здатність узагальнювати. Взагалі, коли малюк встановлює найпростіші зв'язки між предметами і їх властивостями, він **виконує розумові дії**, особливість яких поки полягає в тому, що вони «невідривні» від практичної дії, від чуттєвих вражень.

До кінця першого року життя, за даними дослідників, можна спостерігати до 64 різних дій дитини з предметами. У той же час однорічний малюк, як правило, володіє лише десятьма (в середньому) словами, що свідчить про те, що в цей віковий період предметна діяльність малюка випереджає розвиток його мовлення. Ще не володіючи активним мовленням, однорічний малюк **за допомогою активних дій з предметами опановує умінням виділяти в них спільне і відмінне, а, отже, й узагальнювати їх властивості**.

Другий рік життя дитини – це період інтенсивного засвоєння малюком найрізноманітнішої інформації. Діти цього віку можуть довго застосовувати до одного й того ж предмета різні дії – катають м'яч, вдаряють ним об підлогу, підкидають його. При цьому вони поступово **освоюють правильні дії і з іншими предметами**: ляльку годують і кладуть спати, пірамідку розбирають і збирають, машину катають. Малюки цього віку, що нормально розвиваються, люблять довго повторювати дії з одним і тим же предметом. Важливим показником стану розумового розвитку маленької дитини є вміння використовувати найпростіші знаряддя, наприклад, якщо дитина спромоглася паличкою дотягнутися до іграшки і присунути її до себе або за допомогою стрічки дістати бажаний предмет. Задоволення потреби малюка за допомогою предмета-знаряддя є потужним стимулом і **показником перемикання його уваги з мети діяльності** (з того, що потрібно зробити) **на засіб її досягнення** (як цього досягти). Саме тому в першій половині другого року життя багатьох малюків цікавить в процесі їжі не стільки суп або каша, скільки ложка, за допомогою якої вони кладуть їжу в рот. Предметом діяльності дитини другого року життя стає призначення знаряддя-засобу (в даному випадку ложки), яку вона багато разів «обіграє» –

стискає в руці, посміхаючись підносить до рота матері, потім – до свого, а потім і до рота своєї ляльки.

Оскільки ще досить довго мислення дитини буде залишатися практично-дієвим, то саме **характер ігор з предметами-знаряддями** продовжує бути і показником, і продуктивним засобом розумового виховання дитини. Правильне виділення (природно, за допомогою дорослого) малюком допоміжної ролі мотузочки, рукоятки, стрічки – точний показник стану накопичення досвіду дитини в досягненні мети засобом простого переміщення предметів.

Після того, як встановлено, що дитина засвоїла вміння діяти з цими предметами, потрібно за допомогою методу спостереження оцінити стан сформованості к неї уміння **надавати цим іграм цільовий характер**. Наприклад, запропонувати малюкові «спекти» тістечко для ляльки, побудувати «гараж» для машини, очистити від піску «будівельний майданчик».

Оскільки на другому році життя увагу малюків приваблює перш за все форма, а потім – величина (колір предметів має поки що для них менше значення), то необхідно оцінити їхнє уміння **розкласти кільця за величиною**: від самого великого й аж до самого маленького (по ходу розкладання, звичайно ж, потрібно допомогти дитині порівнювати кільця між собою). Якщо **стан зорової орієнтації** виявиться достатнім, то дитина зможе підібрати потрібні частини пірамідки за допомогою оковиміру, без попереднього примірювання. Надалі у процесі ігор можна оцінити стан сформованості в малюка вміння розрізняти предмети, що навіть незначно відрізняються між собою за величиною.

Оскільки на цьому ж віковому етапі діти вже знайомі з такою властивістю навколишніх предметів, як форма, то спочатку доцільно, обмеживши кількість форм (колом і квадратом), методом спостереження оцінити, як малюк **накладає на відповідний зразок** кожну із зазначених фігур.

З урахуванням того, що до кінця другого і початку третього року життя малюк з типовим розвитком повинен засвоїти (але не називати) 2–3 з чотирьох основних кольорів (червоного, жовтого, зеленого, синього), важливо встановити, по-перше, чи дитина розуміє слова: «колір», «такий само», «різні». Для цього (**порівняння за кольором**) доцільно дати дитині предмети: однорідні (наприклад, олівці) і різнорідні (наприклад, грибочки та капелюшки до них). Крім того, для визначення стану сформованості вміння дитини **розрізняти кольори** може бути використано: розкладання олівців, розкладання олівців в отвори столиків, забарвлених відповідно і, навпаки,

контрастно, викладання мозаїки, малювання фарбами. Виконання таких завдань дасть можливість встановити, чи використовують діти **зовнішні прийоми порівняння предметів за кольором** шляхом спочатку прикладання предмета до предмета, а надалі порівнювати їх вже на око, встановлювати **тотожності і відмінності кольору** однорідних предметів.

Отже, до початку третього року життя дитина може: розрізняти контрастні за формою предмети (куля, куб, цеглинка), контрастні за розміром (великий і маленький), опанувати поняття «менший», розрізняти величину предметів незалежно від їх форми і кольору, знати 4 основні кольори, користуватися в іграх знаряддями-предметами (паличкою, стрічкою, сачком), вміти нанизати на стрижень від 5 до 10 кілець різного розміру, вставляти предмети в отвори, відкривати і закривати коробочки, викладати з цеглинок прості меблі (стіл, стілець, диван), вміти забити за допомогою дерев'яного молоточка кілочки в пісок. Правильне виконання цих завдань **опосередковано свідчитиме** про достатній рівень сформованості в дитини вміння сприймати, запам'ятовувати, міркувати, орієнтуватися в оточуючому світі.

Основним завданням педагога при визначенні стану розвитку дитини на третьому році життя є визначення того, чи усі види її діяльності – **спілкування, предметна діяльність і гра за своїм змістом стали інтелектуальними**. У цьому разі важливо встановити, чи дитина правильно розуміє (вказуючи на названий дорослим предмет) якості та ознаки предметів (плаття червоне, черевички Марійчині, пухнастий рушник тощо).

Важливим завданням діагностичного обстеження є визначення в дитини стану вдосконалення **дій з предметами і встановлення причинно-наслідкового зв'язку між ними** (наприклад, що потрібно зробити, щоб вода не вилілася з кухля). Якщо в аналогічній ситуації дитина виявиться здатною переносити засвоєну дію в нові ситуації, це свідчитиме про вдосконалення її розумових і практичних дій.

Отже, на третьому році життя практично у всіх дітей продовжує **переважати наочно-дієве мислення**, оскільки малюк як і раніше свої відкриття здійснює переважно в процесі дії з предметами. Однак певне місце в його житті починає займати нова, більш досконала форма – **наочно-образне мислення**.

До кінця третього року життя дитина спроможна бути ознайомленою з тваринним світом, мати уявлення про найпростіші явища природи, знати, що рослини бувають різними, бути

ознайомленою з основними овочами і фруктами, вміти відтворювати елементарні споруди з кубиків, знаходити подібність між ними, виділяти ціле і частини, правильно називати найбільш характерні дії дорослих, знати призначення багатьох предметів, мати елементарні уявлення про простір, час, знати деякі форми, вміти знаходити й називати основні кольори.

Якщо до трирічного віку в малюка виявлено обмеження знань – це може бути тривожним сигналом, оскільки така обмеженість з роками збільшуватиметься.

Водночас зазначимо, що основним методом оцінювання стану сформованості провідної діяльності дитини переддошкільного віку з відхиленнями в розвитку є *метод спостереження*. Як приклад, наведемо завдання відповідного корекційно-діагностичного комплексу. При цьому зазначимо, що творчо налаштований дорослий зможе цей комплекс при необхідності, по-перше, *кількісно значно розширити*, по-друге, виходячи з вікових можливостей і структури порушення конкретної дитини, зміст завдань *або спростити, або ускладнити*.

Перший рік життя дитини

а) Визначення стану сформованості в дитини уміння розглядати іграшку (з 1 місяця життя дитини).

Над грудьми дитини розміщують на відстані 60–70 см нове брязкальце, з яким з'єднана стрічкою стара іграшка, що знаходиться на відстані 7–10 см від грудей дитини. Дорослий, розхитуючи нову іграшку, привертає до неї увагу дитини. При цьому педагог (батьки) може відзначити, що спочатку дитина дивиться на іграшку, широко розкривши очі, потім затихає, загальмовує рухи, розглядає її декілька секунд, далі радісно вихоплює руки догори, випадково доторкуючись до низько підвишеного брязкальця. Верхнє брязкальце знову починає розхитуватися і дитина знову завмирає, пильно його розглядаючи. Важливо пам'ятати, що для того, щоб привернути її увагу до нового брязкальця, розміщеного вгорі, знайому іграшку треба поміщати вниз.

б) Визначення стану сформованості зорово-рухової координації.
Уміння дитини вихоплювати іграшку з рук дорослого (з 3 міс. життя дитини).

Дитині, яка лежить на спині, показують красиву ложку, яку дорослий тримає таким чином, щоб її держак був вільним. Дорослий, привертає увагу дитини, повільно похитуючи ложку і тримаючи її на відстані 20 см від грудей дитини. Спостерігаючи за дитиною, дорослий фіксує момент, коли малюк робить спробу взяти ложку

(розкриває долоню і злегка спрямовує її в бік ложки). Після цього дорослий наближує ложку до розкритої долоні дитини, дозволяючи її захопити. При захопленні іграшки дитиною дорослий звертає увагу на амплітуду руху її передпліччя і плеча. Якщо малюк захоплює предмет тільки долонею, то після цього дорослий бере ложку за ручку нижче руки дитини і, злегка підтягуючи ложку до себе, передає м'язове зусилля руці дитини. Дорослий відмічає, чи це завдання для дитини є цікавим протягом тривалого часу, чи вона із задоволенням розглядає ложку, чи робить спробу самотійно тримати її в руці, наближаючи і віддаляючи її від себе.

в) Стан накопичення в дітей зорово-кольорових вражень і відчуттів (з 10-ти місяців життя дитини).

Показуючи дитині відерце, дорослий пропонує їй відкрити його і подивитися, що в ньому знаходиться. Малюк відкриває кришку і за допомогою дорослого розкладає предмети на столі таким чином, щоб вони були в полі зору дитини і не закривали один одного. Дорослий називає ті предмети, які дитина виймає з відерця, відмічає, які вони красиві. Предмети на столі розміщуються у відповідності до зазначеної вище кольорової гами: зліва перед дитиною – червоний помідор, потім помаранчевий апельсин, далі жовтий лимон, зелений огірок, синя слива, фіолетова квітка. Чорного жука і біле яйце дитина розміщує самотійно. Після цього дорослий пропонує дитині зібрати всі іграшки у відерце і закрити його кришкою. Цю гру можна повторити ще раз. Мета гри вважається досягнутою, якщо дитина виявляє інтерес до іграшок різного кольору, охоче виймає і вкладає їх у відерце, позитивно ставиться до вказівок дорослого. У багатьох дітей цього віку вже можна спостерігати вибіркоче ставлення до певного кольору, що зазвичай залежить від їхнього попереднього досвіду.

Другий рік життя дитини

г) Стан сформованості в дітей уміння звертати увагу на колір предметів, встановлювати тотожність і відмінність кольору однорідних предметів. Розуміння слів: «колір, такий, не такий, різні». Розкладання однорідних предметів різних (надалі близьких) за кольором на дві групи.

Дорослий показує дитині п'ять паличок чорного і п'ять жовтого кольору, довільно змішаних, пояснюючи при цьому, що вони різного кольору. Продемонструвавши паличку одного (чорного) кольору, відкладає її в бік. Потім показує паличку жовтого кольору і відкладає її в іншу сторону. Назву кольору дорослий не використовує, а говорить: «колір, такий, інший». Взявши в руки ще

чорну паличку, дорослий показує її дитині і питає, куди її треба покласти. Спочатку він прикладає чорну паличку до жовтої і говорить, що вони різні. Далі прикладає чорну паличку до чорної і пояснює, що вона така ж. Отже, дорослий розкладає перші дві пари паличок сам, а при сортуванні третьої пари пропонує дитині взяти будь-яку паличку, подивитися, де лежать палички такого ж кольору і покласти їх разом. Потім пропонує дитині виконати аналогічне завдання з паличкою іншого кольору, фіксуючи при цьому, чи це завдання для дитини є доступним, цікавим, як вона розглядає палички, чи робить спробу самостійно тримати їх у руці, наближаючи і віддаляючи її від себе, чи робить спробу виправити помічену помилку.

Надалі за аналогічною методикою оцінюється стан сформованості у дитини уміння розкладати предмети, які мають колір, близький за тоном (червоний-помаранчевий, помаранчевий-жовтий, синій-фіолетовий, жовтий-білий, зелений-синій).

Третій рік життя дитини

г) Стан сформованості наочно-предметного мислення.

Визначення особливостей уміння дитини за допомогою палички знаходити і підсовувати до себе різні предмети. Для цього дорослий висипає на середину стола кольорові кільця, звертає на них увагу дитини. Коли дитина потягнеться до них руками, тоді дорослий бере паличку і зі словами: «Рукою важко дістати кільце. Тому будемо цією паличкою діставати» присовує паличкою кільце до дитини. Після того, як дитина потримала кільце в руках, розглядаючи його, потрібно взяти його в дитини, а на взамін дати їй паличку. Далі, вказуючи дитині на інші кільця, що лежать на столі, дорослий говорить: «Тепер сама дістань кільце».

Під час виконання малюком діагностичного завдання педагог спостерігає: чи він тягнеться до кільця рукою; яким чином заводить кінець палички під кільце; як вміє просторово співвіднести кінець палички з предметом, що знаходиться на відстані; чи зберігає правильний напрям кінця палички, що штовхає іграшку.

Дитині в кінці третього року життя можна вар'ювати умови цього завдання, замінюючи кільця великого розміру невеликими, однокольорові – різнокольоровими, пропонуючи дитині дістати то червоне кільце, то зелене тощо, то велике, то маленьке.

д) Стан сформованості наочно-предметного мислення.

Дорослий ставить на стіл перед дитиною панель з отворами, поруч кладе дерев'яні цв'яхи з капелюшками. Рукою ці цв'яхи дитині вставити важко, і цього вона може досягти лише за допомогою

молотка. Після того, як дитина не зможе вставити цв'ях в отвір рукою, дорослий звертає увагу малюка на молоток. Якщо ця допомога виявиться недостатньою, тоді дорослий показує і пояснює дитині, як потрібно вставити гвіздок в отвір. Далі дитина повинна самостійно вирішити, яким чином за допомогою молотка забити дерев'яні цв'яхи в отвір панелі.

Запропонований комплекс завдань може бути значно розширений, однак і зазначених завдань достатньо для того, щоб зробити попередній висновок про стан сформованості генетично найбільш ранньої, наочно-дієвої, форми мислення дитини, перші прояви якої можна спостерігати в кінці першого-на початку другого року життя. Головне, щоб підібрані діагностичні завдання враховували те, що наочно-дієве мислення – це процес мислення, який здійснюється під час практичної діяльності дитини. Даний вид мислення існує для вирішення практичних завдань і може мати складну або елементарну форму, але завжди базується на узагальненні попереднього практичного досвіду дитини.

Е. Нейропсихологічне обстеження дітей раннього віку

Впровадження нейропсихологічної діагностики і нейропсихологічного аналізу в практику на сьогодні пов'язано, перш за все, з доведенням його валідності і ефективності як диференціально-діагностичного, прогностичного, профілактичного і корекційного інструменту. Правомірність такого твердження підтверджується тією популярністю, якою користуються відповідні розробки у психологів, логопедів, дитячих неврологів і вчителів. Нейропсихологічний метод дійсно займає особливе місце в переліку діагностичних, які звертаються до проблеми онтогенезу в нормі та патології, оскільки дозволяє оцінити й охарактеризувати ті системно-динамічні перебудови, які супроводжують психічний розвиток дитини. Опис і розуміння глибинних механізмів психічного статусу дозволяють педагогу спланувати, адекватну онтогенезу саме цієї, конкретної дитини, програму психолого-педагогічного супроводу.

При застосовуванні нейропсихологічного обстеження в повсякденній діяльності педагог має знати певні орієнтири. Опора на ці орієнтири дозволить (особливо на перших етапах такої роботи) точніше провести диференціально-діагностичну роботу, встановити базову, первинну ваду, яка є перепорою повноцінної адаптації дитини, і, що найважливіше, *змодельовати ієрархію і етапи психолого-педагогічного впливу*. При нейропсихологічному обстеженні, педагог (або інший дорослий) має враховувати декілька принципових моментів.

1) Констатувати наявність або відсутність в дитини таких явищ, як:

гіпо- або гіпертонус, м'язові судоми, синкінезії, тікі, нав'язливі рухи, парастезії, вигадані пози і ригідні тілесні установки; повноцінність око-рухових функцій (конвергенції й амплітуди руху очей);

пластичність (або, навпаки, ригідність) під час виконання кожної дії і плавність при переході від одного завдання до іншого, виснаженість, стомлюваність; коливання уваги й емоційного фону; афективні ексцеси;

виражені вегетативні реакції, алергії, енурез; перебої дихання аж до його очевидних затримок або шумного «переддихання»; соматичні дизритмії, порушення формули сну тощо.

Патофеномени такого кола завжди свідчать про передпатологічний стан підкіркових утворень мозку, що потребує спрямованої корекції. Перераховані симптоми, по суті, є відображенням базального, *мимовільного рівня саморегуляції* дитини, який у багатьох випадках є генетично запрограмованим, тобто таким, що функціонує без урахування її волі і бажання. Разом з тим повноцінний статус даного рівня передбачає весь наступний шлях розвитку ВПФ, тобто те, що до кінця першого року життя названі структури практично досягають свого «дорослого» рівня і стають опорою для онтогенезу в цілому.

2) Визначити, наскільки дитина схильна до спрощення програми діяльності, заданою із зовні; чи легко вона переключається з однієї програми на іншу; чи імпульсивно береться за роботу, не прагнучи зрозуміти повністю, що від неї вимагається? Як часто вона відволікається на побічні асоціації і переходить на регресивні форми реагування? Чи здатна до самостійного планомірного виконання завдання, яке пропонується, чи воно посилене їй тільки після навідних запитань і розгорнутих підказок педагога, тобто після того, як початкова задача буде розподілена на підпрограми? Накінець, чи здатна дитина собі або іншим розбірливо сформулювати завдання, перевірити хід і результат його виконання; відгальмувати свої, не адекватні даній ситуації, емоційні реакції? Позитивні відповіді на ці запитання разом зі здатністю дитини оцінити і проконтролювати ефективність власної діяльності (наприклад, знайти помилки і самостійно спробувати їх виправити) свідчатимуть про рівень сформованості її *мимовільної саморегуляції*, тобто *максимально відобразять ступінь її соціалізації*.

Достатня сформованість зазначених параметрів психічної діяльності засвідчить *функціональну активність префронтальних*

(лобних) відділів мозку, перш за все, його лівої півкулі. І хоча кінцеве дозрівання цих мозкових структур розтягується за нейробіологічним законом від народження до 12–15 років, однак в нормі всі необхідні передумови для їх оптимального функціонування вже є в 7–8 років, тобто у відповідних вікових рамках.

3) Враховувати те, що розвиток психічних функцій і окремих їх складових (факторів) протікає за законами гетерохронії та асинхронії. У цьому зв'язку важливо знати вікову динаміку («коефіцієнт розвитку») найважливіших психічних факторів. Опора на цей матеріал допоможе оцінити стан сформованості тієї чи іншої функціональної ланки дитини не загально, а у відповідності до вікових нормативів:

а) Враховувати, що різні види кінестетичного праксису, хоча і не повністю, але доступні дітям вже в 2,5–3 роки, а кінетичного – лише в 7 (причому проба на реципрокну координацію рук повністю автоматизується лише у 8 років).

б) Тактильні функції формуються на протязі всього раннього віку дитини, але досягають своєї зрілості до 4–5 років, в той час як соматогностичні – до 6 років. Різні види предметного зорового гнозису формуються на протязі всього переддошкільного віку і перестають в дитини викликати утруднення в 4–5 років. У цьому зв'язку необхідно підкреслити, що невиконання завдання, яке іноді виникає, може бути пов'язане не з первинним дефіцитом зорового сприйняття, а з повільним підбором дитиною слів. Ця обставина може проявити себе і в інших пробах, тому важливо розрізняти ці дві причини.

Обсяг як зорової, так і слухомовленнєвої пам'яті (тобто утримання всіх еталонних слів або назв фігур) достатній у дітей в 5 років; у 6 років досягає зрілості фактор міцності зберігання необхідної кількості елементів незалежно від її модальності. Однак в дітей переддошкільного віку, хоча й не виявляється правильне утримання еталонних слів, однак їм доступні завдання, які включають два-три слова.

Означивши основні особливості розвитку нейропсихологічних факторів в нормі, викладемо традиційну для нейропсихології систему оцінок *продуктивності психічної діяльності*. В онтогенетичному ракурсі вона прямо пов'язана з поняттям зони найближчого розвитку:

«0» – ставиться в тих випадках, коли дитина без додаткових пояснень виконує запропоноване завдання;

«1» – якщо наявний ряд незначних помилок, які виправляються самою дитиною практично без участі педагога; по суті «1» – це нижня нормативна межа;

«2» – дитина здатна виконати завдання після декількох спроб, розширених підказок і навідних питань педагога;

«3» – завдання недоступне для виконання дитиною навіть після докладного багаторазового пояснення педагогом.

4) Наступна вимога пов'язана з необхідністю включення схему нейропсихологічного обстеження визначення *сенсibilізованих умов* з метою отримання точнішої інформації про стан того чи іншого параметру психічної діяльності дитини. До таких умов відносяться: *збільшення швидкості і часу виконання завдання; виключення зорового (закриті очі) і мовленнєвого (зафіксований кінчик язика) самоконтролю.*

Успішність виконання будь-якого завдання в сенсibilізованих умовах (у тому числі за слідами пам'яті), в першу чергу, свідчитиме про стан автоматизованості в дитини цього процесу і, як наслідок, він (процес) може стати опорою при застосуванні корекційних заходів.

Необхідною умовою також є виконання дитиною будь-яких мануальних спроб (рухових, малюнкових) обома руками по черзі, оскільки використання бiнуальних проб наближає одержані результати за своєю інформативністю до результатів діхотичного прослуховування. Тому при виконанні завдань, які вимагають використання правої і лівої руки дитини, педагогу не потрібно зазначати в інструкції, якою саме рукою починати виконання завдання. Активність тієї чи іншої руки на початку виконання завдання дає педагогу додаткову, непрямую інформацію про ступінь формування в дитини мануальної переваги. Ця ж інформація міститься в «мові жестів»: педагог обов'язково повинен відмічати, яка рука «допомагає» дитині зробити своє мовлення виразнішим.

5) Педагог повинен враховувати ту обставину, що *більшість завдань повинні подаватися в декількох варіантах.* Це дозволяє, з одного боку, використовувати ряд завдань для динамічного обстеження, а з іншого – підібрати тестовий варіант, що буде найбільш адекватним віку і можливостям дитини. Завдання повинні чергуватися так, щоб два ідентичних (наприклад, запам'ятання двох груп з 2-х слів і запам'ятання груп з 3-х слів) не пред'являлися одне за іншим.

б) Стосовно *розуміння дитиною інструкцій* та їх виконання необхідно враховувати те, що першочерговим завданням є диференціація первинних труднощів виконання дитиною завдання від тих (вторинних), що пов'язані в неї, наприклад, з недостатністю пам'яті. Іншими словами, *необхідно бути абсолютно впевненим, що дитина не тільки зрозуміла, але й запам'ятала все, що було сказано педагогом стосовно поставленого завдання.*

7) Важливо сприймати як аксіому той факт, що дитина завжди включена в цілісну систему міжособистісних і соціальних взаєностосунків (батьки, вихователі). Тому успішність обстеження (і подальшої корекції) однозначно корелюватиме з тим, наскільки повно в його результатах будуть представлені відповідні дані. У першу чергу, це означає *встановлення партнерського контакту з батьками, особливо з матір'ю* дитини, оскільки саме вона здатна дати найважливішу інформацію про проблеми дитини, а надалі – стати одним із центральних учасників корекційного процесу.

Методика нейропсихологічного обстеження дитини

1. Протокол обстеження (анамнестичні дані і клініко-педагогічна бесіда)

Місце роботи батьків (освіта, проф. статус): _____

Мати _____

Батько _____

Соціальне середовище (дитина виховується вдома, мамою, бабусею; відвідує яслі, дитячий садок, знаходиться в дитячому будинку тощо.) _____

Сімейний анамнез: хронічні захворювання (органи дихання, серцево-судинна система, шлунково-кишковий тракт, алергічні, ендокринні, онкологічні, нервово-психічні та ін. захворювання), алкоголізм, професійне ушкодження, інтоксикації, наркоманія, схильність до депресивних реакцій:

Мати (материнська лінія) _____

Батько (батьківська лінія) _____

Протікання вагітності: яка за кількістю _____, вік матері _____, батька _____ на початку даної вагітності.

Попередні вагітності закінчилися (медичний аборт, викидень ранній, пізній, смерть дитини, пологи (років тому))

Протікання вагітності – токсикоз (слабкий або виражений), анемія, нефропатія, інфекційні захворювання, резус-конфлікт, набряки, підвищений АТ, кровотечі, загроза викидня (термін), ОРЗ, грип, медичне лікування (амбулаторне, стаціонар):

1-ша _____ половина вагітності _____

2-га _____ половина _____ вагітності _____

Пологи: які за кількістю _____, який термін (в строк, передчасні, запізнili) _____

Самостійні, викликані, оперативні (планові, примусові) _____

Пологова діяльність почалася: з відходження вод, з перейм _____

Допомога при пологах: стимуляція, крапельниця, механічне видавлювання плоду, щипці, вакуум, кесаровий розтин, наркоз _____

Тривалість пологів (стрімкі, швидкі, затяжні, тривалі, N) _____

Тривалість безводного періоду _____ Шкала Ангар _____

Дитина народилася в головному, сідничному, ножному передлежанні _____

Вага _____, зріст дитини _____. Дитина закричала (відразу, після відсосування слизу, після плескання, проводилась реанімація) _____

Характер крику (голосний, слабкий, запищав) _____

Колір шкіри (рожевий, ціанотичний, суююцний, білий) _____

Мали місце (обвиття пуповини навколо шиї, коротка пуповина, вузлова пуповина, кефалогематома, перелом ключиці, зелені навколоплідні води і т.п.) _____

Діагноз при народженні (пологова травма, асфіксія в пологах (ступінь), пренатальна енцефалопатія, гіпертензійно-гідроцефальний синдром, гіпотрофія (ступінь) тощо _____

1-ше годування: на _____ добу, пізніше (через матір, дитину, переведений до відділення недоношених, до лікарні) _____

Стаціонарне лікування, висновок після стаціонару (перебував разом з матір'ю, окремо) _____

Годування до року: грудне до __ міс., штучне з __ міс., змішане з __ міс.

Розвиток, характерний для дитини до року: рухлива тривожність, зригання (часте, зрідка), порушення сну й активності, _____

Фіксувалися: гіпер- чи гіпотонус, здригання, тремор рук, підборіддя, «тягнув голову назад» тощо _____

Моторні функції: голову тримає з _____ міс., сидить з _____ міс., повзає з _____ міс., ходить з _____ міс., ходить самостійно з _____ міс.

Мовленнєвий розвиток: гуління з _____ міс., лепіт з _____ міс., слова з _____ міс., фраза з _____ міс.

До року перехворів (нежиті, інфекційні захворювання, алергічні реакції) _____

Лікування (амбулаторне, стаціонарне, з матір'ю чи окремо) _____

Спеціальне лікування (масаж, седативне, мікстура, ін.) _____

Чи спостерігалися труднощі в оволодінні наступними навичками: використання горщика, самостійне ходіння, самостійне вживання їжі, самостійне одягання/роздягання, автономне засинання тощо. _____

Причини труднощів: госпіталізація, переїзд, розлучення, народження другої дитини, смерть близьких, ін. _____ у віці _____

Чи спостерігалися енурез, енкопрез, специфічні переваги в їжі, порушення в руховій сфері, розлад сну, ін. _____ у віці _____

Перенесені захворювання на протязі життя _____

Травми голови, струс головного мозку, лікування (стаціонарне, амбулаторне) _____ у _____ віці _____

Операції _____ у _____ віці _____

Спостерігалися у _____ з діагнозом _____

Знятий з обліку в _____ . Знаходиться на даний час _____

Дитячі заклади відвідує з _____ років. На даний час відвідує _____

При адаптації мали місце: підвищена збудливість, реакції протестування (активні, пасивні), почав часто хворіти, ін.

Ігрова діяльність: подобалося (не подобалося) грати з іграшками. Улюблені іграшки, ігри:

Інтерес до ігрової діяльності: є (не має), байдужий

Підпис спеціаліста:

2. Методики обстеження латеральних переваг

Вважається, що кінцевий тип домінантності півкуль головного мозку встановлюється в онтогенезі до 3–5 років. Цей вік є своєрідною межею, після якої можливість компенсації порушених функцій за рахунок здорової півкулі (при монолатеральних ураженнях) різко знижується (Симерницька Е.Г., 1985, Geschwind N., Galaburda M., 1985). Функціональне домінування однієї з півкуль, як правило, визначають за допомогою ряду проб, які виявляють односторонню функціональну перевагу за рукою, ногою, оком або вухом.

а) Опитувальник

Батькам пропонується ряд запитань:

1. Якою рукою дитина складає башту з кубиків, збирає пірамідку?
2. В якій руці тримає ложку під час їжі?
3. Якою рукою розмішує цукор у склянці?
4. Якою рукою тримає зубну щітку?
5. Якою рукою зачісується?
6. Якою рукою малює?
7. Якою рукою ріже ножицями?
8. Якою рукою пишеш?
9. Якою рукою кидає м'яч?
10. Якою рукою забиває молотком?

б) Виявлення стану сформованості моторних асиметрій

◆ Функціональна асиметрія рук

1. *Переплетіння пальців рук, , аплодування.* Інструкція: «Зроби, будь-ласка, так». Дорослий демонструє потрібну позу. Провідна рука

виявляється зверху; в спробі «переплетіння пальців» – зверху великий палець провідної руки.

2. *Визначення провідної руки* (додатковий ряд завдань): збирання розкиданих сірників в коробочку, кидання м'яча, складання пірамідки та інші конструктивні завдання, які виконуються переважно однією рукою.

◆ Функціональна асиметрія ніг і тіла

1. *Інструкція*: «Пострибай на одній нозі». Задіюється провідна нога дитини. Давай пограємо у футбол? Забий м'яч у ворота» Активна (в тому числі та, якою дитина штовхає) нога – провідна. «Закинь ногу на ногу». Провідна нога зверху. «Покрутись декілька раз». Під час вертіння дитини навколо власної осі надається перевага напрямку в бік домінантної половини тіла.

в) Виявлення стану сформованості сенсорних асиметрій

◆ Функціональна слухомленнева асиметрія

1. *Інструкція*: «Послухай, чи йде мій годинник?» (або даються аналогічні прилади, які тихо звучать). Дитині пропонується також поговорити по телефону (для прослуховування вона користуватиметься провідним вухом).

2. *Інструкція*: «Повтори, що я скажу». Педагог пошепки вимовляє слово або фразу. Дитина нахилиється ближче до педагога з боку провідного вуха.

г) Обстеження стану сформованості функціональної зорової асиметрії

1. *Інструкція*: «Примруж одне око». (Першим дитина примружує непровідне око).

2. *Проба з калейдоскопом*. Перед дитиною на стіл на рівній відстані між обома руками кладеться калейдоскоп і пропонується подивитися в нього одним оком. Відмічається око, яким дитина це робить. Для розглядання візерунку в калейдоскопі дитина використовує провідне око.

3. Методики обстеження стану сформованості моторних навичок руки

1. *Дошки Сегена, адаптовані до раннього віку* доволі широко використовуються для оцінки невербального інтелекту в дітей у віці 3 років. У більш старшому віці ця методика може застосовуватися для діагностики грубих розладів праксису і, в деякій мірі, зорово-просторового гнозису. Дає можливість оцінити стан просторового праксису і зорово-моторної координації навіть у дітей з тяжкими порушеннями рухових функцій (наприклад, при дитячому

церебральному паралічі), яким, зазвичай, мало доступні завдання, що потребують тонкої координації рухів. Дане завдання являє собою вкладання плоских фігур різної конфігурації у відповідні форми.

3. *«Лічба пальців»*. Дитині пропонується спробувати по черзі доторкнутися кожним пальцем, починаючи з другого, до великого пальця тієї ж руки, а потім зробити теж саме, але починаючи з мізинця. Оцінюється *точність, диференційованість рухів пальців і здатність до переключення з одного руху на інший* (відсутність застрявань).

2. *Дослідження орального праксиса*. Дитині пропонується повторити дії: 1) усміхнутися, 2) надути щоки, 3) зробити губи трубочкою (Паравозик гуде «у»), 4) зробити губи наперед (як при вимові звуку «о»), 5) «Покатай горішки за щоками» (кінчиком язика).

4. Методика обстеження стану сформованості стереогнозису

Стереогнозис можна досліджувати за допомогою дидактичної гри *«Відгадай, що є в мішечку?»*, яка складається з набору об'ємних фігур і мішечка. Для дослідження необхідно мати подвійний набір цих фігур. Один набір викладається на стіл перед дитиною. Фігури з другого набору непомітно для дитини кладуться в мішечок. Від неї вимагається, помацавши фігуру в мішечку, знайти саме таку серед набору, що лежить на столі. За умов оцінювання враховується час, витрачений на розпізнання, і кількість помилок. Отримані дані фіксуються окремо для обох рук, що дає можливість додатково визначити ту з них, яка є провідною з означеної функції.

Використання нейропсихологічних методів дослідження в дітей дає багато *додаткової інформації до результатів психолого-педагогічного дослідження функцій* дитини, значно поглиблює функціональний діагноз розладів, допомагає зрозуміти його механізми. Особливо корисним це виявляється для дітей зі специфічними затримками психічного розвитку і первинним недорозвиненням мовлення.

Володіння інформацією про зрілість, незрілість або порушення функціональних систем мозку дозволяє оптимально спланувати в корекційну роботу. Методи спеціальної педагогіки повинні ґрунтуватися на нейропсихологічних принципах організації мозкової діяльності в нормі та їх відмінності при тому чи іншому типі аномалії психічного розвитку. Нейропсихологічне дослідження, проведене в ранньому віці дозволяє, з одного боку, спрогнозувати труднощі, які в подальшому можуть виникнути в дитини, а з іншого – дає можливість попередити їх.

Є) Зарубіжна практика оцінювання стану психофізичного розвитку дитини раннього віку

У зарубіжній практиці оцінювання стану психофізичного розвитку дітей переддошкольного віку здійснюється за допомогою спеціально розроблених методик. Найбільш поширеними і такими, що достатньо повно представлені в мережі інтернету, є:

а) Шкали розвитку немовляти Bayley. Тест Бейлі, результат більш ніж 45-річних досліджень розвитку дітей, є високовалідним і може вважатися одним з кращих для раннього дитячого віку. Діагностика проводиться у віці від 1 до 42 міс. за тестом, що складається з трьох шкал: 1) *шкала психічного розвитку* (ментальна шкала): оцінюються відчуття, сприйняття, пам'ять, домовленнєві здібності мислення; 2) *шкала моторного розвитку*: оцінює прості і складні рухи, загальну і тонку моторику; 3) *шкала («протокол») поведінки*: об'єктивуються соціальні взаємодії, інтереси, емоції, темперамент.

Кожен пункт тесту оцінюється як «виконаний» або «невиконаний». Час тестування дітей менших, ніж 15 міс. – 25–35 хв, старших 15 міс. – до 60 хв.

б) Денверський скринінг-тест розвитку (DDST). Тест розроблений Frankenburg W.K., J.B. Dodds для виявлення дітей (у віці від народження до 6 років), які страждають затримкою психічного розвитку. Він містить 4 шкали для визначення стану сформованості: 1) грубої моторики; 2) тонкої моторики; 3) мовлення; 4) соціальної адаптації.

Зі 105 пунктів 75 призначені для дітей до 3 років. *Зазвичай, дитина тестується за 20 пунктами.* Кожен пункт оцінюється як «виконаний», «невиконаний», «відмова від виконання», «не було можливостей для виконання».

Тестування проводиться як в умовах прямого спостереження, так і на підставі відомостей, отриманих від батьків. Діти, які виконали всі пункти, вважаються такими, що розвиваються нормально. Якщо є один невиконаний пункт у будь-якій шкалі, результат вважається сумнівним, два невиконаних пункти – затримка розвитку.

Тестування займає близько 30 хвилин і вимагає мінімальної підготовки дослідника (декілька годин). У цьому перевага даного тесту в порівнянні з тестом Бейлі, який вимагає вищої психологічної кваліфікації.

Денверська методика оцінки стандартизована на 1036 дітей з типовим розвитком у віці від 2 тижнів до 6 років, 816 з яких були молодші 3-х років. Тест високодостовірний і стандартизований.

в) Порядкові (числові) шкали психічного розвитку. Тест являє собою психометричну оцінку розвитку дитини, розроблену I. Uzgris, J. McHunt на підставі концепції психічного розвитку Ж. Піаже. Тест призначений для дітей від народження до двох років і містить шість шкал, за якими визначається стан сформованості: а) зорового стеження і зосередження на об'єкті; б) вміння дитини використовувати різні засоби для отримання бажаного предмету; в) вокальної та жестової імітації (2 субшкали); г) причинних дій; д) вміння будувати зв'язки об'єктів у просторі; е) ставлення до об'єктів (при зміні іграшки чи ролі в грі).

Тест складається з 64 пунктів. Експериментальні ситуації розташовуються за ступенем ускладнення. Психічний розвиток вивчається в наступних вікових проміжках: 0–3 міс., 4–7 міс., 8–11 міс., 12–17 міс. і 18–24 міс.

г) Шкала ментального розвитку R. Griffiths розрахована для обстеження стану психофізичного розвитку немовлят віком від 0 до 24 міс, містить 260 пунктів, об'єднаних в 5 субшкал: а) локомоторна активність (очі-руки, слух-рука); б) розвиток мовлення; в) тонка моторика; г) «Персональна» шкала; д) «Соціальна» шкала. Після виконання завдань обраховується інтелектуальний коефіцієнт дитини і визначається, якому віку відповідає її психічний розвиток.

д) KID-шкала, розроблена J. Reuter являє собою суб'єктивну оцінку дорослими психічного розвитку дитини (мати в домашніх умовах заповнює реєстраційний аркуш тесту). Досліджуються діти у віці 0–15 міс. Тест містить 252 пункти та 5 шкал: 1) пізнання; 2) рух; 3) самообслуговування; 4) спілкування; 5) мовленнєва шкала. По кожній зі шкал визначається умовний вік дитини, який порівнюється з паспортним.

е) Тест розвитку дітей першого року життя О. В. Баженової.

Тест включає 98 діагностичних проб, розділених на 6 шкал: а) руховий, б) емоційний, в) сенсорний розвиток, г) дії з предметами, д) взаємодії з дорослими, е) голосова активність.

Кожна з проб дозволяє оцінити рівень розвитку тієї чи іншої поведінкової реакції. Згідно з методикою тесту визначають 4 щабелі вираженості поведінкової реакції: 0 балів – відсутність, 1 бал – нижча наміченої, 2 бали – недосконала форма прояву, 3 бали – досконала форма прояву. Проби, виконання яких вимагають достатньо високого рівня психічної активності дитини, мають значно більшу питому вагу при їх оцінці. Кількість балів, набрана за їх виконання, множать на 5 (якісно-кількісна оцінка). Кількість балів, набрану за виконання всіх

проб даної шкали, підсумовують. Набрана сума балів являє собою актуальну оцінку (АО), яка порівнюється з контрольною оцінкою (КО), що є нормативним показником для даного віку. Підсумковий результат – індекс розвитку (ІР) – являє собою відношення АО до КО. На підставі даних ІР за 6 шкалами будується діаграма (профіль психічного розвитку). Розвиток оцінюється у віці 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10 і 12 міс.

є) Тест «ГНОМ» (графік нервово-психічного обстеження немовлят), розроблений Г. В. Козловською в співавторстві, складається з 12 вікових субтестів. Психічний розвиток досліджується на 1-му році життя кожен місяць, після року – кожні три місяці, від 2 до 3 років – 1 раз на півроку. Субтести складаються з 20 питань (завдань), що дозволяє тестувати розвиток сенсорних, моторних, емоційно-вольових, пізнавальних і поведінкових функцій. Для дослідження рівня розвитку кожної функції пропонують 4 завдання.

Для дослідження сенсорної функції тестується зорова, слухова і тактильна чутливість. Для визначення стану моторики досліджується статика, кінетика, тонка моторика і міміка. В емоційно-вольовій сфері вивчаються: стан сформованості та диференціації емоційних реакцій, поява та характер емоційного резонансу (здатності сприймати емоційний стан інших людей і адекватно на нього реагувати). Для оцінки вольових функцій досліджуються активна і пасивна довільна діяльність. Пізнавальні функції тестуються за чотирма показниками: мовлення, мислення, гра й увага. Поведінкові функції складаються з двох розділів: біологічного (харчової поведінки, формування навичок охайності) і соціальної поведінки, для вивчення кожного з яких пропонують по два завдання. Тест дозволяє розподілити обстежуваних дітей за трьома групами: 1 група – здорові діти, показник коефіцієнта психічного розвитку (КПР) від 110 до 90 балів; 2 група – група ризику, КПР 80–89 або вище 111 балів; 3 група – діти з порушенням в розвитку, КПР нижче 80.

ж) Шкала поведінки немовлят (NBAS), розроблена Г. Brazelton, призначена для обстеження новонароджених і дітей перших місяців життя. Оцінюється поведінка і неврологічний статус дітей від 2 днів до 6 тижнів життя. Методика складається з 20 викликаних рефлексів і рухів, які оцінюються за 4-бальною шкалою. Є також 27 завдань для кваліфікації рухів, взаємодії з дорослими, статичного контролю,

реагування на стрес. Оцінка здійснюється за 9-бальною шкалою, що вказує на 5 можливих типів поведінки. Додатково зазначається, чи вимагала дитина стимуляції для того чи іншого типу поведінки. Результатом дослідження є віднесення дітей або до групи ризику, або до норми.

з) Опитувальник дитячого темпераменту використовується для оцінки темпераменту дітей. Методика, розроблена W. Carey, S. McDevit виявляє індивідуальні відмінності між немовлятами незалежно від темпу їх психомоторного розвитку. Тест, призначений для скринінгових досліджень немовлят від 4 до 8 міс., складається з 95 пунктів, що оцінюють поведінку за 6-бальною шкалою і містять 9 категорій: активність, синхронність, доступність, пристосованість, настрій, постійність, відволікання, агресія.

За одержаними результатами немовлята розподіляються в групи: «досить важкі» (асинхронні, що ігнорують спілкування), низькоадаптивні (сенситивні), «легкі» (синхронні, доступні, адаптивні), «повільно реагуючі» (неактивні, тихі) і діти проміжного типу.

і) Методики, побудовані на основі теоретичної системи методичних підходів Ж. Піаже. Стрижневою лінією теорії Ж.Піаже є уявлення про послідовний, поетапний характер інтелектуального розвитку дитини. Цей розвиток являє собою закономірну зміну періодів та стадій від народження до дорослості. Методики Піаже є якісними і не були стандартизовані для цілей діагностики. Однак деякі методики Піаже послужили основою нових стандартизованих шкал. Одна з них створена І. Ужгіріс і Дж. Хантом і призначена для дітей від 2 тижнів до 2 років. Цей вік відповідає періоду, який Піаже називає сенсомоторним і всередині якого він виділяє шість стадій. Шкала складається з шести тестів, які мають наростаючу складність – від простого спостереження очима за предметом, що рухається, і відшукуванням його (тест на сталість об'єкта) до виявлення схеми дії з об'єктами (нанизування намистин, водіння іграшкової машинки тощо). І. Ужгіріс і Дж. Хант допускають використання розробленої ними шкали для дослідницьких цілей, зокрема, для з'ясування впливу умов виховання на хід розвитку дітей. Проведене ними дослідження показало, що від умов виховання багато в чому залежить той середній вік, в якому дитина досягає різних ступенів розвитку.

Підсумовуючи, зазначимо про необхідність врахування того, що результати виконання тестових завдань кожної із зазначених зарубіжних методик дітьми раннього віку залежать від багатьох факторів: фізіологічного стану (голод, втома, сонливість),

соматичного здоров'я, психологічного комфорту, особистості дорослого. При цьому ще раз наголосимо на тому, що зазначені методики відібрані нами з великого масиву аналогічних методик як такі, що, на нашу думку, є найбільш відповідними і ефективними для вивчення стану психофізичного розвитку дитини раннього віку, а детальний виклад їхньої методичної реалізації достатньо повно представлений в мережі інтернету. Разом з тим, для діагностики стану розвитку немовлят і дітей раннього віку велике значення має також неврологічне обстеження, яке уточнює клінічну картину і запобігає помилкове трактування стану дитини. Якщо ж обстежується дитина з вираженим резидуально-органічним ураженням мозку, то неврологічний огляд повинен передувати експериментально-психологічній та психіатричній оцінкам.

Водночас для правильної кваліфікації виявлених особливостей психофізичного розвитку дитини фахівцю важливо володіти знаннями диференційованих ознак порушень раннього віку.

2.4. Диференційовані ознаки пізнавальних розладів раннього віку (якісні характеристики алалії, аутизму, порушень слуху, зору, розумової відсталості в патогенезі типологічних вад розвитку)

«Шлях дефектологічного дослідження дитини описує ніби коло, яке починається з **встановлення симптомів**, далі повертає від цих симптомів до процесу, що лежить в їх центрі, в їх основі, і призводить нас до **діагнозу**; далі він знову повинен нас вести **від діагнозу до симптому**, але вже **розкриваючи причину** його походження. Якщо наш діагноз правильний, то він повинен довести свою істинність **за допомогою розкриття механізмів симптомоутворення**, він повинен зробити нам зрозумілою картину проявів, в яких виявляє себе даний процес розвитку» (Л.С.Виготський).

Для того, щоб правильно пройти зазначене коло діагностико-розвивального процесу, педагогу необхідно, перш за все, знати **диференціальні ознаки (прояви) наслідків порушень психофізичного розвитку** в дітей раннього віку.

1. Порушення пізнавальної діяльності

Диференціальні прояви основних форм розумової відсталості

А. Розумова відсталість (олігофренія і деменція) – стійке порушення психічного розвитку певної якісної структури з провідною недостатністю пізнавальної діяльності і в першу чергу – *стійкою вираженою недостатністю абстрактного мислення, процесів*

узагальнення і відволікання в поєднанні з інертністю психічних процесів. Водночас необхідно зазначити, що з боку багатьох дослідників такий інтелектуалістичний напрям зустрічає опозицію (Е.Сеген, К.Левін, певною мірою Л.С.Виготський). Так, за Е.Сегеном, в основі олігофренії лежать розлади вольових процесів, при цьому не тільки вищих, але й найелементарніших. За теорією К.Левіна, в центрі проблеми олігофренії знаходяться афективні, а не інтелектуальні порушення. Л.С.Виготський в центр свого власного дослідження поставив співвідношення між інтелектуальними й афективними процесами. В результаті він розробив психологічну концепцію, наріжним каменем якої «є ідея єдності інтелекта й афекта в розвитку нормальної і слабоумної дитини».

Олігофренія як основна форма розумової відсталості являє собою раннє, зазичай, внутрішньоутробне, недорозвинення головного мозку, зумовлене спадковими впливами або різними ушкоджуючими факторами оточуючого середовища, що впливають впродовж внутрішньоутробного розвитку плоду, під час родів і на протязі першого року життя. Важливо враховувати те, що при олігофренії відсутнє наростання інтелектуальної вади, а особливості прояву інтелектуальної недостатності пов'язані з віковими закономірностями розвитку дитини. Як правило, інтелектуальне порушення поєднується з вадами моторної сфери, мовлення, сприйняття, пам'яті, емоційної сфери, довільних форм поведінки.

Слабкість логічного мислення проявляється в низькому рівні розвитку операцій співставлення, узагальнення, порівняння предметів і явищ оточуючої дійсності за суттєвими ознаками, а в подальшому – в неможливості розуміти переносний смисл прислів'їв і метафор, переносити засвоєний в процесі навчання спосіб дії в нові умови. Недорозвиток мислення впливає на протікання всіх психічних процесів. У процесах сприйняття, пам'яті, уваги страждає, перш за все, функція відволікання, тобто порушуються компоненти психічної діяльності, пов'язані з аналітико-синтетичною діяльністю мозку. В емоційно-вольовій сфері це проявляється в недостатній сформованості складних форм емоцій і довільних форм поведінки. У важких випадках інтелектуальний дефект виявляється вже з перших місяців життя дитини.

Розумова відсталість при хромосомних порушеннях (синдром Дауна).

Діагностика хромосомних форм розумової відсталості базується на комплексі показників, одержаних при клінічних і цитогенетичних

обстеженнях. Хромосомні відхилення можуть виникати при зміні числа або структури як аутосом, так і статевих хромосом. При аномаліях в системі аутосом розумова відсталість яскраво виражена і часто поєднується з різними множинними порушеннями розвитку. В останні роки інтенсивно вивчається механізм розумової відсталості при синдромі Дауна (частота синдрому серед новонароджених складає 1:700). Встановлено, що до фактів ризику даного синдрому відноситься вік матері, часті викидні, застосування в попередні роки різних лікувальних препаратів, негативні фактори зовнішнього середовища.

До характерних ознак цього порушення розвитку дитини відносять: тенденцію до більш інтенсивного внутрішньоутробного росту плоду і **прискореному фізичному розвитку в перші роки життя в поєднанні з вираженим відставанням в моторному, розумовому і мовленнєвому розвитку; відставання в розвитку різних моторних навичок**, особливо затримку в розвитку сидіння і самостійної ходи; **відставання в розвитку мовлення; інтелектуальну недостатність** різного ступеня прояву, що поєднується з порушеннями уваги, пам'яті, поведінки. При нерізко вираженій інтелектуальній недостатності в таких дітей зі значними труднощами формується **право-ліва орієнтація, спостерігається затриманий розвиток просторових уявлень, конструктивної діяльності; порушення поведінки** у вигляді рухової розгальмованості, імпульсивності. Крім того, їх поведінка вже **в ранньому віці нагадує аутистичну**: вони уникають контакту очей, роблять різні стереотипні рухи руками у вигляді струшування, плескання тощо.

Характерні ознаки: специфічні зовнішні ознаки, перш за все виявляється в особливостях будови черепа й обличчя (розміри черепа зменшені, потилиця скошена, очні щілини вузькі, обличчя плоске, перенісся сплющене, маленькі й асиметричні вушні раковини, деформовані мочки, товсті в тріщинах губи, напіввідкритий рот, великий язик, аномалії зубів, сухість шкіри і волосся). Зазначені специфічні ознаки поєднуються з деформаціями скелету, аномаліями в будові грудної клітини, кінцівок, особливо пальців рук.

Моторні порушення. Порушення психомоторного розвитку виявляються при синдромі Дауна вже з перших місяців життя. **Діти в'ялі, мало активні, в них затримано формування всіх рухових функцій.** Після 3–4 років вони стають більш жвавими, активнішими.

Мовленнєвий розвиток страждає особливо глибоко, оскільки мовлення починає формуватися після 3 років. Перші слова з'являються

біля 2–2,5 років, фразове мовлення – після 3,5 років; спостерігається виражене порушення звуковимовляння, грубий голос; тенденція до повторення окремих звуків, складів, слів; іноді ознаки своєрідного заїкання. Мовлення розвивається вкрай повільно і з великими труднощами, що ще більше затримує психічний розвиток дитини і обґрунтовано тривожить батьків. На сьогодні **питання мовленнєвих порушень і особливо процеси сприйняття мовлення в дітей з синдромом Дауна розглядаються не тільки в зв'язку з їхньою інтелектуальною недостатністю, але й у зв'язку з частими порушеннями слуху.** Спеціально проведені в таких дітей дослідження вушної домінантності показали, що в багатьох з них має місце домінантність лівого вуха. У цьому зв'язку висловлюється думка, що діти з синдромом Дауна при лінгвістичній обробці інформації використовують менш ефективну праву півкулю.

Інтелектуальна недостатність. Розумова відсталість при синдромі Дауна, як правило, достатня глибока. **Мислення дітей відрізняється конкретністю, абстрактні поняття, лічильні операції їм часто недоступні.** Разом з тим, в багатьох дітей спостерігається розвинута механічна пам'ять, спостережливість, значне наслідування.

Емоційні розлади. **Емоційна сфера дітей в більшості випадків збережена** (лагідні, з почуттями симпатії, образи тощо), легко прихиляються до тих людей, які ними опікуються. Проте для деяких з них характерні нестійкість настрою, підвищена дратівливість, іноді злостивість. Після 3–4 років у них з'являється більш диференційоване емоційне ставлення до близьких людей.

Розумова відсталість при аномалії хромосом 5–15, 22, 28 статевих хромосом (синдром Лежена, синдром Орбелі, синдром Шерешевського-Тернера).

Аномалії зазначених хромосом зустрічаються значно рідше, ніж синдром Дауна. При цих аномаліях зазвичай має місце складний дефект: **інтелектуальне недорозвинення в поєднанні з вадами зору, слуху, опорно-рухового апарату тощо.** Діти часто гинуть в ранньому віці через загальну ослабленість, низьку масу тіла при народженні, порушення постави, вади розвитку внутрішніх органів.

Характерна ознака: Для синдрому Лежена характерним є **специфічний крик (крик кішки)**, що нагадує нявкання кішки через неправильну будову і неправильний розвиток гортані (маленький в'ялий надгортанник зумовлює характерне порушення голосу). Для синдрому Орбелі характерні **різноманітні аномалії кінцівок**, перш за все, пальців, нігтів, клишоногість, вивихи тазових суглобів; недорозвинення статевих органів. Розумова відсталість зустрічається

зрідка. Діагностика *синдрому Шерешевського-Тернера* можлива вже в період новонародженості: дівчатка народжуються з низькою масою тіла, маленьким зростом, для них **характерні набряки рук і ніг**.

Характерними ознаками обличчя є косий розріз очей, низько розташовані раковини вух (*синдром Лежена*). Обличчя асиметричне з широкою виступаючою спинкою носа, рот невеликий, високе піднебіння, маленьке підборіддя, великі, часто деформовані вушні раковини, мікрофтальмія очей (*синдром Орбелі*). При *синдромі Шерешевського-Тернера* характерними є: коротка шия з криловидними складками, що йдуть від сосковидних відростків до плечей, надлишкова рухливість шкіри на шії; ріст волосся на шії; так званий антимонгольський розріз очей (зовнішні кути очей знаходяться нижче внутрішніх), низьке розташування вух, високе піднебіння. Часті порушення зору.

Інтелектуальний розвиток: глибока, частіше **в ступені імбецильності** розумова недостатність (*синдром Лежена*). **Поєднання розумової відсталості з вираженим відставанням у фізичному і моторному розвитку, мікроцефалією, вадами внутрішніх органів, органів зору й опорно-рухового апарату (синдром Орбелі).** Нормальний або близький до норми інтелект при синдромі Шерешевського-Тернера, хоча розумова відсталість в таких дітей зустрічається значно частіше, ніж в загальній популяції. При даному синдромі типовими є (при відсутності інтелектуальної недостатності) прояви психічного інфантилізму, які часто поєднуються із загальною в'ялістю, пасивністю, низькою працездатністю. **Інтелектуальні порушення зазвичай поєднуються з відхиленнями в емоційній сфері.**

Емоційні розлади при синдромі Шерешевського-Тернера нарастають з віком з появою в дитини критики до свого стану: **спокійні, благодюшні діти** стають замкнутими, роздратованими, впертими, в деяких з них **з'являється і наростає некритичність**.

Розумова відсталість при більшості спадкових захворювань обміну.

При цьому захворюванні характерні ураження центральної нервової системи призводять до виникнення так званого складного порушення, тобто до **різних поєднань інтелектуальної недостатності з ураженням рухової системи, з недорозвиненням мовлення, порушеннями зору, слуху, з емоційно-поведінковими розладами і судомними нападами**. Не зважаючи на те, що ці захворювання мають характерні клінічні прояви, вирішальне значення для їхньої діагностики мають **дані біохімічних досліджень**.

Особливістю спадкових захворювань обміну є **їхнє прогресуюче протікання**, особливо при відсутності ранньої діагностики і своєчасних лікувально-корекційних заходів. У залежності від характеру порушень обміну виділяють декілька груп цих захворювань.

Характерні ознаки: У більшості дітей перші характерні ознаки порушення виявляються вже в 4–6 місяців, коли до того активна дитина, яка нормально розвивалася, **поступово втрачає інтерес до оточуючого, стає в'ялою, перестає утримувати голову, не тягнеться до іграшок, не фіксує погляд на оточуючих предметах і обличчях**. Для діагностики важливе значення має обстеження дна очей, яке дозволяє визначити характерну ознаку захворювання – вишнево-червону пляму (**«вишнева кісточка»**), оточена сіривато-білим обідком. Для решти дітей (вони складають 12% від загального числа розумово відсталих дітей) характерними є порушення, більшість з яких проявляються вже на першому-другому році життя у вигляді **шкіряних аномалій і відставань в психофізичного розвитку, судомами**. Ці порушення прогресують і в подальшому в дитини визначають тяжкі мовленнєві, рухові й емоційні відхилення.

Зовнішній вигляд: голова, зазвичай, збільшена в розмірі; **характерними є** грубі риси обличчя з навислим лобом, широко розставленими очима, запалим переніссям; великий язик і неправильна будова зубів; невеликий зріст, короткі руки і ноги; поступове погіршення зору і слуху.

Моторні порушення: Затримано формування всіх рухових навичок: дитина починає пізно тримати голову, сидіти, стояти, ходити, можуть спостерігатися виражені порушення координації рухів, мимовільні рухи в окремих частинах тіла, відмічається тремтіння пальців витягнутих рук. Крім того, багато дітей **відстають в рості**. Спочатку відставання в моторному розвитку проявляється на фоні загальної м'язової ослабленості, низького м'язового тонусу, потім тонуc м'язів може підвищуватися і в дитини розвиваються спастичні парези і паралічі.

Мовленнєвий розвиток: У всіх випадках виявляються порушення формування мовлення, **в більшості дітей воно повністю відсутнє**, в інших – бідне, односкладове, спостерігаються утруднення в побудові речень, ехолалії і персеверації.

Інтелектуальна недостатність: Значне відставання в психофізичному розвитку; **ступінь зниження інтелектуального розвитку – різний**.

Емоційні розлади: Інтелектуальні порушення поєднуються з різноманітними порушеннями емоційної сфери і поведінки. **Діти не прагнуть спілкуватися, емоції – неадекватні, в деяких спостерігаються невмотивовані страхи.** За характером цих особливостей діти можуть нагадувати дітей з **аутизмом**. В інших дітей порушення поведінки проявляються у вигляді **загальної розгальмованості, афективної збудливості, часто з нападами гніву й агресії**. У всіх випадках в дітей спостерігаються виражені порушення регуляції поведінки і функції активної уваги.

Розумова відсталість, так звані *синдромальні форми з неуточненим симптомом успадкування*.

Серед описаних спадкових захворювань, що характеризуються розумовою відсталістю, найбільше значення для клінічної і дефектологічної практики мають **ті синдроми, діагностика яких можлива за сукупністю вроджених аномалій обличчя і кінцівок, соматоневрологічних і психопатологічних особливостей**. Тип спадковості багатьох з цих генетичних захворювань до цього часу неясний, в зв'язку з чим висловлюється думка про те, що вони можуть виникати під впливом цілого ряду неблагополучних факторів, різних поєднань генетичних впливів і впливів середовища. Прогноз стосовно навчання дітей погіршується в залежності від ступеня прояву супутніх, типових для цього порушення, різноманітних захворювань внутрішніх органів і, перш за все, серця, статевої й ендокринної систем. Для **ранньої діагностики захворювання поряд з характерним зовнішнім виглядом дитини, серцево-судинними аномаліями** важливе значення мають особливості розвитку дитини в перші два роки життя. На початку третього року соматичний стан дітей, зазвичай, помітно покращується і більш чітко виявляється **психомоторне недорозвинення**.

Діагностика цієї синдромальної форми розумової відсталості, як правило, не викликає значних труднощів: характерні особливості будови обличчя в сукупності з особливостями фізичного і психічного розвитку, соматичної і неврологічної симптоматикою є підставою для постановки діагнозу. Діагностика ще більше полегшується при наявності вроджених пороків серця, судин і підвищеного рівня кальція в крові.

Загальний зовнішній вигляд. «**Обличчя ельфа**» (синдром Вільямса): опущені донизу повні щоки, великий рот, повні губи, маленьке підборіддя, стиснутий у скронях лоб, своєрідний розріз очей, пласке перенісся, своєрідна форма носа із закругленим тупим

кінцем; рідкі довгі зуби. Ніжне дитяче обличчя з віком стає все грубішим.

Моторні порушення. У ранньому дитинстві діти відрізняються **вираженою соматичною ослабленістю, відставанням у зрості.** Діти, зазвичай, з великим запізненням освоюють навичку ходьби, яка в них нестійка, з вираженими порушеннями координації рухів; можуть спостерігатися мимовільні рухи в різних частинах тіла. Діти або **в'ялі, адинамічні, або, навпаки, занадто неспокійні, постійно кричать, погано сплять, погано їдять.** При цьому часто наявність рухової недостатності і відставання в строках розвитку статичних і локомоторних функцій іноді призводить до **помилкової постановки діагнозу дитячого церебрального паралічу.** Від народження дитини увагу на себе привертає **затриманий розвиток інтегративних функцій,** безпосередньо пов'язаних з руховим аналізатором, і, перш за все, із зорово-моторною координацією рухів. Діти зі значними труднощами і **запізненням оволодівають навичками самообслуговування.**

Мовленнєвий розвиток: В усіх випадках в дітей раннього віку **інтелектуальні порушення супроводжуються важкими порушеннями мовлення,** що (при відсутності ранньої корекційної роботи) створює вкрай несприятливі умови для використання компенсаторних можливостей мозку і негативно впливає на психічний розвиток дитини. При значній спрямованості дітей на спілкування для них характерне **значне відставання в ранньому мовленнєвому розвитку.** Перші слова в них з'являються біля 2,5 – 3 років, а фразове мовлення – біля 4 – 5 років. Зі зростанням дитини все чіткіше виявляється невідповідність між нормальним розвитком комунікативної функції мовлення і **різкою недостатністю її смислової і регулятивної функцій.**

Інтелектуальна недостатність: Ступінь прояву інтелектуальних порушень при цих синдромах широко варіативний, проте частіше – це **глибока розумова відсталість в ступені імбецильності.** Як виключення, можуть спостерігатися відносно легкі форми інтелектуальної недостатності. В усіх випадках інтелектуальна недостатність поєднується з **порушеннями працездатності, недорозвиненням пам'яті й уваги.** У дітей спостерігаються значні труднощі в навчанні навіть за спеціальними програмами, що пов'язано не тільки зі зниженням інтелекту, а й з порушеннями мовлення і зору та особливостями їхньої емоційно-вольової сфери. Для даної категорії дітей **у перші роки життя характерним є маскування інтелектуальної недостатності адекватною**

поведінкою, дружелюбністю, товариськістю. У цьому зв'язку батьки сприймають свою дитину як інтелектуально збереженою, а деяке відставання в розвитку пояснюють недостатністю мовлення і моторики, а також хворобливістю і ослабленістю на першому році життя.

Емоційні розлади і поведінка: Специфічні особливості емоційно-вольової сфери і поведінки: **схильність до афективних реакцій з приступами гніву й агресивності.** Проте в більшості випадків діти характеризуються веселим характером, вони надзвичайно піддаються навіюванню, довірливі, дружелюбні, спрямовані на спілкування з оточуючими. Водночас багато з них, особливо хлопчики, відрізняються лякливою, несамостійною, повільною в поєднанні з імпульсивною і збудливою. Діти з цим захворюванням особливо чутливі до похвали і ласки з боку дорослих, що може бути покладено в основу роботи по формуванню соціально прийнятних норм поведінки.

Деменція – друга основна форма розумової відсталості являє собою розпад більш або менш сформованих інтелектуальних та інших психічних функцій, тобто при деменції має місце *набутий інтелектуальний дефект.*

У ранньому віці розмежування олігофренії від деменції є надзвичайно складним, що пов'язано з тим, що будь-яке захворювання чи ушкодження мозку, які призводять до втрати раніше набутих навичок і розпаду сформованих інтелектуальних функцій, обов'язково супроводжується відставанням психічного розвитку в цілому. Саме тому підозра стосовно того, що дитина раннього віку має інтелектуальне порушення викликає ще більші труднощі в плані **розмежування набутої і вродженої інтелектуальної недостатності.** У цьому зв'язку набуте інтелектуальне порушення (пов'язане з прогресуючими органічними захворюваннями мозку, з епілепсією, шизофренією), яке розпочалося в перші роки життя дитини, має складну структуру, яка включає як окремі риси деменції, так і олігофренії. При переважанні останніх говорять про **олігофреноподібні стани.** Разом з тим, при виникненні деменції в дітей після трьох років її відмежування стає більш чітким, оскільки в дитини є період нормального інтелектуального розвитку. *Характерними ознаками деменції є виражені порушення розумової працездатності, пам'яті, уваги, регуляції поведінки, мотивації.* Крім того, *характерні особистісні й емоційні розлади: діти часто некритичні, розгальмовані, їх емоції – примітивні.* Якщо деменція

виникає в дитини трьох років, то перш за все втрачається мовлення, пропадають початкові навички самообслуговування, потім можуть втрачатися набуті навички – хода, прихильність до близьких тощо. Так, наприклад, у віці 12–18 місяців, коли дитина до цього часу нормально розвивалася, вона може починати втрачати ледь сформовані мовленнєві, локомоторно-статичні і предметно-маніпуляційні навички. Характерною ознакою різних форм деменції є *поява нецілеспрямованої (польової) поведінки, а також загальна рухова розгальмованість, афективна збудливість, некритичність, іноді з переважанням підвищеного фону настрою.*

Деменція (синдром Ретта, глибока розумова відсталість).

Характерною ознакою для цієї форми деменції є поєднання втрати цілеспрямованих ручних навичок зі стереотипними (одноманітними) рухами рук у вигляді їхнього потирання, заламування, «миття», своєрідних рухів рук перед грудьми чи підборіддям.

*Обличчя мало виразне, погляд часто непорушний, **можуть довго дивитися в одну точку перед собою.***

Стан шкіряних покривів: бліда шкіра, постійно холодні руки і ноги.

Загальна соматична ослабленість, різке зниження апетиту.

*Моторні порушення: недостатня координація рухів, труднощі прямостояння і ходьби. Не маючи виражених паралічів і парезів, діти ніби не вміють користуватися своїми ногами, не всі діти самостійно ходять. Відмічаються специфічні труднощі формування цілеспрямованих дій руки («диспраксія розвитку»). **Пози і рухи вкрай одноманітні, моторика незграбна.** Вони з труднощами маніпулюють будь-яким предметом, як правило, не граються з іграшками, не обслуговують себе. Неврологи, зазвичай, відмічають у них знижений загальний м'язовий тонус. Характерними є труднощі жування і ковтання (довго тримають їжу в роті, але не ковтають її), не вміють користуватися ложкою, хоча всі рухи в руках збережені.*

*Мовленнєвий розвиток значно затриманий внаслідок низької мовленнєвої активності дитини, проявами якого є виражені порушення звуковимовляння, ускладнені лексико-граматичним недорозвиненням. Спостерігаються **труднощі вступу в мовленнєве спілкування**, їхні відповіді непоширені, односкладові й **ехолалічні**, часом спостерігаються **періоди часткового або загального аутизму, тобто відмови від мовленнєвого спілкування.** Разом з тим, коли діти знаходяться в хорошому настрої, вони вільно користуються фразовим мовленням.*

Інтелектуальна недостатність поєднується з нерівномірністю розвитку мисленневих процесів, з несформованістю операцій аналізу, порівняння й узагальнення явищ і предметів оточуючого світу внаслідок того, що діти, перш за все, не можуть зосередитися, їхні відповіді носять імпульсивний характер, що **створює враження про нижчі, ніж насправді, їхні інтелектуальні можливості.**

Емоційні розлади значно ускладнюють інтелектуальну недостатність. Їхня емоційна сфера **відрізняються вираженою нерівномірністю в проявах емоційних реакцій**: дисонанс між інтуїтивними й усвідомленими емоційними реакціями. У цьому зв'язку діти можуть чутливо сприймати ставлення до себе оточуючих, настрій близьких, виявляти любов і інтерес до музики і разом з тим не переживати свій стан.

Диференціальна діагностика. Труднощі в оволодінні ходом і простими предметними діями, порушення координації рухів, низький м'язовий тонус – ці прояви є типовими не тільки для синдрому Ретта, але й дитячого церебрального паралічу, через що таким дітям впродовж тривалого часу ставиться **помилковий діагноз ДЦП.** Важливою особливістю цієї категорії дітей є також порушення спілкування з оточуючими, що може призвести до постановки **помилкового діагнозу раннього дитячого аутизму або шизофренії.**

У ранньому віці розмежування деменції й олігофренії є надзвичайно складним, що пов'язано з тим, що будь-яке захворювання чи ушкодження мозку, яке призводить до втрати раніше набутих навичок і розпаду сформованих інтелектуальних функцій, обов'язково супроводжується відставанням психічного розвитку в цілому. Саме тому підозра стосовно того, що дитина раннього віку має інтелектуальне порушення викликає ще більші **труднощі в плані розмежування набутої і вродженої інтелектуальної недостатності.** У цьому зв'язку набуте інтелектуальне порушення, пов'язане з прогресуючими органічними захворюваннями мозку, з епілепсією, шизофренією, що розпочалася в перші роки життя дитини, має складну структуру, яка включає як окремі риси деменції, так і олігофренії. При переважанні останніх говорять про **олігофреноподібні стани.**

Разом з тим, при виникненні деменції в дітей після трьох років її відмежування стає більш чітким, оскільки в дитини є період нормального інтелектуального розвитку. **Характерними ознаками деменції є виражені порушення розумової працездатності, пам'яті, уваги, регуляції поведінки, мотивації.** Крім того, **характерні особистісні й емоційні розлади:** діти часто некритичні,

розгальмовані, їх емоції – примітивні. Якщо деменція виникає в дитини трьох років, то перш за все втрачається мовлення, зникають початкові навички самообслуговування, потім можуть втрачатися набуті навички – хода, прихильність до близьких тощо. Так, наприклад, у віці 12–18 місяців, коли дитина до цього часу нормально розвивалася, вона може починати втрачати ледь сформовані мовленнєві, локомоторно-статичні і предметно-маніпуляційні навички. **Характерною ознакою деменції є поява нецілеспрямованої (польової) поведінки**, а також загальна рухова розгальмованість, афективна збудливість, некритичність, іноді з переважанням підвищеного фону настрою.

Б. Затримка психічного розвитку

Поряд з тяжкими розладами нервової системи, що зумовлюють порушення в розвитку, в багатьох дітей раннього віку можуть спостерігатися лише **окремі, нерізко виражені рухові порушення в поєднанні з підвищеною збудливістю, руховим неспокоєм, погіршенням сну, апетиту тощо**. Це діти з так званою *мінімальною мозковою дисфункцією*, які становлять дуже поліморфну групу. Їхньою загальною якістю є наявність **у перші роки життя так званих «малих неврологічних ознак»**, які, зазвичай, поєднуються з проявами психічного дизонтогенезу як в інтелектуальній, так і в емоційно-вольовій сфері. Всі відхилення нервової системи в них відрізняються мінливістю. Так, **на першому році життя в деяких дітей спостерігається відставання темпу психомоторного розвитку, а біля 2 – 3 років чітко виявляється мовленнєве недорозвинення**.

Моторний розвиток. У багатьох дітей вже в перші роки життя виявляється **рухова розгальмованість**, так звана гіперкінетична поведінка: вони дуже непосидючі, постійно знаходяться в русі, вся їхня діяльність нецілеспрямована, ні одну з розпочатих справ вони не можуть довести до кінця. Для багатьох дітей характерною є **моторна незграбність**, у них слабо розвинені тонкі диференційовані рухи пальців рук, внаслідок чого вони важко оволодівають навичками самообслуговування (довго не можуть навчитися застібами гудзики, зашнуровувати черевики тощо). Поява таких дітей завжди вносить неспокій, вони бігають, метушаться, ламають іграшки.

Інтелектуальні порушення. При затримці психічного розвитку, на відміну від розумової відсталості, **має місце зворотність інтелектуального розладу**. Особливістю затриманого психічного розвитку є **нерівномірність порушень різних психічних функцій**;

при цьому логічне мислення може бути збереженим у порівнянні зі станом сформованості пам'яті, уваги, розумової працездатності тощо. Крім того, на відміну від олігофренії в дітей із затримкою психічного розвитку **відсутня інертність психічних процесів**, вони здатні не тільки приймати педагогічну допомогу, але й переносити засвоєні розумові навички в інші ситуації та інші види діяльності. За допомогою дорослого вони можуть виконувати запропоновані їм інтелектуальні завдання на близькому до норми рівні. Разом з тим, в дітей внаслідок недостатньої концентрації на суттєвих ознаках спостерігається недорозвинення мисленнєвих операцій. Для цієї категорії дітей характерна низька (в порівнянні з нормально розвиненими однолітками) пізнавальна активність дітей.

Мовленнєві порушення: При затримці психічного розвитку спостерігаються **відставання в розвитку мовлення** з достатньо стійкими фонетико-фонематичними порушеннями і розладами артикуляції. Через недостатність в артикуляційній моториці в дітей спостерігаються спотворення і заміни в звуковимовлянні, а порушення фонематичних процесів і функцій спричиняють вади сприйняття на слух фонем схожих за звучанням, в результаті чого в дітей виявляють **вади імпресивної сторони мовлення**. Характерною особливістю даної категорії дітей є **розсіяна мовленнєва увага**, обмежений її обсяг, фрагментарність, які підсилюються по мірі виконання пред'явленого завдання, що свідчить про наявність підвищеної **мовленнєвої виснаженості дітей**, внаслідок чого в певний момент вони сприймають лише тільки частину запропонованої інформації. Ці порушення можуть затримувати як процес формування експресивного й імпресивного мовлення, так і процес формування понять.

Емоційні порушення, особливості поведінки. Характерні порушення поведінки цих дітей пов'язуються зі **слабкістю регуляції довільної поведінки, недостатністю її цілеспрямованості, несформованістю функції самоконтролю**. Діти, як правило, відрізняються емоційною нестійкістю, з труднощами пристосовуються до дитячого колективу, їм притаманні коливання настрою і підвищена стомлюваність. Хоча, як відомо, ця категорія дітей є дуже неоднорідною, разом з тим, специфічними для неї є **особливості, що виступають на перший план**, а саме: уповільненість становлення емоційно-особистісних характеристик і довільної регуляції поведінки при нерізько виражених порушеннях в інтелектуальній сфері. Уже в ранньому віці і особливо в кінці дошкільного віку в дітей чітко проявляються **різні форми**

інфантилізму (затримане формування особистісної готовності до навчання, труднощі формування почуття обов'язку, критичності стосовно своєї поведінки). Вони, як правило, привітні, товариські, часто підвищено жваві, вкрай навіювані і схильні до наслідування, однак їхні емоції, зазвичай, поверхові і нестійкі. Деякі з дітей **відрізняються підвищеною емоційною збудливістю, забіякуватістю, імпульсивною поведінкою**. Більшість дітей нездатні до тривалої ігрової діяльності, не вміють обмежувати свої бажання, бурхливо реагують на всі заборони, відрізняються впертістю.

Спостерігаються також форми затримки психічного розвитку, при яких **емоційно-вольова і особистісна незрілість** поєднується з недостатністю різних компонентів пізнавальної діяльності.

В. Сенсорні порушення. Недорозвинення органів слуху чи зору позбавляє дитину одного з важливих джерел інформації, що зумовлює її відставання в психофізичному розвитку. Ступінь відставання значною мірою залежить від тяжкості і часу виникнення сенсорних вад і від початку корекційної роботи.

Порушення слуху

Мовленнєвий розвиток. При вродженій глухоті, а також в тих випадках набуття глухоти, коли вона настає в домовленнєвий період або на самому початковому періоді розвитку мовлення, дитина не може оволодіти мовленням без спеціальної медико-педагогічної допомоги. Якщо ж в неї на момент втрати слуху був певний мовленнєвий запас, то при відсутності спеціального навчання цей запас не тільки не збагачується, але й поступово втрачається. Таким чином, дефектологічний термін «глухонімота» відображає **причинну залежність** між відсутністю мовлення і ураженням слуху і **протиставляється дитячій афазії** («глухонімоті»), яка характеризується відсутністю або недорозвиненням мовлення при нормальному стані біологічного слуху. При цьому зазначимо, що будь-яких органічних уражень мовленнєвого апарату як в периферійному його відділі, так і в центральному (тобто в слухомовленнєвій і мовленнєворуховій областях мозкової кори) в даній категорії дітей, як правило, не відмічається. Для дітей з порушеннями слуху (в основному для слабочуючих) типовим є недорозвинення всіх компонентів мовлення, що безпосередньо пов'язано зі слуховою недостатністю. Проте в цієї категорії дітей можуть спостерігатися і такі форми мовленнєвої патології, які безпосередньо не пов'язані зі станом слухової функції: заїкання (після

двох років), порушення темпу мовлення, ринологія, дизартрія, порушення голосу, алалія, рання дитяча афазія.

Разом з тим, в багатьох глухих і слабочуючих дітей відмічаються різні **порушення голосу**: недостатня звучність, не відповідна віку дитини висота (занадто високий чи занадто низький голос), фальцет, гугнявість, крикливість. Якість голосу значною мірою залежить від часу втрати слуху і від обсягу залишкової слухової функції. Більш звучним голосом і більш природнім тембром оволодівають діти, які втратили слух в порівняно пізнішому періоді і які зберегли значні залишки слуху. При дослідженні голосового апарату в них нерідко виявляються деякі зміни: неповне змикання голосових зв'язок, порівняно раннє окостеніння хрящів гортані. Проте ці зміни є не причиною, а наслідком неправильного функціонування голосового апарату дитини, що, своєю чергою, пов'язано з відсутністю в неї слухового контролю за фонаторною функцією.

На відміну від вітального, звичайного, дихання, яке в дитини з порушенням слуху не має будь-яких помітних відмінностей від норми, **мовленнєве дихання** має суттєві відмінності. Оволодіваючи в процесі спеціального навчання усним мовленням, така дитина не набуває в достатньому ступені специфічних навичок, що характеризують нормальне мовленнєве дихання, а саме: навичок тривалого видиху й економної витрати повітря; в неї й під час мовлення зберігається короткий вільний видих, властивий звичайному диханню у спокої. Як наслідок, мовлення багатьох дітей носить «рубаний» характер, тобто переривається паузами для вдиху після кожного складу чи слова. У дітей з вродженою і набутою в домовленнєвий період глухотою відмічаються більш виражені порушення мовленнєвого дихання, ніж у тих, хто втратив слух в період формування мовлення.

В процесі навчання дітей з порушеннями слуху усному мовленню вади голосу і мовленнєвого дихання значною мірою усуваються, а при ранній допомозі можуть бути попереджені.

Характер відставання в розвитку мовлення безпосередньо залежить від ступеня зниження слуху і часу виникнення слухового дефекту. Основною причиною, що зумовлює відставання в розумовому розвитку дитини з порушеннями слуху, визнаються мовленнєві вади. При відсутності ранньої корекційної роботи **недорозвинення мовлення поєднується з недостатністю абстрактно-логічного мислення, що визначає специфіку вторинної затримки психічного розвитку** цієї категорії дітей.

Розумовий розвиток. Серед дітей з порушеннями слуху є діти з **нормальним інтелектом, з вторинною затримкою психічного розвитку і діти розумово відсталі.** Такий нерівномірний розвиток інтелекту зумовлений не тільки ступенем тяжкості слухової вади і часом початку корекційної роботи, а також причинами ураження слуху. При деяких спадкових формах **вади слуху можуть мати парціальний характер,** тобто не поєднуватися з іншими первинними відхиленнями в нервово-психічній сфері дитини. У цих випадках при ранній корекційній роботі розумовий розвиток дитини може бути нормальним. Разом з тим, є **синдромні спадкові аномалії слуху, що поєднуються з вадами зору, інтелекту, опорно-рухового апарату та іншими нервово-психічними і соматичними порушеннями.** Вади слуху, що виникають в дітей у зв'язку з родовою травмою, гемолітичною хворобою новонароджених, менінгоенцефалітом та іншими ураженнями центральної нервової системи, зазвичай, поєднуються з різними **неврологічними і психопатологічними синдромами,** діапазон яких достатньо широкий – від порушень розумової працездатності різного ступеня вираженості при нормальному інтелекті до розумової відсталості нерідко в поєднанні з руховими та іншими розладами.

Диференціальна діагностика. Розпізнання порушень слуху в дітей старшого дошкільного віку, зазвичай, не являє собою труднощів. Значні труднощі в діагностиці порушень слуху і **відмежуванні їх від алалії** виникають при обстеженні дітей переддошкільного віку. Приводом звертання за допомогою стає, як правило, затримка в розвитку мовлення або розпад мовлення, що вже почало формуватися. Сучасна діагностика при цьому базується, головним чином, на визначенні взаємозв'язку між станом слуху і розвитком мовлення і часто потребує спільної роботи фахівців з різних галузей науки (отіатра, сурдопедагога, психоневролога, логопеда). Особливі труднощі виникають при дослідженні слуху в дітей, які не виявляють явних залишків слуху. У цьому зв'язку при обстеженні стану слуху в таких малюків набувають методи об'єктивної аудиметрії, при якій виключається необхідність мовленнєвого контакту з дитиною, яка обстежується.

Соціальна адаптація дітей з порушеннями слуху часто ускладнюється емоційними і поведінковими розладами, які формуються як вторинні за рахунок сенсорної і соціальної депривації, що виникає в неадекватних умовах виховання дитини як в дитячому закладі, так і в сім'ї. Крім того, поведінкові й емоційні порушення можуть бути зумовлені також органічним ураженням центральної

нервової системи. Особливо шкідливий вплив на психічний розвиток дитини надають прогресуючі порушення слуху.

Порушення зору

Ступінь прояву відставання в психічному розвитку в сліпих і слабозорих дітей залежать від причин, тяжкості і часу виникнення порушень зору, а також від своєчасного початку корекційної роботи.

Моторний розвиток. Слабозорість викликає відхилення в фізичному розвитку дитини, оскільки не дозволяє їй вільно орієнтуватись в навколишньому світі, зводить до мінімуму рухову активність. При цьому неповнота, неточність, фрагментарність, сповільненість зорово-просторового орієнтування визначає й загальне збіднення предметних уявлень, і зниження рівня чуттєвого досвіду дітей.

Вади зору часто гальмують своєчасне формування рухових навичок і умінь, тим самим визначаючи знижений рівень *моторної активності* дитини з порушеннями зору, її загальну уповільненість. На цьому фоні часто виникають рухові стереотипно одноманітні рухи у вигляді струшування руками перед очима, ляскання руками тощо. Для дітей з вадами зору характерні також *мала психічна активність, підвищена виснаженість*, що свідчить про органічну ураженість їхньої центральної нервової системи.

Мовленнєвий розвиток. У зв'язку з порушеннями діяльності зорового аналізатора в сліпих і слабозорих дітей може проявлятися своєрідність мовленнєвого розвитку, яке часто не вкладається у звичні вікові межі і виражається в особливостях мовлення (вадах словниково-семантичної системи мовлення, «формалізмі», ехोलаліях тощо). Розлади мовлення в сліпих і слабозорих дітей є складною вадою, в якій прослідковуються певні зв'язки і взаємодія мовленнєвої і зорової недостатності. Мовленнєві порушення в дітей із зоровою вадою різноманітні, складні за ступенем вираженості, структурою і зачіпають мовлення як цілісну систему, де власне мовленнєві порушення не є єдиним ядром мовленнєвої вади. Це пояснюється значною мірою тим, що формування мовлення таких дітей відбувається в більш складних умовах, ніж у зрячої дитини. У сліпих і слабозорих дітей порушення мовлення як складна вада поєднується не тільки з розладами всіх компонентів мовленнєвої діяльності, але й багатьма немовленнєвими функціями.

Ступінь і якість порушень різних мовленнєвих компонентів в різних дітей з глибокими вадами зору представлені по-різному, що визначає різні рівні сформованості їхнього мовлення в більшості випадків як системного недорозвинення.

Особливостями розумового розвитку дітей з порушеннями зору є **слабкість абстрактного мислення, обмеженість знань і уявлень про оточуючий світ з переважанням загальних, неконкретних знань**: при достатньому формальному словниковому запасу нерідко спостерігається неточна предметна співвіднесеність слів. Особливістю впливу порушення зору на розвиток пізнавальної діяльності дітей дошкільного віку є те, що порушення зору не є ізольованим «випадінням» аналізатора, а порушує весь хід розвитку дитини. До причин, які обумовлюють своєрідність розумової діяльності дітей дошкільного віку з порушеннями зору відносять функціональне порушення деяких фізіологічних систем, соматичне ослаблення і відставання в психофізичному розвитку.

При цьому спостерігається якісне зниження показників мовленнєвого розвитку при виконанні завдань на опис об'єктів реального світу, навіть у тих випадках, коли діти із цими об'єктами перебувають практично в постійному контакті.

Г. Тяжкі порушення мовлення

До тяжких порушень мовлення дітей переддошкільного віку найперше відносять такі **системні вади**, як алалії, судомний синдром з гострою сенсомоторною алалією й афазією (синдром Ландау-Клефнера) і дитячі афазії (в основному після трьох років).

Алалія – специфічне мовленнєве недорозвинення – виникає в результаті ураження відповідних відділів кори головного мозку в домовленнєвий період і характеризується відсутністю або обмеженням мовлення внаслідок ураження в домовленнєвому періоді мовленнєвих зон великих півкуль головного мозку або їхнього недорозвинення. При встановленні діагнозу алалія необхідно враховувати порушення слуху, механічні причини порушень артикуляції, анатрії і розлади інтелекту.

Порушення мовлення. Порушення мовлення при алалії завжди має системний характер, що охоплює фонетико-фонематичну і лексико-граматичну сторони мовлення і поєднується з вираженими порушеннями її комунікативної функції. При алалії не розвинуте мовленнєве наслідування, внаслідок чого порушується відображене мовлення, тобто утруднене повторення складів, слів і особливо речень. Порушення організації звукових одиниць в лінійну послідовність проявляється в **недостатності або відсутності лепету, а в подальшому – в своєрідних порушеннях складової структури слів і специфічних труднощах при побудові речень**.

На кожному віковому етапі в залежності від рівня мовленнєвого розвитку ці порушення проявляються в різних формах. Розрізняють

моторну і сенсорну алалію, відповідно зумовлені порушенням функцій лобно-тім'яних і скроневих областей великих півкуль головного мозку. Такий поділ є достатньо умовним, оскільки при моторній алалії часто спостерігаються сенсорні порушення і навпаки. Проте при моторній алалії на всіх вікових етапах відмічається виражене *недорозвинення вимовного (експресивного) мовлення при більш збереженому її розумінні (експресивного мовлення), хоча діти часто неправильно розуміють значення слів*. Для моторної алалії також характерне порушення ритмічної сторони мовлення: дитина говорить повільно, з паузами між складами і словами, слова часто вимовляються поскладово з характерними артикуляційними пошуками відповідних звуків. Грубо порушена мовленнєва інтонація. Дитина не спроможна правильно повторити слова, при цьому характерними є різні варіанти спотворень вимовляння одних і тих же слів. Пасивний словник збільшується дуже повільно і довгий час залишається обмеженим словами повсякденно-побутової тематики. Моторна алалія характеризується значним гальмуванням процесу формування в дітей фразового мовлення і процесу оволодіння граматичною будовою рідної мови. Діти з моторною алалією, навіть якщо мають певний словниковий запас, часто відмовляються говорити і вже з раннього віку намагаються користуватися жестами.

Сенсорні алалії характеризуються розладами розуміння мовлення при збереженому елементарному слуху. В дітей з сенсорною алалією порушені фонематичні процеси і функції і вкрай лабільна слухова увага. На противагу моторній алалії діти, які страждають сенсорною алалією, проявляють мовленнєву активність, починаючи з періоду лепету. Від слабчучих і глухих дітей вони відрізняються дзвінким голосом, розвитком інтонації, реакцією на звуки навіть невеликої інтенсивності, не користуються зором для уловлювання мовлення, а жестикуляції супроводжують голосові реакції.

Особливості психічного розвитку дітей з алалією характеризуються нерівномірністю. В ранньому віці ці діти, як правило, проявляють інтерес до іграшок, ігор, добре орієнтуються в побуті, володіють навичками самообслуговування, їхні емоції достатньо диференційовані. Разом з тим, відмічається обмежений запас знань і уявлень про оточуючий світ, затримується розвиток словесно-логічного мислення. Крім того, ці діти відрізняються малою психічною активністю, слабкістю спонукань, підвищеним гальмуванням, схильністю до негативізму. Вони відмовляються від виконання завдань, що вимагають від них інтелектуального напруження. Частими також є порушення функцій активної уваги і

пам'яті, при цьому в першу чергу в дітей страждає словесна (вербальна) пам'ять. Оскільки в регуляції довільної діяльності провідна роль належить мовленню, то при моторній алалії завжди має місце порушення довільної регуляції психічних процесів і дитина постійно потребує організуючої допомоги дорослого.

Інтелектуальний розвиток. У малюків з цим мовленнєвим розладом є затримка психічного розвитку. Природа цієї затримки трактується по-різному: як така, що залежить від мовленнєвого розвитку, і як така, що не поєднується з олігофренією, хоча в дітей і наявні особливості інтелекту: примітивізм, конкретність мислення. Цим поглядам протистоїть точка зору, відповідно якій недорозвинення при алалії є одним із проявів загального психічного недорозвинення. Водночас відстоюється висновок про те, що за станом образного і понятійного мислення, результати якого виражаються в невербальній формі, діти з алалією не відрізняються від норми. Разом з тим, визнається, що на процес і результати мислення такої дитини впливають недоліки в знаннях і особливо порушення в самоорганізації (психофізична розгальмованість або навпаки загальмованість, відсутність зацікавленості завданням тощо). У дослідженнях психоневрологів і психіатрів підкреслюється складний характер інтелектуальних порушень у дітей з алалією. Вважається, що будь-яке локальне ураження мозку, тим більше такої системи, як мовленнєва, яка виникає у внутрішньоутробному, родовому періоді або в ранньому віці, не може не викликати того чи іншого варіанту психічного недорозвинення. У цьому зв'язку стверджується, що в дітей з алалією є порушення інтелекту як цілісної пізнавальної діяльності. В інших роботах доводиться, що практично-дієве і наочно-образне мислення в них значно переважає над абстрактно-логічним через що, чим *молодші діти*, тим вони більше справляють враження інтелектуально збережених, а їхня інтелектуальна недостатність маскується тяжкістю мовленнєвого дефекту. Проте з *віком* у них з труднощами формуються поняття про форму і величину предметів, операції порівняння, узагальнення за суттєвими ознаками, а в подальшому – навички лічби. Характерні порушення розумової діяльності проявляються у вигляді уповільнення мислення, труднощів його переключення, вираженої перенасиченості і виснаженості.

Водночас необхідно зазначити, що сам факт існування таких протилежних думок стосовно інтелекту дітей з алалією свідчить про неоднорідність структури цього мовленнєвого розладу.

Синдром Ландау-Клефнера. Судомний синдром і гостра сенсомоторна афазія й алалія (синдром Ландау-Клефнера) характеризується *поєднанням епілепсії з гострим системним порушенням мовлення.*

Судомний синдром і гостра сенсомоторна афазія. При афазії захворювання виникає гостро, без видимих причин і проявляється у *втраті можливості розуміти звернене мовлення і говорити.* Судомні напади в одних випадках передують афазії, в інших – виникають через певний строк після втрати мовлення. Вони також можуть проявлятися атипично і їхня епілептична структура може бути визначена лише за допомогою ЕЕГ. *Мовленнєва вада* відрізняється стійкістю і поєднується зі специфічними труднощами поведінки та інтелектуальної діяльності. Крім того, в дітей часто проявляються *рухова розгальмованість, афективна збудливість, розлади уваги і мовленнєвий негативізм.*

При *судомному синдромі й алалії* з перших років життя виявляється стійке системне недорозвинення мовлення, що поєднується з порушеннями поведінки і розумової працездатності. Мовленнєва вада супроводжується судомними нападами, які характеризуються значним поліморфізмом.

Диференціальна діагностика. Синдром Ландау-Клефнера необхідно віддиференційовувати від глухоти, раннього дитячого аутизму і деменції.

Д. Порушення спілкування

Ранній дитячий аутизм. На сьогодні багато аспектів цього захворювання залишаються невиясненими, не дивлячись на те, що це порушення вивчається в усьому світі на основі комплексного міждисциплінарного підходу з урахуванням сучасних досягнень нейрофізіології, психології, фармакології, генетики, психіатрії і неврології. Значна увага надається ранній діагностиці аутизму, основу якого складають наступні групи основних ознак: ***порушення контактів з оточуючим світом, специфічні мовленнєві та емоційні відхилення у психомоторному розвитку дитини.*** Ранній дитячий аутизм являє собою особливий варіант аномального розвитку, який частіше всього виявляється у перші 2–3 роки життя дитини. ***Основною його ознакою є порушення контакту дитини з оточуючим світом і перш за все – з людьми.*** Дитина занурена у світ власних переживань, часто повністю відгороджена від зовнішнього світу, замкнута й уникає спілкування з дітьми, не дивиться в очі оточуючих, відгороджується від тілесного контакту і ласки близьких,

не помічає інших людей, може одноманітно підстрибувати на місці або бігати на пальцях по колу, нашіптувати, викрикувати окремі слова або звукосполучення тощо. Однією з **перших ознак аутизму** є відсутність зорового контакту, штовхоподібний погляд, переважання периферійного зору над центральним при збереженні зорової функції як такої. Для цих дітей характерна **одноманітна, ніби нецілеспрямована рухова активність**, яка проявляється у стрибках, лясканні, бігу навшпиньках, своєрідних рухах пальців рук біля зовнішніх кутів очей та ін. Їхнє рухове занепокоєння чергується з **періодами загальмованості, застигань** в одній позі, своєрідними страхами. Характерною особливістю розвитку дитини при аутизмі є **нерівномірність розвитку в цілому**, а також окремих психомоторних функцій. Відмічаються також особливості і слухового сприйняття: дитина не реагує на мовленнєве звертання, хоча її біологічний слух нормальний.

Особливості психофізичного розвитку. На першому році життя звертає на себе увагу порушення життєво важливих функцій при відсутності явних соматичних і неврологічних розладів. Так, вже з перших місяців життя може виникнути **проблема з годуванням дитини** через недостатню координацію смоктальних і ковтальних рухів, дуже рано дитина починає **відмовлятися від грудного годування**, а в подальшому вона погано жує, довго тримає їду в роті, **надто вибіркова в їді**, відмовляється від усіх її нових видів; у неї також спостерігаються виражені **порушення сну**, з великими труднощами формуються навички охайності.

Однак найбільше у неї порушений емоційно-особистісний розвиток. Важливим критерієм ранньої діагностики аутизму є порушення довербальної комунікативної поведінки. Розумові здібності дітей з аутизмом можуть бути різними: в одних випадках інтелект збережений, в інших – відмічається розумова відсталість і, крім того, серед таких дітей зустрічаються обдаровані. Проте у всіх випадках має місце своєрідна нерівномірність їхнього психомоторного розвитку. У зв'язку з тим, що проблема аутизму значно менше (у порівнянні з іншими) представлена у вітчизняній психолого-педагогічній літературі, детальніше охарактеризуємо симптоматику його проявів. Окремими виразниками змін в організації досвіду дитини є такі характерні симптоми, як:

зниження потреби в спілкуванні (не переносять погляду в очі, не просяться на руки, не горнуться до матері, яка взяла їх на руки, не виявляють комплексу поживавлення при контакті з матір'ю, не потребують ласки і самі не пестять;

оборонна реакція у вигляді відсторонення та уникнення (відвертання, небажання слухати, торкатися);
відгородженість від оточуючих (настороженість, підозрілість, відмова від співпраці, байдужість до однолітків, нездатність адаптуватися до життя в дитячому закладі) або реакції залежності і підпорядкованості (різка сором'язливість, невміння захистити себе);
підвищена чутливість до звуків, яскравого світла, швидких рухів і любов до різних затишних, затемнених куточків, до самотності;
феномен тотожності або прагнення до підтримання незмінності середовища;
низька здатність до розуміння емоційної поведінки оточуючих, до співпереживання й емоційного зараження;
особливості рухової поведінки (рухові стереотипи: згинання і розгинання пальців, бігання по колу, обертання навколо своєї осі тощо);
можливість успішного оперування певними узагальнюючими поняттями при труднощах в наочно-дієвій поведінці;
формування монологічного мовлення раніше діалогічного;
наявність в дитячому висловлюванні «розумних» слів при невмінні користуватися стверджувальними і негативними частками так і ні;
засвоєння значення займенника він раніше, ніж значення займенників ти і тим більше я;
іноді занадто прискорене мовлення ,
віддаленість і певна оригінальність дитячих понятійних асоціацій та неспроможність у практичному житті (невміння вступити в спілкування, зав'язати дружні стосунки, захистити себе, знайти практичне адекватне застосування своїм намірам).

Не дивлячись на те, що аутизм виникає під впливом різних причин, однак у всіх випадках провідне значення має спадковий нахил до такої своєрідної форми порушеного розвитку. При цьому зазначимо, що **окремі прояви аутизму можуть спостерігатися в різних категорій дітей** з відхиленнями в розвитку (аутизм з хворобою Дауна, з фенілкетонурією та іншими формами розумової відсталості; аутичні форми поведінки при синдромі ламкої Х-хромосоми та ін.). Інтенсивні дослідження, проведені в останні роки у багатьох країнах, показали високу частоту цього захворювання, яку можна співставити лише з хворобою Дауна – найбільш розповсюдженою формою розумової відсталості. Останніми дослідженнями раннього дитячого аутизму доводиться, що

відмежуванню від клінічно подібних форм дитячого аутизму, в тому числі шизофренічного, а також від інших своєрідних дизонтогеній, сприятиме впровадження нейропсихопаралінгвістичного вивчення цього синдрому (Л. А. Булахова, Є.М.Вінарська, В. Є. Каган, Є.М. Мастюкова тощо). Разом з тим, зіставлення етіопатогенезу, нейропсихологічних і нейрофізіологічних особливостей в різних синдромах аутизму заслуговують найпильнішої уваги. Це допоможе ранній диференціації клінічно різних аутичних синдромів в дітей, без чого неможливо побудувати обґрунтовану й ефективну систему терапії та реадаптації.

Отже, теоретичні знання структури таких типологічних синдромів порушень розвитку, як олігофренія, алалія, рання глухота, ранній дитячий аутизм, дитячий церебральний параліч сприятиме діагностичній і прогностичній діяльності корекційного педагога і психолога. Крім того, ці знання допоможуть практику у визначенні оптимальної системи психолого-педагогічного впливу на дитину з розладами, зумовленими порушеннями в розвитку раннього віку.

Узагальнюючи, зазначимо, що, як показує аналіз матеріалів, представлених в попередніх розділах, в дослідженні проблеми ранньої допомоги дітям переддошкільного віку досягнуто значних успіхів. Водночас в загальній і спеціальній психолого-педагогічній теорії і практиці у вирішенні проблеми ранньої допомоги дітям з особливостями в психофізичному розвитку *недостатньо враховується провідний спосіб взаємодії дитини раннього віку із зовнішнім середовищем – емоційне спілкування й емоційне пізнання.*

РОЗДІЛ 3

ЕМОЦІЙНИЙ КОМУНІКАТИВНО-ПІЗНАВАЛЬНИЙ РОЗВИТОК ЯК ОБ'ЄКТ ДІАГНОСТИКИ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Цілісні функціональні системи організму дитини переддошкільного віку невіддільні від її емоційно-комунікативної й емоційно-пізнавальної активності, в процесі якої закладаються основи вищих психічних функцій малюка. Методи вивчення таких функціональних систем, як мовлення, мислення, поведінка в цілому, на нашу думку, повинні бути і не можуть не бути одночасно методами вивчення такої активності. Саме синкретизм (неподільність) поведінкових реакцій дитини раннього віку диктує синтетичний характер відповідних прийомів її вивчення. Важливість застосування такого підходу ми вбачаємо в тому, що й емоційне спілкування, і емоційне пізнання малюка мають різноманітні прояви (вегетативні, рухові і психічні). Серед цієї різноманітності проявів особливе значення можуть мати так звані вроджені звукові комплекси: дитячий крик, сміх і плач, гуління і лепіт, а надалі – набуті комплекси (слова і перші речення), які слугують адаптації організму до зовнішнього середовища і специфічній взаємодії з ним. У подальшому ми будемо розглядати звукові реакції, що змінюють одна одну, як один з можливих показників структури емоційної комунікативно-пізнавальної активності дітей раннього віку. Тобто, розглядати їх як активність, що забезпечує проведення соціальних впливів зовнішнього середовища на процеси біологічного дозрівання, які протікають в організмі дитини.

3.1. Загальні принципи і методи діагностики стану емоційного комунікативно-пізнавального розвитку дітей переддошкільного віку

Діагностика відхилень в розвитку дитини переддошкільного віку, як свідчать матеріали Розділу 2, базується *на принципі врахування* в порівняльному аналізі *загальних і специфічних закономірностей психічного розвитку нормального й аномального розвитку*. Діагностика носить комплексний характер, тобто при її проведенні враховуються дані клінічної медицини (дитячої психоневрології, медичної генетики, педіатрії), дефектології, психології. Крім того, діагностика спирається на дані параклінічних і лабораторних досліджень. Сучасний рівень розвитку медичної генетики, клінічної медицини і психології дозволяють не тільки діагностувати різні

форми відхилень (затримка психічного розвитку, загальне недорозвинення мовлення, аномалії розвитку при різних спадкових захворюваннях нервової системи, дитячому церебральному паралічу тощо), але й оцінити ступінь і особливості сформованості вищих психічних функцій. При цьому важливим є **принцип врахування виявлених клінічних і психолого-педагогічних механізмів порушень**. Базуючись на результатах аналізу специфіки відхилень розвитку, патогенетичних механізмах порушення, враховуючи локалізацію і розповсюдженість уражень центральної нервової системи, педагог і психолог зможуть правильно зорієнтуватися в структурі вади. Такий підхід сприяє виділенню симптомокомплексу порушення, а також клінічних, педагогічних та інших закономірностей динаміки його протікання. Знання конкретних нервово-психічних захворювань і синдромів розвитку і їхня діагностика в дитини з обмеженими можливостями здоров'я відкриває нові перспективи для лікування і психолого-педагогічної корекції багатьох форм порушеного розвитку і, перш за все, розумової відсталості, мовленнєвих і складних порушень, а також дитячого аутизму.

Разом з тим, важливе місце в процесі діагностики і прогнозу психофізичного розвитку дитини, на нашу думку, має надаватися **принципу зв'язку між дизонтогенетичними й енцефалопатичними порушеннями різних мозкових структур**, тобто між ознаками порушеного розвитку й ушкодженнями різних мозкових структур. Частіше енцефалопатичні розлади в дітей проявляються у вигляді **різних порушень емоційної сфери і поведінки** – неврозоподібних і психопатоподібних синдромів, епілептиформних розладів, а також стійких і виражених порушень працездатності, пам'яті, уваги. Водночас в загальній і спеціальній психолого-педагогічній теорії і практиці у вирішенні проблеми ранньої допомоги дітям з особливостями в психофізичному розвитку **недостатньо враховується провідний спосіб взаємодії дитини раннього віку з навколишнім середовищем – емоційне спілкування й емоційне пізнання**. У цьому зв'язку важливим і доцільним є впровадження підходу, який ґрунтується на неподільності, синкретизмі поведінкових емоційних соціально-адаптивних реакцій дитини раннього віку і об'єднуючому характері відповідних прийомів для їхнього вивчення і розвитку.

Важливе значення в діагностиці порушень емоційного комунікативно-пізнавального розвитку ми надаємо **принципу врахування результатів системного аналізу стану вищих психічних функцій**, який є надзвичайно важливим в системі

комплексного обстеження дитини при співставленні нейропсихологічних і неврологічних порушень з даними електрофізіологічних та інших методів обстеження. Однак роль цього методу очевидна тільки при врахуванні загальних принципів еволюції мозку, перш за все, **принципу гетерохронності** (нерівномірності) його розвитку. Значення цього принципу полягає у врахуванні того, що в переддошкільному віці можливий деякий регрес в становленні вищих психічних функцій, особливо коли у віці трьох років вада певної психічної функції стає більш вираженою. Урахування принципу гетерохронності дає педагогу змогу зробити висновок, що недостатність певної ВПФ у такої дитини не обов'язково вказує на локальну недостатність функції, а може бути обумовлена особливостями міжкульової взаємодії.

У неврологічних, медичних, психолого-педагогічних дослідженнях дітей раннього віку в основу вивчення стану їхнього розвитку покладається також **принцип кількісного виміру** вроджених здібностей малюка, тобто визначаються відхилення в розвитку певної функції від її «нормального типового стандарту».

Проблема **методу вивчення** стану комунікативно-пізнавального розвитку дітей переддошкільного віку не проста і неоднозначна. По перше, методи обстеження, що застосовуються, залежать *від рівня розвитку науки*, від тих принципів положень, теоретичних, методологічних установок, на яких дана галузь науки базується. По друге, вивчення стану розвитку дитини і вибору прийомів залежать *від того завдання*, яке ставить перед собою педагог (диференціально-дігностичне, психолого-педагогічне, психокорекційне тощо). Психолого-педагогічне, патопсихологічне, нейропсихологічне дослідження дитини переддошкільного віку включає в себе *ряд обов'язкових компонентів*: **бесіду** з батьками дитини, бесіду з дитиною, спостереження за поведінкою дитини під час проведення обстеження, аналіз історії розвитку дитини, співставлення одержаних даних обстеження з історією розвитку. Надзвичайно важливим (хоча в силу об'єктивних обставин це не завжди можливо) є проведення обстеження дитини в динаміці, тобто через півроку, рік, два.

Як відомо, увага педагогів і психологів при вивченні особливостей розвитку дитини раннього віку **спрямовується**, перш за все, на **спостереження** за її поведінкою з метою виявлення і розмежування в її психічній діяльності тих здібностей і здатностей, кожна з яких по своєму переробляє інформацію, що поступає. Внаслідок того, що умови, за яких виникає явище, що вивчається, так само, як і обставини, що його супроводжують, можуть змінюватися в силу

природних причин, то є можливість (повторюючи спостереження одного і того ж явища в різні моменти) встановити існування деяких фактів з достатнім ступенем ймовірності. Проте, для того, щоб знання про явище, яке виникає незалежно від втручання дорослого, в силу природного ходу речей стало достовірним, вимагається його перевірка і доведення. Для цього застосовується **дослідження як експеримент**, тобто застосовується штучна зміна умов спостереження з метою визначення відношень між явищем і умовами, що виникли.

При цьому, з однієї сторони, вчені і практики, заперечуючи подрібнення психіки на окремі процеси чи функції і визнаючи неподільність, єдність психічного, відмовляються від вивчення психічного. При цьому вважається, що, коли природу можна пояснити, то *психіку маленької дитини потрібно тільки розуміти* (розуміюча психологія). На практиці це означає, що педагог може обмежитися тільки спостереженням за поведінкою дитини переддошкільного віку, реєстрацією проявів її поведінки, висловлювань і відмовитися від спеціального вивчення, від можливості змінювати умови діяльності, від яких залежить протікання того чи іншого процесу. Проте в цьому випадку, на нашу думку, педагог прагне описати явище, але не проникнути в його сутність.

Інший напрям психолого-педагогічного обстеження дитини раннього віку пов'язаний з *вивченням і оцінюванням стану сформованості її окремих функцій* (пам'яті, уваги, мовлення тощо). У даному випадку вивчити явище – значить визначити його складові частини, його спільні якості і характерні ознаки, причини, що його викликають, наслідки ним зумовлені, а, отже, *встановити його повний зв'язок* з рештою перевірених фактів. Це завдання на сьогодні не завжди може бути виконане, по-перше, внаслідок, як правило, нестачі достатньо перевірених матеріалів обстеження і, по-друге, – внаслідок складності процедури вивчення дитини переддошкільного віку. Для того, щоб одержати достовірні факти і щоб вони являли собою достовірний матеріал, необхідно ці спостереження проводити згідно методу, який дає можливість їх повторення і перевірки іншими фахівцями.

Пізнавально-комунікативна активність дитини раннього віку складається з відчуттів, сприймання, уявлень, асоціативних поєднань почуттів, дій, обумовлених сумою рухових імпульсів, що притаманні дитині в даний час. Методи вивчення, які при цьому застосовуються, поділяються на **методи аналізу: відчуттів, сприйняття тощо,**

відтворення простих і складних уявлень, складних психічних актів. Застосування даних методів, в кінцевому результаті, передбачає можливість пояснення виявлених фактів в розвитку дитини на основі цілісної системи причинних співвідношень. Саме знаходження причинних співвідношень дає можливість передбачити виникнення одиничних подій, пояснити детермінацію поведінки дитини, того чи іншого її психічного явища.

Водночас, керуючись основними положеннями генетичної психології, в процесі формування і розвитку основних структурних компонентів особистості дитини, використовується такий психологічний метод, як ***метод клінічної бесіди*** (Ж.Піаже). Застосування даного методу передбачає врахування не тільки виявлених під час діагностування симптомів, але й процесів, що призводять до їхнього виникнення. Однак необхідно враховувати, що цей метод є надзвичайно складним і дає результати тільки в руках досвідченого спеціаліста, оскільки, як вважають науковці, метод Ж.Піаже є розумовою аускультациєю і перкусією, це – ***мистецтво запитувати.***

3.2. Закономірності і періодизація емоційного комунікативно-пізнавального розвитку як критерії діагностики дитини раннього віку

На сьогодні батьки і значним чином педагоги з перших років життя дитини націлені на оцінку стану її інтелектуального, а не емоційного чи особистісного розвитку. Більше того емоційний і особистісний розвиток малюка, як правило, залишається поза увагою, внаслідок чого в дитини (тим більше в дитини з особливостями в розвитку) можуть формуватися психологічні труднощі. Надалі ці труднощі, своєю чергою, спричиняють недоліки як при розпізнанні і розумінні нею емоційних станів інших людей, так і ускладнюють можливість розповісти, що вона сама відчуває в тій чи іншій ситуації. Водночас, у процесі формування в дитини пристосувальних реакцій особливо важливим, на нашу думку, є визначення своєрідності її саме емоційного комунікативно-пізнавального розвитку. При цьому педагогічна практика потребує науково обґрунтованих прийомів ***визначення індивідуальних відмінностей в емоційному комунікативно-пізнавальному розвитку дитини раннього віку, що сприятиме подальшому розвитку ранньої психодіагностики і ранньої психопрогностики.***

3.2.1. Визначення особливостей емоційного комунікативно-пізнавального розвитку дітей раннього віку

У зв'язку з тим, що *різні патологічні стани в дітей проявляються однотипними реакціями нервової системи*, одним з основних завдань сучасної медико-психолого-педагогічної науки залишається розробка *чітких критеріїв діагностики* цих реакцій. На нашу думку, це сприятиме успішному зондуванню педагогом основних пластів психічної діяльності дитини, представлених як категорією дії, так і процесом переходу дитини від моторних схем (зовнішньої дії) до образних структур дії, тобто *переходу від дії до образу*. Хоча і дії, й образ є загальнопсихологічними категоріями, проте в дитини раннього віку вони набувають специфічних характеристик в силу того, що взаємозв'язки між дитиною і середовищем під впливом суспільного досвіду постійно радикально змінюються. Саме спілкування з іншими людьми має могутнє значення для пізнавальних сил дитини, що розвивається. Зрозуміло, що такі поняття, як предмет, причинність, простір, час, кількість, якість, вірогідність – вся сукупність найбільш загальних розрядів людського мислення – не дані дитині від початку, а набуваються нею в ході розвитку. У подальшому й *індивідуальне мислення дитини, і її соціальну взаємодію одночасно визначатимуть закони логічного групування*, що дозволятиме дитині організовувати свої дії в єдине ціле. Підсумовуючи, зазначимо, що:

1) проблема діагностики стану емоційного комунікативно-пізнавального розвитку дитини раннього віку продиктована потребою практики у виборі і застосуванні розвивально-формувань засобів корекційно-розвивального впливу;

2) вибір засобів впливу залежить від теоретичних переконань, знань і умінь фахівця, який працює з дитиною раннього віку;

3) об'єкт формування і розвитку – це не просто пізнавальна діяльність дитини раннього віку, а цілісна психофізична структура, розвиток якої визначається (безвідносно до етапу дозрівання дитини), по-перше, *біологічним фактором*, неврологічним механізмом. По-друге, інтелектуальне життя дитини не є її чисто розумовим спілкуванням з предметами і людьми, а *невіддільне від мотиваційно-емоційного*. Водночас при аналізі одержаних даних необхідно враховувати те, що в процесі проведення корекційно-розвивальної роботи, *поведінка дитини регулюється* іншою людиною;

4) важливим постулатом емоційного комунікативно-пізнавального розвитку дитини раннього віку є положення про *взаємодію дитини із середовищем*.

Базуючись на викладеному, ми вважаємо, що для забезпечення методичної реалізації змісту основних напрямів ранньої допомоги

дітям з особливостями в розвитку необхідно, перш за все, враховувати індивідуальні відмінності їхнього емоційного комунікативно-пізнавального розвитку. Для цього педагогом обов'язково мають бути **враховані закономірності і періодизація їхнього раннього емоційного комунікативно-пізнавального розвитку**. Наступним кроком стане їхнє (компонентів) наповнення конкретними діагностичними завданнями з визначенням відповідних критеріїв оцінювання.

Розуміння закономірностей розвитку дітей раннього віку має особливе значення для спеціальної педагогіки та психології, бо саме в цей час починає формуватися нерідко аномальний тип розвитку. У комплексних дослідженнях розвитку дитини особливого значення ми надаємо вивченню саме раннього дитячого віку як періоду найбільш інтенсивного розвитку різних фізіологічних систем. При цьому ми спираємося на положення Л.С. Виготського про те, що дефектологія потребує таких досліджень дитячого розвитку, які пов'язані з розкриттям внутрішніх закономірностей, внутрішньої логіки, внутрішніх зв'язків і залежностей, що визначають його будову і перебіг.

За схемою вікової періодизації до раннього дитячого віку відносяться перші три роки життя, тобто період новонародженості (0–10 днів), грудний вік (10 днів–1 рік) і 2/3 раннього дитинства (1–3 роки). Науковий інтерес для нас становлять ті порушення розвитку, що пов'язані з дисфункціями еволюційно найбільш досконалих органів чуття та специфічно людських здібностей (предметне сприйняття, предметні дії, мовлення та мислення). Тобто, в процесі діагностики педагог зосереджується насамперед на визначенні *порушень розвитку вищих психічних функцій дитини, які є утвореннями суспільно-історичними за походженням, умовнорефлекторними за фізіологічним механізмом і знаково опосередкованими за структурою відповідних процесів.* Онтогенетичне формування в дитини раннього віку умовнорефлекторних знаково опосередкованих вищих психічних функцій відбувається *в процесі несвідомої адаптивної поведінки*, яка різко відрізняється від свідомої адаптивної поведінки дорослого (Є.Н. Вінарська, В.І.Голод, А.А.Леонтьєв, Є.Ф. Соботович, А.М.Шахнарович). *Саме тому, на наше переконання, комунікативно-пізнавальну активність дитини раннього віку принципово не можна вивчати і оцінювати звичними психологічними, психолого-педагогічними та лінгвістичними методиками.*

У цьому зв'язку комунікативно-пізнавальна активність дітей раннього віку, в процесі якої закладаються неусвідомлені основи їх майбутніх вищих психічних функцій і яка невіддільна від функціональних станів організму, диктує *синтетичний характер відповідних прийомів вивчення.*

У вирішенні діагностичних і корекційно-педагогічних задач корекційний педагог має, найперше, керуватися *загальними положеннями, втіленими в конкретних закономірностях раннього дитячого віку:* в особливостях розвитку протягом кожного з періодів, у специфіці сензитивних періодів, властивих їм якісно-кількісних переходах тощо. *Для того, щоб керуватися цими конкретними закономірностями, педагогу потрібно їх знати.*

Вирішення цього суттєвого завдання корекційної педагогіки пов'язане з вибором педагога способу функціональної періодизації дитячого розвитку в ранньому віці. Існуючі до цього часу *способи базуються (як це показано нами в Розділі 2.) або на пізнавально-соціальних факторах, або на окремих морфологічних ознаках (темп зростання, зміна зубів).* Ми в цьому випадку притримуємося думки, що найбільш ефективною є критеріальна періодизація. В її основу покладені *критерії, що відображають специфіку цілісного функціонування організму, зокрема, спосіб взаємодії організму із зовнішнім середовищем. Враховуючи те, що емоційне спілкування та емоційне пізнання становлять домінуючий спосіб взаємодії дитини раннього віку із зовнішнім середовищем, в основу визначення критеріїв об'єктивної періодизації цього віку, на нашу думку, можуть бути покладені характерні особливості емоційної поведінки, яка має різноманітні зовнішні прояви: вегетативні, рухові та психічні.* Як відомо, серед зовнішніх виявлень найбільш важливими для дитини раннього віку є вроджені звукові реакції: *дитячі крики, гуління і лепіт, сміх і плач.* Всі ці звукові реакції слугують адаптації організму дитини до зовнішнього середовища і специфічній взаємодії з ним. *Зазначені вроджені звукові реакції дітей, які змінюють одна одну, розглядаються нами як один з показників емоційної комунікативно-пізнавальної активності дитини раннього віку, структура якої весь час ускладнюється. На базі вродженого орієнтовно-дослідницького інстинкту комунікативно-пізнавальна активність дитини раннього віку має неусвідомлений характер. У цьому зв'язку структурні одиниці цієї активності (біологічні голосові реакції є адекватними різним завданням емоційної взаємодії дитини із зовнішнім середовищем.*

Визначення і врахування стану сформованості вроджених голосових реакцій дитини та симптомів їхнього розвитку, на нашу думку, розширює діагностичні можливості педагога, дозволяє йому проникнути у внутрішню сутність процесів розвитку. Все це відкриває нові перспективи для розробки раціональних методик виховання і навчання дітей раннього віку з особливостями в розвитку. Так, перебуваючи в емоційній взаємодії зі своєю матір'ю та іншими дорослими, дитина неусвідомлено дає суб'єктивні оцінки всім об'єктам і явищам, що пізнає. При цьому дорослі (мати, в першу чергу) виявляються провідниками системи суспільних цінностей: естетичних, моральних, побутових, виробничих тощо. Суб'єктивні цінності, що формуються, дитина починає висловлювати вже в домовленнєвому періоді розвитку за допомогою своїх емоційно-виразних реакцій (криків, гуління і лепету). Сформовані навички слугують в зрілому мовленні засобом вираження того, як дитина ставиться до себе, до співрозмовника, а також до того, про що йде мова (що для неї байдуже, а що вона вважає важливим і найважливішим для висловлювання).

Спеціальному педагогу необхідно знати набір відповідних емоційних реакцій, їх семантику і принципи організації в потоці мовлення. Таке знання потрібно, по-перше, для того, щоб **розуміти закономірності перетворення** в дітей раннього віку емоційно-виразних засобів їх мови в фонетичні форми рідного мовлення. По-друге, для **удосконалення діагностики** відхилень у розвитку і, по-третє, для **вибору методик педагогічної компенсації та корекції різних аномалій та їх наслідків**.

Здійснюючи подальше визначення періодів раннього віку розвитку дітей із застосуванням нейропсихопаралінгвістичного способу (Є.Н.Вінарська, О.Р.Лурія, Є.Ф.Соботович, В.В.Тарасун, В.В.Тищенко, М.К.Шеремет та ін.), важливо було врахувати те, що, як відомо, мовлення є предметом вивчення лінгвістики, а пізнавальні процеси – психології. У цьому зв'язку мовлення, як і всякий інший комунікативний процес, здійснюється особистістю і тому повинно бути предметом як лінгвістики, так і психології. Крім того, пізнавальні процеси так чи інакше пов'язані з формуванням і використанням мовних узагальнень, через що не можливо їх вивчати, ігноруючи лінгвістичні критерії, тим більше в дитячому віці. Разом з тим, *психолінгвістичне обстеження дитини раннього віку, комунікативно-пізнавальна активність якої протікає на домовленнєвому рівні, можливе лише умовно*. Це обумовлено тим, що в її діяльності, яка здійснюється неусвідомлено, практично не

можливо виокремити структурні одиниці поведінки, насамперед цільові предметні дії. Водночас для опису цієї діяльності не можливо користуватися звичними лінгвістичними поняттями в силу того, що вроджені звукові реакції дітей не мають у своєму складі ні лексико-синтаксичних, фонематичних, ні навіть складових одиниць. Тому в цей період розвитку дитини її **комунікативні одиниці являють собою** (як зазначалося вище) **емоційно-виразні комплекси**, основними компонентами яких є *міміка, жестикуляція, пантоміма, вираз очей і паралінгвістичні інтонації*.

Спеціальними дослідженнями встановлено, що емоційно-виразні поведінкові комплекси в цілому і окремо складаються на універсальній біологічній основі. Так, *дитина в процесі емоційного спілкування з дорослим орієнтується, перш за все, на інтонаційні компоненти поведінкових комплексів*. Наприклад, якщо дитину у вісім місяців навчити на питання «Де тік-так?» показувати рукою на годинник, то вона робить теж саме і на питання «А де ля-ля?», якщо воно задане з тією ж інтонацією. Тобто, якщо не змінювати інтонацію, то можна одержати на всі питання у відповідних предметних ситуаціях одну і ту ж поведінкову реакцію дитини. Оскільки в *ранньому віці дитина ще не володіє рідною мовою, то очевидно, що у всіх випадках вона орієнтується на емоційно виразні і ситуативно зумовлені паралінгвістичні інтонації дорослих, які вона вже вмє відтворювати самостійно*. Пізніше, оволодіваючи інтонаційними конструкціями рідної мови, дитина навчається сприймати і диференціювати динаміку основного тону голосу. При цьому правильно сприймаються, запам'ятовуються і відтворюються лише напрями тембрових змін (мелодійні підйоми і спуски), тоді як висота звуку ще не сприймається.

Таким чином, для опису комунікативно-пізнавальної діяльності дітей раннього віку адекватним є не психолінгвістичний підхід, а психопаралінгвістичний, тобто той, що знаходиться поруч психолінгвістичного. Структурно-функціональними одиницями його є вроджені звукові реакції дітей (крик, гуління, лепіт), звучання яких на різних етапах раннього розвитку дитини змінюється.

Разом з тим, в дитини перших років життя дуже складно описати динаміку її психічного розвитку ізольовано від динаміки сомато-неврологічної. Всякий новий етап в розвитку дитини є таким, що, за висловом Л.С. Виготського, витікає з логічною необхідністю з попереднього етапу. При цьому здійснення періодизації дитячого віку, яка б враховувала біологічні і соціальні фактори, перетворює

психопаралінгвістичний підхід у *нейропсихопаралінгвістичний аналіз раннього дитячого розвитку*.

Для його здійснення нами використовувалися спостереження, висновки і експериментальні факти, одержані як у власних дослідженнях, так і представлені в психолого-педагогічній, лінгвістичній, фізіологічній і неврологічній літературі. **Врахування показників емоційної комунікативно-пізнавальної активності** (вроджених голосових реакцій дитини, деталей їх структури, поетапного освоєння фонемної будови рідної мови, емоційно-виразної інтонації, ритмічної структури слова) дає можливість визначити періоди раннього розвитку дітей.

1. Період новонародженості (0 міс. – 1 міс.)

Перший крик дитини виникає як компонент стовбурово-підкіркової оборонної реакції, яка зумовлена припиненням лацентарного кровообігу і охолодженням її тіла в зовнішній атмосфері. Вродженні синергії (спільні дії) терморегуляції, дихання, а також смоктання, ковтання, кашлю, позіхання, блювання тощо слугують для взаємодії організму з факторами зовнішнього середовища, проте факторами ще не соціальними, а фізичними і хімічними. При цьому педагог чи батьки повинні враховувати, що в зазначених співдружностях, спільних діях *скоординовано в єдиному поведінковому акті*, з однієї сторони, рухи гладкої мускулатури внутрішніх органів, а з іншої, – рухи попереочно-смугастої скелетної мускулатури. *Голосоутворення* необхідно оцінювати як нову складну синергію, як побічний наслідок вроджених синергій терморегуляції і дихання, що *обслуговує спочатку оборонну поведінку дитини*. Спостереження за дитиною дають дорослому можливість встановити, що новонароджений уже на першому тижні життя *реагує на мовлення людини*, а з кінця другого тижня він перестає кричати, як тільки з ним починають розмовляти. Замовкнувши, дитина уважно слідує за матір'ю і запам'ятовує особливості її емоційно-позитивної поведінки: плавні рухи рук, голови й очей, помірний темп і гучність її мовлення. Наслідуючи матір, дитина поступово знижує (в ситуації такого ж емоційно-позитивного спілкування з нею) інтенсивність своїх рухів і криків. Отже, мати, не усвідомлюючи цього, в процесі догляду за дитиною досягає того, що *елементи оборонної поведінки дитини стають складовими елементами поведінки комунікативно-пізнавальної*. Суттєвим є те, що голосова реакція під час перших дихальних синергій новонародженого відсутня, тобто одного дихального фактору для голосоутворення недостатньо. Умови, необхідні для

голосоутворення, в період новонародженості виникають випадково, коли під впливом різкого збудження симпатичної нервової системи змінюються фізичні якості м'язів тіла дитини і наростає швидкість повітря, що нею вдихається і видихається. Збіг цих випадкових факторів систематично одержує позитивне підкріплення, оскільки, реалізуючись у крику, вони сприяють швидкому **усуненню матір'ю дискомфортних станів** новонародженого. Відповідно нервові імпульси до різних м'язових груп, що породжують голосоутворення, починають формувати специфічний функціональний **механізм голосоутворення**.

Крім того, встановлено, що в період новонародженості рухові синергії повинні супроводжуватися **кінестетичними імпульсами** від рецепторів, розташованих у м'язах. В стані емоційного збудження дитини потік кінестетичних і тактильно-кінестетичних подразнень від м'язів поступає в ЦНС на якійсь певний мікроінтервал часу раніше, ніж відповідні слухові та зорові подразники. Ця обставина закладає **базальний компонент мовлення**.

2. Період гуління (2–3 міс – 5–6 міс.)

На початку свого утворення гуління мало чим відрізняється від таких вроджених голосових реакцій, як коротке гуління, а потім і співуче гуління. **В поведінкових ситуаціях**, наприклад, в ситуації голоду і болю в животі дитина, яка вже відтворює звукові комплекси гуління, зберігає здатність кричати голосно і супроводжувати свій крик різкими хаотичними рухами рук і ніг. Біля 2,5–3 місяців життя комфортні стани внутрішнього середовища стають потребою дитини, через що вона знову і знову відтворює той **комплекс поведінкових реакцій**, який, як показує її досвід, стимулює матір до емоційного спілкування з нею. У процесі спілкування з матір'ю дитина одержує необхідний їй помірний за інтенсивністю потік зовнішніх (екстероцептивних) відчуттів, в тому числі і слухових. Це необхідно для її **комунікативно-пізнавального розвитку**, оскільки чутливість вуха, за даними акустики, максимальна саме при помірному рівні гучності звуків.

При обстеженні дитини дорослий повинен оцінити стан сформованості комплексу її поведінкових реакцій, що одержав назву **комплексу поживлення і який складається з помірно виражених рухів кінцівок, поворотів голови, рухів очей, посмішок і вокалізацій, адресованих матері чи іншому дорослому**. Важливо встановити, чи всі компоненти комплексу поживлення невіддільні один від одного, синкретичні. Це є важливим через те, що дитина перших місяців життя не може відтворювати звуки поза загальною руховою

активністю, як не може вона рухати руками і ногами, залишаючись мовчазною.

Розквіт гуління припадає на 4–6 місяці життя, тобто тоді, коли дитина повністю засвоює специфіку емоційно-виразного вокалізму рідної мови. Так, наприклад, дорослі американці, датчани і китайці можуть розпізнати своїх співвітчизників серед 6-місячних дітей *за їх характерними звуками гуління*.

При обстеженні дитини спеціаліст повинен встановити, чи дитина на межі першого півріччя починає упізнавати специфічні тембри голосних в ненаголошених складах. На підставі цього можна зробити висновок про те, що в період оволодіння дитиною емоційно-виразним вокалізмом зростає її загальна комунікативно-пізнавальна активність. ***Починаючи мимовільно розрізняти, а потім і відтворювати за наслідуванням елементи материнського мовлення, дитина при нормальному типі розвитку вчиться нормувати їх звучання у відповідності із закономірностями рідного мовлення.*** За вокальними компонентами висловлювань матері, дитина здійснює неусвідомлену оцінку її функціональних станів і у відповідності з цими оцінками будує (не усвідомлено) свою ***адаптивну поведінку***: або тягнеться до матері і наслідує її, або відвертається і проявляє до неї агресивні реакції. При обстеженні дитини необхідно враховувати характер спілкування дорослих з дитиною. Адже дорослі, які мовчать, або дорослі з емоційно-невиразними вокальними компонентами мовлення можуть в період гуління не викликати в дитини комунікативно-пізнавальної активності.

3. Період раннього лепету (5–6 міс. – 9–10 міс.)

Період лепету настає, коли (в середині першого року життя) дозрівають стріарні аферентні підкіркові ядра мозку, що *реалізують вроджені синергії* лепету, і коли ***ускладнюється мотиваційна сфера*** дитини. Функціонування стріарних ядер починається повільно і проявляється в появі ***таких емоційно виразних реакцій, як сміх, плач.*** Як і всі звукові реакції домовленнєвого етапу розвитку, вони мають універсальне біологічне підґрунтя, яке забезпечує формування ***соціальних реакцій***. Педагогу необхідно враховувати, що перша посмішка в дітей з'являється біля 1,5 міс., а сміху – біля 3–4 міс.; сльози під час плачу з'являються одночасно з появою сміху. Як найбільш інтенсивний сміх (регіт), так і найбільш інтенсивний плач (ридання) пов'язані з больовими відчуттями, що виникають в силу різких рухів грудної клітини (вдих-видих), що дезорганізують мозковий кровообіг, а тим самим і функціональну активність мозку. При локальних ураженнях певних відділів мозку виникає насильний

сміх і плач, внаслідок чого такі діти (не залежно від характеру емоцій, які вони переживають) починають то плакати, то сміятися.

Вроджені реакції сміху і плачу, поряд з криками і гулінням, відображають особливості функціонального стану дитини. Надалі комунікативно-пізнавальний досвід, що накопичується, поступово переконує дитину в тому, що *материнський сміх і плач свідчить* не стільки про її фізіологічний стан, скільки про *її емоційне ставлення до самої дитини і до характеру її поведінкових реакцій*. Це не усвідомлене відкриття *ускладнює мотиваційну сферу* дитини. Знання того, як мати ставиться до дитини, започатковує в малюка процес *віддиференціювання «своїх» від «чужих»*; початку (рудиментів) сміху від рудиментів плачу. Вроджені лепетні синергії, як правило, активізуються тактильно-кінестетичними рухами дорослого. При цьому дорослий має встановлювати, чи дитина в результаті такої активізації починає за наслідуванням відтворювати слухові подразники із зовнішнього середовища. Якщо так, то внаслідок цього *лепіт дитини починає набувати соціально регламентовані риси*. Крім того, в умовах саме такої помірної мотивації створюються найкращі можливості для відтворення дитиною одиниць материнського мовлення за наслідуванням

Підсилена акцентуація материнського мовлення, зверненого до дитини, з емоційно виділеними в ньому наголошеними складами, а також емоційні ритмічні звернення матері під час годування дитини, коли вона пестить і цілує її, призводить до того, що *вимовлені склади* одержують в мовленні матері *звучання, що змінюється*: то наростає, то спадає. Відчуваючи ці ефекти звучності, дитина (за наслідуванням) відтворює їх у своїх лепетних реакціях і починає, таким чином, *оволодівати звуковою структурою цілісних псевдослів*, що співвідносяться з материнським мовленням (уже не зі складами, а з частинами фонетичних слів, фонетичними словами та їхніми поєднаннями). Таке наростання обсягу операцій означає для дитини знову перехід *на більш високий рівень* комунікативно-пізнавального розвитку.

4. Період лепетних псевдослів (9–10 міс – 12–14 міс.)

На протязі всього першого року життя дитина відображає дійсність у вигляді злитних (дифузних) комплексів відчуттів, *які ще не є образами предметів, а є образами ситуації* (М.М. Кольцова). Тенденцію пов'язувати (на основі емоційного враження) різноманітні елементи в неподільний єдиний образ прийнято називати *синкретизмом дитячого сприймання* або *незв'язним дитячим мисленням*. Такі зв'язки, за Л.С. Виготським, мають величезне

значення для розвитку дитячого мислення, оскільки складають основу для подальшого відбору тих зв'язків, які мають відношення до її комунікативно-пізнавальної поведінки. Так, якщо питання: «Де мама?» задавати дитині першого півріччя життя, яка лежить на руках у бабусі, і підкріплювати це питання тим, що мама буде входити, цілувати дитину і ніжно з нею розмовляти, то в дитини відпрацьовуватиметься умовнорефлекторна реакція у вигляді повороту голови в бік матері і посмішки у відповідь. Однак ці знаки розуміння заданого питання відразу ж зчезнуть, якщо його задасть не бабуся, або бабуся, але з іншою інтонацією, або якщо вона змінить положення дитини на руках. Надалі, в другому півріччі життя, дорослий встановлює, чи такий не розчленований комплекс відчуттів починає чи ні диференціюватися, чи ряд його компонентів (інтонація, положення на руках тощо) **перестає бути обов'язковим** для того, щоб дитина повернулася у бік матері. *Диференціацію сенсорної сторони емоційної поведінки дитини супроводжує і диференціація її рухової сторони.* Внаслідок цього дитина в другій половині життя у відповідь на емоційне звертання до неї повинна (замість простого рухового похвального повертати голову і погляд в бік дорослого, що наближається, або плескати в долоні, коли мама наспівує: «Долоні, долоньки...» тощо).

У процесі засвоєння звучності мовлення (в кінці періоду раннього лепету) дитина повинна переходити на більш високий рівень комунікативно-пізнавальної активності. Ця обставина *сприяє стрибку в розвитку мотиваційної сфери дитини* – стрибку, який її мати може і повинна стимулювати специфікою своєї емоційної поведінки. Для цього, здійснюючи емоційну взаємодію з дитиною, вона має систематично звертати її увагу на різні предмети оточуючої дійсності і тим самим «мітити» їх (за виразом А.Н. Леонтьєва) своєю емоцією. Дитина засвоює ці **емоційні мітки предметів** разом з відповідними їм звуковими образами. Наслідуючи матір і використовуючи вже доступні їй ланцюги лепетних сегментів, дитина відтворює **лепетні псевдослова**, які за формою все більше наближаються до **звукової форми слів** рідного мовлення. Спостереження показують, що лепетні ланцюги і стереотипні вокалізації (а-а-а тощо) в дитини змінюються в 8–10 місяців ланцюгами із стереотипних сегментів (тя-тя-тя і т.п.); потім, у 9–10 місяців, з'являються ланцюги із сегментів зі стереотипним початком, але вже з кінцівкою, що змінюється (тьо-тя-те і т.п.) і, на кінець, в 10–12 місяців з'являються ланцюги із сегментів з початком, що змінюється (ма-ля, да-ля, па-на, па-па-на, а-ма-на, ба-ба-на і т.п.), з яких поступово формуються слова.

Встановлена в дитини правильна послідовність у формуванні лепетних ланцюгів свідчатиме про наростаючу складність гальмівних впливів на вже засвоєнні дитиною синергії. У 8 місяців максимальна довжина таких ланцюгів повинна складати в середньому 4–5 сегментів, хоча в окремих випадках вона може досягати 12 сегментів. Потім середня кількість сегментів починає падати і біля 13–16 місяців складає 2,5 сегмента. Підкреслена акцентуація материнського мовлення сприяє тому, що дитина останньої чверті першого року життя засвоює **емоційні псевдослова**. Встановлене при обстеженні дитини вміння нею оперувати зростаючим обсягом слухомовленнєвого матеріалу означає **принципове зростання комунікативно-пізнавальної активності** дитини, що слугує підспудним початком наближення нового періоду її розвитку.

5. Період пізнього мелодійного лепету (14–16 міс. – 18–24 міс.)

Ускладнення мотиваційної сфери дитини і появу в неї нового типу мотивів забезпечує вступ дитини на початку другого року життя в період пізнього мелодійного лепету. У період гуління закладалися неусвідомлені емоційні основи самовідчуття особистості; в період раннього лепету – майбутнє ставлення дитини до іншої людини, партнеру по комунікативно-пізнавальній взаємодії (ТИ); в період лепетних псевдослів – емоційні основи ставлення дитини до об'єктів комунікативно-пізнавальної ситуації (ВІН, ВОНИ).

Тепер, в період пізнього мелодійного лепету, увагу дитини привертають ті емоційні оцінки, які дорослі, що оточують її, дають комунікативно-пізнавальній ситуації, що виникає між її партнерами, партнерами і предметами, між предметами. Оскільки ці оцінки висловлюються в емоційно-виразному мовленні мелодикою, то педагогу важливо встановити, чи саме до мелодики дитина прислуховується чи ні. Експериментальні дослідження показали, що звертання дорослих, особливо матері, до дитини раннього віку чітко розділено на смислові частини, які відтворюються повторно і з інтонаційним виділенням їх ключових слів.

Як відомо, максимальними смисловими одиницями висловлювання слугують **синтагми**, тобто інтонаційно організована фонетична єдність, що виражає єдине смислове ціле і яка може складатися з однієї або декількох ритмічних груп (як з одного, так і з декількох слів). Головна відмінність слова від синтагми пов'язана не з їх форматом (слово менше або дорівнює синтагмі), а з їх функцією (Ю.С.Маслов). Слово означає поняття, яке вже сформулося, закріпилось і має стійкий вираз у мові; синтагма ж виражає те поняття, яке виникло в даній конкретній ситуації. Тобто, хоча

звукові комплекси відповідають синтагмам мовлення дорослих, але не є тотожними їм, оскільки дитині цього віку ще *не доступний понятійний мовний зміст*. Педагогу при цьому важливо встановити, чи в кінці другого року життя дитина, наслідуючи дорослих в процесі емоційного спілкування з ними, приступає (чи не приступає) до засвоєння звукових комплексів, які відповідають синтагмам дорослого. Крім того, важливо встановити, чи в дитини формується такий емоційно-виразний звуковий комплекс, як *псевдосинтагми* (за Є.Н. Вінарською), які *так само, як лепетні псевдослова і лепетні сегменти складають звукові компоненти емоційно-виразної поведінки, в яку входять також мімічні рухи, рухи очей, жести і пантоміма*.

Стан сформованості *операцій розуміння емоційних мелодійних значень і особливості засвоєння специфічних відтінків їх звукової форми*, як правило, визначають, застосовуючи традиційні ігри дорослих з дітьми кінця першого – на початку другого року життя (наприклад, гра «Коза-Дереза»). Рухи дорослого, часто з елементами лоскоту і переломом мелодійного руху голосу на прикінці гри, знаменують кульмінацію цього емоційно-позитивного для дитини акту спілкування з дорослим: емоційне переживання дитини досягає найвищої напруги. Колискова матері, звернена до дитини і пов'язана з пестощами, також за своєю мелодикою має величезне значення.

Псевдослова, які репрезентують ці мелодики, розглядаються в якості **корелятивів ключових слів материнського мовлення**. Виділяючи ключові слова, мати допомагає дитині сприймати емоційний, а потім і предметний смисл висловлювання. Розквіт модульованих лепетних монологів відноситься до дитини віком півтора-два роки. Лепет дитини 2–3 років, коли вона в ігрових ситуаціях наслідує соціально-рольову поведінку дорослого, одержав назву *jargon babbling* (лепетний жаргон). Важливо, щоб дорослий зумів встановити і оцінити, чи таким чином дитина розмовляє, чи при цьому вона відтворює, характерні для емоційного мовлення дорослого, підйоми і спуски мелодики роз'єднаних синтагм.

Розвиток засобів емоційної виразності в цей період завершується тим, що дитина в своїх адаптивно-значущих зусиллях повинна починати (за наслідуванням) відтворювати ланцюги з 2–3 псевдосинтагм, **об'єднаних єдиною мелодикою**. Ці операційні досягнення знову даються дитині ціною інтенсифікації комунікативно-пізнавальної мотивації і в цьому зв'язку – зі значними енергетичними затратами.

3.2.2. Оцінювання стану сформованості поведінкових симптомоконплексів дітей раннього віку

Зовнішні *прояви потребносно-мотиваційних і операційно-технічних новоутворень* в сукупності *утворюють певні вікові симптомоконплекси*, визначаючи які, діагност-дефектолог складає судження про своєчасний чи затриманий (порушений) розвиток дитини, яка обстежується. Проте зупинятись на виявлених вікових смптомоконплексах недостатньо, а необхідно перейти до визначення процесів розвитку, що проявляють себе в цих симптомах (Л. С.Виготський). Тільки знаходження *внутрішніх причинних, патогенетичних* (каузально-генетичних) зв'язків може допомогти педагогу кваліфікувати той чи інший віковий симптомоконплекс в якості патологічного.

Першим кроком на шляху кваліфікації потребносно-мотиваційних і операційно-технічних новоутворень стає визначення вікової нормативності (або не нормативності) виявлених симптомоконплексів. Термін *нормативний* означає (за Л.С. Виготським) *визначені стандарти й описові формулювання*. У сукупності ці дані використовуються для порівняльної оцінки розумових здібностей і можливостей дитини.

Саме наявність в розпорядженні діагноста певного *нормативного (еталонного) уявлення* про структуру і динаміку потребносно-мотиваційних і операційно-технічних новоутворень є підґрунтям для встановлення діагнозу.

Узагальнюючи матеріали, викладені в підрозділах 3.2.1. і 3.2.2., а також на підставі результатів досліджень проблеми раннього дитинства (Є.Н.Вінарської, Л.Т. Журби, Є.М. Мастюкової, В.К.Орфінської, Є.Ф.Соботович, В.В.Тарасун та ін.) нами представлено нормативи комунікативно-пізнавального розвитку дитини раннього віку (див. табл. 4).

**Потребносно-мотиваційні й операційні
нормативи дітей раннього віку**

Періоди звукових комплексів і їхні фази		Провідне джерело мотиваційних відчуттів і образів	Психічні новоутворення дитини	
			Потребносно-мотиваційна сфера дитини	Операційно-технічна сфера дитини (звукові комплекси емоційної виразності)
I Період криків новонародженого (0 – 2 – 3 міс.)	I	Дискомфортні стани	Оборонна (захисна) потреба	Інтенсивні крики малюка як оди з виразів вроджених програм оборонної поведінки.
	II	Дискомфортні і комфортні стани, зокрема пов'язаних з ними інтенсивність аутослухових комплексів	Потреба в емоційній взаємодії з матір'ю. «Зараження» емоцією тієї ж інтенсивності і переживання	Крики зниженої інтенсивності. Початкові звуки комунікативно-пізнавального типу – гукання і гуління
II Період гуління (2 – 3 міс. – 5 – 6 міс.)	I	Емоційна поведінка матері, зокрема тембр голосних звуків її мовлення	Потреба в емоційній взаємодії з матір'ю. «Зараження» емоцією і переживанням,	Наслідування гуління з відтворенням в ньому вокалізацій, характерних для емоційного мовлення

			аналогічними емоційного стану матері	
	II	Емоційна поведінка матері, зокрема тембр її голосних звуків у складах зі зміною звучності	Та ж сама потреба, але підвищеної інтенсивності	Наслідування гуління. Відтворення в ньому вокалізацій, характерних для емоційного мовлення. Відтворення в ньому початкових лепетних сегментів звучності, що змінюється
III Період раннього лепету (5 – 6 міс. – 9 – 10 міс.)	I	Емоційна поведінка матері й осіб, які її заміщують. Звучність складових одиниць їх мовлення, що змінюється	Потреба в емоційній взаємодії з матір'ю і «своїми дорослими» з відображенням їх емоційного ставлення до себе	Лепет за наслідуванням з відтворенням в ньому характерної для української мови звучності, що піднімається
	II	Емоційна поведінка матері і «своїх дорослих», зокрема змінна звучність ритмічних структур їх мовлення	Та ж сама потреба, але підвищеної інтенсивності	Наслідування лепету з відтворенням в ньому звучності, що змінюється в цілісних псевдословах
IV Період лепетних	I	Емоційна поведінка матері і дорослих.	Потреба в емоційній взаємодії з дорослими	Час «римованої нісенітниці» з

псевдослів (9 – 10 міс. – 12 – 14 міс.)		Ритмічна структура їхнього мовлення	для відображення їх емоційного ставлення до предметних ситуацій і окремих об'єктів цих ситуацій	відтворенням дитиною за наслідуванням характерних для української мови ритмічних структур
	II	Емоційна поведінка матері і дорослих. Ритмічна структура мелодійних одиниць їх мовлення	Та ж сама потреба, але підвищеної інтенсивності	Відтворення за наслідуванням ритмічних структур української мови в структурі цілісних псевдосинтагм
V Період пізнього мелодійного лепету (12 – 14 міс. – 18 – 24 міс.)	I	Емоційна поведінка дорослих і дітей, які оточують дитину, зокрема мелодика їх мовлення	Потреба в емоційній взаємодії з дорослими і дітьми, що їх оточують, для відображення емоційного ставлення малюка до взаємозв'язків між комуні кантами	Пізній мелодійний лепет з відтворенням (за наслідуванням) лепетних псевдосинтагм
	II	Емоційна поведінка дорослих і дітей, які оточують дитину. Мелодика структурних частин висловлювання	Та ж сама потреба, але підвищеної інтенсивності	Пізній мелодійний лепет з відтворенням (за наслідуванням) декількох псевдосинтагм в структурі єдиного висловлювання

Дані таблиці вікових нормативів вказують на **необхідність у процесі обстеження дитини виявити наростання звучності та обсягу її емоційно-виразних звукових комплексів різних ієрархічних рівнів**, а саме: лепетні сегменти наростаючої звучності повинні бути більшими, ніж вокалізація; розміреність псевдослів – більшою, ніж лепетні сегменти, а псевдосинтагми – більшими псевдослів. Отже, одиниця кожного наступного рівня ніби вбирає в себе одиницю попереднього, за рахунок чого розширюється сама. Теж саме можна сказати і стосовно значення цих одиниць. Вокалізації відображають емоційний стан дитини; сегменти звучності – емоційне ставлення дитини до дорослого; псевдослова – емоційне ставлення до ситуації та її окремих компонентів, а псевдосегменти – емоційне ставлення до різних комунікантів комунікативно-пізнавальної ситуації. Крім того, необхідно встановити, чи існують між одиницями різних ієрархічних рівнів внутрішньо системні функціональні зв'язки, які мають суттєве значення для комунікативно-пізнавальних процесів. Врахування цих внутрішньо системних зв'язків сприятиме вирішенню діагностичних і прогностичних завдань у спеціальній психолого-педагогічній практиці.

Таким чином, кожен новий період в розвитку дитини означає функціональне дозрівання певних її мозкових структур. Кожна дозріваюча функціональна підсистема мозку починає функціонувати на тлі максимально інтенсивних для цього періоду мотиваційних і, відповідно, активних зусиль дитини. **Розквіт функціональних підсистем мозку настає, коли соціальний вплив середовища призведе до ускладнення потребносно-мотиваційної сфери дитини. Внаслідок цього вона концентрує всі свої несвідомі адаптивні зусилля на освоєнні відповідних комунікативно-пізнавальних засобів. У такому постійному опосередкуванні біологічних факторів розвитку соціальними факторами і навпаки визначається джерело саморуху процесу дитячого розвитку в цілому.**

3.2.3. Діагностика стану сформованості передумов освоєння дитиною рідної мови і мовленнєвого висловлювання думки

Одним з найважливіших завдань для спеціальної педагогіки і психології є обґрунтована **діагностика і кваліфіковане прогнозування перспектив мовленнєвого та інтелектуального розвитку дітей раннього віку**, стосовно яких виникла підозра в наявності порушення комунікації та емоційного пізнання світу.

Запропонований нейропсихопаралінгвістичний спосіб опису періодів раннього дитинства робить наочними закономірності актуального та потенційного розвитку дитини. Як наслідок, виявляється, що в кожному періоді поле найближчого розвитку потребно-мотиваційних станів готується в процесі формування мовних і мовленнєвих операцій в попередньому періоді. При цьому «... в співавторстві, під керівництвом і за допомогою дорослого дитина завжди зможе зробити більше і вирішити важче завдання, ніж самотійно» (Л.С. Виготський). Хоча, відомо (за А. В. Запорожцем), що діти виявляють підвищену чутливість не до всіх, а до певного роду впливів розвивального, виховного та навчального характеру. Така **підвищена чутливість дитини до певних емоційно-виразних типів впливу** (в ті чи інші періоди раннього розвитку) пов'язана з дозріванням її відповідних нервових структур і накопиченням енергетичних ресурсів, готових до використання. Однак ці актуальні передумови поля найближчого розвитку можуть задіюватися, по-перше, тільки в процесі емоційної взаємодії з дорослими і, по-друге, піддаючись при цьому безперервному, соціально обумовленому структуруванню.

Чисельними дослідженнями доведено, що в разі позбавлення дитини емоційного спілкування з дорослим сенситивні можливості періодів раннього онтогенезу можуть виявитися незадіяними і загубленими. На матеріалі найбільш ранніх (ще домовленнєвих) новоутворень дитини встановлено, що в процесі виховання немовляти його мати, перебуваючи з ним в емоційному спілкуванні, інтенсивно здійснює перетворення його вроджених харчових і оборонних реакцій в соціально-адаптивні реакції.

Саме соціально-адаптивні реакції нами визначені як критерії оцінювання становлення і розвитку особистості дитини, а саме:

а) **комплекс поживлення**, в який перетворюються безпредметні синергії окорухових м'язів і м'язів шиї; внаслідок цього формується рух голови дитини;

б) **взяття предметів під зоровий контроль** внаслідок перетворення безумовного рефлексу хапання;

в) **умовнорефлекторне гуління**, в яке перетворюється спонтанне гуління.

Водночас, *результати спостереження*, які ми також розглядаємо як критерій оцінювання процесу становлення і розвитку особистості малюка, показують, що:

г) вже на 3–4 тижні життя в дитини, якщо вона спокійна і неголодна і не спить, можна спостерігати у відповідь на звертання до

неї лагідним голосом, з усмішкою, особливо при їх повторенні (тобто при явній співпраці з дорослим), виникнення так званої **ротової уваги**: дитина «завмирає», на круговому м'язі рота часто прокочується ледь помітна хвиля скорочень. Від цього губи злегка витягуються вперед, дитина ніби «слухає» губами;

д) у віці 1 міс. на звертання дорослого до дитини слідом за цією реакцією (ротовою увагою) можна зафіксувати **появу посмішки**. Тобто, таке слухання губами, передує появі усмішки – *симптому початку підпорядкування синергії*, яка, обслуговуючи харчові потреби організму, вже починає **відповідати цілям соціальної адаптації**. При цьому зрозуміло, що шкідливим фактором в даний сензитивний період є відсутність емоційної взаємодії з дорослим (*відсутність його лагідних звертань і повторних посмішок*). Актуальне формування в 2–3 місячної дитини **стійкої емоційно позитивної взаємодії з її матір'ю (комплекс пошвавлення)** є знаком близького потенційного розвитку емоційних вокалізацій;

е) емоційно позитивне **материнське мовлення**, багате посмішками, стає соціальною умовою як **подолання немовлям «харчової» позиції губ, так і формування мовлення**. Спостереження показують, що, наслідуючи переважаючі тембри мовлення своєї матері, немовля вчиться гальмувати задню позицію язика для **пересування язика вперед**, що необхідно для артикуляції передньоязичних звуків, які відсутні в звуках дитячих криків. Разом з тим, діти 3–6 міс. починають ссати пальці тоді, коли їх примушують лежати мокрими, і тоді, коли вони, лежачи на животі, втомлюються тримати голову піднятою, і тоді, коли, кинувши іграшку, вони не можуть дістати її. У цьому зв'язку робиться висновок (С.М. Кривіною) про те, що **материнський догляд за дитиною перших місяців життя є запорукою її своєчасного комунікативно-пізнавального розвитку**;

Якщо дорослий в результаті спеціального спостереження не виявив в малюка сукупності зазначених емоційно-виразних комунікативно-пізнавальних засобів, то відсутність цієї сукупності проявів може ним діагностуватися як не сформованість в дитини необхідної передумови майбутнього освоєння рідної мови.

Саме ці психічні новоутворення з **кінця 1-го року життя** дитини становлять функціональну основу сенситивності, тобто підвищеної чутливості її мовленнєвого розвитку до певного роду впливів зовнішнього середовища. При цьому необхідно з'ясовувати, чи кожен період раннього віку малюка виступає як етап його актуального розвитку. Якщо так, то формування **емоційно-виразних і**

мовленнєвих засобів у цьому віці в нього відбувається паралельно. Водночас важливо враховувати ту обставину, що розвиток першого засобу (емоційно-виразного) завжди **випереджає** розвиток другого. Це відповідає положенню Л. С. Виготського про те, що **форма рідної мови освоюється дитиною раніше її змісту, і твердженню Н. А. Бернштейна, за яким ми добре чуємо те, що вже вміємо самі вимовляти;**

є) процес перетворення емоційно виразних засобів дитини в фонетичні форми рідної мови за рахунок впливу соціального середовища, що гальмує її надлишкові функціональні можливості. При цьому залишаються і підкріплюються лише ті з них, які є необхідними для формування особистості і для її адаптації до конкретних умов. Цей процес гальмування надлишкових функціональних можливостей був багато разів простежений саме на прикладі **освоєння дитиною фонемної будови рідної мови.** Неодноразово увагу дослідників привертало те, як дитина, вимовляючи з легкістю найрізноманітніші голосні і приголосні звуки в періодах гуління і лепету, потім протягом усього дошкільного дитинства освоює фонемний склад рідної мови і вже ніяких інших звуків вимовляти не може без спеціального навчання.

Отже, діагност повинен враховувати, що емоційно-виразні засоби утворюють стратифіковану (розподільну) структуру, кожен наступний рівень або пласт якої розвивається на основі попереднього; при цьому, завдяки навчанню, кожен наступний пласт стає все складнішим і більш диференційованим;

ж) надалі (на другому році життя малюка) педагог визначає, чи в дитини відбувається початок формування **синтагм** (об'єднання частин слів) **запитального і розповідного характеру.** Важливо враховувати, що в інтонаціях знаходять **узагальнений прояв найрізноманітніші комунікативно-пізнавальні стани дитини,** які характеризуються або зростанням емоційної напруги (в запитальних інтонаціях), або її падінням (в стверджувальних інтонаціях);

з) визначенню типів синтагм (питання і розповідь) сприяють спостереження за здійсненням дитиною **діалогів з оточуючими дорослими.** Крім встановлення типів синтагм, результати таких спостережень дадуть змогу оцінити **стан питально-відповідальної форми діалогу.** Така форма втілює в собі загальний принцип комунікативно-пізнавальної взаємодії, коли емоційне збудження одного комуніканта у відповідь гаситься реплікою другого комуніканта, а кожна пара реплік (питання та відповідь на нього) функціонально утворює **емоційно-виразну єдність.**

Синтагми дітей кінця другого року життя є такими ж фрагментами комплексного мислення, як і їхні слова. Важливо враховувати, що синтагми дитини раннього віку співвідносяться не з цілісною ситуацією, а з окремими її аспектами.

Спостереження за розмовою дворічних дітей показують, що вони вживають інтонації і розповідного, і питального, і окличного типів, але доволіно відтворити або скопіювати ці інтонації слідом за дорослим вони ще не можуть. Ця здатність з'являється в дітей **в три, три з половиною роки**, хоча при цьому відтворення окличних пропозицій дорослого для них становить найбільші складнощі.

Потужним засобом для визначення наявності в дитини того чи іншого виду інтонації є читання їй вголос дитячих книг і розповідь казок, оскільки інтонації в подібних усних текстах завжди наочно вмотивовані предметною ситуацією і соціальними ролями персонажів. При цьому важливо переконатися, чи діти просять дорослих прочитати їх ще і ще раз, явно слухаючи інтонаційні особливості. Оскільки **емоційно-виразні інтонації** обумовлюються ситуацією, до чинників якої належать предметні, просторово-часові, соціальні та потребні обставини, то важливо враховувати, що ці інтонації нескінченно варіативні навіть при повторному читанні однієї і тієї ж казки одним і тим же дорослим. Незмінність і елементарність понятійного змісту таких текстів, як «Рукавичка», «Ріпка» тощо дають змогу виявити наявність **початку мовленнєвого узагальнення дитиною нескінченно варіативних емоційно-виразних інтонацій**. Поступово в процесі мовленнєвого опосередкування педагог визначає наявність запитальних висловлювань з початковими питальними словами.

i) процес мовленнєвого пізнання дитиною навколишньої дійсності пов'язаний з **виділенням окремих предметів з їх найменуванням** (перетворення безперервного в окреме, дискретне). Одним з найважливіших завдань при цьому є встановлення наявності чи відсутності в мові дитини **«функції мітки»**. Дитина, починаючи засвоєння рідної мови, засвоює розгалужену систему мовленнєвих позначок. Ці позначки характеризують об'єкт або явище з точки зору його кольору, форми, величини, мінливості і характеру цієї мінливості, просторових і часових характеристик, кількості, приналежності тій чи іншій особі, причинно-наслідкових відносин з іншими об'єктами, явищами тощо. Про наявність таких міток, про активність процесу їхнього формування в дитини свідчитимуть її *безкінечні запитання (хто? що? який? чий? скільки? де? коли? як? навіщо? і чому?)*. У даному разі дитина спрямовує думку

співрозмовника в напрямку, що її цікавить, і у відповідь отримує відповідну мовленнєву позначку, яку надалі використовує (чи не використовує) у власному мовленні;

і) наявність в мовленні **питальних слів** (а не тільки питальних інтонацій) суб'єктивно складають найцінніше у висловлюванні дитини. Стосовно предметної ситуації, то важливо з'ясувати, чи здатна дитина все висловлювання взагалі звести до питального слова, часом у супроводі жесту або руху очей. Висока для дитини цінність питальних слів закріплюється тим, що ними розпочинаються висловлювання: Хто це? Чий ніжик? Як це зробити? Яка сьогодні погода? Навіщо мити руки? Скільки кошенок? тощо. **У подальшому питальні слова сприятимуть диференціації предметної віднесеності і започатковуватимуть такі процеси узагальнюючої діяльності мозку**, які закінчуються неусвідомленим засвоєнням дитиною різних частин мови: іменників (хто? що?), дієслів (що робить?), прикметників (який?), дієприслівників, обставин місця й часу (коли? де?), чисельників (скільки? котрий?), займенників (чий?);

й) в дитини, яка розвивається, важливо визначити, чи вона починає опановувати **побутове мовлення** (ситуативно обумовлене), пов'язане, по-перше, **зі здатністю здійснювати мовленнєву номінацію предметів і явищ дійсності та їх окремих ознак і, по-друге, – з комплексним мисленням**. Наявність в дитини таких передумов розвитку знакової (сигніфікативної) функції рідної мови дає діагносту можливість зробити висновок про те, що в конкретної дитини **слово стає засобом утворення поняття**. Своєю чергою, здатність дитини до мовної номінації і комплексне мислення стає **передумовою розвитку абстрактного мислення і контекстного мовлення** (В.І.Бельтюков, Є.Н.Вінарська, В.М.Іполітова, Є.М. Мастюкова, Є.Ф.Соботович та ін.).

к) для того, щоб такі потенції розвитку, як абстрактне мислення і контекстне мовлення могли реалізуватися, в дитини повинні бути сформовані **новоутворення потребно-мотиваційної сфери**. Визначальна роль при цьому належить поведінці оточуючих дитину дорослих. У цьому зв'язку важливо встановити, чи дорослі **ставлять її перед необхідністю досягати все складнішої соціальної адаптації**.

Таким чином, **розвиток в дитини мовлення та мислення детермінуються більш загальними питаннями виховання**. Саме тому, як показує матеріал, викладений в цьому підрозділі, **діагностика порушень** початку мовленнєвого та інтелектуального **розвитку**

повинна будуватися з урахуванням стану сформованості в дитини: 1) емоційно-виразних комунікативно-пізнавальних засобів як основних критеріїв оцінювання особливостей її розвитку, і 2) мотиваційно-потребносної сфери або системи цінностей, що формується.

Тільки за умови виявлення в дитини відставання в розвитку від вікових нормативів педагог зможе правильно встановити психолого-педагогічний (дефектологічний) діагноз. Своєю чергою, це дасть підставу для конкретних практичних висновків *щодо прогнозу і раціональних шляхів педагогічної корекції.*

Крім того, **враховуючи визначені закономірності емоційного комунікативно-пізнавального розвитку дитини в ранньому віці і усвідомлюючи їх значення для подальшого мовленнєвого і мисленнєвого розвитку, педагог зможе правильно здійснити патогенетичний аналіз основних типологічних проявів виявлених порушень.**

л) разом з тим, надалі, в процесі спостереження за дитиною **другого-третього року життя**, важливо з'ясувати, як за наслідуванням вона оволодіває типовими для української мови *голосними звуками*. Цю лінію розвитку діагностують, *починаючи з визначення стану сформованості в дитини ритмічної структури слова*. При цьому враховується, що звуковий склад ритмічних структур залишається дуже приблизним, оскільки дитина *вимовляє «кістяк» потрібного слова поскладово*, певним чином відтворюючи наголос і голосовий відтінок (тембр), наприклад: » моМОоко (молоко), кокоНЯ (кошеня) тощо. Такі слова дитини рясніють голосними звуками. Тобто шляхом спостереження дорослий вияснює, чи в її мовленні є *псевдослова, створені із сегментів*.

При цьому необхідно враховувати те, що більшість дітей **другого року життя** нехтують ритмікою мовлення і зосереджують свої зусилля на правильному вимовлянні наголошеного складу, що репрезентує те чи інше слово-корінь (У.А. Сікорський). Цей процес починається з *позначення слів складами*, що утворюються з приголосного та голосного звуків або тільки з голосного і які спочатку є неясними і незрозумілими. Тому педагогу важливо встановити, які звуки в конкретної дитини з'явилися першими (як правило, це губні п, б). При оцінці стану сформованості звуків враховується, що правильна артикуляція звуків дитиною досягається поступово, *в процесі тренування свого вимовляння під контролем слуху*. Так, один і той же звук (наприклад, ш) дитиною спочатку

вимовляється на місці цілої групи звуків (с,з, ш, ж); потім там, де має бути звук ш, дитина починає вимовляти цей звук зі значним «пом'якшенням» і тільки поступово артикуляція стає типовою для цього звуку. Збіг приголосних у словах на початковому етапі розвитку мовлення для більшості дітей цього віку є невластивим. І тому, щоб уникнути важкого для неї збігу приголосних, дитина **вводить в слово голосні** і, таким чином, збільшує в словах кількість складів («не знаю» може вимовляти спочатку «не нав», потім «не занаю», «не зінаю», тільки потім – «не знаю»).

Показовим у цьому відношенні є приклад (за Є.Н.Вінарською) того, як дитина в 1 рік і 4 міс. вживала *звукосполучення* (сегмент) «НА» в *найрізноманітніших ситуаціях*: і коли вона щось давала, і так само, коли брала, або коли вона хотіла, щоб їй що-небудь дали, або в неї що-небудь взяли. І тільки в одному-єдиному випадку, пов'язаному з мотивом високої суб'єктивної цінності, а саме з бажанням пити (стояли дуже спекотні дні літа) хлопчик, протягуючи руку, вимогливо вимовляв не «Н'А», а «Д'А» (дай). Виявлення в мовленні дитини таких прикладів свідчатиме про її можливості **прогнозувати результат**, що сприятиме шліфовці і мовленнєвій диференціації форми її висловлювання.

Далі дорослий повинен в'яснити, як **дитина початку другого року життя**, наслідуючи емоційно-виразне мовлення дорослих, освоює не тільки збіг приголосних, але й характерні для рідної мови **типи збігів приголосних**. Для цього спостереження можна визначити, коли перші слова зі збігом приголосних з'являються в дитини (в нормі у віці 1 р. – 1 р. 3–4 міс) і чи, незважаючи на неправильний і нестійкий склад збігу приголосних, дитина правильно відтворює його тип. При цьому дорослому необхідно чітко усвідомлювати, що засвоєння звукової форми слів дорослих з характерним для них численним збігом приголосних, в дитини настає, зазвичай, вже в старшому дошкільному віці, що є наслідком подолання нею останніх залишків так званої фізіологічної недорікуватості.

Важливим при цьому є врахування фахівцем патогенезу двох, виділених А. Р. Лурія, форм артикуляторної апраксії (кінетичної і кінестетичної). Ці форми апраксії в дітей **кінця другого початку третього року життя** можуть бути пов'язані з порушенням або недостатньою сформованістю умовнорефлекторних механізмів. **Кінестетична артикуляторна апраксія** в дітей, в яки вже певним чином склалося звуковимовляння, являє собою **розпад артикуляторних узагальнень** (артикуляторних ознак) і призводить

до того, що звуки починають *змішуватися*. Дитина повторно відтворює склад і під контролем слуху намагається надати йому необхідну артикуляторну форму (за висловом А. Р. Лурія, дитина здійснює *«пошук артикуляторного укладу»*). *Кінетична артикуляторна апраксія* виникає в дітей, в яких також уже певним чином сформоване звуковимовляння, і демонструє **розпад ритмічних складових структур** на окремі склади (*поскладове мовлення*). У дитини, яка прагне подолати поскладовість мовлення і порушення його плавності (*кінетичної мелодії*) виникають *характерні заміни* (щільні приголосні звуки замінюються змичними, дзвінки – глухими).

Таким чином, базуючись на викладеному, ще раз зазначимо, що, на наше переконання, *комунікативно-пізнавальну активність, в процесі якої закладаються неусвідомлені основи майбутніх вищих психічних функцій дитини з особливостями в психофізичному розвитку, принципово не можна вивчати звичними психологічними та лінгвістичними методиками.*

Вирішення цього суттєвого завдання корекційної педагогіки пов'язане з необхідністю враховувати функціональну періодизацію дитячого розвитку в ранньому віці. На нашу думку, найбільш ефективною є періодизація, в основу якої покладені критерії, що відображають специфіку взаємодії організму дитини із зовнішнім середовищем. *Враховуючи те, що емоційне спілкування та емоційне пізнання становлять домінуючий спосіб взаємодії дитини раннього віку із зовнішнім середовищем, в основу об'єктивної періодизації цього віку покладено характерні особливості емоційної поведінки.* Вроджені звукові реакції (крик, сміх і плач, гуління і лепіт), мелодика, інтонації, псевдослова тощо дітей раннього віку, які змінюють одна одну, можуть розглядатися як важливий показник їх емоційної комунікативно-пізнавальної активності, структура якої весь час ускладнюється. Корекційному педагогу і психологу необхідно знати цей набір функціональних одиниць і принципи їхньої організації в потоці мовлення (див. табл. 5).

Джерела і показники емоційної і комунікативно-пізнавальної активності дітей раннього віку з типовим розвитком

Періоди та їхні фази	Провідне джерело мотиваційних відчуттів і образів	Психічні новоутворення дитини	
		Потребносно-мотиваційна сфера	Операційна сфера
Перший період (1 міс.)	Емоційна поведінка дитини з матір'ю та з іншими особами	Потреба у взаємодії з дорослим.	Найбільш ранні (до мовленнєві) утворення: наслідування, відтворення.
Другий період (2–3 міс)	Емоційна взаємодія з дорослим. Емоційне спілкування з дорослим. Емоційно-позитивне мовлення матері, що супроводж. посмішками	Підвищена потреба і чутливість дитини до різних емоційно-виразних типів впливу, що сприяє появі: -комплексу «пожвавлення»; -посмішки дитини, що відповідає цілям соціальної адаптації	Перетворення вроджених харчових і оборонних реакцій в соціально-адаптовані реакції: -взяття предметів під зоровий контроль; -поява умовно рефлекс-торного гуління; Наслідування переважаюч. темпу мовлення матері
Другий	Підвищена чутливість до впливів зовнішнього	Формування (паралельно) емоційно-виразних і	Перетворення емоційно-виразних

<p>період (кінець 1-ого року життя)</p>	<p>середовища. Вплив зовнішнього середовища, що гальмує чи спонукає емоційно-виразні засоби дитини</p>	<p>мовленнєвих засобів Формування різноманітних емоційних станів. Утворення емоційно-виразної єдності.</p>	<p>засобів у фонет. форми мовлення. Освоєння фонемної будови рідної мови. Формування мовленнєвих синтагм запитального і розповідного характеру. Формування питально-відповідальної форми діалогу.</p>
<p>Третій період (2-ий рік життя)</p>	<p>Види емоційної напруги: -зростання; -падіння. Спостереження за діалогами оточуючих дорослих.</p>	<p>Прогнозування результату своєї діяльності та діяльності дорослого. Наслідування емоційно-виразного мовлення дорослого</p>	<p>За наслідуванням дитина оволодіває: голосними і приголосними звуками; -типами збігів приго-лосних; -ритмічною структурою слів; -позначенням слів складами; мовленнєв. диференціацією форми висловлювання (на, дай);</p>
<p>Третій період (кінець 2-ого року життя)</p>	<p>Емоційне спілкування та емоційне пізнання як домінуючий спосіб взаємодії дитини із</p>	<p>Прогнозування результату своєї діяльності та діяльності</p>	<p>За наслідув. дитина оволодіває: голосними і пригол. звуками; -типами збігів пригол;</p>

	зовнішнім середовищем	дорослого. Наслідування емоційно-виразного мовлення дорослого	-ритмічною структурою слів; -позначенням слів складами; -мовлен. диференційовані форми висловлювання (на, дай);
Четвертий період (3-й рік життя)	Предметні, просторово-часові, соціальні та потребні обставини. Виділення окремих предметів з їхнім найменуванням. Ситуативна зумовленість мовлення (побутове мовлення). Необхідність у досягненні все складнішої соціальної адаптації. Подальша диференціація предметної віднесеності.	Формування емоційно-виразних інтонацій. Перетворення безперервного світу предметів в дискретне	Формування нескінченно варіативних інтонацій. Формування функції словесної «мітки» («Хто?», «Що?» тощо). Поява питальних слів і неусвідомлене засвоєння різних частин мови. Здійснення мовленнєвої номінації предметів і явищ та їхніх ознак. Здатність до мовленнєвої номінації як передумова розвитку абстрактного мислення і контекстного мовлення. Розвиток егоцентричного мовлення.

Як показують дані таблиці, *мотивовані відчуття й образи*, що виникають в процесі емоційного спілкування дитини з дорослим, є результатом її активності, що адаптивно ускладнюється при емоційному пізнанні оточуючої дійсності і виступає в ролі рушійної сили розвитку малюка. Поки що неусвідомлені реакції дитини на зовнішні подразники поступово перетворюються в *цільові усвідомлені дії* в міру того, як формується її предметна свідомість. Своєю чергою, в ранньому дитинстві в процесі емоційної взаємодії дитини із середовищем структурні одиниці предметної свідомості накопичуються операційно у формі різних мотивованих відчуттів і образів. В подальшому ці відчуття й образи піддаються *словесним узагальненням* і перетворюються в предметні уявлення дитини. Кожний із сформованих відчуттів і образів відкриває для дитини *потенційно більші можливості адаптації* до оточуючого його соціального середовища. Цієї більшої адаптації дитина досягає шляхом наслідування дорослого, удосконалюючи свої операційні функціональні одиниці.

Знання набору таких функціональних одиниць і принцип їхньої організації спеціалісту необхідні не тільки для того, щоб зрозуміти закономірності перетворення емоційно-виразних засобів мовлення дитини в фонетичні форми рідного мовлення. Врахування цих даних є особливо важливим і для удосконалення діагностики відхилень від нормального розвитку, і при розробці методик педагогічної компенсації і корекції різних аномалій та їхніх наслідків.

Узагальнення різнобічних наукових даних показує, що звукові реакції дітей раннього віку можливо розглядати як симптоми становлення періодичної структури їхніх психічних новоутворень, які формуються в процесі безпосереднього емоційного спілкування й емоційного пізнання навколишнього світу. Знання цих теоретичних основ, як зазначалося, допоможе корекційному педагогу і спеціальному психологу в їхній діагностичній і прогностичній діяльності, а також у визначенні оптимальної системи психолого-педагогічного впливу на дитину раннього віку з особливостями в розвитку. Важливо також при цьому враховувати те, що порушення розвитку малюка пов'язані з дисфункціями еволюційно найбільш досконалих дистантних органів чуття (вухо, очі) і специфічно людських здібностей до предметного сприйняття, предметних дій, мовлення і мислення, тобто порушення вищих психічних функцій.

Водночас зазначимо, що висвітлені нами в Розділі 2 сучасна практика оцінювання стану психічного і фізичного розвитку дітей переддошкільного віку як і запропонований паралінгвістичний підхід,

спрямований на вивчення особливостей емоційного комунікативно-пізнавального розвитку дітей раннього віку (Розділ 3) є недостатніми, оскільки методична реалізація тільки цих напрямів роботи *не забезпечує цілісний особистісний розвиток дитини раннього віку* з обмеженими можливостями здоров'я.

Для глибокого розуміння особливостей і корекції атипового розвитку дошкільника раннього віку, на наше переконання, бажано застосувати системний підхід до аналізу різних складових цього процесу в їхньому зв'язку, взаємозалежності і взаємозумовленості.

НАПРЯМИ РЕАЛІЗАЦІЇ РАННЬОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З ОСОБЛИВОСТЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

Вихователь, учитель і логопед в процесі корекційно-розвивальної роботи щоразу стикаються з багатьма феноменами і процесами, об'єднаними загальним терміном «психофізичний розвиток дитини», що при здійсненні педагогічної діяльності постійно потребує вибору і застосування різних засобів практичного впливу. Ефективність вибраної тактики, залежить від теоретичних переконань педагога, характер яких, своєю чергою, визначається висхідною методологічною точкою зору педагога на співвідношення індивідуального і соціального, органічного і функціонального тощо. Отже, **практична діяльність спеціаліста залежить від його конкретних науково-психологічних уявлень, а ці уявлення – від його філософських позицій.** Тобто, якими б спеціальними і далекими від переконань педагога не здавалися корекційно-розвивальне завдання чи дитяча гра, чи початкова справа ними (переконаннями) завжди править складна методологічна система, в якій знаходить **відображення як логіка формування власної думки педагога, так і розвиток наукових знань.**

Входження психолого-педагогічної науки в життя, її реальний вплив на поведінку дитини, зміни її психічних явищ, передбачення їх можливого розвитку – все це різко підвищує цінність наукових уявлень про пізнавальну діяльність. Зміцнюється впевненість в тому, що на основі теоретичної схеми (а не тільки життєвого досвіду чи інтуїції) можливо змінити поведінку, конструювати її за певними зразками.

Індивідуальна поведінка дитини здійснюється під впливом і контролем її сприймання й оцінки суспільним середовищем. Внаслідок цього в дитини формується мала система – уміння орієнтуватися в психічних якостях інших людей, а потім – і в своїх особистих. Така орієнтація тісно пов'язана зі становленням і розвитком прогностичної функції свідомості дитини: тестуванням людини, передбаченням того, що вона собою являє, прогнозом про те, чого від неї можна чекати тощо. Науковці відмічають, що регуляція і координація дитиною людських стосунків були б неможливими без становлення, розвитку і неперервної роботи її **діагностичного і прогностичного апарату «слідкування», оцінювання, апробування** психічних якостей інших людей. Вважається, що цей апарат (так

само, як і мовлення) є *надіндивідуальним* і свідчить не тільки про загальні закономірності психічної діяльності дитини, але й про якості і можливості конкретної дитини на відміну від якостей і можливостей інших дітей. Діагностичні методики значною мірою є важливим методом добування такої інформації, а її застосування в процесі корекційно-розвивальної і корекційно-превентивної роботи відкриває можливість врахувати психологічні і педагогічні ресурси окремої дитини в її співставленні з іншими дітьми, причому ще до того, як ці ресурси реалізуються в реальній дійсності. Разом з тим, для корекції атипового розвитку дошкільника раннього віку, на наше переконання, є можливим застосовувати системний підхід до аналізу різних складових цього процесу в їхньому зв'язку, взаємозалежності і взаємозумовленості.

4.1. Концепція становлення і розвитку особистості дитини раннього віку з особливостями в розвитку

При розробці Концепції ми враховували основні положення, по-перше, диспозиційної теорії особистості (Г.У Оллпорта), по-друге, положення про взаємодію дитини з середовищем як неподільності процесів (Ж.Піаже та ін.), а також, по-третє, основні положення концепції корекційно-синапсичного навчання дітей з особливостями в розвитку (В.В.Тарасун).

Актуальність визначення шляхів впровадження корекційно-синапсичного навчання дітей з особливостями в розвитку *визначено за декількома позиціями:*

1) в загальній і спеціальній літературі широко представлено можливі напрями, методи і методики диференціації та індивідуалізації процесу формування і розвитку психічних структур, процесів і функцій, запобігання та коригування їхніх порушень;

2) при визначенні загальних і специфічних особливостей розвитку в різних категорій дітей з ОПФР специфічні особливості, однак, представлено, не індивідуальним, а узагальненим варіантом розвитку;

3) повноцінне урахування індивідуального варіанту розвитку в навчально-виховному процесі, на нашу думку, сьогодні є об'єктивно неможливим, хоча до цього спрямовують свої зусилля як загальна, так і спеціальна педагогіка;

4) авторське прагнення сформулювати підхід, який сприяв би формуванню (особливо на першому етапі роботи) не окремих сторін розвитку, а забезпечив би створення підґрунтя для цілісної картини розвитку дитини;

5) як наслідок, такий підхід певним чином нівелюватиме протиріччя між індивідуалізацією та уніфікацією процесу розвитку, створюючи умови для орієнтації освіти на спільність вимог до змісту навчання, представленого освітніми стандартами.

Для досягнення поставленої мети уніфікації процесу навчання дітей з ОПФР ми враховували як результати психолого-педагогічної теорії і практики, так і результати (що особливо важливо на перших етапах) нейропсихологічних і нейробіологічних досліджень.

На сьогодні ми маємо справу з інформаційним бумом в галузі нейробіології, нейрофізіології і когнітивної психології. Тому серед нових теорій і фактів, представлених в цих науках, необхідно знайти корисні для навчання дітей, хоча безперечно таке складне поняття як «особистість дитини» не можна зводити до одного лише мозку, до чистої фізіології. Разом з тим, у цьому зв'язку проф. психіатрії М. Щпітцер впевнений в тому, що «так само як тренеру необхідно добре розбиратися в роботі м'язів, так і знання й уявлення про роботу мозку потрібні педагогу». На думку вченого, педагог, який знайомий з ідеями нейропсихології і нейробіології, швидше зможе зрозуміти, який тип навчання є ефективним для конкретної дитини.

Аналіз результатів наукових досліджень показує, що дидактика не виводиться на пряму з нейропсихології чи нейробіології. Проте узагальнення матеріалів міждисциплінарної дискусії можуть значною мірою вплинути на уявлення педагогів про те, як потрібно навчати.

Застосовуючи досягнення нейробіології і нейропсихології розвитку і навчання, ми спираємося на принципи:

- *системної або динамічної організації ВПФ*. При цьому враховуємо, що визначення внутрішніх факторів розвитку ВПФ значно обмежує вплив соціального фактора поняттям зрілості і гетерохронності відповідних відділів мозку;
- *соціальної генези ВПФ*. Нейропсихологія і нейробіологія розвитку і навчання визначають (як провідну у формуванні ВПФ) дію внутрішніх факторів, тобто локалізованих у мозку психічних функцій.

Отже, сам предмет нейропсихології і нейробіології розвитку та навчання дає можливість не переоцінювати роль соціального досвіду, а зосереджуватися на внутрішніх умовах розвитку дитини, тим самим значно обмеживши експансію принципу соціальної генези ВПФ.

Розглядаючи можливість *корекційно-превентивного розвитку особистості дитини раннього віку*, ми врахували наступне.

1. Як відомо, в процесі корекційної діяльності педагога чи психолога **здійснюється розвиток ВПФ**, тобто функцій, пов'язаних з діяльністю головного мозку дитини. Водночас і вищі форми інтеграційної аналітико-синтетичної діяльності також розглядаються на рівні головного мозку, який в даному разі представлено як сукупність сенсорних систем. У кінцевому результаті інформація про силу і якість подразнень, сприйнятих рецепторами відчуттів (звукових, світлових, тактильних тощо), а також інформація від усіх внутрішніх органів, м'язів, сухожилів переробляється (тобто аналізується, синтезується, запам'ятовується) всією корою головного мозку.

Виходячи з цього положення, на сьогодні вся діяльність педагога спрямовується (і це є правомірним) на діагностику, формування і коригування порушень ВПФ.

2. Однак (і для нас це є принциповим) процес переробки інформації в корі головного мозку **відбувається тільки після того, як інформація спочатку сприйнята і збережена, а потім перероблена в підкіркових структурах**, які, за висловом І. Павлова, є джерелом енергії для кори головного мозку.

Таким чином, місцем найвищого аналізу і синтезу та ділянкою, де формуються всі складні акти живого організму, є кора головного мозку. Проте повноцінна її діяльність можлива лише за умови надходження до неї великої кількості енергії від підкіркових структур, що здатні забезпечувати вже системний характер кіркових утворень.

3. Тобто, на питання про те, на якому рівні головного мозку (в корі чи підкірці) відбувається замикання умовного рефлексу, розглядається як штучне і непринципове, адже **мозок бере участь у формуванні поведінки як цілісна система**. І якщо при цьому кора великих півкуль є найвищою інстанцією синтезу аферентних збуджень і організатором внутрішніх нервових зв'язків, то завдання підкіркових утворень є не менш важливим, а саме: **створити необхідні умови для організації кіркових зв'язків**. Цікавим є той факт, що при аналізі глибинних відділів мозку, зокрема ретикулярної формації, деякі вчені (Пенфилд, Джаспер, Еріксон тощо) припускали можливість переоцінки, відповідно до якої вищий рівень інтеграції всіх складних форм діяльності здійснюється не корою великих півкуль, а ретикулярною формацією (цитата за С. Ляпідевським).

Виходячи з викладеного, ми вважаємо, що в процесі психолого-педагогічної діяльності спеціаліст повинен враховувати не тільки механізми формування ВПФ, але й підкіркові механізми. У цьому зв'язку постає питання: яким чином сприяти стимулюванню і

задіюванню підкіркових структур? Адже саме ці структури, забезпечуючи необхідний рівень енергетики, тонусу кори, визначально впливають на здатність мозку сприймати, переробляти і зберігати інформацію та видавати результати цієї переробки. Що собою являють підкіркові утворення, яке їхнє загальне і диференційоване значення?

4. До підкіркових утворень в анатомічному плані, як відомо, відносять *нейронні структури*, розташовані між корою головного мозку і продовгуватим мозком. З окремих нейронів, що обмінюються інформацією, утворюються нейронні сітки. Встановлено, що безпосередій контакт між нейронами забезпечується особливою структурою – *синапсом* (Е.Кендел), а підсилення синапсичних зв'язків між нейронами є *основою запам'ятовування* (Д.Хебб). Окремі ділянки утвореної нейронної сітки об'єднуються в особливі групи, утворюючи так звані ансамблі клітин. Повторне збудження нейронів однієї групи призводить до *оживлювання всього ансамблю та видобування інформації* (думок, відчуттів, емоцій), що зберігаються клітинами. Перш ніж досягнути кори, потоки збуджень мають *багаточисельні синапсичні переключення в таламусі*, який слугує ніби проміжною зв'язною ланкою між нижчими утвореннями стовбура мозку і корою великих півкуль. Специфічні і неспецифічні ядра таламуса знаходяться в тісному функціональному взаємозв'язку, що забезпечує первинний аналіз і синтез всіх аферентних збуджень, які надходять в головний мозок. Особливо тісно таламус пов'язаний з соматосенсорною ділянкою великих півкуль. Цей взаємозв'язок здійснюється завдяки наявності закритих циклічних зв'язків, спрямованих як від кори до таламусу, так і від таламусу до кори.

Таким чином, і в цьому випадку ***здатність мозку до сприймання і переробки інформації криється в контактах нейронів, а сила цих контактів може змінюватися завдяки синапсичному навчанняю.***

З функціональної точки зору – підкіркові структури, перебуваючи в тісній взаємодії з корою великих півкуль, формують цілісні реакції організму. До таких підкіркових структур відносять: ретикулярну формацію, гіпоталамус, лімбічну систему мозку, базальні вузли.

Завдання підкіркових структур – забезпечити генералізований активізуючий вплив на діяльнісний стан мозку, на активізацію кори великих півкуль.

Базуючись на викладеному, змістом **1** *напряму роботи*, спрямованої на формування особистості дитини переддошкільного віку з особливостями в психофізичному розвитку, передбачено саме врахування того, що за даними нейропсихологічної науки, повноцінна

діяльність кори головного мозку дитини можлива лише за умови надходження до неї великої кількості енергії від підкіркових структур, які є джерелом енергії для головного мозку і здатні забезпечувати успішний вибір суттєвих сигналів, збереження їхніх слідів, вироблення потрібних програм поведінки і постійний контроль за їхнім виконанням. Грунтуючись на цих даних, В.В.Тарасун формулює положення про те, що в процесі корекційно-превентивної діяльності спеціаліст повинен **враховувати як механізми формування вищих психічних функцій, так і підкіркові механізми**, що є особливо важливим у роботі з дітьми переддошкільного віку. У цьому зв'язку фахівець повинен застосувати **систему завдань, спрямовану на забезпечення надходження до кори головного мозку необхідного рівня енергетики**, що визначально впливатиме на здатність мозку дитини сприймати, зберігати і переробляти інформацію та видавати результати цієї переробки. У цьому зв'язку за допомогою застосування **методу уніфікації** процесу корекційно-розвивальної роботи передбачено впровадження системи завдань, спрямованої **на підсилення діяльності ретикулярно-лімбічної системи** в дітей раннього віку. Саме за допомогою цього методу нами передбачена можливість забезпечення стимуляції енергетичного потенціалу організму дитини. З цією метою на початковому етапі корекційно-розвивальної роботи пропонується впровадити систему завдань, спрямовану на стимуляцію діяльності ретикулярно-лімбічної формації дітей шляхом:

- оптимізації і стабілізації загального тону тіла; масажу (комплекс завдань, яким дорослий оволодіває під керівництвом професіонала); елементів самомасажу, які дитина виконує з допомогою дорослого;
- розширення сенсомоторного репертуару дитини (одночасних і реципрокних взаємодій і координацій, поєднання рухів). При цьому формуванню і розвитку сенсомоторних структур нами надається особливе значення, оскільки ці структури розглядаються як підґрунтя формування образних, а надалі – логічних структур (при цьому враховується той факт, що в дітей переддошкільного віку система операцій ще не формується);
- розвитку фізіологічного і мовленнєвого дихання (система вправ, що застосовується не епізодично і не обмежується формуванням фізіологічного дихання, а враховує

необхідність розвитку всіх складових дихання і формування мовленнєвого дихання);

- розвитку просторових уявлень як підгрунття для переробки інформації;
- застосування різноманітних способів розгляду одного і того ж предмета зі зміною завдань;
- засвоєння інформації з урахуванням цілого (тобто від симультанності до сукцесивності);
- використання загадок, жартів тощо для того, щоб пам'ять пропускала в першу чергу інформацію, яка зацікавила дитину.

Тобто, не тільки спілкування дитини з іншими людьми, не тільки лінгвістичний зв'язок, *але й конкретні структури, конкретні операції забезпечать позицію детермінації її комунікативно-пізнавальної активності*. Цілеспрямоване впровадження в освітньо-виховний процес зазначеного підходу в ранньому дитинстві забезпечить підсилення синапсичних зв'язків між нейронами, яке, за даними нейропсихологічних і нейробіологічних досліджень, сприятиме: *збереженню процесу сприймання, підвищенню рівня координації інформації, зібраної дитиною з різних джерел і її розуміння, економії пам'яті, формуванню позитивних мотивів ігрової діяльності*.

Змістом **II** **напрямку** нашої **роботи** передбачено формування *основних аспектів самосвідомості* в дитини раннього віку з особливостями в розвитку або інакше – формування *пропріотичних функцій*. (Поняття «пропріум» в психології використовується для позначення типів поведінки і цінностей людини, важливі для її життя).

Дослідники виходять з різного розуміння як самого феномена самосвідомості, так і з різного розуміння структури самосвідомості. У той же час розуміння педагогом і психологом структури самосвідомості, виділення в ній окремих компонентів та рівнів багато в чому визначає подальші напрями забезпечення процесів її формування і розвитку.

В психологічних дослідженнях різних авторів структура самосвідомості представлена неоднорідно. Одні дослідники намагаються приділити більше уваги вивченню Образу-Я (І.С. Кон, О.Т. Соколова, А.А. Налчаджян та інші). Інші – більш детально зупиняються на вивченні проблеми ставлення до себе і його (ставлення) будови (В.В. Столін, С.Р. Пантелєєв, Н.І. Сарджвеладзе та інші). Найчастіше серед учених розповсюджене уявлення про

трьохкомпонентну структуру самосвідомості з деякими варіаціями (О.Т. Соколова, І.І. Чеснокова, П.Р. Чамата та інші). Уявлення про рівневу будову самосвідомості часто ґрунтуються на аналізі активності суб'єкта (В.В. Столін, О.А. Белобрикіна та інші). Згідно з концепцією В.С. Мухіної, самосвідомість складається з наступних компонентів: ім'я людини та її фізична сутність; домагання соціального визнання; психологічний час особистості – її минуле, сьогодення і майбутнє; соціальний простір особистості – її права й обов'язки.

Розуміючи самосвідомість особистості як складне утворення, структура якого складається з таких взаємозалежних одиниць як самооцінка, домагання, соціально-психологічні очікування й образ «Я», М.Й.Боришевський визначає останню складову **як інтегральну форму самосвідомості людини**. На думку вченого, становлення образу «Я» особистості відбувається в процесі апробації нею власних самооцінок, домагань, соціально-психологічних очікувань і оцінних ставлень до_оточуючих. Таким чином, становлення образу «Я» є ознакою нового рівня самосвідомості, який характеризується досягненням індивіда достатньо зрілого усвідомлення сутності своєї особистості. У структурі особистості образ «Я» є тим своєрідним каркасом, який служить особистості основою для вибору певної лінії поведінки, виступаючи при цьому як узагальнений глобальний механізм саморегуляції поведінки на особистісному рівні, що забезпечує почуття ідентичності, самототожності людини.

З погляду М.Й.Боришевського, збереження почуття ідентичності протягом більш-менш тривалих періодів дозволяє людині усвідомлювати необхідні межі між «Я» і «не- Я».

А.А. Налчаджян запропонував узагальнену схему структури самосвідомості, в якій **центральне місце приділяється Я – організуючій, інтегруючій і регулюючій інстанції особистості**. Я має самосвідомість або Я-Концепцію (уявлення, сукупність знань про себе). Я-Концепція є загальною структурою самосвідомості й складається з підструктур – відносно стійких Я-Образів. У Я-Концепцію А.А. Налчаджян включає образ тіла (тілесне Я), наявне або теперішнє Я, динамічне Я, фактичне Я, майбутнє або ймовірне Я, ідеалізоване Я, уявне Я. Крім того, автором виділяється фальшиве Я, в яке може перетворитися кожна з підструктур Я-Концепції, хоча найчастіше спотворюється наявне або актуальне Я. Крім стійких Я-Образів, що сформувалися у ході онтогенезу, у структуру самосвідомості входять ситуативні (оперативні, динамічні) Я-Образи,

які виражають активність особистості, її самосвідомість в різних ситуаціях.

При розробці Концепції, здійснений нами аналіз уявлень вітчизняних і закордонних дослідників щодо структури самосвідомості, показує, що переважною є думка про трьохкомпонентну будову самосвідомості, яка включає когнітивну, афективно-оцінну й регулятивну складові. Когнітивну (описову) складову самосвідомості найчастіше позначають образом-Я або Я-концепцією, тобто уявленнями про себе, знаннями про своє Я. При описі афективно-оцінної складової використовують поняття *самопізнання, самооцінки, ставлення до себе, самоповаги, самоприйняття* тощо. Регулятивна складова описується в таких поняттях, як *саморегуляція, самоконтроль, самоствердження, самоосвіта, саморозвиток, самовдосконалення* тощо. Разом з тим, в **рівневих моделях** структура самосвідомості представлена у вигляді ієрархічної системи, кожний з рівнів якої одночасно описує особливості функціонування самосвідомості й фази її розвитку в онтогенезі.

Узагальнюючи, зазначимо: ***самопізнання – складний, багаторівневий процес, індивідуально розгорнутий в часі.*** Умовно самопізнання поділяють на два рівні: на першому суб'єкт переважно співвідносить себе з іншими, а головними прийомами такого самопізнання є самосприйняття й самоспостереження. Однак на стадії більш-менш зрілого самопізнання включається і самоаналіз. На першому рівні самопізнання складаються одиничні ситуаційні образи самого себе, але ще не має цілісного, дійсного розуміння себе, своєї сутності. Визнається, що ***перший рівень самопізнання є основним і єдиним на ранніх онтогенетичних стадіях.*** Для другого рівня самопізнання специфічним є те, що співвіднесення знань про себе відбувається не в рамках «Я та інша людина», а в рамках «Я і Я», коли суб'єкт оперує вже готовими знаннями про себе, в якійсь мірі сформованими, отриманими в різний час, в різних ситуаціях.

Результати інтегративної роботи в сфері самопізнання, з одного боку, і в сфері емоційно-ціннісного ставлення до себе, – з іншого, поєднуються в ***особливе утворення самосвідомості особистості – в її самооцінку.*** Завершальною ланкою цілісного процесу самосвідомості є саморегулювання суб'єктом складних актів, що входять до складу діяльності й поведінки. Тут теж має місце інтегративна тенденція – ***від окремих рухів в дитини до складних форм поведінки в дорослої людини в різних системах міжперсональної взаємодії.***

З урахуванням зазначених узагальнених схем структури самосвідомості найбільш прийнятною, на нашу думку (з огляду на переддошкільний вік дитини), є концепція Г.У. Олпорта, за якою *особистість* не є набором розрізнених диспозицій (рис особистості), а *передбачає єдність, інтеграцію всіх структурних елементів самосвідомості індивідууму*. Базуючись на зазначеному, до *структурних елементів самосвідомості дитини переддошкільного віку* з особливостями в розвитку, що потребують, на нашу думку, спеціальної організації їхнього послідовного формування і підтримки, відносяться:

- відчуття дитиною власного тіла (просторові уявлення про власне тіло, відчуття від «внутрішнього світу» тіла, відчуття від взаємодії тіла із зовнішнім простором; вербалізація відчуттів);
- розширення меж простору Я (відчуття приналежності дитині як власного фізичного тіла, так і приналежності інших предметів та людей);
- відчуття самоідентичності, самоідентифікації («Я»). (Знання свого імені; вміння здійснювати вікову і статеву самоідентифікацію);
- почуття самоповаги (самооцінка: «Я – хороший, я – не хороший, поганий»); почуття гордості («Я сам»);
- раціональне управління собою (саморегуляція малюка при вирішенні своїх життєвих «проблем»).

Змістом **III напрямку роботи** передбачено формування, підтримка і розвиток *процесів взаємодії дитини раннього віку з навколишнім середовищем*. До таких процесів відносяться: *процес асиміляції* (формування в дитини вміння накладати схеми своєї поведінки на середовище) й *акомодациї* (формування вміння *перебудовувати* схеми своєї поведінки відповідно до особливостей середовища). При цьому в контексті раннього віку процес соціального розвитку нами розуміється не як спонтанне використання від початку закладених форм пізнання, але й не за типом «чистої дошки» (уявлення про те, що розвиток є накопиченням відбитків середовища – *емпіризм*), а як поєднання процесів асиміляції й акомодациї. Такий підхід (за Ж.Піаже та ін.) спрямовує педагога на розкриття і врахування моментів, що залежать не від запрограмованих тілесних генетичних факторів і не від безпосередньо оточуючого середовища, а від діяльності організму дитини.

При поясненні цього рівня відправною точкою є *процес адаптації* як взаємозв'язку асиміляції й акомодатії. При цьому під адаптацією розуміється досягнення *рівноваги*: прагнучи до все більш удосконалених і стійких форм рівноваги із середовищем, організм дитини створює пізнавальні структури. За магістральну лінію розумової еволюції дитини приймається спочатку адаптація до судження інших людей, потім – адаптація до реальних об'єктів.

При здійсненні корекційно-формульованої роботи важливо враховувати своєрідний *дитячий егоцентризм* маленької дитини, яка є неусвідомленим центром власного світу. Вона ще не здатна стати на позицію іншого, критично, з боку поглянути на свою думку, зрозуміти, що інші люди бачать речі по-іншому.

Через це вона змішує те, що переживає і реальне, суб'єктивне й об'єктивне, приписує свої особисті мотиви фізичним речам, переносить внутрішні прагнення на незалежний від неї причинний зв'язок явищ природи, словам і жестам надає здатності впливати на зовнішні предмети, речі наділяються свідомістю і волею (анімізм), явища оточуючого світу вважаються виготовленими людьми для власних потреб (артифіціалізм тощо. Все це відображається в дитячому мовленні.

У цьому зв'язку значна увага нами надається формуванню *егоцентричного мовлення* як засобу висловлювання дитиною бажань, мрій, логіки почуттів і як своєрідного супутника її реальної поведінки. У присутності інших дитина міркує вголос, так ніби вона на самоті, тобто використовує егоцентричне мовлення (мовлення, яке не виконує комунікативної функції). У дитини таким чином формується егоцентричне мовлення, що висловлює її бажання, мрії, логіку почуттів, слугує своєрідним супутником її реальної поведінки. Надалі розвиток мовлення відіграє важливу роль в переході від зовнішньої дії до внутрішньої. Оволодіваючи мовленням, дитина уявляє події і предмети уже не в реальному, а у внутрішньому, символічному плані.

Разом з тим, дитина змушена, пристосовуючись до середовища, змінити, за висловом А.Фрейда, «принцип задоволення» на «принцип реальності». Відтоді дитяче мислення втрачає свою первозданність, деформується і починає підпорядковуватися іншій, «дорослій» логіці, взятої із соціального середовища, тобто з процесу мовленнєвого спілкування з іншими людьми. Відтоді іншим уявляється і напрямок розвитку. Якщо раніше мова йшла про перехід дитини від власної егоцентричної точки зору до соціалізованого мовлення, то потім розумовий розвиток виявляється спрямованим до образних, а надалі –

до логічних структур. Разом з тим, ми враховуємо (на відміну від Ж.Піаже) те, що, хоча стадії розумового розвитку дитини виступають у вигляді зміни структур, однак вони можуть бути змінені соціальним оточенням або впливом, тобто соціальне оточення може або уповільнити, або прискорити зростання інтелекту.

Водночас при здійсненні всіх напрямів корекційно-розвивальної роботи, визначених змістом Концепції становлення і розвитку особистості дитини з особливостями в розвитку, важливо врахувати те, що в традиційній спеціальній психології і педагогіці дитяче мислення і поведінка одержали, як правило, негативну характеристику, що складається з переліку недоліків, труднощів, мінусів, які відрізняють їх від дитини з типовим розвитком. У цьому зв'язку важливо в роботі в центрі уваги поставити завдання враховувати *те, що в дитини є, тобто своєрідність дитячого розвитку такого малюка з його позитивної сторони.*

Надалі ключову позицію детермінації розвитку соціально-емоційної активності дитини поступово займають **конкретні операції**. Цим конкретним операціям передують **сенсомоторні структури**, елементами яких є дії, що відбуваються спочатку реально, з предметами, що безпосередньо сприймаються, а потім – «в умі» дитини. Проте розумова дія, що виникає із зовнішньої предметної дії, а, отже, інтериоризована – ще не є дією. Для того, щоб стати операцією, дія повинна набути особливих ознак. Визначено, що операції повинні бути скоординованими в стійкі і разом з тим рухливі цілісні структури, які створює взаємозалежність операцій. Проте не тільки в дітей переддошкільного віку, але й у молодших і старших дошкільників (хоча в останніх вже є розумові інтериоризовані дії) система операцій ще не є сформованими, а розумові дії ще не набули зворотності, про що, наприклад, свідчать відомі відповіді (за Ж.Піаже) дітей на завдання по визначенню кількості рідини при її переливанні в склянку іншу за розміром.

У контексті проблеми становлення і розвитку особистості дитини раннього віку завдання полягає в тому, щоб *пояснити не тільки те, як організм дитини здійснює пристосувальні рухи, змінюючи їх відповідно до зміни зовнішніх умов, але й як вона їх засвоює, зберігаючи нові напрацьовані системи дій.*

Таким чином, змістом **III** **напрямку роботи** передбачається формування, підтримка і розвиток таких психічних структур, процесів і функцій:

- асиміляції – тобто, вміння дитини ніби накладати свою схему поведінки на середовище (перекомбінування предметного

середовища, формування ігрового ставлення до предметів; створення дитиною ілюстративних дій);

- акомодатії – вміння дитини перебудувувати свою схему поведінки до особливостей середовища (перенесення дитиною освоєної ігрової дії, запропонованої дорослим, на інші іграшки; моделювання побутових вражень ігровими засобами; вміння відобразити в грі події навколишнього життя);
- адаптації – спочатку адаптація до судження інших людей, потім – адаптація до реальних об'єктів; формування в малюка уміння конструктивно впливати на поведінку інших людей; засвоєння соціального досвіду конкретного середовища, до якого вона належить; формування вміння врахувати особливості середовища);
- дитячого артифіціалізму – підтримка початкового уявлення дитини про те, що все навколо неї створене тільки за волею людини і для неї (що таке стілець? – те, на чому сидять; що таке сонце? – щоб нам світити; що таке земля? – щоб людям було де жити тощо);
- егоцентричного (автономного) мовлення, тобто мовлення дитини, яке не призначене для спілкування (стимулювання і підтримка бажання дитини в присутності інших супроводжувати вголос дії інших людей і власні дії; моделювання дитиною минулої події в супроводі мовлення; моделювання ігровими засобами словесного сюжету, запропонованого дитині).

Підсумовуючи, зазначимо:

1) розробка проблеми становлення і розвитку особистості дитини переддошкільного віку продиктована потребою у виборі і застосуванні відповідних корекційно-розвивальних засобів практичного впливу;

2) вибір засобів впливу залежить від теоретичних переконань, знань і умінь педагога;

3) об'єкт впливу – дитина раннього віку як цілісна психофізична істота, розвиток якої описується (безвідносно до етапу дозрівання дитини), по-перше, біологічним фактором, неврологічним механізмом. Разом з тим, становлення і розвиток індивідуального життя дитини не є її чисто розумовим спілкуванням з предметами і людьми, а невіддільне від мотиваційного й емоційного. Водночас при спеціальній організації корекційно-розвивального процесу необхідно

враховувати те, що при цьому поведінка дитини регулюється іншою людиною;

4) забезпечення інтенсифікації початкового етапу процесу корекційно-розвивальної роботи, спрямованої на досягнення підсилення рівня енергетичного потенціалу організму дитини, є необхідною умовою ефективного становлення емоційного комунікативно-пізнавального розвитку дитини раннього віку;

5) інтенсифікація процесу становлення самосвідомості пропріотичних функцій в дітей переддошкільного віку з особливостями в розвитку є важливою складовою процесу формування особистості дитини переддошкільного віку;

6) важливим постулатом психічного розвитку є положення про взаємодію дитини із середовищем як неподільності процесів асиміляції, акомодатії, адаптації тощо, що безперервно удосконалюються.

7) *при розробці змісту і методик процесу розвитку дитини раннього віку необхідно враховувати, в якому віці при типовому розвитку дитини зазначені складові є сформованими;*

8) програми ранньої допомоги дітям мають бути сімейно-центрованими, тобто спрямованими на допомогу всій сім'ї, а не тільки дитині з особливостями в розвитку.

4.2. Напрями реалізації ранньої допомоги дітям переддошкільного віку з особливостями в розвитку

Відповідно до змісту основних положень Концепції розроблено систему спеціальних методик, спрямовану на стимулювання:

- **ретикулярно-лімбічної системи** в дітей раннього віку. Згідно основних положень Концепції корекційно-синапсичного навчання ця робота здійснюється шляхом уніфікації початкового етапу процесу корекційно-розвивальної роботи, спрямованої на забезпечення підсилення енергетичного потенціалу організму дитини;

- **пропріотичних функцій** в дітей переддошкільного віку з особливостями в розвитку. На основі диспозиційної теорії особистості забезпечується інтенсифікація процесу формування тієї частини суб'єктивного досвіду малюка, яка для неї є «моє»;

- **процесів взаємодії дитини з навколишнім середовищем.** Важливим постулатом при підборі відповідних завдань є положення про взаємодію дитини з середовищем як

неподільності процесів асиміляції, акомодациї, адаптації, що безперервно удосконалюються.

4.2.1. Підсилення енергетичного потенціалу організму дитини з особливостями в розвитку (*інтенсифікація ретикулярно-лімбічної формації в дітей раннього віку*)

В основі процесу переробки інформації (сприймання, запам'ятовування, розуміння і відтворення), як зазначалося, лежить синапсична прохідність між нервовими клітинами. Якщо ця прохідність підсилюється, то відбуваються структурні зміни, що інтенсифікують контакт між двома нейронами й узгоджено з іншими нейронами *кодують засвоєну інформацію*. Встановлено, що для підсилення синапсичних контактів важливо забезпечити *активність зв'язку (провідність) між клітинами*. У цьому зв'язку зазначимо, що в останнє десятиліття минулого століття в педагогічну практику різних країн активно впроваджується *синапсичне навчання*, змістом якого передбачено **створення підґрунтя для подальшого формування і розвитку вищих психічних функцій**. З цією метою, по-перше, пропонується застосовувати систему завдань, спрямовану на **інтенсифікацію діяльності ретикулярної формації підкірки головного мозку**. У результаті така робота сприяє підвищенню загального тону та енергетичного потенціалу організму дитини, енергетичності її сенсомоторики, розширенню сенсомоторного потенціалу, сенсомоторної взаємодії. По-друге, шляхом впровадження в практику системи завдань, спрямованої на **інтенсифікацію діяльності лімбічної системи**, забезпечується: підтримка внутрішнього середовища організму дитини, тонуна активізація її головного мозку та формування генералізованого активізуючого впливу на кору головного мозку і формування механізмів пам'яті.

З урахуванням вікових можливостей дітей переддошкільного віку нами розроблена система спеціальних завдань, спрямована на забезпечення інтенсифікації функціонування їхньої ретикулярно-лімбічної формації.

У вирішенні проблеми, пов'язаної з визначенням змісту і шляхів методичної реалізації підсилення енергетичного потенціалу організму дитини (як одного з шляхів формування базису кірково-підкіркових взаємодій), особливого значення ми надаємо включенню в зміст корекційно-розвивальної роботи системи завдань для оптимізації і стабілізації загального тону її тіла, дихальних вправ, комплексу завдань для масажу та елементів самомасажу тощо. При

цьому зазначимо, що в роботі педагогу необхідно, по-перше, **враховувати структуру порушення розвитку** конкретної дитини, по-друге, **дотримуватися поєднання необхідності та своєчасності**, тобто навчати дитину тому, до чого вона вже готова, поступово ускладнюючи заняття, а не форсувати її розвиток. Отже, із запропонованої системи завдань творчо налаштований дорослий зможе відібрати саме ті завдання, які будуть необхідні і корисні для розвитку конкретної дитини. Для досягнення позитивного результату завдання потрібно пред'являти, ускладнюючи їх зміст в міру дорослішання дитини; нові завдання вводити поступово з тим, щоб і малюк, і дорослий встигли пристосуватися до них; рекомендуємо при цьому використовувати саморобні іграшки.

Таким чином, базуючись на результатах психологічних, нейропсихологічних і нейробіологічних досліджень, з метою підсилення синапсичної провідності (підсилення контакту нейрона з іншими нейронами) нами пропонується система завдань, спрямована на **інтенсифікацію** саме **ретикулярно-лімбічної формації** шляхом:

- підсилення енергетичного потенціалу організму дитини;
- розширення її сенсомоторного репертуару (одночасних і елементарних реципрокних взаємодій і координацій, поєднання рухів);
- розвитку просторових уявлень як підґрунтя для переробки інформації;
- застосування різноманітних способів розгляду одного і того ж предмету зі зміною завдань;
- засвоєння понять на новому рівні, по спіралі, але за умови, що від початку окремі факти подаються з урахуванням цілого (тобто від симультанності до сукцесивності);
- використання загадок, жартів тощо для того, щоб пам'ять дитини могла пропускати в першу чергу інформацію, яка зацікавила малюка.

1. Напрями стимуляції морфофункціональних можливостей організму дитини.

а) Підсилення діяльності мозку за допомогою впливу на слухові, нюхові і чуттєві рецептори (методом ароматерапії, музичної і піскової терапії тощо).

Методи ароматерапії, музичної і піскової терапії тощо широко представлені в науково-методичній літературі.

Як приклад, наведемо зміст *піскової терапії* (за методикою Г. Рудової, В.В.Нікольського та ін.).

Педагог починає гру, роблячи відбитки кистей рук на поверхні піску. За ним повторює дитина. Дорослий розповідає про свої відчуття: «Мені приємно. Я відчуваю тепло піску. Коли я ворушу пальцями, я відчуваю маленькі піщинки. А що відчуваєш ти?». Тепер, отримавши зразок розповіді, дитина пробує сама описати свої почуття. Якщо ж не зможе (не вміє) скласти фрази, педагог допомагає дитині, задаючи їй відповідні питання, намагаючись отримати хоча б простий кивок «так» чи «ні». Потім дорослий перевертає свої руки вгору долонями і знову описує свої відчуття. Поступово завдання ускладнюються. Кожній дитині розробляється особлива система завдань, спрямована на досягнення корекційного ефекту. Наприклад:

- пройтися долоньками по піску як слон, як маленьке слоненя, як швидкий зайчик;
- залишити відбитки долоньок, кулачків, ребер долонь;
- створити візерунки й малюнки сонечка, метелика, » літери»;
- «пройтися» по піску кожним пальчиком правої і лівої руки по черзі;
- просіяти пісок крізь пальці, «висіваючи» доріжку з контрастного за фактурою піску;
- розкласти на піску в запропонованій послідовності різні за структурою та розміром камінці та природні матеріали;
- за зразком викласти фішками геометричну фігуру;
- просіяти пісок через сито, на піску намалювати візерунок пензликом або паличкою, просіяти пісок через систему воронок тощо.

крім ігор з піском, можуть використовуватися ігри з іншими сипучими матеріалами: пересипання їх з однієї ємкості в іншу, занурення рук дитину в сипучі матеріали, малювання по крупі, ігри з різнокольоровим желе (розривання його пальчиками, занурення в прохолодний і в'язкий продукт) тощо.

Піскова терапія об'єднує велику кількість вправ, спрямованих на загальну релаксацію, зняття рухових стереотипів і судомних рухів, на підвищення концентрації уваги, розвиток логіки й мовлення. У своїй системі ці вправи мають колосальне значення для розвитку психіки дитини. По-перше, вони стабілізують емоційний стан дітей. По-друге, поряд з розвитком тактильно-кінестетичної чутливості і дрібної моторики рук, дитину вчать прислухатися до себе і озвучувати свої

відчуття, що важливо для розвитку мовлення, довільної уваги і пам'яті. Але головне – дитина отримує перший досвід рефлексії (самоаналізу), вчиться розуміти себе та інших. Так закладається база для подальшого формування навичок позитивної комунікації.

Зазначена терапія може бути значно посилена **ароматерапією і музикотерапією**. Для цього заняття з піском проводяться під звучання особливо підібраних музичних уривків. Дієвість музикотерапії науково доведено, оскільки визначено, що коливання звукових хвиль, створювані поєднаннями звуків від різних музичних інструментів, викликають відповідний резонанс в мозку дитини, що впливає на ряд мозкових функцій і активно на її психоемоційний стан. Зміна емоційної складової, своєю чергою, активізує роботу мозку. З цією метою застосовується вибіркова стимуляція – низькочастотні або навпаки високочастотні звукові хвилі, звуки природи та звуки голосу самої дитини. .

Крім музичного фону, на заняттях використовується **ароматерапія** один з найдавніших видів східної терапії. Структури нюхового аналізатора беруть важливу участь в організації психофізіологічної діяльності дитини: мозкової активності, мотивації, поведінкових реакцій, працездатності. Слизова оболонка носа містить близько 100 мільйонів нервових клітин. Запах як подразник діє практично миттєво, оскільки інформація про нього надходить безпосередньо в мозок, минаючи свідомість. Запах завжди має емоційне забарвлення, в чому простежується активність лімбічної системи, яка постійно отримує інформацію від внутрішніх органів, регулює їх роботу і відповідає за емоційне сприйняття дитини.

Ця структурна особливість пояснює факт тісного взаємозв'язку запахів, емоцій і почуттів. Ймовірно, такий зв'язок формується при емоційних переживаннях і має асоціативний зв'язок з пам'яттю. Приємні для дитини запахи викликатимуть приємні емоційні переживання, гармонізуючи її психічну сферу. Навіть дитина з діагнозом аутизм, яка не завжди дозволяє до себе доторкнутися, затуляє вуха від звуків, відмовляється йти на руки, практично не в змозі чисто біологічно блокувати проникнення запахів і їх вплив на мозок. Важливо, що лімбічна система, яка керує всіма емоціями людини, творчістю, пам'яттю, а також вегетативними функціями організму (кровообігом, травленням, диханням, виділенням гормонів) розташована поряд з нюховим центром. І хоча гострота нюху гасне через 10–15 хвилин після контакту з пахучою речовиною, його дія на цьому не закінчується. Адже нервові клітини виділяють низку

речовин – нейрохімічних регуляторів (адреналін, норадреналін, енцефалін тощо), які продовжують діяти ще деякий час (до 3 годин після сеансу ароматерапії). Біологічний сенс ароматерапії полягає в тому, що організм у прямому розумінні слова, ніхто не лікує. Організм отримує лише легкий «поштовх», а ефірні масла дійсно «пробуджують» в клітинах тканин ті *захисні механізми*, які генетично закладені в них за століття еволюції. При цьому не можна говорити, що вплив здійснюється лише на нюх і через нього – на мозок. В ефірних масел сфера впливу є ширшою: завдяки розгалуженій мережі капілярів дихальних шляхів і альвеол легень забезпечується швидке всмоктування ефірних олій у кров. У результаті, отримавши інформацію, що в організмі щось порушено, в клітинах тканин запускається *реакція мобілізації захисної системи*. Застосування ж ароматерапії в цьому випадку спрямовано на забезпечення заспокійливої дії.

Для заспокоєння і зняття м'язової напруги використовується ефірне масло лаванди, для зменшення рухових стереотипів – ефірна олія і чайне дерево в суміші з грейпфрутом. Ефірне масло кедрового дерева використовується для активізації розумових здібностей, зняття збудження та боротьби з нападами агресивності. Ефірне масло ветивера допомагає при проведенні поведінкової корекції, оскільки при постійному застосуванні допомагає дітям навчитися контролювати емоції. Якщо використовувати аромати в їх правильній послідовності і сполученнях, можна домогтися високих результатів як у терапевтичному сенсі, так і в загальному розвитку мозку дитини.

Наведемо відповідний приклад завдання для дітей 2,5–3 років (за методикою М.Монтесорі), спрямованого на розвиток в дитини вміння розрізняти запахи.

Матеріал: 2 ящики, в кожному по 6 коробочок. Вони наповнені гостро пахучими речовинами, наприклад, кавою, какао, приправою з гвоздики. Вміст обох ящиків відповідає один одному. Дорослий виймає всі коробочки з ящика, відкриває кришки і кладе їх поряд. Потім бере коробочку в руку і чітко показує, як, вдихаючи через ніс, нюхати її вміст. Дитина повторює дії. Потім дорослий виймає коробочки з другого ящика. Він тримає в руках по одній коробочці з кожної серії, нюхає і порівнює запахи, спонукаючи дитину нюхати і порівнювати таким же чином. Якщо запахи в двох коробочках різні, він відставляє одну коробочку в бік і шукає коробочку з таким же запахом. Відповідні коробочки ставляться поруч попарно. Так одна за одною паруються всі коробочки. Дитина повторює вправу. Пізніше можна проробити подібну вправу із закритими очима.

Доведено, що, поєднуючи всі переваги ароматерапії, музикотерапії і піскової терапії, можна досягти позитивного ефекту навіть у найважчих випадках психофізичних порушень дитини. При цьому діти більш інтенсивно починають шукати способи комунікації. У них розширюються навички поводження з предметами, вони освоюють нові форми маніпуляції з предметами та іграшками, стають в цілому емоційно більш стабільним. Використовуючи в сукупності ароматерапію, піскотерапію і музотерапію, дорослий стимулюємо відразу нюх, дотик, слух дитини, що позначається позитивно на загальній активізації роботи як мозку, так і всього її організму.

б) Розвиток фізіологічного і мовленнєвого дихання.

Універсальним і правильним є повільне, глибоке, діафрагмальне дихання. Повільне, глибоке, діафрагмальне дихання, при якому легені заповнюються від найнижчих відділів до верхніх, містить рівні за часом етапи. 1-й етап – вдих: розслабити м'язи живота, почати вдих, опустити діафрагму вниз, висуваючи живіт вперед; розширюючи грудну клітину за допомогою міжреберних м'язів, наповнити середню частину легенів; підвести грудину і ключиці, наповнити повітрям верхівки легенів. 2-й – пауза. 3-й – видих: підвести діафрагму вгору і втягнути живіт; опустити ребра, використовуючи групу міжреберних м'язів; опустити грудину і ключиці, випускаючи повітря з верхівки легенів. 4-й – пауза. Спочатку кожен з етапів складає 2–3 с. з поступовим збільшенням до 7 с.; всі вправи виконуються по 3–5 разів. При цьому дорослий вголос відраховує зазначені тимчасові інтервали з поступовим переходом до самостійного виконання вправ дитиною.

Відразу зазначимо, що в дітей з чотирьох місяців *мовленнєве дихання найбільш розвиває гуління*, стимулюванню якого необхідно надавати особливого значення. Крім того, відпрацювання в маленькій дитини правильного дихання оптимізує її газообмін і кровообіг, вентиляцію всіх ділянок легенів, сприяє масажу органів черевної порожнини, загальному оздоровленню і покращенню самопочуття, заспокоює дитину і концентрує її увагу.

Організація правильного дихання в дітей одночасно *формує в них базові складові довільної саморегуляції*. Адже ритм дихання – єдиний зі всіх тілесних ритмів, який залежить від спонтанної, свідомої й активної регуляції з боку людини. Тренування робить глибоке повільне дихання простим і природним, а, отже, таким, що регулюється мимоволі. *Основним є повне дихання*, тобто поєднання

грудного і черевного дихання; *виконувати його малюкові пропонується в ігровій формі спочатку лежачи, потім сидячи і нарешті стоячи*. Поки дитина не навчиться дихати правильно, рекомендується *покласти одну її руку на груди, іншу – на живіт* (зверху зафіксувати їх руками дорослого – психолога, педагога чи батьків) для відчуття нею дихальних рухів.

Як приклад, наведемо зміст *гри «Качечка, пливи»*. У невеликий «басейн» (миску, тазик) з водою дорослий спускає іграшкову качечку, стає на протилежному від дитини боці «басейна» і говорить: «Подивися, як качечка плаває біля мене. А зараз я дмухну на качечку, ось так, і вона попливе до тебе». Потім демонструє, як дмухає на качечку, як вона пливе від нього до дитини. При цьому дорослий промовляє: «Лови качечку. Ось так. А тепер ти дмухай на качечку, щоб вона припливла до мене. А тепер я буду дмухати...» і т.д. *Дихальна вправа «Кулька»*. «Запропонуйте дитині уявити, що в животику в неї надувна кулька. Вдих носиком – кулька надувається і стає великою-великою. Животик випинається. Видих – кулька здувається із звуком – фффф-. Животик вгинається.» *Дихальна вправа «Вітер»* Звертаючись до дитини, дорослий запитує: «Як шумить вітер? А ось так! Дивись, як я це роблю. Вдих носиком. Видих ротиком,». Долонька торкається ротика і дитина без голосу протяжно вимовляє звук -xxxx- це шумить вітер. *Дихальна вправа «Квітка»*. Дитина уявляє, що вона на полі квітів, зриває одну квітку і нюхає її – вдих носиком. Видих ротиком зі звуком –аааа-. Як гарно пахне квітка!». *Вправа «Нюхай носиком!»*: Педагог підносить до свого носа яблуко (лимон, огірок тощо), шумно його нюхає і говорить: «Як смачно пахне! А тепер ти понюхай носиком. Понюхай носиком! Ах, як смачно!» Після цього можна дати малюку шматочок яблука. Ця вправа сприяє ранньому відпрацюванню в дитини мовленнєвого дихання. Навчити малюка *робити спрямований видих* простіше всього показавши йому, що відбувається, коли задувається свічка. Таким же чином малюка вчать дудіти в дудочку і надувати кульки.

Завдання, в яких *дихання узгоджується з руховими іграми і вправами*, важливо, щоб по можливості дитина виконувала на фазі вдиху і видиху. Крім того, в процесі подальшої корекції відпрацьовані і закріплені (автоматизовані) дихальні вправи поєднуються з будь-яким із завдань, що описані нижче і що вимагає з боку фахівців додаткової уваги.

Наведемо декілька відповідних прикладів. *Гра «Кулька летить»*. Дорослий демонструє дитині надувну кульку, яку тримає за

мотузочку. Потім, звертаючись до дитини, говорить: «Дивись, я зараз цю кульку підніму догори і подмухаю на неї. Ось так. І піду за кулькою. А щоб вона не впала, я весь час буду на неї дмухати. Бачиш? А тепер візьми кульку ти. Підними її догори і сильно (ось так) подмухай. Подивись, куди кулька летить? Піймай її!» і т.д. Інша гра: дитина тримає в руці листочок. Піднімає руку вперед і дмухає на нього. Потім дитина повертається вліво (вправо), біжить по колу, тримаючи листочок перед собою і намагаючись весь час дмухати на нього. Далі спиняється, присідає і видихає повітря.

Для гри «*Чий пароплав краще гуде?*», що сприяє розвитку в дитини довгого плавного видиху, малюку і дорослому (чи іншим дітям) даються чисті невеличкі пляшечки з вузьким горлом. Потім дорослий, звертаючись до дитини, говорить: «Послухай, як гуде моя пляшечка, коли я в неї дмухаю. Ось, чуєш, вона гуде так, як гуде пароплав. Я як у Мишка гуде пароплав?» і пропонує дитині разом погудіти в свою пляшечку. З метою розвитку плавного видиху корисно також використовувати невеличкі надувні іграшки, «ліпити» сніговика, а потім гріти руки, дихаючи на них тощо. Водночас з розвитком дихання тренується і голос дитини: гра «*Літак*», під час проведення якої дитина має голосно, весело і вільно вимовляти звук А, то підвищуючи, то знижуючи силу голосу. Аналогічно пропонуються й ігри, під час яких дитина імітує гавкання собачки, мукання корівки, плач дитини, дзижчання жука чи комара, нявкання кошеняти, тікання годинника, колисання ляльки (гра «*Заспокой ляльку*») тощо.

Після виконання дихальних вправ можна приступати до масажу та інших вправ, які сприяють підвищенню статично-кінетичного рівня психічної активності дитини, збільшенню її енергетичного й адаптаційного потенціалу.

в) Розвиток тактильних відчуттів у дітей.

Для розвитку тактильного відчуття (тобто відображення у свідомості деяких якостей предмета, що діють на відповідні рецептори шкіряної поверхні торканням, вібрацією, тиском) дитині пред'являються завдання-ігри з водою (змішування в одній посудині воду різної температури); для відгадування візуально і на дотик двох (металевої і дерев'яної) іграшок; для *відгадування дитиною на дотик* (із заплющеними очима), хто з членів родини знаходиться попереду неї; для *розрізнення характеру ґрунту* ногами (асфальт, трава, пісок); на дотик, не заглядаючи в мішечок, назвати, що за іграшки (м'яч, лялька) там знаходяться. Для розвитку тактильної чутливості можна використати ігри з піском.

Гра «Заплющ очі і відгадай». Попросіть дитину заплющити очі і відгадати, що ви поклали їй в руку. Використовуйте предмети, що розрізняються розміром, формою, об'ємом, текстурою, вагою: кубик, кулька, камінь, жолудь, шишка, овочі, фрукти тощо. Гра сприяє розвитку тактильних відчуттів, уваги.

Гра «Вгадай, що намацав». Дайте дитині відчути фактуру різних зразків тканини. Попросіть дитину закрити очі. Проведіть по її руці одним із зразків тканин: шовк, оксамит, вельвет, льон, хутро, шкіра.

Запропонуйте дитині відкрити очі і відгадати, якою тканиною ви провели по шкірі її руки.

Гра «Лікуємо ляльку». Восени зберіть на вулиці чисте сухе листя. Розкажіть малюкові історію про те, що його лялька Оля (або ведмедик) захворіла. Запропонуйте приготувати їй ліки із сухого листя. Для цього разом з дитиною потріть листя між долонями над аркушем паперу. Одержаний порошок ще раз протріть пальцями (все це робить дитина) і зберіть в пляшечку або в коробку. Дайте ляльці ліки. Гра сприяє розвитку дрібної моторики, тактильних відчуттів, уяви дитини.

Гра «Годуємо ляльку». Поставте на стіл пластикові пляшки з холодною, теплою і гарячою водою. Візьміть велику ляльку. Сповийте її, запропонуйте дитині «поняньчити» її. Оголосіть час годування і попросіть дитину принести пляшечку з теплим «молочком». Потім «напоїть» ляльку холодною водою. Нехай дитина вибере пляшечку з гарячою водою і поставить її на підвіконня охолоджуватися. Гра сприяє розвитку тактильних відчуттів, навичок класифікації.

г) Нормалізація функції вестибулярного апарату.

Вестибулярний апарат є органом *відчуття простору*. Між вестибулярним та зоровим аналізаторами існує тісний оптико-вестибулярний зв'язок, завдяки чому зорові сигнали впливають як на положення тіла в просторі, так і на стан рівноваги. Наголошується, що вестибулярна стійкість до дії одного і того ж подразника не є постійною: вона залежить не тільки від індивідуальних особливостей організму, але й від його адаптації до подразників певного виду – вона є чутливою до гравітації, вібрації, голосних звуків, магнітних імпульсів та метаболічних подразників.

Вестибулярний апарат дитини можна і потрібно тренувати, оскільки встановлено позитивний вплив тренування вестибулярної функції на удосконалення її рухових якостей. Основним принципом програми реабілітаційних заходів при вестибулярній недостатності, або інакше – програми вестибулярно-адаптаційної терапії – є

підсилення візуальних, пропріоцептивних і залишкових вестибулярних імпульсів. При впровадженні даної програми в практику необхідно враховувати як фактори, що сприяють вестибулярній компенсації (активні і пасивні рухи, завдання на виконання тонких рухів, візуальні стимули), так і фактори, що не сприяють вестибулярній компенсації (нерухомість, темний простір, усамітнення).

Для того, щоб вестибулярний апарат дитини функціонував нормально, необхідно усунути його порушення, що проявляються нападами нудоти і блювоти, які часто виникають в дітей в автомобілі, човні, в ліфті. З цією метою рекомендуємо **спеціальний комплекс завдань**.

Почати тренувати вестибулярний апарат дитини можна, застосувавши *саморобний тренажер*, яким може слугувати стілець, що обертається на своїй осі. Дитину саджають на цей стілець і по декілька разів на день спочатку повільно, потім, поступово пришвидшуючи, повертають стілець в один бік, а потім в інший. Надалі починають стілець з дитиною обертати, поступово збільшуючи кількість обертів. Тренувати вестибулярний апарат також можна, застосувавши *крісло-гойдалку*, на яке саджають дитину і починають спочатку повільно, а потім все швидше її розгойдувати. Тренуванню вестибулярного апарата дитини також значно сприяють щоденні розгойдування дитини на *підвісних гойдалках*.

Коли малюк почне ходити, дорослий поступово вчить його *стояти на двох, а потім – на одній нозі з розкритими та заплющеними очима*. При цьому треба відзначати наявність та ступінь похитування. У кінці третього року життя вчимо дитину *робити декілька кроків на місці із заплющеними очима*, фіксуючи при цьому наявність та величину і напрям її зміщення від прямої лінії. Надалі відпрацьовуємо в дитини *вміння із заплющеними очима розміщувати дві знайомі їй іграшки у вертикальний стовпчик*. Важливими для тренування вестибулярного апарату є також завдання на *попадання дитиною в ціль із заплющеними очима*, домагаючись при цьому зменшення величини відхилення дитини від цілі.

Стеження очима за яскравим предметом із затримкою очей у крайніх положеннях також сприяють нормалізації функції вестибулярного апарату.

Зазначений комплекс вправ сприяє **відпрацюванню координованості рухів** дитини як здатності до перебудови рухових дій в конкретних умовах на основі запасу наявних в неї рухових вмінь і навичок. Ці вміння й навички мають особливе значення для

здійснення тих видів діяльності, де виникає необхідність швидкої зміни рухових дій при збереженні їх доцільного взаємозв'язку та послідовності. Водночас виконання завдань комплексу формує в дитини **здатність до орієнтування в просторі**, чому сприяють і завдання, які дитина повинна виконувати в межах певного простору, наприклад, у межах килиму. Здатність до орієнтування в просторі, своєю чергою, формує в дитини вміння оперативно оцінювати ситуацію, що склалася стосовно просторових умов та відреагувати на неї раціональними діями.

В якості засобів для розвитку й удосконалення координаційних здібностей дитини раннього віку необхідно застосовувати:

- ходьбу і стрибки на місці та в русі;
- ходьбу з поворотами, акцентуючи увагу дитини на чіткості і точності виконання завдання;
- вправи на рівновагу: стоячи на двох (одній) нозі, пересуватися вперед, назад, боком;
- вправи на обертання (вперед, назад, через плечі);
- рухливі ігри, які включають дії на обертання, лазення, перелазення і стрибки;
- ігри із зменшенням ігрового поля (на траві, піску);
- вправи з використанням м'яча (тенісного, набивного).

Важливим при цьому є використання комплексу м'яких технік мануальної терапії, фізіотерапії, рефлексотерапії.

Формування базових сенсомоторних взаємодій здійснюється також, по-перше, за допомогою відпрацювання одночасних і реципрокних (взаємодіючих) координацій, що включають *взаємодію рук і ніг*, і, по-друге, за допомогою *поєднання рухів правої і лівої половини тіла*, що виконуються дитиною:, лежачи на спині, тримаючись на карачках, стоячи.

д) Оптимізація і стабілізація загального тонусу тіла дитини.

Оптимізація тонусу є одним з найважливіших завдань корекції, оскільки будь-яке відхилення від оптимального тонусу (гіпо- або гіпертонус) може бути як причиною, так і *наслідком змін, що виникли в соматичному, емоційному, пізнавальному статусі дитини і негативно позначилися на загальному її розвитку.*

До основних засобів підвищення загального тонусу тіла дитині відносять завдання, спрямовані на **розвиток пропріоцептивного відчуття**.

З метою розвитку в дитини пропріоцептивного відчуття застосовуються спеціальні завдання, спрямовані на формування в неї

здатності сприймати подразнення, що поступають від м'язів і суглобів, а також здатності відчувати розміщення тіла у просторі. Вибір завдань визначається також необхідністю розвивати в малюка таких показників моторики, як спритність, швидкість, координація, рівновага.

Так, з метою розвитку основних рухів, починаючи приблизно з півтора років життя дитини використовуються завдання, що включають: різні варіанти *ходьби* зі зміною характеру поверхні (підйом і спуск з нахиленої поверхні, сходів, поролонових подушок), *ходьби* зі зміною темпу, із заплющеними очима, *ходьба* з іграшкою на долонях; аналогічні варіанти *бігу*, *лазіння*, *стрибків*. Значна увага надається застосуванню *ритмічних вправ* (плескання в долоні) і *вправ для розвитку цілеспрямованості рухів* (імітація пересування різних тварин, перетягування вірвовочки, перекочування дитини по підлозі).

е) **Масаж.** З метою підвищення загального тону організму, активізації периферійного крово- і лімфообігу, коронарної гемодинаміки і трофічних процесів у міокарді, зняття втоми після фізичних навантажень дитини застосовують також *різні види масажу*: загальний масаж, душ-масаж, сегментарно-рефлекторний масаж. Фізіотерапія націлена на покращання периферійного кровообігу і судинних реакцій, загального стимулювання діяльності серцево-судинної системи, загартування організму. Призначають місцеві ванни з поступовим підвищенням температури (по Гауффе), обливання, обтирання, душі, кліматолікування. Масаж для дітей є невід'ємною частиною їхнього успішного фізичного розвитку. Саме дотик рук є життєво важливим для дитини. Чим більше ми торкаємося до малюка, тим більш захищеним він себе відчуває. Під час масажу відбувається позитивний вплив на нервову систему, яка стимулює весь організм, впливає на фізичне і неврологічне зростання. Немовлята, чиє тіло знає масаж, швидше набирають вагу і відрізняються кращим розвитком моторики і психіки.

Масаж дитини сприяє правильному кровообігу і підвищує опірність її організму до інфекцій. Крім того, якщо до недавнього часу вважалося, що немовлята і діти не піддаються стресу, то результати останніх досліджень показують, що немовлята відчувають стрес від гучних звуків, яскравого світла, не затишного середовища. Будь-які зміни місця проживання, розпорядку дня або складу сім'ї можуть підвищити рівень стресу. Масаж допомагає дітям формувати навичку нейтралізації дії стресових гормонів і підвищувати рівень гормонів «гарного настрою». Терапевти-масажисти відзначають такі позитивні результати масажу для дітей, як розвиток чутливості шкіри. Діти, які

страждають дерматитом і мають схильну до сухості шкіру, видужують набагато швидше після масажної терапії. Масаж покращує роботу мозку, серця, печінки немовляти, кровообіг, а також зміцнює шлунково-кишковий тракт і дихальні шляхи; немовлята, які отримують регулярний масаж, відрізняються більшою товариськістю і проникливістю під час спілкування. Після масажу малята краще сплять і легше заспокоюються. Масаж дозволяє їм позбутися від накопиченої напруги і тривоги на тілесному рівні, вчить позитивно сприймати власне тіло, виховуючи до нього здорове ставлення. Такі немовлята краще переносять зовнішній шум і зберігають спокій у важких ситуаціях. Починаючи з 1–1,5 місяця, доцільно щодня проводити в першій половині дня масаж та фізичні вправи (рефлекторні, пасивні, пасивно-активні та активні). Це стимулюватиме позитивне ставлення дитини до рухової діяльності, сприятиме розвитку відчуття задоволення від рухових дій.

Кожен сеанс масажу є для малюка своєрідним уроком побудови тілесного контакту не просто з мамою, а з людиною, що прийшла зі світу. Ця терапія породжує довіру і сприяє формуванню та розвитку в дитини емоційного спілкування. Основний прийом масажу в цьому віці – погладжування. Погладжування ручок. Мама однією рукою охоплює кисть малюка, вкладаючи свій великий палець в його долоню, а іншою рукою гладить ручку дитини по внутрішній, передньо-зовнішній і задній поверхні в напрямку від кисті до плеча. Добре це робити, обхопивши ручку дитини всією кистю. Дитині до року масаж бажано проводити без використання кремів, однак застосування дитячого масла допускається. Погладжування пальчиків рук. Стимуляція рецепторів, що знаходяться на пальчиках, дуже важлива для розвитку пізнавальної сфери головного мозку дитини. Кожен пальчик малюка погладжують від кінчика до основи і круговим рухом пальчика стимулюють подушечки. Стимуляція захоплення предмета. Вкладають в долоньку дитини великі пальці рук і м'яко натискають на долоньку – маля захоплює ваші пальці. Якщо м'яко потягнути руки на себе, то буде стимулюватися більш міцний захват. Погладжування ніжок. Однією рукою утримують ніжку дитину за п'яточку, іншою погладжують ніжку дитини по передньо-зовнішній та задній поверхні в напрямку від стопи до стегна. Такі погладжування також можна робити, обхоплюючи ніжку дитини всією кистю руки. Не допускається різких рухів в області колінної чашечки. Погладжування стоп. 1. Утримують другим і третім пальцями обох рук п'яточку малюка ззаду, великими пальцями погладжують тильну поверхню стопи від пальчиків до гомілки.

2. Кісточки огинають спереду назад круговими рухами. 3. Круговими та поступальними рухами (великий палець зі сторони підошви) погладжують зовнішній край стопи від п'ятки до пальчикам. Масаж грудей. Погладжують груди дитини знизу вгору, переходячи на плече, з одного та іншого боку, не зачіпаючи соска. Погладжують двома руками одночасно в напрямі від боків до центра по міжреберному проміжку. Масаж животика. Животик масажується за годинниковою стрілкою. Можна помасажувати животик за косим м'язом живота. Для цього одночасно двома руками погладжують в напрямку від бічних відділів животика до пупка. Діти сильно реагують на масаж живота (наприклад, можуть заплакати) через підвищену чутливість, тому потрібно починати з дуже м'яких і повільних рухів. Масаж проти кольок. Кольки в дитини виникають через розтягування стінки кишки кишковика газами. Для поліпшення діяльності кишковика проводять погладжування живота – за годинниковою стрілкою, по косих м'язах. Спочатку роблять поверхневе погладжування, потім – більш глибоке. Після цього зігнуті в колінах і злегка розведені ніжки дитини притискають до бічних відділів живота і м'яко натискають на животик. Після процедури можна покласти дитину на живіт (можна на мамин) або прикласти до її живота теплу грілку. Масаж спини. Погладжування проводиться з одного і з іншого боку від хребта (хребет не зачіпається). Напрямок – знизу, захоплюючи сіднички, вгору з переходом на плечовий суглоб. Можна робити масаж поперемінно, спочатку з одного боку від хребта, потім з іншого, а можна поглажувати одночасно двома руками. Повзання. Початкове положення дитини – лежачи на животі. Дбайливо, акуратно покласти ніжки дитини в положення «жаби». Якщо підставити руку до ніг, то малюк буде від неї відштовхуватися (стимуляція рефлексу повзання). Це сприяє зміцненню м'язової, кістково-суглобової системи. Якщо заняття приносять дитині задоволення, можна дещо збільшити їх тривалість. Жести в позі ембріона (ритмічні, повільні). Початкове положення дитини – лежачи на спині. Дитині надають положення напівсидячи: лівою рукою притримують її під голову, правою з'єднують кисті рук дитини і зігнуті коліна. У такому положенні похитують дитину вперед-назад. У цій позі малюк перебував всередині утроби матері, вона володіє заспокійливим і розслабляючим ефектом. Погойдування на м'ячі. М'яч до кінця не надувають – він повинен трохи прогинатися. Малюк вкладається на м'ячик (на пелюшку) на животик, ручки виведені вперед. Повільно і ритмічно дорослий похитує малюка вперед-назад, а потім по колу –

то в один, то в інший бік. Також можна ритмічно колисати крихту вправо-вліво. Ці вправи стимулюють розвиток рівноваги, координації, гармонійно розвивають моторні навички, володіють заспокійливим ефектом і стимулюють роботу кишковика. *Запропоновані вправи можна виконувати вибірково. Якщо малюк став вередувати, треба скоротити тривалість масажу. Якщо заняття дають дитині задоволення, можна децю збільшити їх тривалість, додавши до комплексу вправ, розрахованих на 10 хвилин, заняття на м'ячі.*

Узагальнюючи, зазначимо: 1. Масаж та гімнастика проводяться при гарному самопочутті дитини. 2. Не допускаються нефізіологічні прийоми (підйом за руки тощо), різкі і швидкі рухи, а також насильне подолання фізіологічного м'язового тону в дітей перших місяців життя. 3. Рухи при масажі та гімнастиці повинні бути м'якими, повільними і ритмічними. 4. Обов'язково потрібно лагідно розмовляти з дитиною під час масажу, стимулювати виконання вправ, хвалити малюка за вміння. 5. Під час масажу та гімнастики дітей 1,5–3 років необхідно націлювати їх зосереджуватися на рухах, а не робити їх механічно.

Масаж тіла малюка рекомендується проводити в декілька етапів. Спочатку дорослий масажує його тіло самотійно, потім – руками дитини, поклавши свої руки зверху, після цього пропонує дитині (вже в 1,5 роки) виконати прості елементи масажу самотійно. Вправи надають активуючу дію організму, а також укріплюють м'язи і зв'язки зведених стоп, знімають втому, запобігають формуванню плоскостопості. В роботі з дітьми переддошкільного віку (вже починаючи з 1,5–2 років) застосовується ходіння дитини по гальці, квасолі, будь-яких нерівних поверхнях (масажних килимках, тренажерах). Для малюка у віці 2,5–3 років необхідно підключати також масаж губ і язика, який не потребує значної навички і при дотриманні певних правил може виконуватися членами родини. Основне завдання при проведенні такого масажу – це підняття язичка дитини вгору і легке його прикусування зубами.

До і після масажу потрібно запропонувати дитині описати свої відчуття: «Можливо, щось змінилося? Що? Де? На що це схоже?». Наприклад, чи промасажовані (або інші) частини тіла стали теплішими, гарячішими, легшими або покрилися мурашками, стали важкими і т.п. Підкреслимо, що аналогічно відбувається освоєння і всіх інших вправ, що входять в даний розділ, а саме: дорослий демонструє, коментуючи, той масажний рух, який належить освоїти дитині. Коли вона повторює показане, педагог допомагає їй своїми

руками і поясненнями. Виконуючи вправи самостійно, дитина може в доступній їй формі повідомити дорослого про свої відчуття до, в процесі і після виконання вправи. У цьому випадку особливого значення набувають завдання, виконання яких спрямовується на масаж різних частин тіла з використанням вправ, що *імітують різні види практичної діяльності*. Наведемо декілька відповідних прикладів.

Дитина кладе одну руку на другу і рухами вперед-назад «прасує» (як праскою) шкіру руки, що знаходиться внизу. Дії дитини дорослий супроводжує відповідним віршиком: «Праскою розгладимо складки, буде все у нас в порядку».

Ребром долоні дитина імітує «пиляння» пилочкою край столу. При цьому дорослий виголошує короткий віршик: «Пилка, пилка, пилочка, напиляй нам гілочок».

Фалангами стиснутих в кулак пальців дитина з допомогою дорослого виконує рухи, що імітують «свердління» на руці, що масажується. Рухи супроводжуються віршиком: «Татко в руки дріль бере, нею в стінці дірочку гризе».

У ході занять педагог перевіряє, чи повністю розслаблене тіло дитини. У цьому випадку особливе значення має система спеціальних вправ на розтягування, заснована на природному русі маленької дитини. При їх виконанні в м'язах повинно бути відчуття м'якого розтягування, але не напруги. Виконання розтяжок сприяє подоланню різного роду м'язових дистоній, затисків і патологічних ригідних тілесних установок; оптимізує м'язовий тонус і підвищує рівень психічної активності дитини. Коли дорослий робить дитині розтяжку, спеціалісти рекомендують йому уявити, що ця розтяжка робиться кошеняті, тому її проведення потребує застосування режиму оберігання і плавності. При цьому комплекс вправ (широко представлений в методичній літературі) дитиною виконується спочатку, лежачи на спині, далі – лежачи на животі і потім – сидячи на підлозі.

є) Стимуляція процесу розвитку загальної моторики дитини.

Вже на першому році життя дитину необхідно стимулювати в тому, щоб вона, починаючи повзати, дотягувалася до предмета, точно спрямовувала до нього руку, обмацувала його, захоплювала всією долонею, роглядала предмет, перебуваючи в різних положеннях і тривалий час утримуючи його.

Після дев'яти місяців життя дитина (в залежності від виявлених у неї фізичних можливостей) вже стимулюється дорослим у підніманні й опусканні по похилій гірці з опорою, стоячи на колінах та

спираючись на руки. Підтримуючи дитину за одну або дві руки, дорослий допомагає їй підводитися та присідати, починати ходити, тримаючись за опору. Важливо, щоб педагог і батьки при цьому вчили дитину виконувати різноманітні дії з іграшками: стискати гумові іграшки, прокочувати кульки, м'ячі, виконувати рухові дії за словесною інструкцією.

Дітей двох-трьох років необхідно заохочувати підніматися і спускатися по сходах, активно бігати, стрибати тощо. Біля трьох років деяким дітям можна запропонувати і складніші вправи на відпрацювання одночасних і реципрокних взаємодій. Як приклад, наведемо, значно адаптований до раннього віку дитини, тест Н.І.Озерецького на реципрокну координацію рук. Двічі дорослий відпрацьовує завдання (долоня-кулак) разом з дитиною повільно і мовчки, потім пропонує їй виконати його самостійно. Потім ту ж послідовність рухів виконати із зафіксованим язиком або із заплющеними очима. По черзі обстежуються обидві руки. При необхідності і визначених можливостях дитини можна запропонувати їй ті ж рухи, але в зміненій послідовності, наприклад, «ребро-долоня». Складним є завдання на розвиток реципрокної координації, коли дорослий пропонує (лише деяким дітям і після демонстрації) одночасно ударити по столу двома руками: правою, стиснутою в кулак, і лівою – розкритою долонею. Потім ударити руками в положенні навпаки і повторити все спочатку ще один раз. Оцінюється ритмічність рухів і здатність синхронно змінювати положення рук одночасно. При резидуальних ураженнях рухових систем мозку виконання цієї проби зазвичай утруднене: відзначаються синкінезії, а перемикання на наступний рух обома руками відбувається не одночасно і не плавно.

З урахуванням викладеного можна сформулювати **загальні рекомендації**:

Для правильного підбору вправ з метою зміцнення й удосконалення **базових моторних дій дитини, розвитку її фізичних якостей і стабілізації загального тону** тіла необхідними є постійний медичний контроль і педагогічне спостереження, кваліфіковане визначення показань і протипоказань до виконання вправ, спрямованих на формування сенсомоторних координацій. *Вплив комплексу таких вправ на дитину раннього віку з особливостями в розвитку забезпечує пристосованість організму малюка до фізичного навантаження, поліпшує його емоційний стан.* В одних випадках функціональна дія може бути безпосередньою – стосовно опорно-рухового апарату й органів дихання, в інших –

непрямою, що виявляється в стимулюванні трофічних процесів, попередженні гіпертрофії м'язів, поліпшенні кровообігу в органах і системах, а також у підтримуючій дії, для якої характерною є підвищена пристосованість організму до фізичного навантаження і підтримка створених в результаті систематичних занять рухових навичок і стереотипів.

Водночас запропонована система завдань своїм змістом **сприятиме формуванню і розвитку** в дітей **міжсаналізаторних зв'язків: зорово-моторних, слухо-зорово-моторних, зорово-тактильно-моторних** тощо. Крім того, впровадження з цією метою спеціально підібраних завдань **забезпечить**: підтримку прагнення малюка дістатися до предмета, схопити та утримати його, маніпулювати з ним (розмахувати, кидати, постукувати, штовхати, стискати, вкладати, нанизувати, відкривати); стимулюватиме цілеспрямовані рухи рук та дії з різноманітними предметами; вчитиме співвідносити такі дії із здобутим результатом, спонукатиме до його активного відтворення; створюватиме умови для одночасного маніпулювання кількома предметами, взаємопов'язуючи їх; заохочуватиме повторювати знайомі дії з різноманітними предметами, періодично видозмінюючи їх в залежності від особливостей цих предметів.

Крім зазначено, важливо підкреслити, що **розвиток м'язово-рухової активності допомагає дитині набутти здатність** змінювати положення тіла та переміщати його в просторі; викликає позитивні емоції від виконання рухових дій разом з дорослими та самотійно; спонукає самотійно сідати, підніматися, стояти, повзати, пересуватися у просторі без сторонньої допомоги в обраному напрямі. В кінцевому результаті застосування цього комплексу вправ сприятиме значному підсиленню енергетичного потенціалу дитини.

ж) Усунення синкінезій (мимовільного поєднання рухової активності, неадекватної виконуваних дії, супутньої, одночасної і такої, що заважає основній). Принципово існують два основні шляхи усунення синкінезій. Перший пов'язаний з тим, що **синкінезії переводяться з мимовільного руху в довільний**, тобто рухи стають вольовим актом (інколи доведеним до абсурду, але контрольованим дитиною свідомо).

Наприклад, дитині, в якій процес «малювання» супроводжується мимовільними рухами ніг, говорять: «Ні, ти вже, будь ласка, «малюй» разом з ногами!».

Другий шлях – пов'язаний з **блокуванням синкінезії**, при якій дитині надається таке положення тіла, коли поява синкінезії зведена

до мінімуму, аж до абсолютної її неможливості. Основний методичний прийом при цьому полягає у фіксації патологічного руху одночасним паралельним навантаженням на інший, доки автономність рухів не автоматизується. Ступінь фіксації вар'юється від максимально зовнішньої до доволіно контрольованої самою дитиною.

Наприклад, при великій кількості синкінезій (ноги, язик, міміка тощо), що виникають одночасно з рухами рук, можна рекомендувати: використовуючи важіль, дати навантаження на ту руку дитини, дія якої спричиняє найбільш яскраві синкінезиї з іншими частинами тіла. Тобто перенести доволіну увагу дитини з руки, наприклад, на ноги. У цьому випадку їй пропонується, промовляючи будь-які слова або коротенький віршик, скоромовку, відстукувати ритм ногою; утримувати в руці тривалу статичну напругу (наприклад, витягнуті руки з сильно стиснутими кулачками). Дитина при цьому може співати пісеньку, або промовляти віршик, або обертати ногами педалі тощо.

Способи визначення стану морфофункціональних можливостей дитини. Після впровадження комплексу корекційно-розвивальних завдань, спрямованих на підсилення енергетичного потенціалу організму дитини, важливо правильно узагальнити одержані результати і переконатися (або ні) в тому, що запропоновані завдання є на даний момент відповідними. З цією метою в практиці, як правило, застосовується п'ятибальна система оцінювання, що ґрунтується на факторах поліпшення рухової функції, на стані руху в горизонтальній площині, силі тертя тощо. Наведемо, як приклад, деякі системи, що застосовуються **для порівняльного оцінювання стану морфофункціонального розвитку дитини** раннього віку і які доцільно використати до і після проведення корекційно-розвивальної роботи (див. табл. 6–8).

Таблиця 6

Оцінювання результатів удосконалення сили м'язів дитини

Функціональні можливості м'яза чи м'язової групи	Оцінка
Функція, що відповідає нормальній	5
Можливість переборювати значний опір (протидію)	4
Можливість рухів у вертикальній площині	3
Можливість рухів у горизонтальній площині з подоланням	2

сили тертя	
Парези	1
Параліч, рухи неможливі	0

Таблиця 7

Визначення результатів удосконалення рухових можливостей дитини

Стан рухових можливостей	Бали
Зовсім неможливо приймати потрібну позу, навіть за допомогою інших людей	0
Можливість приймати позу за допомогою, але не можливість утримувати її	1
Можливість приймати потрібну позу тільки з допомогою і деякий час утримувати її також з допомогою	2
Можливість дитини самій приймати потрібну позу, але неможливість утримувати її	3
Можливість самостійно приймати і деякий час утримувати задану позу	4
Можливість точно виконувати завдання	5

Таблиця 8

Визначення стану удосконалення психомоторного уміння дитини

Рухові можливості	Стан психомоторного уміння	Бали
Неможливість	Неможливість виконання завдання	0
Труднощі	Неповне розуміння завдання і виконання його з великою кількістю помилок	1
Практично нормально	Розуміння завдання, але не чітко його виконання	2

Самостійно	Правильне розуміння і виконання завдання	
------------	--	--

Порівняння даних, одержаних до і після проведення корекційно-розвивальної роботи, дає можливість перевірити не тільки її результативність, але й оцінити потенційні можливості дитини.

При плануванні і здійсненні корекційно-відновлювальної і корекційно-розвивальної роботи, спрямованої на формування сенсомоторних взаємодій, варто **враховувати класифікацію порушень фізичного розвитку і визначених збережених рухових можливостей дітей** (за А.А.Дмитрієвим):

1. *Порушення загального фізичного розвитку*: відставання в масі тіла; ожиріння; відставання в довжині тіла; порушення постави; порушення стопи; знижена життєва ємність легень; зменшена окружність грудної клітини; аномалії черепа; аномалії лицьового скелета; дисплазії внутрішніх органів, зовнішніх тканин, кісткової системи.

2. *Порушення в розвитку основних рухів*: неточність рухів в просторі; неточність рухів у часі; невміння виконувати ритмічні рухи; низький рівень диференціації м'язових зусиль; низький рівень розвитку функції рівноваги; дискоординація рухів, гіпер- і гіпотонус м'язової системи.

3. *Порушення ходи*: дискоординація рухів рук і ніг; шаркання ногами; неритмічність рухів; постійні відхилення під час ходи по прямій; неоднакова довжина кроків; неоднакова амплітуда розмаху рук; стопи обернені всередину або назовні; в'ялість; постійні відхилення тулуба від вертикальної осі. До цих порушень також слід віднести ходу на напівзігнутих ногах, а також опущену під час ходи вниз або нахилену убік голову.

4. *Порушення рухів під час бігу*: великий нахил тулуба вперед; надзвичайно велике напруження рук; маленькі кроки; неритмічність; великий нахил голови вперед; нахил тулуба в бік; біг на майже прямих ногах і біг на півзігнутих ногах.

5. *Порушення в розвитку основних рухових можливостей*: відставання від норми в показниках сили основних м'язових груп тулуба (рук, ніг, живота, спини); швидкості рухів; витривалості динамічного характеру; швидкісно-силових якостей; гнучкості суглобів.

6. *Порушення рухів під час стрибків*: дискоординація рухів рук і ніг при відштовхуванні в повітрі; слабе фінальне зусилля; невміння

приземлятися; слабкий розмах руками; відштовхування виконується майже прямими ногами.

з) Формування базових міжаналізаторних взаємодій.

Відомо, що формування рухової функції і сенсомоторних взаємодій – один з найважливіших ланцюгів в загальному розвитку дитини (О.Лурія, П.Анохін, В.Бехтерев, М.Жинкін, М.Кольцова). Він є першою домінуючою вродженою формою діяльності. Найбільш інтенсивно удосконалюються рухи в дітей впродовж першого року життя, коли відбувається вертикалізація тіла, формується інтегративна система рухової регуляції. Стан моторики дитини є непрямим об'єктивним показником дозрівання різних відділів центральної нервової системи, яка забезпечує інтегративну діяльність мозку. При затримці дозрівання центральної нервової системи в дітей з особливостями психофізичного розвитку порушується формування інтегративної діяльності мозку. Це виявляється як в недостатній сформованості більш складних форм довільних рухів, так і в наявності окремих вроджених рефлекторних рухових реакцій.

Разом з тим, необхідно враховувати, що розвиток сенсомоторних структур і розширення сенсомоторного репертуару дитини, як ми зазначали, має особливе значення, оскільки ці структури розглядаються як передумова, підґрунтя формування конкретно-образних, а надалі – логічних структур (при цьому враховується той факт, що в дітей переддошкільного віку система операцій ще не формується).

Для досягнення поставлених завдань розвитку міжаналізаторних взаємодій нами пропонується комплекс завдань, репертуар і обсяг якого творчим працівником може бути значно удосконаленим і розширеним з урахуванням в даному разі виявленої структури порушення в дитини та її пізнавальних можливостей. Приклади відповідних завдань-ігор (за Л.А.Венгер, Н.Б.Венгер, Е.Г.Пилугиною), модифікованих нами з урахуванням особливостей психофізичного розвитку дитини переддошкільного віку, наводимо нижче.

Перший рік життя

1) Стеження за переміщенням однокольорового предмета (з 4–10 днів життя дитини).

Умова: У дитини не має відхилень біологічного зору.

Матеріал: Однокольорові кільця діаметром 5–7 см червоного, помаранчевого, жовтого, зеленого, синього, фіолетового кольору. За іграшками більшого або меншого розміру дитина слідкує значно

гірше. Крім того, необхідно враховувати те, що в яскравий, сонячний день діти краще слідкують за рухом зелених, синіх і фіолетових кілець, а в похмурі дні – за предметами теплих кольорів. Кільця по одному послідовно нанизуються на стрижень довжиною 60–70 см.

Методика: Над центром обличчя дитини на відстані 60–70 см дорослий починає розхитувати одне з кілець. Амплітуда коливання предмета дорівнює 7–5 см, частота – 1–2 коливання в секунду. Завдання дорослого полягає в тому, щоб привернути увагу дитини до предмету, що переміщається у всіх напрямках. Починати переміщати іграшку можна лише після того, як малюк її побачить, тобто сконцентрує увагу на предметі, що коливається. Предмет переміщається повільно, плавно, так, щоб малюк встигав слідкувати за нею. Вправа триває 1–2 хв., повторюється двічі підряд, проводиться 1–2 рази на день.

2) Розрізнення предметів різних кольорів (з 20 дня життя дитини).

Матеріал: Декілька іграшок різного кольору, однакових за величиною і формою, достатньо насиченого кольору.

Методика: Над дитиною, яка лежить на спині, поміщають іграшку на відстані 50–70 см від грудей дитини. Привертаючи увагу дитини до іграшки, дорослий приводить її в рух, обертає і трусить. Якщо дитина розглядає іграшку більше 5 хв., краще відвернути її увагу, щоб уникнути перевтоми дитини. Показ іграшки дорослий проводить двічі на день, але іграшка весь час знаходиться над дитиною і під час неспанья вона може розглядати її самотійно. Через три-чотири дні дорослий сконцентровує увагу дитини на іграшці іншого кольору.

Різниця тривалості розглядання іграшки зеленого кольору на четвертий день і червоної при її першому пред'явленні свідчатимуть про те, що дитина розрізняє ці кольори, оскільки на третій-четвертий день дитина майже не затримує погляд на добре знайомій або вже набридлій іграшці, а ідентичний предмет іншого кольору розглядає декілька хвилин. При цьому дитина нерідко широко розкриває очі, а інколи і рот, затамувавши подих, потім протягує руки у напрямку до іграшки нового кольору. Через кожні три-чотири дні можна вводити нові іграшки іншого кольору.

3) Наштотування на низько підвішені стрічки і їхнє захоплення (з 2,5 міс життя дитини). Розвиток узгоджених дій руки й очей.

Матеріал: Високо підвішена іграшка, з'єднана зі стрічками спокійного кольору.

Методика: Над дитиною, яка лежить на спині, розміщують знайоме брязкальце-гірляндочку, до кінця якого прикріплені дві стрічки, що спускаються до рук дитини. Дорослий привертає увагу дитини до брязкальця, стимулюючи її радісні рухи і вокалізації. Жваво рухаючи руками і ногами, дитина випадково наштовхується на кінці стрічок. Випадкове зіткнення з новим об'єктом викликає гальмування, а потім новий сплеск рухової активності дитини. Зіткнувшись руками зі стрічкою, дитина випадково схоплює предмет. Не вміючи відразу відпустити стрічку з рук, дитина розмахує руками і, смикаючи за стрічку, приводить в рух високо підвішене брязкальце. Якщо дитина не захоплює стрічку сама, то дорослий, доторкуючись до тильної сторони долоні, викликає розкриття її долоні і підносить стрічку в той момент, коли дитина розтискає кулачки. Закриваючи долоню, дитина захоплює стрічку в кулачок. На початку гри дитина активно рухає руками і ногами, радісно гукає. Розглядаючи стрічки й іграшки, вона стає спокійнішою, а вхопивши стрічку, затихає, розглядаючи її зверху вниз і знизу вгору. Тривалість гри 5–10 хв.

У віці 3 місяців діти можуть вже не потребувати стимуляції для того, щоб захопити іграшку, вони відразу починають смикати стрічки, розглядаючи їх.

4) Схоплювання предметів різної величини (а потім – різної форми) і пристосування руки малюка до величини (форми) предмета, що схоплюється. Розвивальна гра використовується з **3,5 до 4–7 місяців** життя дитини для формування зорово-тактильних відчуттів.

Матеріал: Великі і маленькі кільця від пірамідки діаметром 4,5–5 і не менші 3 см. (надалі – предмети круглої і квадратної форми; прямокутної і трикутної форми).

Методика: В ході розвивальної гри дорослий поміщає перед малюком, який лежить на животі, велике кільце і спостерігає, що буде з ним робити дитина. Якщо дитина робить спробу схопити іграшку, то дорослий заважає їй це зробити. М'яким рухом звільнивши кільце, дорослий знову кладе його перед дитиною, надаючи можливість схопити предмет знову. Після того, як малюк пограється з великим кільцем, перед ним кладуть маленьке і дають можливість погратися з ним за попередньою схемою.

Надалі перед малюком викладаються всі великі і малі кільця і надають йому можливість брати їх за власним розсудом в будь-якому порядку. Беручи по чергово великі і маленькі кільця, дитина тренує м'язи руки, пальців, пристосовує їх до захоплення, утримування і маніпулювання предметами. Гра триває 5 хвилин і проводиться на

протязі трьох-чотирьох днів. Замість кілець у подальшому за викладеною методикою використовуються предмети різної форми.

5) Знайомство з величиною предметів (з 10 місяця життя дитини) для формування в дітей вміння виконувати найпростіші дії з предметами, враховуючи їхню величину і здійснюючи їх зоровий оковимір.

Матеріали: Великі і маленькі відерця з комплектом різних кубиків (чотири великих і п'ять маленьких). Висота великого відерця 16 см., маленького 12 см. Розмір великого куба – 4,5х4,5х4,5 см., маленького – 3х3х3 см.

Методика: Дорослий показує дитині велике відерце, закрите кришкою, і пояснює, що у ньому є іграшки. Потім пропонує дитині відкрити кришку і дістати їх. Після того, як дитина роздивилася всі кубики, дорослий пропонує дитині скласти їх у відерце і закрити його кришкою. Далі педагог ставить поруч з великим відерцем маленьке. Дитина з допомогою дорослого відкриває в ньому кришку і, виймаючи предмети по одному, розглядає їх. Потім дорослий викладає на стіл поруч з маленькими великі кубики і пояснює, що іграшок багато, що вони – великі і маленькі. Він разом з дитиною сортує предмети за величиною: великі кубики кладе у велике відерце, а маленькі кубики пропонує дитині скласти у маленьке відерце самостійно. Діти охоче діють з невеликими предметами, оскільки їх зручно брати маленькою дитячою рукою.

Не потрібно вимагати від дитини обов'язково точного відбору різних предметів. Достатньо, щоб вона вчилася при схоплюванні іграшок розкривати долоню відповідно їхній величині. Гра триває 5–10 хв.

б) Нанизування на стрижень кілець різної величини (з великим, а надалі – з маленьким отвором). Удосконалення координації рухів рук під зоровим контролем.

Матеріал: Стрижень висотою 20 см. Закріплюється на основі, верхівка стрижня заокруглена, п'ять кілець одного кольору діаметром від 3 до 5 см. З великими отворами, які дозволяють вільно знімати й одягати кільця на стрижень.

Методика: Дорослий показує дитині кільця. Потім одне кільце дає дитині для того, щоб вона його роздивилася. Після цього показує дитині стрижень і нанизує на нього кільця. Дитина, наслідуючи дорослого, намагається виконати теж саме. Коли малюк відчуває утруднення, дорослий бере руку дитини і спрямовує отвір до вершини стрижня. Важливо, щоб дитина охоче дозволяла дорослому керувати її рукою.

Якщо в дитини зберігається інтерес до гри, то завдання можна повторити ще раз. Завдання вважається виконаним дитиною, якщо вона нанизує і знімає кільця самостійно або з невеликою допомогою дорослого. Вказаний рівень виконання є характерним для більшості дітей тільки після двох-трьох разового повторення заняття. Тривалість заняття 5–8 хв.

Другий рік життя дитини

1) Проштовхування предметів різної форми (а надалі – різної величини, кольору) **у відповідні отвори.** Розвиток зорово-моторного сприйняття, аналізу і синтезу. Завдання на групування предметів за величиною, формою, кольором стають доступними дітям тоді, коли вони можуть утримати в пам'яті умови виконання дії, пам'ятати, що вони повинні не тільки брати предмети двох типів, але й розкласти їх у відповідні місця.

Матеріали: Коробка з отворами різної форми: круглої і квадратної. Кубик (4,4x4,4x4,4 см) і кулька (діаметр 4,5см) для проштовхування в отвори.

Методика: Дорослий показує дитині коробку, звертаючи її увагу на форму отворів. Обводить рукою круглий отвір і одночасно говорить: «Ось яке віконечко»; потім обводить квадратний отвір і говорить: «А ось таке віконечко». Потім пропонує дитині обвести рукою спочатку круглий, а потім квадратний отвір, пояснюючи при цьому: ось таке, а ось таке. Після цього показує дитині кульку і пояснює, що її можна опустити у віконце. Далі пропонує дитині пошукати те віконце, в яке можна опустити кульку. Момент зникнення кульки в отворі дорослий супроводжує радісними словами: «Немає кульки!», викликаючи в дітей емоційно позитивний відзвиг.

Потім показує дітям кубик і пояснює, що для нього також є віконечко, і пропонує подивитися, де таке віконечко. Разом з дитиною опускає кубик у квадратний отвір, викликаючи у дитини емоційний відзвиг при зникненні іграшки. Потім дорослий пропонує дитині по чергово опустити по одній кульці у відповідне віконечко. Перед дитиною ставиться коробка таким чином, щоб круглий отвір знаходився справа від неї. Це пов'язано з тим, що переважна більшість дітей праворукі, а тому правильно виконують завдання, що створює у неї емоційно позитивне ставлення до заняття. Далі в руку дитини дається спочатку кулька, яку вона опускає в отвір, а далі – кубик. Малюк може спробувати опустити кубик в круглий отвір. Потім, якщо дитина не зможе знайти потрібного ракурсу кубика при протягуванні у відповідний отвір, дорослий допомагає їй, беручи рукою руку малюка і надаючи їй потрібне положення. Таким чином

дорослий разом з дитиною проштовхує кубик в отвір квадратної форми.

На одному занятті дитина може виконати завдання двічі або тричі. При повторному виконанні завдання положення коробки змінюють таким чином, щоб круглий отвір знаходився цього разу зліва. Дитині при цьому пропонується спочатку кубик. Діти можуть виконувати завдання спочатку неправильно, тобто вони можуть проштовхувати кульку в квадратний отвір, а кубик – у круглий. Дорослий при цьому спокійно пояснює: «Це не те віконечко. Подивися, де інше, куди треба опустити іграшку». Тривалість гри-заняття 5–8 хв.

2) Складання двомісної (надалі – тримісної) мотрійки.

Розвиток зорового сприйняття, аналізу і синтезу, правильного оковиміру.

Матеріал: Мотрійки: велика двомісна і нероз'ємна маленька.

Методика: Дорослий показує дитині велику мотрійку, відмічаючи при цьому, що вона яскрава, ошатна, красива. Струшує: всередині щось гримить. Відкриває кришку і показує другу мотрійку, маленьку. Закриває велику мотрійку і ставить її поруч з маленькою. Фіксує увагу дитини на їхній величині, узгоджуючи слова з жестом, – одна мотрійка маленька, ховається в долоні, а друга велика, її в долоні не сховаєш. Потім дорослий пропонує дитині показати маленьку мотрійку. Далі дорослий відкриває велику мотрійку, ставить в неї маленьку і пропонує дитині сховати мотрійку – зачинити її другою половинкою. Потім пропонує відкрити велику мотрійку і дістати маленьку. Якщо дитина не може відкрити кришку, дорослий допомагає їй. В кінці гри-заняття малюк збирає мотрійку, відводить її на місце для іграшок, при цьому промовляючи «топ-топ-топ».

Гра проводиться двічі-тричі, триває 5–8 хв.

Якщо дитина віком 1 року і 5 місяців справляється із завданням і виявляє до нього інтерес, їй пропонується трьохмісна мотрійка.

3) Розкладання однорідних предметів різної величини на дві групи (потім – розкладання предметів, які різко відрізняються тільки за формою, або за кольором). Формування (на основі зорового сприймання) вміння користуватися найпростішими прийомами тотожності і відмінності об'єктів.

Матеріал: дерев'яні кола і квадрати двох розмірів (по п'ять великих і по п'ять маленьких). Діаметр кіл: 3 см. і 4,5 см; сторони квадратів: 3 см. і 4,5 см.

Методика: Дорослий показує дітям п'ять великих і п'ять маленьких кіл, перемішаних довільно. І пояснює, що вони різні – одні великі, інші маленькі. Потім показує кола по чергово, спочатку

маленьке коло і говорить, що є кола такі і ось такі, при цьому він вказує на велике коло. Спочатку педагог виконує дію сам, питаючи дитину, куди покласти таке (велике) коло і куди таке (маленьке) коло. Потім, прикладаючи маленьке коло одне до одного, говорить, що вони однакові. Далі дорослий пропонує дитині показати, куди покласти спочатку велике, а потім маленьке коло або навпаки.

Гра проводиться 5–7 хв. і може бути повторена на протязі місяця двічі.

4) Нанизування кілець, що змінюються за величиною.
Збагачення зорово-дотикового досвіду малюка. Заняття проводяться два-три рази з дітьми **від 1 року 2 місяців і старше**.

Матеріал: Конічна пірамідка з п'яти однокольорових кіл.

Методика: Дорослий показує дитині пірамідку і говорить, що вона дуже красива. Пропонує зняти з пірамідки кільце. Потім дорослий фіксує увагу малюка на тому, що кола у пірамідки різні. Знімає перше коло, показує його дитині і пояснює, що воно зовсім маленьке. Потім знімає наступне коло, знову показує його дитині і пояснює, що воно більше і кладе його поруч з першим, справа від нього. Поступово демонструє кожне наступне коло, яке трохи більше попереднього, супроводжуючи показ словами: «Це кільце більше, ось яке воно». На столі всі кола розкладаються рівно, від великого до найменшого: «Ось велике коло, ось менше, а це ще менше, а це найменше коло». Закривши пірамідку ковпачком, дорослий пропонує дитині провести рукою вздовж її поверхні зверху вниз, щоб вона відчула – пірамідка донизу розширюється: всі кола на місці, пірамідка зібрана правильно.

Коли діти приступають до самостійних дій з пірамідкою, педагог підказує, як зняти верхівку, куди її покласти (справа, поруч з пірамідкою). Коли кільця знімаються, дорослий звертає увагу на їхню величину («Маленьке коло треба покласти поруч з ковпачком») і показує місце, куди треба покласти кільце. Коли всі кола зняті, дорослий пропонує дитині подивитися, як багато кіл і як красиво вони вишикувалися: на початку лежить велике коло (вказує на коло відповідного розміру), потім – менше, ще менше і, на кінець, – найменше.

Далі дитина широко розкриває долоню і захоплює велике коло, а дорослий інтонаційно виразно підкреслює: «Ось яке велике». Дійшовши до найменшого кола, педагог пропонує дитині показати найменше коло, яке «ховається у долоні». Дітям старше 1 року і 6 місяців пропонуються складніші завдання: спочатку вони збирають пірамідку, вибираючи кола необхідного розміру з довільно

перемішених кіл; на наступному етапі збирають пірамідки з перемішаних кіл будь-яких двох кольорів.

5) Розміщення вкладишів, близьких за формою у відповідних отворах.

Надалі (за умови виконання цього завдання) дитині пропонується гра-завдання, якою передбачено розміщення різних за формою вкладишів у відповідних отворах. Розвиток уміння дитини зіставляти предмети за формою, здійснюючи вибір з декількох заданих форм.

Матеріал: Дошка з десятьма отворами, до якої додається набір з десяти вкладишів (кола-овали або квадрати-прямокутники).

Методика: Дорослий показує дитині дошку з круглими й овальними отворами, звертає увагу дитини на те, що отвори різні. Потім, показуючи дітям спочатку круглий, потім овальний вкладиш, дорослий пояснює, що вони також різної форми. Обвівши рукою круглий вкладиш, говорить, що іграшка кругла – така. Далі підкреслює жестом форму овалу і говорить, що це інша іграшка – ось така. Потім дорослий вкладає вкладиші у відповідні отвори, пояснюючи дитині, що одними іграшками можна закрити одні вікна, а іншими – другі. Далі дає дитині овальний вкладиш, пропонує їй приміряти до отворів і закрити таке ж віконечко. Після цього дитині пропонується розмістити в отворі круглий вкладиш.

Старшим дітям можна запропонувати комплекти дощок і вкладишів квадратної і прямокутної форми.

Гра-заняття триває 8–10 хвилин і проводиться з дітьми один раз.

Третій рік життя дитини

1) Розвиток просторових уявлень як уніфікованого засобу переробки інформації. При переробці будь-якої інформації дитина вже в ранньому віці може використовувати (як різні) такі стратегії: симультанну і сукцесивну; хаотичну і цілісну; рефлексувати ситуацію в цілому або ігнорувати будь-який її фрагмент; мати чи не мати навички структурування матеріалу тощо. Проте в основі всіх цих стратегій лежать (як наскрізні) **просторові уявлення**, у зв'язку з чим в системі корекційно-розвивальної роботи їх розвитку необхідно надавати першочергове значення. Встановлено, що **рання діагностика і корекція недорозвитку просторових уявлень допомагають дитині суттєво еламінувати (призупинити) соціальну дезадаптацію** і, як показує досвід, дозволяють будь-який вид дизонтогенезу (атиповий, асинхронний, патологічний) у тій чи іншій мірі **наблизити до нормального протікання, полегшити входження дитини в соціальне середовище.**

Особливого значення ця робота набуває в період підготовки дитини до школи, **оскільки просторові уявлення є базисом, на якому надбудовується вся сукупність інтелектуальних навичок – письмо, рахунок, читання і т.п.** Однак і прагматична схема роботи з дітьми переддошкільного віку з відхиленнями в розвитку (наближена до запитів практики) повинна враховувати те, що просторові уявлення є складною багатофакторною структурою психіки і корекція вад оптико-просторової діяльності повинна здійснюватися якомога раніше. При цьому така робота має спиратися, в основному, на стратегію копіювання у відповідності до вікових та індивідуальних можливостей малюка.

Ця мета в залежності від віку дитини (починаючи приблизно біля трьох років) досягається за допомогою ряду відомих методик, викладених в класичній психологічній і нейропсихологічній літературі і спрямованих на розвиток уміння: *орієнтуватися у схемі квартири, кімнати, ділити за зразком запропоновані лінії, виконувати завдання на просторовий праксис; формування: просторових і квазіпросторових уявлень (зовнішнього і тілесного простору, просторової схеми), квазіпросторових (логіко-граматичних) мовленнєвих конструкцій тощо.*

При формуванні в дітей стратегії копіювання важливо *розвивати її спрямованість.* При виконанні завдань, спрямованих на визначення стану копіювання, в дітей найчастіше виникають труднощі, пов'язані з недостатністю *координатних уявлень про об'єкт.* Ці вади актуалізуються **в неправильному верхньо-нижньому і право-лівому розташуванні об'єкта і його деталей у просторі.** Однією з найбільш характерних причин при цьому є *реверсія* (зміна напрямку руху) при виконанні таких завдань, як дзеркальне перевертання предметів: «Покажи, де ялиночка намальована правильно?»; в подальшому – при її копіюванні) чи під час звертання до образів пам'яті (в модифікованих пробах Хеда).

– *Розвиток уміння розташовувати в просторі запропоновану групу з 2–3 іграшок з відтворенням її просторової орієнтації.* Крім того, педагог може запропонувати дітям серію предметних малюнків (наприклад, яблуко і книгу; пірамідку, стрічку і м'ячик і т.п.) потім, звертаючись до дитини, каже: «Подивись уважно на ці малюнки і запам'ятай, що на них зображено». Дитина дивиться на малюнки 5–7 секунд. Далі педагог, забравши малюнки і помінявши їх місцями, каже: «А тепер візьми такі ж само малюнки предметів і виклади їх так само (у тій же послідовності)».

-Формування просторових уявлень. Відповідні завдання спрямовані на формування в дитини просторових понять, тобто вміння описувати розташування предметів у просторі, відштовхуючись від заданої точки відліку. При цьому використовуються закріплені у мовленні слова для позначення трьох вимірів: 1) зверху-знизу (вище-нижче, над-під); 2) ліворуч-праворуч (лівіше-правіше); 3) перед-за (ближче-далі).

-Формування часово-просторових уявлень. Завдання, спрямовані на формування в дитини часових понять, тобто вміння описувати часово-просторову структуру світу, використовуючи мовленнєві конструкції (часові категорії), що виражають послідовність розгортання подій в часі, а саме: 1) до-після (раніше-пізніше); 2) спочатку-потім-далі-накінець; 3) вчора-сьогодні-завтра.

Характерною вадою при виконанні цих завдань є, як зазначалося, *заміна положення*: верх і низ, вертикальне і горизонтальне, праве і ліве зображення, які у просторі міняються місцями. При цьому важливо зазначити, що дитина не відчуває і не помічає цієї неправильності. Подібне виконання завдання є проявом саме не сформованості в дитини основних принципів організації простору. Такий дефіцит координатних уявлень в дітей переддошкільного віку є закономірним етапом онтогенезу, пов'язаний зі збереженням і довготривалим співіснуванням у незрілому мозку перцептивних, рухових і мнестичних енграм (тобто, слідів короткочасної і довготривалої пам'яті). Широкий спектр проєкційних помилок лише в окремих випадках свідчатиме про первинну мозкову недостатність і завжди проявлятиметься в єдиному симптомокомплексі з іншими порушеннями.

У цьому зв'язку педагогові необхідно враховувати те, який складний і тривалий шлях діти долають перш, ніж навчаться правильно виконувати даний комплекс завдань, а їхні уміння набудуть автоматизму. Поступово в процесі дозрівання міжпівкульової взаємодії, спеціалізації і встановлення стабільного вектора системи координат зазначені труднощі поступово зникають. Як результат, в дитини формується внутрішній просторово-часовий образ зовнішнього єдиного просторово-часового світу.

Таким чином, у процесі корекційно-розвивальної роботи необхідно враховувати, що просторові уявлення є однією з тих психічних функцій, яка в порівнянні з іншими функціями найбільш рано дебютує, але довготривало формується в онтогенезі. Саме тому з особливою гостротою постає питання про необхідність при організації корекційного навчання правильно оцінити одержані при

обстеженні дітей результати. Це допоможе не помилитися при їхньому віднесенні або до групи порушень або до варіантів розвитку (типового чи з відхиленнями).

Отже, є можливим вважати, що значне підсилення синапсичної провідності між нейронами в дітей з особливостями в розвитку досягатиметься із застосуванням методик, спрямованих на оптимізацію і стабілізацію загального тону організму дитини, розширення її сенсомоторного потенціалу, сенсомоторної взаємодії, формування внутрішнього просторово-часового образу світу.

Разом з тим, ця мета може також досягатися за допомогою інших способів. Для цього в педагогічну практику роботи з дітьми переддошкільного віку пропонується впровадження системи завдань, що так само, як і попередня група вправ, спрямовується на підсилення синапсичної прохідності. Застосування цих завдань може значною мірою забезпечити структурні зміни, що інтенсифікують контакт між двома нейронами й узгоджено з іншими нейронами кодують засвоєну інформацію. Змістом цих завдань, як зазначалося на початку підрозділу, передбачається: *повторний розгляд одного і того ж об'єкту зі зміною завдань; оволодіння поняттями на новому рівні, по спіралі, але обов'язково від симультанності до суцесивності (тобто, окремі факти подаються з урахуванням цілого); використання загадок, жартів тощо для того, щоб у цьому випадку пам'ять пропускала в першу чергу інформацію, яка зацікавила дитину.*

2)Формування різних способів багаторазового пред'явлення одного і того ж завдання. Способи багаторазового розгляду одного і того ж завдання як один із прийомів корекційно-розвивального навчання охоплюють знання дитиною не однієї якоїсь ситуації, а являють собою найбільш характерні моменти ряду близьких ситуацій, що належать одному класу. Співставлення, співвіднесення змісту заданого завдання (або зорового образу, казки тощо) з тим чи іншим уже сформованим знанням дозволяє дитині, активізувавши синапсичні зв'язки між нейронами, образно кажучи, накинути своєрідну сітку пошуку інформації для розпізнання, розуміння і розв'язання запропонованого завдання (оповідання, дії, зорового образу тощо).

Наведемо приклади декількох відповідних завдань. Вказуючи на малюнок на дверях (вихователь з дітьми) і звертаючись до дитини, педагог ставить їй питання в такій послідовності: «Ось намальовані двері. А на дверях висить малюнок. Подивись, хто це намальований? Так, це дітки і вихователь. Якщо ти відкриєш ці двері, що ти

побачиш, там – в кімнаті, за цими дверима. Скажи». Якщо дитина мовчить, їй допомагають: «Можливо, ти побачиш вулицю або річку? Ні? А що ти побачиш? Правильно, коли ми відкриємо двері, то побачимо кімнату. В кімнаті що може бути? (Вікна, стіни, підлога, стеля). Вздовж стіни, що може стояти? А ще що? (стіл і стілець для вихователя). А що ще можемо побачити в кімнаті?» тощо.

За аналогічною методикою (за типом малюнку на дверях: лікар, спортсмен, столовий набір) проводиться робота по створенню інших значень поняття «Кімната»: «А тепер подумай і скажи, що ми можемо побачити, якщо увійдемо в їдальню? Які предмети можуть бути на стіні? Що є посередині такої кімнати? На стелі?» тощо.

Примітка: З метою наступного контролю правильності відповіді чи надання допомоги у випадках, коли дитина відчуває значні труднощі при відповіді, педагог використовує відповідний сюжетний малюнок.

Далі педагог, звертаючись до дітей, каже: «А на цьому малюнку намальовані двері до іншої кімнати. У цій кімнаті святкують день народження дівчинки Катрусі. Якщо ми відкриємо двері до цієї кімнати, то що побачимо?» і т.д.

Для забезпечення переносу сформованого способу дії на виконання інших завдань можна використати різноманітні вправи. Так, за характером малюнку на обкладинці створюються різні види поняття «Казка» («Казка про Колобка», «Казка про про Ріпку» тощо).

3) Сприйняття окремих частин з урахуванням цілого (іншими словами формування симультанного аналізу і синтезу як універсальних операційних одиниць). При пред'явленні завдань такого типу важливо враховувати положення нейропсихології про те, що і в зовнішній, і у внутрішній діяльності існує два механізми діяльності – суцесивний (послідовний) та симультанний (одночасний). Їхній інтенсивний розвиток забезпечує *ранню одночасну підготовку* дітей до формування основних інтелектуальних навичок (читання, письма, лічби). Зокрема, формування групи симультанних операцій готує дітей до правильного складання внутрішніх схем різного ступеня конкретності. Внаслідок цього в дитини починає формуватися здатність створювати внутрішній задум висловлювання чи обчислення, вміння будувати схеми висловлювання й обчислення, визначати послідовність звуків, їхню серійність. Таким чином, ця група операцій створює основу наступної мовленнєвої та лічильної діяльності. Отже, поняття цілого – це фактор, який надає сильного детермінуючого впливу на характер його частин. *Тому важливо в дітей вже в ранньому віці створювати*

хоча б приблизне уявлення про цілісну структуру. Наведемо приклади відповідних завдань.

- *Об'єднання послідовних сенсорно-перцептивних елементів в одну одиницю.*

Гра «Де чия клітинка». На початковому етапі застосування гри матрицю клітин можуть складати лише два рядки клітинок. За умови правильного виконання дітьми цього завдання кількість клітин поступово збільшується. За допомогою системи координат, проведених вздовж ліній рядами клітин діти послідовно знаходять «клітинку», де зустрінуться двоє зайців; потім – двоє рибок; далі – папуга і метелик тощо. Тобто, в дитини відбувається перехід від розгорнутого розглядання матриці клітинок, що базується на багатьох рухах очей, до сприйняття двох значимих клітинок відразу і, як результат цього, – знаходження місця їхнього перетину.

- *Формування вміння сприймати предмет як ціле, а потім виділяти закономірні зміни його елементів.*

При виконанні дітьми таких завдань предмет спочатку сприймається ними як ціле, а після цього виділені елементи включаються в цілісний образ і знаходиться частина зображення, якої не вистачало. Як матеріал можуть використовуватися: *розрізні картинки* з двох (можливо, з трьох) частин; *фігури*, які на малюнку організовані, наприклад, *за типом прогресивних матриць Равена*: одна частинка зображення і дві частинки як варіанти, з яких малюк спробує вибрати ту, якої не вистачає.

У випадку, коли діти повинні відшукати потрібну частину зображення серед двох запропонованих варіантів, у них формується вміння диференціювати елементи та виявляти зв'язки між елементами цілого, а також доповнювати потрібною частиною задану структуру через порівняння її із зразком.

Разом з тим, для формування вміння сприймати об'єкти як ціле важливо дитину вже в ранньому віці вчити встановлювати, який з двох предметів є більший, а який – найбільший (серед трьох предметів).

- *Встановлення того, хто кого годує: мама чи син (хто малював: мама чи тато?).* Педагог кладе перед дитиною два малюнки, на яких зображено маму і сина. Далі дорослий говорить: «Подивися, на цьому малюнку – мама. А на цьому малюнку – синок. Що вони роблять? Так, вони їдять. А тепер послухай і покажи, де намальована мама, а де – намальований синок? А тепер покажи, де мама годує сина? А тепер покажи, де синок годує маму?».

– *Встановлення відношень*. Педагог говорить: «На цьому малюнку зображено двох хлопчиків: цього хлопчика звати Лесиком, а цього – Дмитриком. Вони однакового зросту? Правильно, вони неоднакового зросту. Петрик вищий (більший) за Дмитрика. Подивись і покажи, де на малюнку Петрик?»

– *Формування уявлень про різні якості двох схожих предметів (наприклад, грибів, дерев тощо)*. Звертаючись до дитини, педагог говорить: «Поглянь на малюнок і покажи, де на ньому намальовані гриби? А де – дерева? А тепер подивись на ці два грибки і скажи, вони однакові чи ні? Капельюшки цих грибків (листя цих дерев) однакові чи ні?» тощо.

– *Засвоєння інформації з використанням загадок, жартів тощо*. У цю серію включаються завдання які сприяють розвитку в дітей кмітливості. В ході їх виконання в них формується вміння породжувати гіпотези щодо розв'язання проблеми, а в момент інсайту (за принципом «ключ-замок») відшукана ідея виконання супроводжується емоційними переживаннями. Разом з тим, за допомогою цих завдань в дитини стимулюється вміння (пам'ять) пропускати в першу чергу інформацію, яка її зацікавила.

До цієї ж серії можуть входити завдання, спрямовані на:

порівняння двох предметів по пам'яті. Для цього актуалізується (підбирається) пара уявлень, одержаних дитиною від природи, вулиці, занять тощо. Для того, щоб зосередити увагу дитини на цій задачі, їй спочатку пропонується згадати задані пари предметів окремо, а потім їх порівняти («Ти бачив муху? А метелика бачив? Схожі (однакові) вони чи ні? Чим вони схожі?») тощо.

порівняння двох облич з естетичної точки зору. Дитині показують малюнок, на якому зображені двоє жіночих (дитячих) облич і запитують: «Хто красивіший, покажи».

пригадування предметів, схожих за формою. Для цього перед дитиною викладають малюнок кулі (або циліндра, піраміди тощо) і пропонують серед двох малюнків (наприклад, ялинки і яблука) показати (назвати) предмет, схожий за своєю формою на цю фігуру.

Узагальнюючи викладене, **зазначимо**, що рання допомога дітям з особливостями психофізичного розвитку переддошкільного віку, спрямована (за допомогою комплексу завдань) на інтенсифікацію ретикулярно-лімбічної системи, **забезпечує**: – підсилення енергетичного потенціалу організму дитини, - формування в неї різних способів розгляду одного і того ж об'єкта; - формування

способу сприйняття, коли окремі факти від початку подаються з урахуванням цілого (від симультанності до сукцесивності).

Впровадження зазначеного підходу забезпечить підсилення синапсичних зв'язків між нейронами, яке, своєю чергою, значною мірою *сприятиме:*

формуванню в малюка елементарного вміння координувати інформацію, зібрану з різних джерел, – економії його пам'яті, – збереженню процесу сприйняття, -розвитку розуміння мовлення, – розвитку експресивного мовлення, – формуванню позитивних мотивів ігрової діяльності.

4.2.2. Формування самосвідомості в дітей переддошкільного віку з особливостями в розвитку (формування самості на основі диспозиційної теорії особистості Г.У.Олпорта)

При розробці цієї складової комплексу завдань ми враховували те, що процес становлення самосвідомості певною мірою за своїми основними структурними компонентами *збігається з такою формою активності за сферами життєдіяльності, як соціально-моральний розвиток.*

Так, за змістом цієї форми активності протягом першого року життя центром уваги дитини є людське обличчя: вона вдивляється в нього, радіє зустрічі, пов'язує з ним відчуття захищеності й комфорту. Малюк упізнає матір, диференціює своїх і чужих, усміхається; криком, голосовими реакціями, мімікою намагається привернути до себе увагу дорослих; розрізняє «можна» і «не можна», «добре» і «погано»; в нього з'являються перші прихильності. Наприкінці першого року життя виникає реакція, схожа на ревності, що засвідчує початок формування образу «Я». Крім того, перші прояви ревності свідчать про зародження елементарної форми самолюбства як базової якості особистості. Водночас на кінець першого року життя в дитини формується усвідомлення власного тіла, своєї «відокремленості» від інших людей, вміння диференціювати враження від зовнішнього середовища та власного тіла й відчуттів, з'являється інтерес до свого відображення в дзеркалі, вміння дорожити своїм (рідними дорослими, іграшками, речами), прояв перших бажань («хочу», «не хочу»), похвалювання у відповідь на схвалення.

Наприкінці другого на початку третього року життя дитина проявляє інтерес до людей за межами родини, бажає спілкуватися з окремими дітьми та дорослими, вміє попросити про допомогу тоді, коли вона потрібна. В кінці третього року життя в дитини зростає

потреба і бажання спілкуватися з окремими дітьми і дорослими, створювати своє особисте середовище, особистий простір. Для становлення і розвитку самосвідомості дитини раннього віку важливим є формування в неї усвідомлення себе, що складається з її початкових уявлень стосовно себе, здатності певним чином презентувати себе в соціумі, оцінювати себе та свою поведінку. Разом з тим, важливо закласти основи усвідомлення дитиною тих змін, що відбуваються з нею в часі (минулому, теперішньому, майбутньому), в розумінні статевої та вікової належності. У даному випадку мова йде про таку *складову суб'єктивного досвіду дитини, як «моя»*.

Оскільки малюку ще важко одночасно сприймати світ і самого себе, тому судження дитини про себе ґрунтуються переважно не на її власному баченні самої себе, а на оцінках, які вона чує від дорослих. З метою забезпечення становлення і розвитку самосвідомості дитини дорослі мають допомогти їй навчитися придивлятися до себе, зосереджувати увагу на собі. У відповідності до сказаного нами розроблено комплекс завдань, який, на нашу думку, сприятиме стимулюванню процесу становлення і розвитку особистості дитини раннього віку з особливостями психофізичного розвитку і який творчо налаштований практичний працівник зможе значно доповнити і розширити.

З урахуванням зазначеного для забезпечення процесу формування самосвідомості в дітей переддошкільного віку з обмеженими можливостями здоров'я нами пропонується система завдань, спрямована на розвиток:

відчуття дитиною свого тіла; розширення меж простору «Я», тобто відчуття того, що їй належить не тільки її фізичне тіло, але й значимі елементи зовнішнього світу, включаючи людей; відчуття самоідентичності, самоідентифікації (в ситуації впізнавання себе в дзеркалі; започаткування знань про своє ім'я, вікові і статеві відмінності); почуття самоповаги як почуття гордості; образу себе, уявлення дитини про те, що таке «Я – хороший» і «Я – поганий»; саморегуляції як стадії морального і соціального послуху.

1. Формування в дитини відчуття власного тіла.

Перше, з чим стикається новонароджена дитина, це відчуття тіла, це тілесне Я, яке складається з потоків органічних відчуттів, які йдуть від внутрішніх органів, м'язів, суглобів, вестибулярних каналів та інших частин тіла, тобто від кінестезій. Новонароджений, звичайно, не знає, що ці відчуття є «його», проте вони формують в нього

необхідний фундамент для подальшого формування відчуття себе. Немовля, яке спочатку плаче від нелокалізованого дискомфорту, в ході розвитку буде демонструвати все зростаючу здатність ідентифікувати дистрес як свій власний.

За допомогою спостереження дорослий може бачити, як в дитини, яка нормально розвивається, приблизно з шести місяців відбувається становлення і розвиток відчуття тіла або іншими словами – примітивне відчуття себе. За її поведінкою стає помітно, що діапазон її вражень про тіло розширюється: дитина вже впізнає свої ступні і може легко знайти великий палець руки. Разом з тим, у випадках атипового розвитку формуванню в дитини відчуття свого тіла необхідно надавати спеціального значення.

а) Формування в малюка схеми тіла (просторові уявлення про власне тіло, уявлення про взаємовідношення зовнішніх об'єктів і тіла, поступова вербалізація уявлень про власне тіло).

З відчуттів, які поступають від окремих частин тіла в стані збудження або при необхідності, дитина починає збирати незрілу, але, тим не менш, надійну *схему тіла*. Хоча існують певні розбіжності щодо способів, якими дитина в перші місяці життя вивчає себе та інших, оточуючих її людей, але в другій половині першого року з'являється спосіб, який називають примітивним «*відчуттям себе*», пофарбованим переважно в приємні тони, і, головним чином тих, що приносять задоволення.

У цей фон задоволення надзвичайно важливий внесок повинна вносити мати, її якісна *емоційна взаємодія* з дитиною. З цією метою дорослий (особливо мати) при лагідних взаємодіях (погладжуваннях, посмішках, поцілунках, розгляданням пальчиків руки, ноги, допомагаючи дитині підніматися на ліктях, перевертатися зі спини на бік, підтягуватися на руках тощо) забезпечує активній дитині відчуття безпеки. У подальшому це стає фундаментом, на якому дитина вибудовує почуття любові до себе і впевненість в собі.

Особливість взаємодій малюка з матір'ю в ранньому дитинстві відбиватиметься пізніше як на становленні їхніх взаємостосунків, так і на становленні в дитини розуміння себе, формування самооцінки (хорошої, потрібної, найулюбленішої). В цей час дорослим необхідно пам'ятати, що вже з перших місяців життя дитина *ідентифікує себе з матір'ю*, відчуває себе її частиною, не відділяє своє «Я» від її, лише в неї на руках почуває себе безпечно і комфортно, прагне постійного контакту з нею. Враховуючи те, що в цей період життя дитина багато часу перебуває саме на руках у матері, потрібно цілеспрямовано використовувати цей факт і всіляко стимулювати дитину

координувати роботу очей і дії рук, фіксувати погляд, стежити очима за предметом, що рухається, намагатися схопити його руками.

б) Розвиток уміння орієнтуватися в схемі тіла.

Починаючи з двох місяців життя дитини, дорослий повинен всіляко підтримувати в неї бажання розглядати свої руки, ссати свої кулачки, обмацувати живіт тощо, супроводжуючи її дії лагідним називанням частин тіла. У подальшому необхідно підтримувати бажання дитини знайомитися з нижніми кінцівками, активно тягнути до рота великий палець ноги, досліджувати за допомогою рук свою голову, вуха. При цьому необхідно спонукати дитину до *використання широкого діапазону доступних їй емоцій*: радіти, широко розкриваючи рота, привертати увагу до себе, стукаючи ручками і ніжками, загравати, демонструвати, яка вона хороша, усміхатися спочатку беззвучно, а потім сміятися вголос, використовувати різноманітні способи емоційної комунікації і передачі інформації, кликати батьків за допомогою звукових сигналів різної інтенсивності і сили, прислухаючись до їхнього звучання.

З дитиною, починаючи з семи місяців, необхідно вправлятися в іграх, які сприяють *розвитку її вміння орієнтуватися у власному тілі*: «Де наші ручки, волосячко, а де ніжки, очі, носик? Давай погладимо Петрика по голівці. А тепер ти погладь Петрика по голівці» тощо. З цією ж метою дорослий може застосувати гру «Де носик Петрика?». Закривши свій ніс долонею, запитуємо малюка: «А де мамин носик? А тепер сховай свій носик (рот, очі, вуха)» тощо. Одягаючи дитині рукавички чи шкарпетки, дорослому необхідно промовляти: «А де наші пальчики? Куди вони сховалися? Ой, вони в рукавичку сховалися!». Можна прочитати вірш: «Катя рукавичку наділа. Ой, куди вона пальчики діла? Нема пальчиків, зникли. Катя рукавичку зняла. Гляньте, пальчики знайшла! Здрастуй, пальчик! Як живеш?» тощо.

У цей же час мати чи хтось з близьких дитині людей починає *формувати її увагу до обличчя членів сім'ї*: «Де в бабусі ротик, носик? Покажи». Після цього, як правило, дитина починає торкатися різних частин обличчя дорослого, роздивлятися його вираз, адекватно на нього реагувати. У цей же час за допомогою дорослого дитина починає освоювати танцювальні рухи для ручок, ніжок, тулуба: пружинку, бокові переступання, повороти кистей рук, обертання. Виконуючи ці рухи, дитина радіє відчуттю вправності власного тіла.

В 9–12 місяців життя в дитини необхідно підтримувати і надалі *розвивати бажання обстежувати поглядом обличчя, зовнішній вигляд, одяг членів родини, показувати на їхні очі, ніс, вуха, волосся*.

Як результат дитина починає експериментувати з частинами їхнього обличчя, тіла, одягу (обстежує волосся, гладить його, б'є по щоках, щипає, розтягує ніс і вуха, стукає по кінцівках дорослого ногами і руками). У цей же час дорослий може запропонувати дитині показати, де у ляльки очі, ротик, волосся.

В 13–16 місяців, якщо дитина спроможна самотійно ходити, то необхідно всіляко заохочувати її до того, щоб вона самотійно пила з чашки, ставила кубик на кубик тощо.

В 17–20 місяців в дитини необхідно *формувати так звані емоційні мітки предметів* разом з відповідними ще не словами-назвами, а *звуковими образами назви цих предметів*. Для цього дорослий починає заохочувати малюка до називання частин тіла. Показуючи на свою руку (ногу, волосся тощо, а потім – на частини тіла дитини), говорить: «Що це таке? Як називається? А у тебе, що це? Скажи.». Подібну заохочувальну стратегію дій можна застосовувати до всіх частин тіла.

З цією ж метою дитині можна запропонувати великий малюнок із зображенням людини. Вказуючи на частини її тіла, дорослий спочатку говорить: «Це у дяді рука, а це волосся» тощо. Далі, вказуючи на ту чи іншу частину тіла питає: «Що це? Скажи».

Наприкінці третього року життя дитини дорослий пропонує їй предмети: «Це – гребінець (шапочка, зубна щітка, окуляри, шкарпетки, рукавички тощо). Звертаючись до дитини, дорослий каже: «Це – гребінець. Ним розчісуємо волосся. Покажи, що ним потрібно робити? А це – шкарпетки. Їх надягають на ніжки, щоб було тепло. Покажи, як ти одягаєш шкарпетки» тощо. Далі дорослий пропонує: «Скажи, що треба зробити з шапочкою? Куди її треба надіти?» тощо.

Водночас зазначимо, що доглядаючи за дитиною і граючи з нею у відповідні ігри, необхідно допомагати їй відкривати саму себе – своє тіло, голову, обличчя з тим, щоб у неї *першими закарбувалися враження від частин власного тіла, а не від предметів одягу*. Формуванню уявлень про частини тіла сприяють спеціально підібрані ігри. Як приклад, наведемо опис гри «Зайчик сірий умивається». Дитина уважно слухає дорослого і разом з ним супроводжує текст віршика відповідними рухами: «Зайчик сірий умивається, мабуть, в гості він збирається. Вимив носик, вимив ротик, вимив вуха. Витер сухо».

Отже, протягом раннього дитинства немовлята починають усвідомлювати ті відчуття, що надходять від м'язів, сухожиль, зв'язок, внутрішніх органів тощо. *Повторення цих відчуттів утворюють тілесну самість дитини. В результаті немовлята*

починають відрізняти себе від інших об'єктів. Тілесна самість, сформована у переддошкільному віці, залишається протягом всього життя опорою для самоусвідомлення дитини.

2) Розширення меж простору «Я» дитини.

а) Формування в дитини відчуття приналежності їй об'єктів оточуючого середовища.

Формування в дитини почуття приналежності їй не тільки її фізичного тіла, але й значимих елементів зовнішнього світу, включаючи людей, доцільно розпочинати у другій половині другого року життя дитини. Разом з тим, вже трьохмісячна дитина з особливостями в фізичному розвитку спроможна *розрізняти «своїх» і «чужих»*, виявляючи щодо останніх обережність і настороженість. При цьому дорослий має стимулювати здатність немовляти впізнавати «своїх», називаючи їхні імена, характеризуючи їх як добрих, люблячих тощо. У ході такого спілкування з дитиною важливо підтримувати всі засоби вокалізації, які вона використовує для спілкування: жести, кашель, міміку, усмішку. Біля дев'яти місяців дитина спроможна чітко диференціювати «своїх» і «чужих», бурхливо виявляє своє небажання спілкуватися з чужими та неприємними їй людьми, використовуючи при цьому жестове мовлення, слова-жести, перші слова. Проте вже з десяти місяців у малюка необхідно формувати уявлення про те, що чужі люди можуть бути цікавими, як з ними поводитися, хто з них вимогливий, хто веселий тощо.

б) Формування почуття власності.

У соціальній взаємодії дітей проявляються такі *ознаки самосвідомості, як почуття власності*. З метою формування цієї властивості дорослому важливо створювати такі ситуації, коли, наприклад, двоє дітей граються в різних кінцях кімнати у присутності своїх матерів чи інших дорослих. Протягом перших 10–15 хвилин дітям надається можливість, граючись, кілька разів підходити і роздивлятися іграшки один одного. Надалі дорослий звертає увагу одного з малюків на іграшку іншого і говорить: «О, яка гарна іграшка в Колі! Яка гарна машинка! А в тебе, Михасику, чому немає такої іграшки?». Як правило, така репліка спонукає до того, що дитина підходить до іншої і відбирає в неї іграшку. Якщо Коля ніяк на це не реагує, то педагог говорить їй: «А де твоя машинка? Чому вона у Михасика?». Зазвичай, після такого спонукання дитина підходить до Михасика, забирає свою іграшку і відносить до себе, до своїх

іграшок. Надалі дитина в ситуації, коли в неї спробує хтось узяти її іграшку, відстоюючи її, буде міцно тримати.

Ймовірно, що втрата іграшки породить в дитини думку про те, що іграшка належать їй. Чинячи опір, дитина *стверджується в почутті власності, в знаннях про те, що щось, з чим вона діє, може належати їй*. Важливо при цьому формувати в дитини також розуміння того, що в неї є своє місце за столом, свій куточок для гри, свої ліжечко, чашка, одяг тощо, а, отже, сприяти розвитку її самосвідомості, уявлення дитини про себе як володаря певних речей, тобто розвивати в дитини почуття власності. Це не прояв жадібності, себелюбства, як іноді інтерпретують таку поведінку малюка дорослі, а зростання його знань про себе. Тому слід виховувати і поважати право дитини на власність.

Одночасно необхідно навчати дитину рахуватися з аналогічними правами інших людей. З цією метою можна використати гру, завданням якої є *сформувати в малюка вміння відмовляти в чомусь однолітку*, не ображаючи при цьому прохача. Дитина і дорослий сідають навпроти один одного. Дитина тримає в руках іграшку. Дорослий, звертаючись до дитини, говорить: «Я зараз буду в тебе просити віддати мені твою машинку, а ти не віддавай її мені. Але не ховай її, не ображай мене, не кричи: не дам, ні. Ти зрозумів? Тоді почнемо гратися. Яка гарна машинка, дай мені її, будь ласка». Якщо дитина мовчить, дорослий, звертаючись до неї, допомагає набором певних фраз: «Скажи, я дам тобі іншу машинку. Хочеш я дам тобі кораблик? Пішли краще погуляємо» тощо.

Водночас у взаємодії із зовнішнім світом для дитини важливо навчитися орієнтуватися в тому, що для її «Я» є корисним, а що – шкідливим, навчитися опиратися негативним впливам, навчитися самостійно зменшувати ці впливи. Започатковане почуття власності в даному разі сприятиме розвитку здатності дитини до самозбереження і самозахисту.

Протягом другого-третього року життя діти навчаються *осягати значення слова «мій»*. Разом з тим, у них спостерігаються прояви ревності: «Моя мама, моя сестра, мій дім, моя собака» тощо, які, однак, повинні розглядатися як складові частини «Я» малюка. Отже, дорослому варто пам'ятати, що трирічна дитина з не важкими вадами розвитку здатна добре орієнтуватися в «своєму» й «чужому», розуміти різницю між ними, вміти ділитися з іншими. Водночас засвоює, що «чужі» речі їй не належать, ними можна користуватися певний час, а «свої» речі повертаються їй.

3) Формування в дитини відчуття самоідентичності (розвиток самоідентичності в ситуації впізнавання себе в дзеркалі; започаткування знань про своє ім'я, вікові і статеві відмінності).

Онтогенетично першими об'єктами для «Я» дитини стають значимі інші – в першу чергу мати. Мати виступає в ролі посередника між дитиною та світом, декодує, розшифровує, з одного боку сигнали, що надходять до дитини від середовища, з іншого – сигнали, які йдуть від Я дитини, її власних потреб. За допомогою такої взаємодії дитина виділяє себе з симбіотичної (психосоматичної) єдності з матір'ю і в неї починають формуватися межі її Я: спочатку соматичні, а потім і психічні. З усього інформаційного потоку, що йде від зовнішнього і внутрішнього світу в дитини починає вимальовуватися деяка конфігурація її Я, образ Я, що становить основу для її ідентичності. *Паралельно процесу формування образу Я йде формування образу Іншого – узагальненого образу людини.*

Формування самоідентичності може здійснюватися за допомогою спеціально підібраних завдань, окремі приклади яких наведені нижче. При цьому особливо важливим є формування почуття цілісності і безперервності «Я», пов'язане з ім'ям дитини. Ставлення дитини до власного імені – це проекція її ставлення до себе самої. У власному імені дитини в концентрованому вигляді вміщені всі її уявлення про саму себе. І хоча дитина раннього віку не має скільки-небудь цілісного уявлення про власну особистість та ще й сформоване ставлення до неї, однак біля дев'яти місяців дитина вже пам'ятає власне ім'я і повертає голову до того, хто її кличе. Ставлення дитини до власного імені – це проекція її ставлення до себе самої. У власному імені дитини в концентрованому вигляді вміщені всі її уявлення про саму себе. І хоча дитина раннього віку не має скільки-небудь цілісного уявлення про власну особистість та ще й сформоване ставлення до неї, однак біля дев'яти місяців дитина вже пам'ятає власне ім'я і повертає голову до того, хто її кличе.

а) Формування в дитини почуття цілісності «Я», пов'язане з її ім'ям. Для формування в дитини почуття цілісності її Я позитивне значення має *гра перед дзеркалом*. Особливо це є важливим у випадках, коли діти в результаті різних порушень втрачають зв'язок зі своїм тілом, а, значить, і з частиною своєї особистості. У цьому випадку розвиток тіла (особистості «тілесної» й «емоційної») виявляється відірваним від розвитку розумових здібностей («розумної» і «соціальної» особистості).

Для встановлення контакту дитини зі своїм тілом, зі своїми емоціями існує безліч вправ, в тому числі, як зазначалося, вправи із дзеркалом. За допомогою дзеркала із застосуванням вправ на розвиток емоційної сфери дитина півтора-двох років навчається усвідомлювати свої емоції, їх тілесний вираз. З цією метою пропонується повісити недалеко від дитячого столика дзеркало і час від часу, перевдягаючи перед ним дитину, грати з нею в гру «Подивися в дзеркало». Коли дитина почне реагувати на дзеркало і на своє відображення в ньому, тоді дорослий, показуючи на її відображення в дзеркалі, називає її ім'я: «Подивися, хто там? Це – Оксанка. Де Оксанка? Покажи». При цьому, якщо хтось з дітей може навіть не подивитися на своє відбиття в дзеркалі і прагне зайнятися чимось іншим, проте рано чи пізно малюк почне виявляти інтерес до свого відображення: спочатку дивуватиметься, потім захоплюватиметься, а в міру того, як ставатиме старшим, гра із дзеркалом приносить йому все більше задоволення. І на питання: «Покажи, де Оксанка?» малюк вкаже пальчиком на своє відображення в дзеркалі.

Трирічне маля цікавиться всім, пов'язаним з ним, наприклад, з інтересом реагує на свою тінь, увагу до якої спочатку привертає дорослий: «Ось Оксанка йде по доріжці. На Оксанці вдягнута гарна спідничка, на голові бантик. А по землі за Оксанкою хто це йде? У спідничці, з бантиком на голові? Оксанка? Так, це Оксанка-хмаринка. Так, хто це по землі за Оксанкою йде? Також Оксанка?» тощо.

Водночас необхідно враховувати те, що в цей період дитина починає інтенсивно використовувати займенник «Я», що забезпечує подальше формування в неї почуття цілісності і безперервності власного «Я». Допомагаючи в цьому, дорослий садить її навпроти себе і говорить: «Послухай, я – Надійка. А тебе звати Юля. То як тебе звати?» тощо.

б) Формування інтересу до людей, які мають таке ж ім'я, як в дитини. Ідентифікація з власним ім'ям виражається в дитини в особливому її інтересі до людей, які носять таке ж ім'я. Тому дорослим обов'язково необхідно враховувати і використовувати цю обставину при зустрічі малюка з дитиною-тезкою. У цьому випадку дорослий, звертаючись до дитини, говорить: «Послухай. Цю дівчинку звати Оксанка. А тебе, як звати? Також Оксанка? Ось як! Цю дівчинку звати так само, як і тебе. Оксанка. Скажи, як звати тебе? А дівчинку, як звати? А як звати тебе і цю дівчинку?».

Отже, безперечно, найбільш важливою і відправною точкою для формування почуття цілісності та безперервності «Я» стає власне ім'я

дитини. Вивчивши за допомогою дорослих своє ім'я, дитина починає осягати, що вона залишається однією і тією ж людиною, незважаючи на всі зміни, що виникають при різних її взаємодіях із зовнішнім світом. Впровадження в корекційно-розвивальний процес спеціально підібраних завдань сприятиме тому, що вже в першому півріччі третього року життя дитина буде здатна добре засвоїти своє ім'я, ідентифікувати себе з ним, не уявляти себе поза ним і все, що стосується її імені, набуватиме для неї особистісного смислу.

в) *Формування самоідентичності в ситуації впізнавання дитиною себе в дзеркалі і в конкретних психічних проявах її поведінки перед дзеркалом.*

Для досягнення цієї мети розвиток самоідентичності дитини забезпечуємо в іграх, спрямованих на: *спостереження і впізнавання дитиною себе в дзеркалі, формування ставлення дитини до свого дзеркального відображення і формування поведінки перед дзеркалом у різних ситуаціях.*

Для того, щоб у малюка формувалися першооснови самоідентифікації, можна підвести його до дзеркала і подивитися, якою буде його поведінка. Якщо в дитини складається позитивне ставлення до себе, це знайде відображення *в її поведінці перед дзеркалом.* Тому уже, починаючи біля восьми-дев'яти місяців життя, необхідно спонукати дитину до того, щоб малюк спочатку дивився в дзеркало, хоч і не реагуючи на себе, а надалі – із задоволенням розглядав себе в дзеркалі, посміхався, примружував очі, морщив носик, красувався, розглядав деталі одягу (наприклад, вишивку на кишеньці), грався зі своїм відображенням, а також посміхався відображенню дорослого в дзеркалі.

Враховуючи те, що діти в цьому віці здатні *впізнати себе в дзеркальному відображенні*, дорослі можуть застосувати завдання, змістом якого передбачено використання дзеркала для корекції дитиною свого зовнішнього вигляду. З цією метою в неї приблизно біля року можна формувати поведінку дуже важливу для самовпізнання. Для цього на голову дитині спочатку надівають марлеву пов'язку, під якою над вушком поміщають невелику грудку вати (так, ніби в малюка болить вухо). Пов'язка сильно спотворює зовнішній вигляд дитини, але малюк, як правило, швидко звикає до неї, і вона йому анітрохи не заважає й не турбує його. Коли ж дитину *піднести до дзеркала*, на її обличчі з'явиться подив, ніби вона побачила зовсім не те, що очікувала, а потім безпомилково точним рухом вона повинна зняти з голови пов'язку.

Зовсім інша картина спостерігатиметься в поведінці дитини, коли близькі дорослі мало цікавляться малюком, зрідка грають і розмовляють з ним, тільки інколи беруть на руки. У деяких родинах, частіше у молодих батьків, дитина стає скоріше об'єктом догляду, ніж повноцінною людиною, особистістю. Внаслідок цього ставлення дитини до себе може бути недостатньо розвинене і не мати яскравого позитивного емоційного забарвлення. Як наслідок, *дивлячись на себе в дзеркало*, такий малюк зніяковіло опускає очі, відвертається, він ніби не знає, чиє там відображення. Іноді власне відображення викликає навіть негативні емоції: настороженість, тривогу, страх. Діти з подібним типом Я не виявляють самовпізнання в іграх зі зміною зовнішнього вигляду, не прагнуть зняти пов'язку. Оскільки близькі дорослі не практикували особистісно-орієнтованого спілкування, не надавали йому особливої значущості, цінності, то й сам малюк *недостатньо виділяє себе з навколишнього світу*, менш чітко переживає своє Я. Цим і пояснюється *відсутність інтересу до свого відображення в дзеркалі*, а нерідко і не сприйняття його. Практикуючи дбайливе, доброзичливе, шанобливе ставлення до малюка, батьки й інші близькі люди зміцнюють його позитивне самовідчуття, почуття свого Я. Своєю чергою, це дозволяє дитині проявляти більшу особистісну активність, ініціативу, інтерес в освоєнні навколишнього світу.

2) Формування в дитини вміння впізнавати себе на фотографіях.

Протягом другого і третього року життя дитини дорослим необхідно забезпечити інтенсивний розвиток в неї вміння діяти з предметами, що сприяє формуванню в неї подальших знань про себе, про свої можливості, здібності. З цією метою слід навчати дитину *впізнавати себе й близьких дорослих на фотографіях*. Малюкові неодноразово показувати на фотографіях зображення мами, тата, бабусі, знайомих дорослих, інших дітей, а потім пропонувати: «Покажи, де мама, де дідусь, а де Катруся?». При цьому необхідно, враховуючи, що особливо цікаво для дитини впізнавати себе на фотографіях, де вона зображена в молодшому віці, порівнювати її з собою в даний момент, помічати зміни в її зовнішньому вигляді тощо. Той факт, що дитина починає легко впізнавати себе на фотографіях, яскраво свідчитиме про формування в неї самоусвідомлення. Крім того, необхідно створювати умови для того, щоб малюк почав систематично використовувати дзеркало для корекції свого зовнішнього вигляду, а також для гри зі своїм відображенням, під час якої вона б розглядала частини одягу, які

видно тільки в дзеркалі: малюнок на сукні, шапочку або хустинку на голові тощо.

д) Формування статевої ідентичності.

З цією метою, пропонуючи хлопчикам і дівчаткам різні іграшки, сюжетні ігри відповідно до статево-рольової приналежності і заохочуючи поведінку, що відповідає статі, створюються умови для формування в неї статевої ідентичності. Для цього дорослим необхідно частіше хвалити дівчаток, коли ті вибирають ляльки, допомагають в домашній роботі (прибирання, приготування обіду тощо). Схвалювати дії хлопчиків, що граються з машинками, маніпулюють різними предметами, що виявляють і потребують фізичної активності. При цьому необхідно підкреслювати різницю між поведінкою хлопчиків і дівчаток: «Яка Таня гарна дівчинка, яка старанна, акуратна, як гарно допомагає мамі... Який сильний хлопчик Миколка, він допоміг мамі нести важку сумку...».

Від півтора до трьох років у дітей *формується первинна статева ідентичність*. У цей період важливо навчити дитину правильно відносити себе до тієї чи іншої статі, хоча розуміння дітьми статевих відмінностей залишається ще обмеженим. Наприклад, трирічний хлопчик засмучує своїх батьків тим, що збирається, коли виросте, стати мамою. Інша дитина виявляє занепокоєння, побачивши матір у маскарадному чоловічому костюмі. Постійність статі – це розуміння дітьми того, що стать не змінюється з часом, при зміні одягу, роду занять або інших зовнішніх ознак. Однак в ранньому віці діти не усвідомлюють ще сталості статі. Маленькі діти часто вважають, що лялька з жіночою фігурою стає хлопчиком, якщо на неї надіти штанці, і навпаки, хлопчик, одягнений в сукню, стає дівчинкою.

Проте при цьому необхідно враховувати те, що анатомічна будова тіла не визначає справжню стать дитини, хоча з цією метою можна використати спеціальні ляльки-пупси, в яких враховані анатомічні особливості будови тіл дівчинки і хлопчика. Повністю *сформоване розуміння своєї ролі і статевої приналежності* в дитини формується біля п'яти років. Однак вже, починаючи з двох років, дорослим необхідно бути уважними до таких проявів поведінки, коли син грає в дочки-матері, любить ляльки і віддає перевагу грі з дівчатками. Проте це хвилювання може бути безпідставним, а свідчити лише про те, що малюк виросте хорошим сім'янином і буде вміло налагоджувати стосунки з протилежною статтю. Тривогу ж може викликати швидше відсутність у дитини «чоловічих ігор», а також те, що малюк завжди в іграх вибирає роль мами, а не тата. У цьому зв'язку корисною є гра, змістом якої передбачено розрізнення дитиною людей, зображених на

фотографіях чи малюнках, за такими ознаками, як: одяг («Ось бачиш, на малюнку дівчатка, вони носять спіднички і бантики, люблять ляльки; хлопчики – граються машинками і пістолетиками, сильні, сміливі» тощо), зачіски (тільки дівчаткам на голівці пов'язують бантики тощо), гра. Як результат, в кінці другого року життя діти повинні правильно вживати слова, що характеризують їхню статеву приналежність.

До трьох років діти не тільки правильно розрізняють стать оточуючих людей, але й досить добре знають, що, залежно від статі, до людини *висувають різні вимоги*: дівчатка зазвичай граються в ляльки і одягаються як жінки, а хлопчики грають в машинки, кубики або іграшкову зброю.

Таким чином, другий аспект розгортання пропріума самоідентичності найбільш очевидний тоді, коли за допомогою мовлення дитина усвідомлює сама себе як постійно важливу особу певної статі.

4) Формування в дитини почуття самоповаги. На сьогодні педагоги відчують значні труднощі у виборі ефективних стратегій, які допомагали б їм знайомити дітей зі знаннями про себе і сприяли б розвитку в них ціннісного самоствавлення. З цього приводу, поперше, треба враховувати виділені в психолого-педагогічних джерелах *характерні ознаки достатньої і низької самоповаги*. Самоповага пов'язується з самостійністю дитини, кмітливістю, ретельністю, готовністю самовиразитися в різних справах, вимогливістю в оцінках власного продукту. Про *недостатній рівень сформованості самоповаги* свідчить: прагнення дитини уникати провідних ролей у грі, гіпертрофована потреба в схваленні, прояви самовпевненості, підвищеної тривожності, образливості, невпевненості в собі. Дитина, гостро реагуючи на все, що стосується її оцінки дорослим – критику, глузування тощо, починає віддавати перевагу самотності. Водночас в роботі з малюками дорослому слід також враховувати те, що ті діти, які себе поважають, зростають більш пристосованими до життя, легше переживають важкі хвилини, вірять в себе і в свій успіх.

а) Формування в дитини адекватного ціннісного ставлення до себе.

На першому році життя моменти самоусвідомлення відбуваються в дитини через елементарне самовідчуття: радості від рухів, приємного дотику, зміни тіла в просторі; згодом – захоплення від спілкування з дорослим та від ігор.

Для того, щоб сформувати в дитини самоповагу, перш за все, необхідно сприймати малюка серйозно, поважати його почуття, зважати на його бажання і правильно трактувати ці бажання. *Основна вимога* при цьому: не порівнювати його з іншими. Це стосується в рівній мірі як негативних порівнянь («Твій братик це робить краще за тебе»), так і позитивних («Твій малюнок найкрасивіший»). Діти, яких постійно і багато хвалять, зазнають труднощі, намагаючись відповідати образу, що, ідеалізуючи, створюється батьками. Похвала важлива, але і тут треба уникати порівнянь, виключенням є порівняння дитини з нею самою, коли є поліпшення в чомусь («Сьогодні в тебе це вийшло краще, ніж учора»).

Якомога частіше необхідно спонукати малюка ставити перед собою цілі, дивитися, чого він досяг, за який період часу і відмічати його заслуги, хвалити за зусилля: «Нічого, пізніше ми це зробимо! Ти старався, ти – молодець. Давай відпочинемо і спробуємо ще раз». Під час занять з боязким і невпевненим малюком треба бути дуже стриманим і терплячим. Корисно вказувати на успішне проходження проміжних етапів. Тобто, *за проявленим зусиллям дитини повинні йти емоційне підкріплення.*

Якщо необхідно вказати малюкові на його помилку, робити це треба з повагою. Ефективним прийомом є *залучення дитини до справ дорослих*, висловлені ними прохання про допомогу, звертання за порадою до неї. Доручаючи маленькому «помічникові» роботу по квартирі, дорослий сприятиме тому, що дитина відчуватиме себе корисною і впевненою в своїх здібностях. При цьому треба враховувати відомий факт про те, що *чим меншою є дитина*, тим значно більше, допомагаючи дорослому, вона *потребує до себе поваги*. Важливо також створити для дитини максимальні умови для успішного виконання певного виду діяльності: стільчик у ванні для миття рук, підставка під ноги в туалеті, зручні вішалки для рушників, ящики для іграшок, одяг і взуття, які легко знімати й одягати. Усі ці дрібниці *допоможуть сформувати в дитини почуття самоповаги, впевненість, що вона може «усе» зробити самостійно («Я – сам»)*. Наприклад, перелити воду з пляшки з широкою шийкою у вузьку (краще робити це під час купання); зібрати мозаїку або сортувати деталі мозаїки за кольором; ловити рибок на вудку з магнітом тощо. Можна застосувати безліч ігор, що вимагають скрупульозності і терпіння. Проте разом із заняттями на посидючість необхідно обов'язково вводити активні вправи, щоб дитина могла виплеснути енергію, що накопичилася.

б) Стимулювання самостійності дитини.

У віці дитини двох-трьох років дорослим важливо *систематично підтримувати і стимулювати в неї самостійність при виконанні різних завдань*. При цьому сприймати дитину такою, якою вона є. Якщо в дитини не вистачає терпіння самостійно закінчити справу, необхідно просто допомогти їй з цим впоратися. Головне – не припиняти заняття. Наприклад, дитина робить з пластиліну кульку, але малюк вже втомився і збирається вийти із-за столу. Необхідно його зацікавити і знову збудити в нього інтерес: «Як же так! Ти ще не зліпив кульку. Давай закінчимо роботу, а потім ти відпочинеш!». Таким чином, малюк вчиться спочатку з допомогою, а потім і самостійно *справлятися з невдачами*. При цьому дитина, відчуваючи підтримку, намагатиметься зробити щось краще самостійно і без відчуття провини та страху. Вона повина знати, що, коли в неї раптом щось не вийде, її не покарають, на неї не накричать.

Іноді дитині треба показати, що в дорослих і навіть у батьків не все виходить добре. Дітям неймовірно важливо переконатися в тому, що людині властиво помилятися, *що ідеальних людей не існує*. Фіксувати увагу дитини на помилках не потрібно: треба добитися ефекту результативності так, щоб в дитини з'явилось відчуття, що в неї все виходить, що вона здатна виконати завдання самостійно. Разом з тим, в даному випадку *мова йде не про результат як такий, а про той шлях до нього*, йдучи по якому дитина може краще зрозуміти себе, апробувати власні сили, пережити радість, смуток, захват.

Вчені стверджують, що коли батьки нанівець зводять прагнення малюка до самостійності при виконанні завдань чи в ігровій діяльності, тоді *відчуття самоповаги може бути витіснене в дитини відчуттями сорому і роздратування*. На противагу цьому пізніше, на четвертому році життя, самоповага дитини набуває відтінку узагальнення, що виражається в захопленому вигуку: «Я переміг тебе!», коли вона виграє в якійсь грі. У рівній мірі визнання однолітків також стає джерелом підвищення самооцінки протягом усього періоду дитинства.

У *результаті* цього дитина, в якій успішно здійснюється процес становлення і розвитку самоповаги, *спроможна*: позитивно ставитися до інших людей (зоровий контакт, звертання про допомогу, прагнення до співпраці); виявляти позитивну самооцінку (намагається вигідно продемонструвати себе, свої вміння, успіхи; вимагає до себе шанобливого, уважного ставлення; або виявляє тільки більш-менш адекватну, але чітку і впевнену самооцінку); виражати емоції відповідним способом (впізнає та називає різні емоції, пояснює причину своїх емоцій).

в)Формування в дитини адекватної самооцінки (уявлення дитини про те, що таке «Я –хороший» і «Я – не хороший).

«Ти – поганий», – ці слова, для дитини дуже значущі, оскільки в нормі в дітей дошкільного віку *самооцінка значно завищена*. Оцінюючи малюка, не потрібно користуватися безособовими оцінками «добре», «погано». Оцінка повинна бути розгорнутою, задавати дитині критерії успіху чи неуспіху в кожній конкретній справі. Це сприятиме становленню її самостійності та незалежності, контролю за власними діями. При цьому мова дорослого повинна бути виразною, максимально адресованою дитині, включати в себе: схвалення, які стосуються її особистості (наприклад, хороший, красивий, найулюбленіший тощо); позитивну оцінку її дій (молодець, всю кашку з'їв, як гарно мамі посміхаєшся, як голосно стукаєш брязкальцем тощо); часте називання дитини на ім'я.

Дитина в своєму уявленні – не просто непоганий хлопчик (дівчинка), а саме «хороший». З метою формування і закріплення в дитини уявлення про те, що «Я – хороший» можна використати вправу, змістом якої передбачено розташування малюком себе на будь-якій з двох сходинок, наперед сказавши їй, що на нижчій сходинці знаходяться неслухняні, погані дітки, а на вищій – хороші. Цю вправу можна проводити з дитиною декілька разів, закріплюючи в неї почуття того, що вона – хороша. Сформована адекватна самооцінка дитини, її самоповага – це основа розвитку її особистості, особливо враховуючи те, що важко любити когось, не знаючи любові до себе, і важко поважати кого-небудь, не маючи самоповаги.

При цьому важливо, щоб *в сім'ї були чіткі правила та однакові вимоги* до дитини в усіх членів родини. Це закріплюватиме в неї правильне значення слова «хороший», оскільки, маніпулюючи, вона не зможе сказати, що: «Мама погана, тому що не дає цукерочку, а тато хороший, тому що дозволяє їсти цукерочку».

Водночас необхідно чітко усвідомлювати і враховувати, що ця форма пропріуму починає активно розвиватися приблизно *на п'ятому році життя* дитини. Це час, коли дитина починає розуміти, чого від неї чекають батьки, рідні, однолітки, яким вони хочуть її бачити. Саме в цей період, як зазначають дослідники, дитина починає чіткіше розуміти різницю між «Я – хороший і я – поганий». Разом з тим, необхідно враховувати те, що в дитинстві, тим більше в ранньому дитинстві, здатність малюка думати про себе (образ себе) в плані того, яким він хоче стати, знаходиться лише в зародковому стані. Формування в дитини адекватної самооцінки

В процесі формування в дитини знань про себе важливим джерелом є її взаємодія з близькими людьми, під час якої в неї поступово починає формуватися прихильність до рідних їй людей, до близького оточення. З метою інтенсифікації цього процесу з перших днів від народження дитини необхідним є обов'язкове емоційне спілкування дорослого з нею, під час якого дитина дізнається про себе найзагальніше і важливе: *чи потрібна вона чи не потрібна іншим, люблять її чи ні*.

Для подальшого розвитку в дитини почуття самоповаги дуже важливим є позитивне *переживання своєї значущості для близьких людей*, оскільки ставлення немовляти до себе відображає ставлення до нього рідних і близьких, оцінку ними його дій. Тому дорослі мають якомога частіше називати дитину на ім'я і, лагідно, ніжно розмовляючи з нею, ніби авансом наділяти її особистість унікальною значимістю, особливою цінністю. культурно обумовлений і передається від покоління до покоління. Саме такі прояви дорослого, адресовані малюкові, такий *паттерн поведінки* сприятимуть формуванню його позитивного самовідчуття і почуття самоповаги.

Спілкуючись, співпрацюючи, дорослий, однак, не повинен «прив'язувати» дитину цілком до своїх оцінок, а потроху надавати можливість самій визначити, що і як у неї вийшло. Звичайно, поки що її оцінка є примітивною, вираженою одним-двома словами, але добре, якщо вона правильна за змістом. Застосовуючи в корекційно-розвивальній роботі зазначений підхід, дорослий вчитиме дитину раннього віку вмінню достатньо правильно оцінювати елементарний результат своєї діяльності.

7) Формування в дитини елементарного саморегулювання (*малюк навчається раціонально вирішувати свої навчально-виховні і життєві «проблеми»*).

а) Формування в дитини вміння регулювати свої дії. Природно, що в дитини першого року життя вміння регулювати свої дії лише починає складатися. Поки що регуляція дій виявляється в здатності однорічного малюка вибрати предмет для ігор, отримати його в руки, використати для досягнення простого результату. При цьому за допомогою простих завдань дорослому важливо *навчити дитину результативним діям*. Для цього малюку, наприклад, показують пірамідку в зібраному вигляді. Потім дорослий на його очах знімає і знову нанизує всі кільця на стержень пірамідки. Свої дії дорослий багаторазово супроводжує словами: «Була пірамідка, кільця зняли –

не має пірамідки. Зараз знову зберемо пірамідку. Будем кільця на стержень надягати. Ось так!» Потім він знову розбирає і збирає пірамідку. І тільки потім пропонує дитині самій здійснити необхідні дії. З цією ж метою важливо навчити дитину ставити кубик на кубик, котити кульки, класти і виймати іграшку з коробки, відкривати різні роз'ємні іграшки, прокочувати іграшки на коліщатах тощо, одержуючи при цьому результат своїх дій.

б)Формування в дитини вміння вирішувати свої життєві «проблеми» педагог може здійснити, використовуючи природні життєві ситуації. Наприклад, коли навіть однорічна дитина просить пити, то можна, поставивши перед нею тарілку і чашку, запропонувати: » Дивися, ось чашка, а ось тарілка. Куди Марійці налити водички? В тарілочку? В чашечку? Куди? Покажи».

Вже на початку другого року життя важливо формувати в дитини вміння хоча б деякий час *зберігати спрямованість гри* (навіть тоді, коли дорослий намагається її відволікти). Звичайно, потрібно, щоб при цьому дитина підпорядковувалася вимогам дорослих. Проте добре, якщо в цьому віці в дитини починає зароджуватися бажання закінчити почате (хоча на тривалий час її зусиль поки що не вистачає). Головне, щоб, починаючи з раннього віку, дитина *опановувала перші цілеспрямовані дії, розуміла зв'язок між ними і досягнутим практичним результатом, виявляла активні спроби домогтися елементарного кінцевого результату, при невдалих спробах намагалася відновити розпочате, а при вдалих – прагнула до повторення. І, звичайно, вміла радіти своїм першим досягненням.* З цією метою найчастіше застосовуються завдання-ігри з використанням трудових дій: «Виперемо ляльці платтячко. Випрасуємо ляльці платтячко. Нагодуємо ляльку. Побудуємо хатку для киці» тощо.

На третьому році життя стан розвитку мислення дитини дає можливість *поступово ускладнювати характер діяльності* з метою подальшого формування в неї вміння регулювати свої дії при виконанні завдання. Для цього дітям пропонується, наприклад, не просто нанизати кільця на стержень пірамідки, а формується вміння розташовувати їх в певній послідовності; не просто нагромаджувати кубики, а спочатку побудувати з них гараж для машини (чи башту), а потім – побудувати гараж (чи башту), вибираючи для цього кубики заданого кольору тощо. Як правило, позитивне виконання завдань *дитину радує і надихає*, а дорослий переконуться в тому, що дитина здатна певною мірою управляти собою при вирішенні пред'явленого завдання.

Безумовно, протягом ще не одного року основну увагу малюка буде привертати сам процес діяльності: кидання, нанизування, вкладання, перенесення тощо. Однак дуже важливо, щоб від початку дорослі звертали його увагу на *результативність*, яка є важливою характеристикою не тільки предметних та ігрових дій дитини, але й уміння зберігати спрямованість гри. У цьому випадку дитину буде цікавити не тільки те, як зняти кільця зі стержня, але й що в результаті цього вийде. Цей момент дуже важливий для розвитку саморегляції дитини.

Подальший розвиток саморегуляції в дитини раннього віку пов'язаний з оволодінням мовленням. Мовленнєве спілкування з дорослим дозволяє розвинутися і заглибитися його самооцінці, самоідентифікації, саморегуляції. *Почне формуватися довільна поведінка*, внаслідок цього випадкові дії поступово поступляться місцем цілеспрямованим. Так, трирічна дитина (в порівнянні з дворічною) краще усвідомлює свої бажання, вдаліше вибирає засоби для їх здійснення. Проте часто не обходиться і без втрат. Наприклад, дорослий з подивом помічає, що маляtko, якому третій рік, плаче не тільки від болю. Воно вдається з деякого часу до рятівного плачу тоді, коли хоче змусити когось, наприклад, віддати йому іграшку. Це вже новий, *соціально забарвлений плач*. Він свідчить про підвищення рівня свідомості малюка: він вже краще починає розуміти, чого хоче, і як цього можна досягти.

Уміння регулювати свої дії повинно закінчуватися в ранньому віці тим, що дитина *навчається затримувати або хоча б відстрочувати виконання свого бажання заради іншої мети*. Наприклад, маля дуже хоче гратися з м'ячем в кімнаті. У даному разі важливо, щоб дорослий нагадав дитині про те, що в кімнаті можна розбити скло у вікні. Таке пояснення-попередження сприятиме тому, що дитина може утриматися від задуманої гри. Природно, вміння дво-трирічної дитини володіти собою поки що є дуже відносним і ще досить довго їй буде не під силу співвідносити свої можливості з вимогами оточуючих, важко самій поставити перед собою мету, знайти способи її досягнення і правильно оцінити зроблене. Але це не означає, що потрібно бездіяльно чекати цього майбутнього. Діяти в цьому напрямі потрібно якомога раніше, не затримуючись при цьому на чисто емоційних контактах з малюком. Вже на другому році життя потрібно сміливіше переходити до спільної діяльності з ним, а біля трьох років – систематично і цілеспрямовано відпрацьовувати її різні види.

Навіть дитина зі сладним атипичним розвитком раннього віку може ставити перед собою перспективні цілі і може виявляти певну наполегливість для знаходження шляхів їхнього вирішення. Цьому треба вчити дітей (починаючи з року), використовуючи конкретні дії і прямо називаючи ігрове чи практичне завдання. Наприклад: «Зараз їж кашку. А тоді підемо гуляти. Підемо гуляти на подвір'я. Візьмемо відерце і лопатку. Будемо гратися в пісочниці. Що будеш робити лопаткою? А хто ще буде гратися в пісочниці?» тощо.

Узагальнюючи викладене, зазначимо, що зазначені аспекти самосвідомості не даються дитині від народження, а розвиваються, проходячи певні стадії формування. У результаті впровадження запропонованої системи завдань, спрямованої на формування пропріотичних функцій, в дітей з особливостями в психофізичному розвитку **може спостерігатися:**

- протягом *першого року життя* – початок розвитку відчуттів, які надходять від м'язів, сухожилів тощо. Ці численні повторення відчуттів утворюватимуть *тілесну самість дитини*. Тілесна самість слугуватиме їй *базою для подальшого формування самосвідомості*. Як наслідок, немовлята повинні починати відрізняти себе від інших об'єктів;
- протягом *другого року життя* – початок оволодіння другим аспектом пропріуму – *самоідентичністю*, розвиток якої сприяє усвідомленню дитини самої себе як постійно важливої особи. Найбільш значущою точкою формування самоідентичності в цьому віці *стає усвідомлення дитиною свого імені*. Проте в даний період самоідентичність не формується остаточно, а безперервно розвивається до тих пір, поки не стабілізується в зрілості.
- протягом *третього року життя* – започаткування *розвитку самоповаги*, яка виникає в дитини внаслідок того, що вона робить щось самостійно. Стан сформованості самоповаги залежить від успішного виконання дитиною завдань, насамперед завдань батьків. У результаті на четвертому році життя в дитини самоповага стає почуттям змагальності і залежитиме значною мірою від визнання її досягнень також однолітками. На противагу самоповазі під впливом невдач в дитини може сформуватися *почуття сорому*.
- приблизно *біля трьох років* – інтенсивне *розширення межі самості дитини*. Це пов'язано з тим, що дитина започатковує розуміння того, що їй належить не тільки її тіло, але й навколишні

предмети. Малюк починає розуміти значення власності, розуміти слово «**мій**».

- приблизно **наприкінці третього року життя** – розуміння того, що її батьки і дорослі з близького і далекого оточення хочуть бачити її саме «такою» (розвивається **образ себе**). У цьому віці дитина починає розуміти різницю між «**я хороший**» і «**я поганий**». Разом з тим, образ «Я» в дитини в цьому віці ще не розвинений, оскільки вона недостатньо чітко розуміє різницю між «я є» і «я повинна бути».

Щодо формування в малюка пропріуму *прагнення визначати свої перспективні життєві цілі*, – то вважається, що їхній розвиток відбувається між **шістьма і дванадцятьма роками** життя дитини. Саме в цей час дитина починає розуміти, що вона здатна знаходити правильні рішення життєвих проблем і справлятися з вимогами реальності. З'являється в більшості дітей рефлексивне і формальне мислення, дитина починає думати про сам процес мислення. Але і в цьому віці вона ще не довіряє сама собі настільки, щоб бути морально незалежною; швидше вона догматично вважає, що її сім'я, релігія і група ровесників завжди праві. Ця стадія розвитку пропріуму відображає сильний *конформізм дитини, її моральну і соціальну слухняність*. З урахуванням зазначеного ми водночас вважаємо, що, хоча ці риси особистості починають інтенсивно розвиватися саме в зазначений віковий період, проте **вже в ранньому віці необхідно формувати в дитини усвідомлення того, що вона певною мірою здатна приймати рішення і керувати своєю поведінкою**.

4.2.3. Формування процесів взаємодії дитини з навколишнім середовищем (*розвиток процесів асиміляції, акомодатії, адаптації, егоцентричного мовлення*)

1) Розвиток егоцентричного мовлення.

а) **Стимулювання бажання дитини в присутності інших міркувати вголос**, так ніби вона на самоті. Тобто всіляко підтримувати її егоцентричне мовлення, яке не виконує комунікативну функцію, але висловлює її бажання, мрії, логіку почуттів, слугує своєрідним супутником її реальної поведінки.

Умова: Дитина володіє елементарним фразовим мовленням.

Матеріал: Словесне повідомлення дорослого з приводу навколишніх подій.

Методика: 1) Дорослий звертає увагу на реальні події, що відбуваються навколо: «Он Танін тато йде, поспішає. За ким це він іде?». 2) Якщо дитина не підтримує розповідь, дорослий сам дає зразок опису події: «Тато швидко йде, топ-топ-топ, поспішає, кличе: «Танечка, іди-іди, доню, до мами підемо. А мама як зустріне Танечку? Що скаже?». 3) Спонукає продовжити розповідь: «А Таня руки так (показує) – «на ручки». Мама візьме Таню на ручки, і вони топ-топ, підуть ». При цьому дорослий весь час спонукає дитину до того, щоб вона свої дії супроводжувала голосним мовленням.

б) Моделювання дитиною минулої події в супроводі мовлення. Вміння перевести на мову гри яскраві події минулого.

Умова: Попередня інформація про недавню яскраву, емоційно сприйнятту дитиною подію: поїздка в парк, в гори, на рибалку, або про хворобу, лікувальні процедури тощо.

Матеріал: Сюжетні іграшки і предмети-заступники в наборі, достатньому для того, щоб змоделювати конкретну подію, пережиту дитиною.

Методика: 1) Дорослий розпитує дитину про минулу поїздку на річку, спонукає розповісти подробиці і повідомляє, що лялечка (зайчик, ведмедик) теж хотіли б поїхати: «Розкажемо лялечці, як ми рибу ловили». 2) Дорослий питаннями допомагає дитині уточнити дії або репліки як основу подальшої гри: а) «Ось ця паличка як вудочка. Як тато закидав вудку, покажи! А ти тримав вудку? Як? Покажи.», б) «Як варили юшку?», в) «Як ти її сьорбав: з кухля чи тарілки? Покажи». А далі дорослий пропонує дитині влаштувати риболовлю іграшкам і поговорити з ними. 3) Якщо дитина не може розгорнути гру, дорослий пропонує свою розповідь за аналогією з тією подією, що пережила дитина. Його завдання – уточнити уявлення дитини і дати зразок ігрового моделювання. «Коли я був маленьким, мене теж брали на рибалку. Рано-рано мама каже, одягайся, холодно (здрігається). Тато дав мені вудку, тримаю (показ на паличці). А в тата потягнуло волосінь (нахил), він як смикне (показ) – і рибу спіймали. Ось так і наловили. Потім гілок зібрали і сірником ч-чирк (показ) і дим потрапив в очі (морщиться). А потім налили юшки – смачно! Але гаряча – ось так дмухали (показ). А потім додому поїхали. І іграшки мої потім всі грали в риболовлю. І вудку тримали, і вогнище розпалювали. А твої? Ану, розкажи все своїм іграшкам». Поведінка дитини: Імітує поїздку на рибалку, ловлю риби, приготування багаття й юшки: тримає вудку, радіє улову, роздмухує вогонь, сьорбає і обпалюється юшкою, пригощає іграшки, вмовляє почекати, поки охолоне тощо.

б) Моделювання ігровими засобами словесного сюжету, запропонованого дитині. Уміння скласти гру за запропонованою сюжетною схемою із застосуванням супровідного виду мовлення.

Умова: Дитина володіє усним мовленням на достатньому рівні, любить слухати розповіді, хоча часто відволікається.

Матеріал: Усний виклад казки «Теремок». Зігнуті навпіл аркуш картону або газета в три шари для будівлі терему. Сюжетні іграшки, що відповідають персонажам казки: мишка, жабка, зайчик, ведмідь. Можуть бути й іграшки, що не відповідають сюжету, але які можна використати для відтворення схеми дій (баран, свинка, кубик тощо).

Методика: 1) З'ясувавши, чи бажає дитина послухати казку, дорослий виразно розповідає її, зображуючи, як звірі підходили і як стукали в теремок; спонукає дитину теж показувати ці рухи, запитувати й відповідати за текстом. Після закінчення розповіді дорослий створює ігрову ситуацію: «От би добре твоїм іграшкам теремок побудувати, зраділи б, прибігли б і теж постукали б: хто-хто в теремочку живе? І баранчик прийшов би, і свинка, і кубик ». 2) Якщо дитина не може розгорнути гру, дорослий будує теремок і зображує бажання іграшок постукати і жити в ньому. Підказує характеристики і дії нових персонажів: а) «Он баранчик круторогий теж хоче увійти в теремок. Як він постукає? Покажи. А йому відповідають: «Я, мишка-норушка, а ти хто? », б) «А ще йде свинка товстенька» тощо. 3) Потім дорослий спонукає дитину за діалогами персонажів показати, як кожен з них увійшов до терему і що сказав (в тому числі й нові іграшки).

Поведінка дитини: Чи допомагає споруджувати теремок, чи зображає ходу іграшок, діалоги та сюжетні дії персонажів, чи придумує або повторює діалоги з новими іграшками, зберігаючи схему їх взаємодії; зображує чи ні, як ведмідь розвалив теремок.

Впровадження зазначеної роботи сприятиме тому, що вже на другому-третьому році життя, коли діти починають вимовляти короткі речення, вони, виконуючи будь-яку дію, називатимуть її вголос. Сідаючи на стілець, малюк промовляє: «Я сяду», будуючи з кубиків вежу, говорить: «Я будую», а прямуючи на кухню, повторює: «Хочу печиво». Пізніше діти демонструють так само свою обізнаність в назвах предметів і явищ, співвідносячи їх із собою. Наприклад, дитина говорить: «Я сиджу», «Моя книга», «Моя машинка», «Я граю з лялькою». У цьому ж віці діти починають вживати займенники «я», «мені», «ти», починаючи усвідомлювати свою відмінність від інших людей.

2) Формування анімізму.

а) Перекомбінування предметного середовища. Формування ігрового ставлення дитини до предметів.

Умова: Дитина вмiє маніпулювати предметами, знає функціональне призначення побутових предметів, розумiє мовлення, говорить окремі слова.

Матеріал: Столик, 3 паперові стрічки 15x2, 5 см, чашка, коробка з дрібними предметами різного кольору, форми і величини: гудзики, затискачі для рушника, намистинки тощо (виключаються надто дрібні й гострі предмети з метою безпеки) .

Методика: 1) Дорослий привертає увагу дитини до коробки і висипає її вміст на столик, підкреслено милуючись різнобарвним дріб'язком. Спостерігає за діями дитини до 10–15 хвилин. Зазначає розкутість рухів дитини, різноманітність її дій з привабливим предметом, використання його в неспецифічній функції (словесні звертання до предмета, звуконаслідування типу дррр, бух, кусь, ой-ой тощо).

2) Якщо дитина дивиться байдуже, дорослий спонукає її своїм прикладом: предмет накриває коробкою і каже: «Ку-ку, немає! Відкриває предмет: «Ось він!». Переставляє предмет по столу: «Топ-топ! Бух! Ой! Не плач!». З'єднує кінці стрічки і гойдає предмет на стрічці. Везе іграшку на стрічці по столу, по підлозі. «Бі-бі! Дррр!». Кладе предмет на голову собі, дитині: «Який гарний капелюх, гарний бантик тощо». Якщо малюк діє мовчки, дорослий промовляє сам, коментуючи свої дії до тих пір, поки дитина не почне хоча б примітивно, але коментувати свої дії.

Поведінка дитини: Зацікавлена предметом та ігровою дією. Намагається взяти предмет і діяти самостійно. Вар'ює місце дії, з'єднує предмети, придумує для них нове призначення, назву, подає звуконаслідування, словами звертається до предмета.

Дорослий уважно слідкує за діями дитини. Відмічає наявність чи відсутність в неї спроб комбінувати предметне середовище, з'ясовує, чи не виявляє малюк підвищену тривожність, страх заборони з боку дорослого, чи не боїться брати предмет.

б) Опредметнення (називання) безформених зображень. Стимуляція створення дитиною ілюстративних дій.

Умова: Дитині подобається розглядати картинки. Мовлення – окремі слова і звуконаслідування; розуміння побутового мовлення.

Матеріал: Стіл, аркушки паперу, кольорові олівці (або – крейда й асфальт, паличка і пісок).

Методика: 1) Дорослий пропонує дитині подивитися, що буде намальовано, і малює: а) замкнуту криву, б) ламану лінію (зубці),

в) пересічні відрізки. У кожному разі здивовано запитує: «Ой, що це? Ось що вийшло! Що це?». 2) Якщо дитина мовчить, дорослий пропонує варіанти відповідей: «Може, це хмаринка? Це булочка, ням-ням?». 3) Дорослий ствердно пояснює, що зображено на малюнку: «Ой, собачка! Спить, прибрала хвостик. Як вона спить? (Показує, як собачка схилила голову й заплющила очі). Бай-бай, спи! А ми ще намалюємо щось ».

Поведінка дитини: Зацікавлено дивиться. «Впізнає» зображений предмет, називає його або повторює назву за дорослим. Зображує дією.

Умова: Дитина розуміє звернене мовлення дорослих.

Матеріал: Усний виклад казки «Курочка Ряба».

Методика: 1) Дорослий неквапливо й виразно розповідає казку, спостерігаючи за дитиною. 2) Пропонує ще раз послухати: «Я тобі буду розповідати, а ти мені – покажи, як робили дід, баба, онука...». У процесі розповіді педагог просить дитину: а) «Покажи, як дід бив-бив, як мишка бігла, як хвостиком махнула, як дід плаче, баба плаче, як курочка шкодує – не плач, діду, не плач, бабо?».

3) Якщо дитина не намагається зобразити дії персонажів казки, дорослий розповідає її знову і після паузи дає зразок умовної дії: «От, як плаче дідусь». Потім знову спонукає дитину: «Покажи, як...». Завдання можна повторити через день-два, відзначаючи появу в дитини ілюстративних дій.

Поведінка дитини: Стимульована розповіддю і паузами, дитина починає ілюструвати дії персонажів власними умовними діями: а) стукає кулачком по столу, б) перебирає ногами або пальцями, зображуючи плач, закриває обличчя, пхикає тощо.

3)Формування процесу акомодатії.

а) Перебудова дитиною схеми своєї поведінки відповідно до особливостей середовища. Моделювання побутових вражень ігровими засобами, вміння відобразити в грі події навколишнього життя.

Умова: Дитина розуміє побутове мовлення.

Матеріал: Знайома дитині книжка з картинками. Сюжетні іграшки: лялька, ведмедик, зайчик. Нейтральні предмети – заступники іграшок: папір, мозаїка, пензлики тощо.

Методика: 1) Дитині, яка плаче чи вередує, питаннями нагадують побутові ситуації, які могли б її відволікти і які водночас вона могла б змоделювати на іграшках. Для цього, поклавши ляльку (або ведмедика, зайчика) обличчям вниз, дорослий каже: а) «Плаче, плаче лялечка, може цукерку просить? Що треба зробити?». б) «Може,

холодно їй, укутати треба, чому ж вона плаче? Що треба зробити?».

в) «Не плач, лялечко, ми тобі книжку прочитаємо, картинки покажемо». Вичікувальна позиція дорослого в кожному випадку стимулює дитину до відображення в грі запропонованої ситуації. 2) Дорослий виконує реальну дію з дитиною (наприклад, дає їй іграшку) і говорить: а) «Хочеш цукерку? (Дає) ... А лялечка теж просить. Може віддаси цукерочку ляльці? ...». б) «А тепер давай одягнемо її, а то холодно стало (або роздягнемося – жарко) ... А лялечка зовсім змерзла». 3) Якщо дитина не переходить до гри – педагог прямо підказує, пропонуючи атрибути: «От їй цукерочка, почастуй; ось їй ковдра, укутай; ось книжка, покажи їй картинки» тощо.

Поведінка дитини: Відповідно до запропонованих обставин дитина перебудовує схему своєї поведінки. Перестає плакати і починає відображати в грі з лялькою дії, що виконуються реально з нею самою. Відображає не тільки дії, а й дбайливе ставлення до персонажа-іграшки, шепоче їй щось, гладить, притискаючи до себе, заглядає в очі тощо.

б) Перенесення дитиною освоєної ігрової дії, запропонованої дорослим, на інші іграшки.

Умова: Сюжетна гра з лялькою. Початок формування фразового мовлення.

Матеріал: Сюжетні іграшки, в числі яких є ті, які постійно вибирають дитині і такі, якими вона грає зрідка (свинка, верблюденя, їжак тощо). Обладнання для запланованого, знайомого сюжету: посуд, постіль, вбрання для ляльки тощо.

Методика: Всі іграшки дорослий розміщує в поле зору дитини. 1) Перенесення ігрових дій (одягання, годування, снання) і реплік з іграшок, з якими дитина грається постійно, на іграшки, з якими вона грає зрідка. а) «А свинці прикро, ніхто з нею не грає! Верблюденя просить: «А мене хто погодує?», «Їжачок плаче, мені ніхто не пов'язав бантик!». 2) Якщо дитина не включає в гру інші персонажі, дорослий прямо спонукає: «Погодуй верблюденя!» тощо.

Поведінка дитини: Виконує ігрові дії з лялькою згідно з поданими атрибутами: пригощає чаєм або кашею, прикрашає бантиком, укладає в ліжку, гойдає. Аналогічно грає зі свинкою, верблюдиком, їжаком (допускається варіювання порядку дій). Дитина проявляє співчуття «забутим» іграшкам тощо.

4) Формування процесу асиміляції.

а) Формування в малюка уміння впливати на поведінку інших людей.

Можна спостерігати, як вже дворічні діти починають підпорядковувати поведінку інших людей своїм вимогам. Малюк прикладає телефонну трубку до вуха матері, просить дорослого пересісти на інший стілець, допомогти побудувати будиночок з кубиків, загорнути ляльку, увімкнути телевізор тощо. *Ці вимоги і прохання пов'язані з прагненням дитини вплинути на поведінку дорослого.* Зрозуміло, що дитина не стала б нічого вимагати від батьків, якщо б не була впевнена, що ті можуть її послухати. Таким чином, можна вважати, що діти «знають» про свою здатність впливати на поведінку інших людей.

З розвитком образу себе в дитини формується здатність розуміти емоційний стан іншої людини. Те, що маленька дитина може зрозуміти психологічний стан іншої людини, означає, що вона вже певною мірою здатна згадати свої колишні емоційні відчуття і діяти відповідно до свого особистого досвіду. Так, малюк обіймає, цілує засмучену чимось маму, простягає їй іграшки та солодощі. Ці прояви в дитині дорослому необхідно всіляко підтримувати і тоді вже в півторарічній дитині можна спостерігати явне прагнення вплинути на поведінку іншої людини.

в) Накладання дитиною схеми своєї поведінки на середовище. Від півтора до трьох років у дітей формується первинна статева ідентичність. У цей період дитина навчається правильно відносити себе до тієї чи іншої статі, але розуміння дітьми статевих відмінностей залишається ще обмеженим. Наприклад, як вже зазначалося, трирічний хлопчик засмучує своїх батьків тим, що збирається, коли виросте, стати мамою. Інша дитина проявляє занепокоєння, побачивши матір у маскарадному чоловічому костюмі.

З метою формування розуміння постійності статі дитині пропонуються ігри, які дають їй змогу зрозуміти, що стать матері чи дівчинки (батька чи хлопчика) не змінюється з часом, при зміні одягу, роду занять або інших зовнішніх ознак. Як результат, вже біля трьох років діти зможуть не тільки правильно розрізняти стать оточуючих людей, але й досить добре знатимуть, що залежно від статі, до людини висуваються різні вимоги: дівчатка, зазвичай, граються в ляльки і одягаються як жінки, а хлопчики граються машинками, кубиками або іграшковою зброєю. При цьому можна спостерігати, як малюк заповзято виправляє відповідні помилки, яких припускаються інші діти.

5) Формування процесу адаптації.

Під адаптацією розуміється досягнення *рівноваги*: прагнучи до все більш удосконалених і стійких форм рівноваги із середовищем,

організм дитини створює пізнавальні структури. При поясненні цього рівня відправною точкою є *процес адаптації як взаємозв'язку процесів асиміляції й акомодатії*. За магістральну лінію такої еволюції дитини приймається спочатку її адаптація до судження інших людей, потім – адаптація до реальних об'єктів. Можливості формування основних процесів такої взаємодії дитини раннього віку з навколишнім середовищем ми представили в попередніх матеріалах, а саме: формування в дитини вміння накладати схеми своєї поведінки на середовище (процес асиміляції) і формування вміння перебудовувати схеми своєї поведінки відповідно до особливостей середовища (процес акомодатії). Таким чином, *приділяючи увагу формуванню і підтримці процесів асиміляції й акомодатії, дорослий цілеспрямовано і планомерно сприятиме розвитку в дитини процесу адаптації*.

Крім зазначених структурних компонентів адаптації, до таких ми відносимо ще декілька (хоча не всі з них є предметом цього дослідження). **Активізуючий компонент** – пов'язаний з органічними і функціональними затратами організму дитини. Напрями формування цього компоненту адаптації нами представлено в монографії в підрозділі 4.2.1. «Підсилення енергетичного потенціалу організму дитини (стимуляція ретикулярно-лімбічного комплексу)». **Пізнавально-емоційний компонент** – забезпечує перебудову в когнітивних системах діяльності, спрямовану (перебудову) на вироблення ефективних способів переробки інформації, і визначається динамікою емоційно-комунікативних переживань. Цей матеріал певним чином представлено в монографії в підрозділі 3.2. «Закономірності і періодизація емоційного комунікативно-пізнавального розвитку як критерії діагностики дитини раннього віку» та в структурних складових цього підрозділу 3.2.1. і 3.2.2. Важливим, безумовно, є **мотиваційно-вольовий компонент**, що забезпечує (але переважно починаючи зі старшого дошкільного віку дитини) координацію всіх інших компонентів в напрямку реалізації значущих для дитини цілей і надає процесу адаптації стійкості і безперервності.

Підсумовуючи викладене, зазначимо, що адаптація – це і процес, і властивість пристосовування дитини до мінливих умов зовнішнього середовища. Особливості процесу адаптації визначають зміни умов і характеру діяльності, в рамках якої для конкретного малюка можлива адаптація. *Сприятливий перебіг адаптаційного процесу* призводить до того, що дитина і середовище, що її оточує, досягають стану певної динамічної рівноваги, при якій малюк може ефективно

здійснювати свою діяльність. При цьому результатом оптимального ходу процесу адаптації можна вважати досягнення дитиною такого стану адаптованості, при якому стає можливим здійснення нею діяльності при сприятливому емоційному стані.

Водночас *адаптація є двостороннім процесом*, тому розвиток дитини в процесі адаптації може стимулювати певні перетворення навколишнього середовища, які, своєю чергою, призводитимуть до подальшого особистісного зростання малюка..

Пристосування дитини до життя в оточуючому середовищі відповідно до вимог цього середовища і з власними потребами, мотивами та інтересами, оптимізація стосунків у системі «дитина з особливими потребами - середовище» становить ***сутність адаптаційного процесу***.

Одна зі специфічних форм прояву адаптаційного процесу в дитини з обмеженими можливостями здоров'я – це, зазвичай, *подолання нею несприятливих умов розвитку*. Ці несприятливі умови можуть бути задані генетичними особливостями, соматичними захворюваннями, а можуть – зовнішніми несприятливими умовами. У цьому зв'язку одним з найважливіших завдань дорослого є формування в дитини з відхиленнями в розвитку *основ адаптаційної поведінки*.

Отже, адаптація дитини з особливими потребами включає всю систему взаємодіючих соціальних, операціональних і природних факторів, які в різних поєднаннях і в сукупності сприяють формуванню в неї процесу пристосування до динамічного середовища і впливають на ефективність становлення її *адаптаційного потенціалу* (за Д.А. Леонтевим), що визначає стійкість малюка до негативних факторів. Особистісний адаптаційний потенціал, згідно А. Г. Маклакова (але уточнений нами стосовно дитини з обмеженими можливостями раннього віку), включає такі характеристики, як: нервово-психічну стійкість організму дитини, рівень розвитку якої забезпечує достатню толерантність до різних видів стресу; самооцінку малюка, яка є ядром його саморегуляції та визначає ступінь адекватності сприйняття оточуючого середовища і власних можливостей; досвід соціально-емоційного спілкування. Зазначені характеристики є значущими при оцінці і прогнозі успішності адаптації дитини до різноманітних, в першу чергу важких, ситуацій. Тому започаткування в ранньому віці процесу формування здібностей дитини до ефективної адаптації має стати невід'ємною частиною в корекційно-розвивальній і корекційно-превентивній роботі дорослого.

Застосування дорослим в емоційній взаємодії з дитиною з особливостями в розвитку набору запропонованих нами технологій значною мірою допоможуть формуванню в неї (з урахуванням її психічних і фізичних можливостей) вміння достатньо адекватно реагувати на постійні зміни соціального середовища.

Узагальнюючи викладене, зазначимо, що для дитини з обмеженими можливостями здоров'я існують завідомо несприятливі умови для формування особистості, які можуть дійсно фатальним чином впливати на її розвиток. Про ці об'єктивні труднощі для розвитку малюка, на жаль, «подбала» сама природа. Водночас їхній вплив може бути значною мірою подолано або знівельовано за рахунок своєчасного, раннього введення в цю систему негативних факторів спеціально розробленого комплексу корекційно-розвивальних завдань, спрямованого на формування особистісного потенціалу малюка.

У цьому зв'язку важливо враховувати, що для континууму дітей з особливостями психічного й фізичного розвитку раннього віку характерним є парціальне недорозвинення психічних функцій. Саме тому для цієї категорії дітей особливо потрібна комплексна психологічна, психолого-педагогічна, нейропсихологічна і нейролінгвістична допомога. Її застосування дає змогу провести аналіз структурно-функціональних компонентів психіки дитини і на основі цього аналізу розробити індивідуально-орієнтовану стратегію і тактику цілісного формування особистості дитини раннього віку.

З урахуванням зазначеного запропоновано напрями корекційно-розвивального формування особистості дитини з особливостями в розвитку раннього віку, згідно яких представлені відповідні напрями корекційно-розвивального навчання. Так, методики першого напрямку корекційно-розвивального впливу спрямовуються на підсилення енергетичного потенціалу організму малюка та активізацію синапсичної провідності як основи діяльнісного стану його мозку. Методики другого напрямку забезпечують становлення пропріотичних функцій, які є важливою складовою процесу формування особистості дитини. Методики третього напрямку допомагають формувати в дитини вміння взаємодіяти із середовищем. *При застосуванні методик, спрямованих на розвиток особистості малюка з обмеженими можливостями здоров'я раннього віку, необхідно враховувати, в якому віці при типовому розвитку дитини зазначені складові є сформованими.*

Водночас сучасні підходи до психолого-педагогічної допомоги дитини з особливостями в розвитку передбачають активну участь

батьків в корекційно-розвивальному і корекційно-превентивному процесах.

В *Додатках* до монографії розкриваються шляхи впровадження в освітньо-виховний процес визначених нами концептуальних напрямів формування особистості дитини з особливостями в розвитку переддошкільного віку (див. додатки А. Б).

4.3. Системна інтеграція як умова ефективного формування особистості дитини з особливостями в розвитку

Родина, в якій виховується дитина з типовим розвитком, створює умови життєдіяльності, в яких малюк може вправлятися в розпізнаванні, оцінці та адекватній реакції на різні людські взаємини і в міру своїх вікових і психофізіологічних можливостей відповідати емоційному забарвленню оточення (О.Л.Кононко та інш.). У ранньому дитинстві дорослий забезпечує повноцінний догляд за дитиною, дбає про збереження та зміцнення її фізичного та психічного здоров'я, створює умови для збагачення практичного досвіду спілкування з навколишнім середовищем. Висока подразливість організму малюка, переважання процесів збудження над гальмівними, низька працездатність визначають гнучку стратегію поведінки дорослого щодо нього, та особливості організації його життєдіяльності.

Дорослий на різноманітних життєвих ситуаціях пояснює різні фізичні стани, в яких дитина може перебувати, її емоційні переживання, навчає помічати та відповідно реагувати на фізичні та душевні стани інших, співчувати їм; дорослий опікується становленням елементарних форм самосвідомості малюка. Показником розвитку є прагнення малюка задіяти свої зрослі можливості в природі, предметному довкіллі, соціальній групі, продемонструвати своє «Я», використати можливість апробувати свої впливи на середовище. Дорослий схвалює прагнення дитини самостійно діяти, її оптимістичну налаштованість, прагнення (в можливих вікових і психофізичних межах) хороших досягнень у предметній та елементарній розумовій праці, моральні поривання та вчинки, правилодоцільну поведінку. Важливо допомогти дитині виробити оптимістичний погляд на себе, свої можливості, результати діяльності, особистісні якості. Невпевненість або зневіра гальмують особистісне зростання, формування зачатків реалістичного і конструктивного образу «Я».

В ході ігор, предметній діяльності дорослий культивує звичку завершувати розпочату справу, оптимістично ставитися до

труднощів, конструктивно використовувати надану допомогу, відмовлятися від непродуктивних маніпуляцій, помічати свої помилки та виправляти їх, пишатися успішними досягненнями, прибирати місце своєї діяльності. Емоційна сприйнятливість та здатність долати труднощі на шляху до мети – важливі складники компетентності, основи якої закладаються в ранньому віці.

У різних життєвих ситуаціях важливо надавати дитині можливість вправлятися у *самостійності*, радіти досягненням, ініціювати бажання обходитися власними силами, звертатися по допомогу лише в разі об'єктивної необхідності. Дорослий обирає індивідуальну міру й форму допомоги дитині в складних ситуаціях, враховуючи її особистий досвід, емоційний стан, об'єктивну складність виконуваної діяльності. Він надає можливість робити найпростіший самостійний вибір, віддавати перевагу комусь/чомусь, приймати незалежне конструктивне рішення.

З допомогою рідних та близьких людей дитина освоює ази науки і мистецтва спілкування з новим оточенням: дорослими, іншими дітьми. У неї зароджується інтерес до однолітків – створюються перші дитячі угруповання, симпатії та антипатії, з'являється здатність досить тонко диференціювати людей, що навколо. У ранньому віці має сформуватися важливе для всієї подальшої індивідуальної історії розвитку особистості почуття прихильності та довіри до людей. Ставлення дитини до людей значною мірою визначається ставленням до них авторитетних дорослих, місцем, відведеним спілкуванню у загальній організації життєдіяльності малюка.

Важливо поєднувати характерну для цього віку спільну діяльність із самостійністю дитини. Малюк має право певний час займатися чимось на власний розсуд (гратися, розглядати книжки, допомагати дорослому по господарству, малювати, музикувати тощо), усамітнюватися, належати собі, щоб зняти втому й напруження. Уміння малюка короткий проміжок часу проводити на самоті, елементарно розпоряджатися собою, на власний розсуд обирати собі заняття, зосереджуватися на обраній справі, мати від цього задоволення засвідчує хід його особистісного розвитку, здатність бути самим собою.

Наведені психолого-педагогічні особливості дитини з типовим розвитком раннього віку дають змогу порівняти їх з якісними характеристики алалії, аутизму, розумової відсталості, порушень слуху і зору в патогенезі типологічних вад розвитку (див. Розділ 2) і зробити висновок про те, які труднощі зазнає дитина з обмеженими можливостями здоров'я в тих чи інших сферах життєдіяльності.

Водночас при цьому необхідно враховувати ще одну важливу обставину – це сім'я дитини з особливостями в розвитку, яка так само, як і сім'я дитини з нормальним типом розвитку, здійснює функцію її соціалізації.

Тим більше, що *сучасні підходи до психолого-педагогічної корекції передбачають активну участь батьків у корекційному процесі*. Однак, як показують результати наукових досліджень, необхідно враховувати те, що в таких сім'ях безперечно наявні деструктивні зміни. Діти в сім'ї не тільки наслідують близьких людей, але й орієнтуються на їхні соціальні та моральні установки. Тому рівень психологічної зрілості батьків, досвід соціального спілкування, як правило, відіграють значну роль в розвитку дитини. Дитина з фізичними та розумовими порушеннями, обмежена в проявах власної активності (фізичної, розумової, комунікативної) і потребує значно більше уваги, турботи і догляду, особливих умов навчання і виховання.

Стосовно такої дитини в батьків легко формується позиція гіперопіки, коли дорослі виконують за дитину навіть ті види діяльності, які вона в змозі виконати самостійно. Така позиція в багатьох батьків формується в зв'язку з тим, що дитина дійсно об'єктивно не може виконувати різні дії, не володіє багатьма діями з тих, якими володіють її однолітки. Як наслідок, з боку оточуючих зменшуються вимоги до дитини, знижуються соціальні очікування щодо її досягнень. Дитина досить швидко засвоює позицію опікуваної і сама прагне до її реалізації. Тобто, спостерігається взаємовплив дитини і дорослого: дитина демонструє знижені можливості, а дорослий враховує їх у своїй поведінці стосовно дитини. Проте діти з порушеннями є менш активними, тому ініціатива більше, звичайно, належить дорослому. Матері стають активнішими ще й тому, що, як показують спеціальні дослідження, вони намагаються зберегти деяку подібність протікання взаємодії, реалізуючи своє бажання бачити дитину такою ж, як її однолітки з типовим розвитком і своїми діями моделюючи поведінку малюка. Підвищена активність матері є також результатом її переконання про свою дитину як про слабку і безпорадну.

Порушення процесу ранньої взаємодії виявляються ще й у тому, що дорослі не завжди здатні зрозуміти поведінку своєї дитини і забезпечити на підставі цього оптимальне спілкування з нею. Якщо в нормі з розвитком дитини збільшується черговість взаємодії матері і дитини, то в ситуації малюка з відхиленнями в розвитку взаємодії стають менш успішними у взаємній адаптації та регуляції поведінки.

Результатом відсутності налагодження взаємодії є також інформаційне перевантаження дитини за рахунок надстимуляції і наддомінуючої поведінки матері, що може призвести до стресу в малюка. У той же час, якщо батьки стають більш чуйними до немовляти і вміють передбачати її поведінку, то і самі стають більш впевненими в собі як в батьках.

Разом з тим, батьки, в сім'ї яких народилася дитина з особливостями в психофізичному розвитку, переживають складні і серйозні випробування, які глибоко зачіпають їх і змінюють їхнє життя назавжди. Вони розуміють, що не можуть покладати на дитину багато надій, не бачать в ній продовження самих себе, не міцніють взаємини між ними і дитиною, часто не виникає взаємна любов і прихильність. Відсутність позитивних очікувань батьків стосовно своєї дитини відіграють негативну роль в розвитку їхніх взаємин.

Порушення в розвитку дитини, як правило, виявляються під час лікарського обстеження і стають для батьків, особливо для матері, несподіваними, внаслідок чого вони виявляються не підготовленими до цієї важкої події в їхньому житті. Ця звістка вражає їх на стільки, що вони описують свій стан, як падіння в бездонну прірву відчаю. Це й зрозуміло, оскільки небагато життєвих ситуацій вимагають від людини такої мужності і вміння адаптуватися. Звістка про те, що їхня дитина невиліковно хвора або в неї є особливості в психофізичному розвитку, викликає в батьків психологічну кризу, в ситуації якої вони або змінюють погляд на свою дитину, або посилюють психологічний захист. В різних сферах сім'ї під впливом хвороби дитини в батьків відмічається хронічний стрес, соматичні зміни, звуження соціальних контактів. В цей час особливе значення для батьків має пошук сімей з подібною долею, встановлення контакту з якими сприяє набуттю ними соціальної адаптації.

Спеціальними дослідженнями встановлено, що в батьків в залежності від їхнього освітнього рівня констатують наявність різних позицій: по-перше, гіперопіка та переживання почуття власної провини (у батьків з високим освітнім рівнем і, по-друге, професійним статусом) і, по-друге, сподівання на допомогу ззовні та ігнорування проблем дитини (у батьків з більш низьким рівнем освіти). Все це призводить до того, що значна кількість батьків стоїть осторонь від питань соціального розвитку і соціальної реабілітації дитини. У цьому зв'язку на сьогодні робота з сім'єю – це важливий напрям в системі медико-соціального та психолого-педагогічного супроводу дітей з особливостями в розвитку. У контексті сучасного підходу до сім'ї, яка виховує дитину з особливостями в розвитку,

вона розглядається як реабілітаційна структура, здатна створити максимально сприятливі умови для розвитку та виховання малюка. При цьому основною метою психологічного вивчення сім'ї визнається виявлення причин, що порушують її гармонійну життєдіяльність: умови проживання дитини в сім'ї; внутрішньосімейні стосунки, які сприяють або перешкоджають її розвитку; встановлення причин, що дестабілізують внутрішньосімейну атмосферу і міжособистісні стосунки; вивчення характерологічних властивостей батьків з метою встановлення того, чи вони здатні тісно взаємодіяти з фахівцями різного рівня, чи схильні до обмеження контактів як з дитиною, так і з навколишнім середовищем; визначення шляхів соціалізації цієї категорії сімей.

Психологічне вивчення батьків або осіб, які їх замінюють, та членів сім'ї дитини з відхиленнями в розвитку за такими напрямками:

- вивчення факторів, що впливають на батьківську позицію (батьківську, материнську) стосовно дитини з відхиленнями в розвитку;
- вивчення рівня педагогічної компетентності батьків, які діють в ролі педагогів своїх дітей. Вивчення рівня їхньої мотиваційно-потребносної сфери. Визначення моделі виховання в сім'ї;
- вивчення стану соціально-культурних умов життя родини на різних вікових етапах розвитку дитини;
- дослідження внутрішніх особистісних переживань батьків (близьких осіб), що пов'язані з порушеннями в розвитку дитини;
- визначення особливостей впливу фактора присутності в сім'ї дитини з порушеннями в психофізичному розвитку на розвиток її здорових братів і сестер;
- характер ставлення здорових братів і сестер до дитини з відхиленнями в розвитку;
- вивчення динаміки дитячо-батьківських стосунків в залежності від результатів психокорекційної роботи, що здійснюється.

Сучасні підходи до психолого-педагогічної корекції порушень психофізичного розвитку дитини раннього віку передбачають активну участь батьків у корекційному процесі. Отримані дані про особливості життєдіяльності сім'ї, необхідні для залучення батьків до активної і плідної участі в корекційно-розвивальному процесі. Консолідація зусиль фахівців та родини дитини здійснюється в таких основних напрямках:

- основні цілі корекційно-педагогічного процесу (розвиток комунікативних можливостей, міжособистісних стосунків, оволодіння навичками спільної діяльності, можливістю емпатії тощо) досягаються, в першу чергу, в рамках соціальної взаємодії типу «батьки – дитина» з подальшим перенесенням набутих дитиною навичок в інші типи соціальної взаємодії («дитина – педагог», «дитина – знайомий дорослий», «дитина – інша дитина» тощо) з поступовим розширенням та ускладненням соціальних контактів;

- основне психічне та фізичне навантаження корекційної роботи з дитиною належить її матері, якій життєво необхідна регулярна допомога фахівців, що в змозі кваліфіковано оцінити психофізичний стан дитини, динаміку її розвитку, надати конкретну допомогу при виборі корекційних прийомів в роботі з малюком. В своїй діяльності, спрямованій на налагодження взаємодії дитини з батьками, фахівець формує механізм прихильності дитини в першу чергу саме до матері. Як результат, мати навчається самостійно керувати поведінкою дитини, самостійно справлятися зі станів її підвищеної тривожності, невпевненості, агресивності тощо.

- Проте, як зазначалося вище, кожна така родина відчуває хронічний стрес, у зв'язку з чим важливо, щоб мати отримувала регулярну допомогу від психолога та соціального працівника у вирішенні не тільки питань, пов'язаних з розвитком і навчанням дитини, але й у вирішенні власних особистісних проблем;

- консолідація корекційної освіти і сімейного виховання дитини з особливостями в розвитку передбачає встановлення взаємозв'язків між усіма учасниками корекційно-педагогічного процесу з метою досягнення соціалізації дитини і нормалізації життя родини.

- медична складова корекційно-педагогічного процесу передбачає надання медичними працівниками різного профілю кваліфікованої допомоги педагогам, психологам, соціальним працівникам і родині в питаннях, пов'язаних з підтримкою соматичного здоров'я дитини; аналізом динаміки її психічного розвитку; медичною корекцією патопсихологічної симптоматики, яка ускладнює або унеможливорює навчання дитини;

- роль психологічного забезпечення полягає в досягненні координаційної співпраці всіх учасників корекційно-педагогічного процесу з метою точного визначення доступного рівня та адекватних засобів взаємодії дитини з оточуючим середовищем на всіх етапах її розвитку; в розробці, реалізації та моніторингу психічного розвитку та соціалізації дитини; в наданні психологічної допомоги родині, навчанні її приемам взаємодії з малюком;

- педагогічне забезпечення корекційного процесу полягає в інтенсифікації процесу розвитку, навчання та соціалізації дитини у співпраці з психологами, лікарями, соціальним працівником та родиною. Основними завданнями корекційно-педагогічного процесу є розробка та впровадження індивідуальних програм навчання в залежності від можливостей дитини на основі масової або допоміжної програми, або програми для шкіл інтенсивної педагогічної корекції; розвиток навичок самообслуговування (у співпраці з родиною та з психологом); виявлення та розвиток можливої парціальної обдарованості дитини з особливими потребами (у співпраці з родиною, психологом та соціальним працівником);

- для того, щоб усі учасники корекційно-педагогічного процесу могли повноцінно виконувати свої функції, їм необхідна постійна підтримка соціального працівника, яка набуває особливого значення на початку корекційно-педагогічного процесу, коли родина вперше усвідомлює те, що дитина має особливості в розвитку. Роль соціального працівника полягає в забезпеченні нормального соціального функціонування всіх членів родини, у відновленні і збереженні важливіших соціальних і родинних зв'язків (робота, родичі, друзі).

• ВИСНОВКИ

Створення монографії «Психолого-педагогічна допомога дітям переддошкільного віку з особливостями в розвитку: напрями реалізації» зумовлено низкою обставин, що склалися в сучасній системі освіти України: позитивною зміною в ставленні суспільства до осіб з обмеженими можливостями здоров'я та до їхніх прав; необхідністю подальшого удосконалення державної системи раннього виявлення та ранньої комплексної реабілітації дітей з порушеннями в розвитку; появою нових організаційних форм надання допомоги таким дітям та їхнім батькам; підсиленням тенденції зближення загальної та спеціальної освіти і необхідністю розробки змісту та форм спеціальної допомоги дітям з відхиленнями в розвитку, що інтегрують до загальноосвітнього простору.

Проблема ранньої допомоги означеної категорії дітей є надзвичайно важливою, оскільки частка здорових новонароджених суттєво знижується з кожним роком, внаслідок чого до 80% новонароджених є фізіологічно незрілими, а близько 70% – мають перинатальну патологію. Водночас постійно зростає кількість дітей з соціально неблагополучних сімей і дітей з порушеннями психічного і фізичного розвитку. Разом з тим, відомо, що існуючий порядок допомоги дітям з проблемами в розвитку не відповідає повною мірою потребам сім'ї і не забезпечує комплексну допомогу, оскільки зосереджує увагу в основному на дітях старшого дошкільного і молодшого шкільного віку. Першопричиною такого стану, на думку автора, є те що допомогою дітям раннього віку з обмеженими можливостями здоров'я опікуються три міністерства: Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України, Міністерство охорони здоров'я України і Міністерство соціальної політики України, які не завжди узгоджено взаємодіють. Водночас даються взнаки недостатня кількість кваліфікованих педагогічних кадрів, підготовлених до роботи з дітьми саме раннього віку; прогалини в системі підготовки педагогічних кадрів для дитячих садків; недостатнє забезпечення методичною і нормативною літературою, що відображає сучасні погляди на мету і завдання спеціальної дошкільної освіти; недосконалість нормативних правових документів і, головне, недостатня усвідомленість соціумом ролі соціального педагога як ланки в системі взаємодії сім'ї і різних відомств тощо. Разом з тим, на сьогодні досвід допомоги дітям раннього віку в основному базується на невеликій кількості спеціально проведених досліджень і

практичній діяльності психолого-медико-педагогічного консультування цієї категорії дітей та їхніх батьків.

В монографії з урахуванням результатів досліджень в галузі вітчизняної і зарубіжної спеціальної психолого-педагогічної науки і практики розкривається стан і перспективи розвитку системи ранньої психолого-педагогічної допомоги дітям з обмеженими можливостями здоров'я; узагальнюється досвід сучасної практики діагностики стану психічного і фізичного розвитку дітей переддошкільного віку. Відзначається, що в останнє десятиліття в системі освіти України розпочали складатися умови для забезпечення психолого-педагогічної і медико-соціальної допомоги дітям з особливостями в розвитку та їхнім батькам, відпрацьовуються елементи ранньої діагностики і корекції відхилень в розвитку, методи співпраці з сім'єю. Разом з тим, висловлюється думка про недосконалість існуючої системи дитячої диспансеризації і служби психолого-медико-педагогічного консультування дітей переддошкільного віку з особливостями в розвитку. Визнається, що ефективність розроблених прийомів корекційно-педагогічної роботи можлива лише при систематичному і ранньому їх застосуванні з урахуванням диференційованого підходу в залежності від структури порушення, характеру провідної вади, особливостей вторинної патології. У цьому зв'язку зазначається, що саме своєчасна рання допомога і корекція дають виключну можливість пом'якшити ті недоліки і проблеми, які наявні в психофізичному розвитку дитини, а в деяких випадках подолати їх, забезпечивши тим самим запобігання появи подальших відхилень в розвитку вторинної і третинної природи, скоригувати ті труднощі, що вже наявні в малюка і, в результаті, знизити ступінь його соціальної депривації.

Визначаючи шлях дефектологічного дослідження дитини переддошкільного віку, автором доводиться обов'язковість для корекційного педагога і спеціального психолога проходження його (дослідження) основних етапів: визначення симптомів порушення, встановлення діагнозу, розкриття механізмів симптомоутворення конкретного психофізичного розладу. Для того, щоб допомогти практиці правильно пройти зазначені етапи діагностичного процесу аналізуються відповідні сучасні методики і характеризуються основні диференціальні прояви наслідків порушень психофізичного розвитку в дітей раннього віку. Ці дані, покликані сприяти подальшій інтенсифікації діагностичної і прогностичної діяльності корекційного педагога і спеціального психолога. Водночас знання диференціальних ознак вад психофізичного розвитку допоможуть практику у

визначенні оптимальної системи психолого-педагогічного впливу в процесі корекційної роботи з дитиною, яка має розлади, зумовлені порушеннями в розвитку раннього віку.

Проте, на думку автора, в загальній і спеціальній психолого-педагогічній теорії і практиці у вирішенні проблеми ранньої допомоги дітям з особливостями в психофізичному розвитку недостатньо враховується провідний спосіб взаємодії дитини раннього віку з навколишнім середовищем – емоційне спілкування й емоційне пізнання. Цілісні функціональні системи організму дитини переддошкільного віку невіддільні від її емоційно-комунікативної й емоційно-пізнавальної активності, в процесі якої закладаються основи вищих психічних функцій малюка. Методи вивчення таких функціональних систем, як мовлення, мислення, поведінка в цілому не можуть не бути одночасно методами вивчення такої активності. Саме синкретизм (неподільність) поведінкових реакцій дитини раннього віку диктує синтетичний характер відповідних прийомів її вивчення. Важливість застосування такого підходу вбачається в тому, що й емоційне спілкування, й емоційне пізнання малюка мають різноманітні прояви (вегетативні, рухові і психічні). Серед цієї різноманітності проявів особливе значення мають так звані вроджені звукові комплекси, а надалі – набуті комплекси (слова і перші речення), які слугують адаптації організму до зовнішнього середовища і специфічній взаємодії з ним. У подальшому звукові реакції, що змінюють одна одну, розглядаються як показник структури емоційної комунікативно-пізнавальної активності дітей раннього віку. Такий підхід дає можливість розглядати зазначені показники як прояв активності, що забезпечує проведення соціальних впливів зовнішнього середовища на процеси біологічного дозрівання, які протікають в організмі дитини.

Спираючись на результати аналізу досліджень стану сучасної практики оцінювання психічного і фізичного розвитку дітей переддошкільного віку та враховуючи закономірності і періодизацію їхнього емоційного комунікативно-пізнавального розвитку, автором розроблена концепція становлення і розвитку особистості дитини переддошкільного віку з обмеженими можливостями здоров'я. При створенні і методичній реалізації основних положень концепції враховувалися основні положення диспозиційної теорії особистості (Г.У Оллпорта), положення теорії Ж.Піаже про взаємодію дитини з середовищем як неподільності психічних процесів і основні положення концепції корекційно-синапсичного навчання дітей з особливостями в розвитку (В.В. Тарасун).

Системний підхід до формування особистості дитини переддошкільного віку, запропонований автором, при цьому передбачає здійснення в єдності і взаємозв'язку: стимуляції енергетичного потенціалу організму дитини, послідовне формування структурних елементів її самосвідомості, підтримку і розвиток процесів взаємодії малюка з навколишнім середовищем. Такий, значною мірою уніфікований, підхід до початкового етапу корекційно-розвивальної роботи з дитиною раннього віку, зумовлений тим, що, на наше переконання, повноцінне урахування індивідуального варіанту стану її розвитку і відхилень від розвитку на сьогодні є об'єктивно складним, а іноді неможливим. Ця обставина зумовлена, перш за все, реальним співвідношенням кількості спеціалістів в освітніх закладах – хоча при цьому до забезпечення індивідуалізації корекційно-розвивальної роботи спрямовують свої зусилля як загальна, так і спеціальна педагогіка. Тому наше прагнення полягало саме в тому, щоб сформулювати підхід, який сприятиме формуванню і корекції (особливо на початковому етапі роботи) не окремих сторін розвитку, а забезпечить створення підґрунтя для цілісної картини розвитку малюка. Водночас формування процесів регуляції і координації дитиною людських стосунків опосередковано сприятимуть становленню, розвитку і неперервній роботі її діагностичного і прогностичного апарату «стеження», оцінювання, апробування психічних якостей інших людей. Вважається, що цей апарат (так само, як і мовлення) є надіндивідуальним і свідчитиме не тільки про загальні закономірності психічної діяльності малюка, але й про якості і можливості конкретної дитини на відміну від якостей і можливостей інших дітей. Діагностичні методики, представлені в монографії, значною мірою є важливим методом добування такої інформації, а її застосування в процесі корекційно-розвивальної і корекційно-превентивної роботи відкриває можливість врахувати психологічні і педагогічні ресурси окремої дитини в її співставленні з іншими дітьми, причому ще до того, як ці ресурси реалізуються в реальній дійсності.

Науково-методичні матеріали, представлені в монографії, можуть значною мірою сприяти оптимальній організації ранньої корекції, здатної запобігати появі вторинних відхилень в розвитку дитини і забезпечити максимальну реалізацію реабілітаційного потенціалу. Для значної частини дітей це надасть можливість включення в процес інтеграційного навчання на більш ранньому етапі розвитку.

Водночас представлені в монографії методики можуть бути корисними не лише вихователям, логопедам, психологам, але і

членам родин, в яких виховується малюк з обмеженими можливостями здоров'я. Знання цих методик допоможе їм краще зорієнтуватися в специфіці роботи корекційного педагога і конструктивно взаємодіяти з ним при вирішенні спільних завдань розвитку, навчання і виховання дитини. Використання матеріалів монографії аспірантами і студентами в галузі корекційної педагогіки і спеціальної психології полегшить їм оволодіння диференційно-діагностичним і корекційно-розвивальним процесами. Разом з тим, монографія дає науково-методичну інформацію, яка сприятиме формуванню корекційного педагога, готового до подальшого професійного зростання. Окремі положення монографії, на думку автора, можуть бути покладені в основу розробки проекту базової моделі єдиної державної системи раннього виявлення і спеціальної допомоги дітям з різними відхиленнями в розвитку

Узагальнюючи матеріали монографії, зазначимо:

- розробка проблеми становлення і розвитку особистості дитини саме переддошкільного віку продиктована потребою у виборі і застосуванні відповідних корекційно-розвивальних засобів практичного впливу;
- вибір засобів впливу залежить від теоретичних переконань, знань і умінь педагога. Тобто, якими б спеціальними і далекими від переконань педагога не здавалися корекційно-розвивальне завдання чи дитяча гра, чи навчальна вправа ними (переконаннями) завжди править складна методологічна система, в якій знаходить відображення як логіка формування власної думки педагога, так і розвиток психолого-педагогічного знання. Отже, практична діяльність спеціаліста залежить від його конкретних науково-психологічних уявлень, а ці уявлення – від його філософських позицій;
- об'єкт впливу – дитина раннього віку як цілісна психофізична система, розвиток якої описується (безвідносно до етапу дозрівання малюка) біологічним фактором і неврологічним механізмом. Водночас становлення індивідуального життя дитини раннього віку не є її чисто комунікативно-пізнавальним розвитком, а невіддільне і значною мірою залежне від емоційного;
- забезпечення інтенсифікації початкового етапу процесу корекційно-розвивальної роботи, спрямованого на стимуляцію енергетичного потенціалу організму дитини, є необхідною умовою ефективного становлення емоційного комунікативно-пізнавального розвитку особистості дитини раннього віку;

- формування пропріотичних функцій є важливою складовою процесу становлення особистості дитини переддошкільного віку;

- важливим постулатом психічного розвитку є забезпечення і підтримка взаємодії дитини із середовищем як неподільності процесів асиміляції, акомодациї, адаптації тощо, що безперервно удосконалюються;

- *при розробці змісту і методик процесу розвитку дитини раннього віку необхідно враховувати, в якому віці при типовому розвитку дитини зазначені складові є сформованими;*

- програми ранньої допомоги дітям мають бути сімейно-центрованими, тобто спрямованими на допомогу всій сім'ї, а не тільки дитині з особливостями в розвитку.

Аналіз, співставлення й узагальнення різнобічних даних клінічних, нейропсихологічних, психолого-педагогічних і своїх власних експериментальних досліджень підтверджує думку про те, що психіка дитини раннього віку формується в діяльності емоційної комунікації й емоційного пізнання оточуючого світу. В ранньому віці починає складатися життєвий біоритм особистості, в якому значну роль відіграють соціальні, чисто людські впливи середовища. Саме в цей час започатковується знакова структуризація генетично детермінованого біологічного субстрата мозку дитини з неминучим соціально зумовленим обмеженням і нормуванням потенційних можливостей розвитку. Водночас вроджені біологічні суб'єктивні цінності добудовуються різноманітним особистісним цінностей. Саме в цей час закладаються основи системи пізнавальних образів і емоційно виразних знакових засобів та формуються передумови майбутнього мовного і мовленнєвого розвитку. У цьому зв'язку завдання як суспільства, так і корекційної психолого-педагогічної науки і практики – створити оптимальні умови для психофізичного розвитку кожної дитини. Для цього необхідно постійно удосконалювати зміст, форми і методи виховання і навчання з тим, щоб на кожному віковому етапі розвитку дитини раннього віку з обмеженими можливостями здоров'я забезпечити послідовне формування її якостей і здібностей. Водночас для корекційного педагога і спеціального психолога важливим є розуміння специфіки її мотиваційних відчуттів і образів різного ступеня складності та логіки їхньої наступності, що також має становити один з напрямів корекційно-розвивальної і корекційно-превентивної роботи. Разом з тим, педагогічна корекційно-розвивальна спрямованість діяльності педагога має бути узгодженою з медичними рекомендаціями, що

враховують спадкові фактори і соматичний стан дитини, особливості ураження її центральної нервової системи і своєрідність її вищої нервової діяльності. У такому психолого-медико-педагогічному підході до дитини раннього віку з проблемами в розвитку запорука успіху як діагностичної, так і корекційно-розвивальної та корекційно-превентивної роботи з нею. У цьому зв'язку очевидною є необхідність подальших цілеспрямованих досліджень цієї однієї з найважливіших проблем – проблеми своєчасної допомоги дітям переддошкільного віку з особливостями в розвитку.

В Додатках представлено варіанти реалізації провідних ідей, покладених в основу монографії: в проекті Програми соціально-емоційного розвитку дітей з аутизмом і в проекті Програми розвитку і соціалізації дітей з особливостями мовленнєвого розвитку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Авдеева Н.Н., Мещерякова Н.Ю., Ражников В.Г. Психология вашего младенца: у истоков общения и творчества. - М.: Изд-во АСТ, 1996.
2. Айнсворз Мэри. Обратим ли эффект депривации? // Лишенные родительского попечительства / Под ред. В.С. Мухиной. – М., 1991.
3. Алексеевко Т. У чому сутність гуманних взаємин батьків і дітей? // Педагогіка. № 6. – 2000. – С. 33.
4. Алешина Ю.Б. Индивидуальное и семейное консультирование. М., 1994. Ананьев Б. Г. К постановке проблемы развития детского самосознания // Известия АПН РСФСР. – М., 1948: – Вып 18. – С. 101 – 124.
5. Архипова, Е .Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста: учебное пособие / Е. Ф. Архипова. – М. : АСТ Астрель, 2006. – 222 с. : илл. – (Высшая школа).
6. Астапов В. М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. – М., 1997.
7. Айванхов М.. Воспитание начинающееся до рождения. М.: Просвета, 2007.
8. Ахутина и др. Нейропсихологический анализ индивидуальных различий у детей: параметры оценки // Нейропсихология и нейрофизиология индивидуальных различий / Под ред.. Е.Д.Хомской, В.А.Москвина. М.. 2000.
9. Баженова О.В. Диагностика психического развития детей первого года жизни. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1986.
10. Бауэр Т. Психическое развитие младенца. (Пер. с англ.). – М.: Прогресс, 1979.
11. Белякова Л. К, Гаркуша Ю. Ф., Усанова О.Н., Фигередо Э.Л. Сравнительное психолого-педагогическое исследование дошкольников с общим недоразвитием речи и нормально развитой речью: Теория и практика коррекционного обучения дошкольников с речевыми нарушениями. – М., 1991.
12. Бех І. Д. Виховання особистості: У 2 книгах: Навчально-методичний посібник. – К.: Либідь, 2003 – Кн.: 2. – 2003. – 341.
13. Бондарчук О. І. Психологія сім'ї: Курс лекцій; МАУП. – К.: МАУП, 2001. – 95 с.

14. Богуш А.М. Теорія і методика розвитку мовлення дітей раннього віку : навч. посібник для студ вищих навч. закладів. – К.: СЛОВО, 2004. – 344 с.
15. Богуш А.М. Мовленнєвий розвиток дітей від народження до 7 років [Текст] : монографія - К. : Слово, 2004. – 376 с.
16. Богуш А.М. Мовленнєвий компонент дошкільної освіти. – Одеса: Ярослав, 2004. – 176 с.
17. Варга А.Я. Структура и типы родительского отношения: Автореф. канд. дис. М., 1987.
18. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики. – СПб., 1997.
19. Верни Т. Тайная жизнь ребенка до рождения. М., 1992.
20. Вёрче Дорин. Забота о детях индиго. – София, 2007.
21. Винарская Е. Н Раннее речевое развитие ребенка . – М., 1987.
22. Винникотт Д.В. Маленькие дети и их матери. - М.: «Класс», 1998.
23. Вовчик-Блакитна О.О. Дитина в контексті соціокультурних тенденцій виховання. //Практична психологія та соціальна робота. – 2008. – №9. – С. 1–5.
24. Власенко И. Т. Особенности словесного мышления взрослых и детей с нарушениями речи. – М., 1990.
25. Вознесенська О.Л., Голубєва О.Є. Вступ в перинатальну психологію та психологію батьківства – Методичка для спеціалістів, 2010.
26. Ворошнина О.Р. Психологическая коррекция депривированного материнства: Канд. дис. - М., 1998.
27. Выготский Л.С. Проблема возрастной периодизации детского развития // Вопр. психол. 1972. № 2.
28. Галанов, А. С. Психическое и физическое развитие ребенка от 1 года до 3 лет : Пособие для работников дошкольных образовательных учреждений и родителей. 3-е изд., испр. и доп. – М. : АРКТИ, 2006.
29. Грибова О.Е, Что делать, если Ваш ребенок не говорит? М., 2004.
30. Грицюк Н. Діти з порушеннями психофізичного розвитку. Поради батькам. // Дефектолог. – 2008. – №12. – С. 45–58.
31. Губа, Г. И. Комплексные развивающие занятия для детей раннего возраста – от 1,5 до 3 лет : учебно-методическое пособие / Г. И. Губа. – М. Педагогическое общество России, 2007. – 80 с.

32. Диагностика и профилактика ранних отклонений в состоянии здоровья детей/Под ред. В.А. Доскина, М.Н. Рахмановой.-М., 1993.
33. Забрамная С.Д. От диагностики к развитию. – М., 1998.
34. Засенко В.В. Соціально- педагогічні основи формування життєвих планів глухих і слабочуючих старшокласників: Автореф. дис... д-ра пед. наук: – К., 1996. – 40 с.
35. Ибука Масару. После трех уже поздно.-М., 1991.
- 35а.** Игры и занятия с детьми раннего возраста с психофизическими нарушениями: Методическое пособие / Под ред Е.А. Стребелевой, Г.А. Мишиной. – М.: Экзамен, 2004. – 160 с..
37. Ковшиков В. А., Элькин Ю.А. О состоянии мышления и его соотношении с речью у детей с экспрессивной алалией. – Л., 1979.
38. Коментар до Базового компонента дошкільної освіти в Україні / Наук.ред. О.Л.Кононко. – К.,2003. – 243 с.
39. Кононко О.Л. Психологічні основи особистісного становлення дошкільника (Системний аналіз). – К.: Стилос, 2000. – 336 с.
40. Психологія особистості. – К. : Видавничий дім «Києво-Могилянська академія», 2007. – 458 с.
41. Костюк Г. С. «Навчально-виховний процес і психічний розвиток особистості». – Київ .1989 рік.
42. Лангмейер Й., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте. - Прага: Авиценум, 1984.
43. Лапченко І.О. Емоційне ставлення до себе та ровесників як чинник особистісного розвитку дитини дошкільного віку: Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.07 / Національний педагогічний ун-т. ім. М.П. Драгоманова. – К., 2006. – 20 с.
44. Лебединский В.В. и др. Эмоциональные нарушения в детском возрасте. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1991.
45. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1972.
46. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. - М.: Педагогика, 1986.
47. Лисина М.И. Общение, личность и психика ребенка / Российская академия образования; Московский психолого-социальный ин-т / Ред., авт. вступ. ст. и сост. 48.А.Г. Рузская. – 2. изд. – М.: Воронеж : Издательство НПО «МОДЭК», 2001. – 384 с

49. Дубовский В.И. Психологические проблемы аномального развития детей. – М., 1998.
50. Лукина, Н. А., Сарычева И. Ф. Логоритмические занятия с детьми раннего возраста (2–3 года) : практическое пособие / Н. А. Лукина. – СПб. : Паритет, 2004. – 112 с.
51. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека. – М., 1969.
52. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. Изд. 3-е. - М., Академический Проект, 2000. – 512 с.
53. Люблинская А. А. Детская психология. - М. – 1981. – С. 56–67.
54. Малятко. Програма виховання дітей дошкільного віку / Наук. керівник автор.колек. З.П. Плохій. – К.: Педагогічна думка, 1999. – 286 с.
55. Максименко С. Д. Психологія в соціальній та педагогічній практиці: Навчальний посібник для вищої школи. – К.: Наукова думка, 1999. – 215 с.
56. Максименко С.Д. Психологія в соціальній і педагогічній практиці: методологія, методи, програми, процедури. Навчальний посібник для вищої школи. – К.: Наукова думка. – 1998. – 216 с.
57. Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика: Ранний и дошкольный возраст. – М., 1997.
58. Мастюкова Е. М. Основы клинической типологии и медицинской коррекции общего недоразвития речи у дошкольников: Теория и практика коррекционного обучения дошкольников с речевыми нарушениями. – М., 1991.
59. Матвеева, Н. Н. Психокоррекция задержки речевого развития у детей 2–3 лет : пособие для психологов, воспитателей и родителей / Н. Н. Матвеева. – М. : АРКТИ, 2005. – 96 с.
60. Методы обследования речи детей : пособие по диагностике речевых нарушений, под общ. ред. Г. В. Чиркиной. – М. : Аркти, 2003.
61. Методичні рекомендації до програми розвитку та виховання дітей раннього віку «ЗЕРНЯТКО» / Під ред. О.Л.Кононко. – К., Кобза, 2004. – 188 с.
62. Мони́на Г., Лютова Е. Проблемы маленького ребенка. – СПб: Речь, 2007.

63. Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студентов сред. пед. учеб. заведений / Л,В, Кузнецова, Л,И, Переслени, Л,И Солнцева и др; Под ред. Л.В.Кузнецовой. – 2-е изд, стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2005 г. С. 228–241.

64. Павлова, Л. Н. Раннее детство: развитие речи и мышления : методическое пособие / Л. Н. Павлова. – М. : Мозаика-Синтез, 2005. – 168 с.

65. Пантюхина Г.В., Печора К.Л., Фрухт Э.Л. Методы диагностики нервно-психического развития детей раннего возраста. - М., 1996
Поніманька Т.Г. Світ дорослих як чинник соціалізації особистості дитини // Початкова школа. – 1998. – №5 стор.9–23.

66. Профилактика, психокоррекция, психотерапия нервно-психических расстройств: Сборник статей, 2003г. Психічний і особистісний розвиток дитини від народження до вступу в школу. <http://studentam.net.ua/content/view/3152/97/>.

67. Психологічні умови ефективності дошкільного навчання дітей з обмеженими можливостями здоров'я / За наук. ред. В.В. Тарасун. – К.: ПП «Актуальна освіта» – 2005. – 286 с.

68. Психолого-педагогічна діагностика розвитку дітей раннього дошкільного віку. Навчально-методичний посібник /За наук.ред. Л.О.Федорович – Кременчук: Християнська Зоря. 2010. – 217 с.

69. Развитие личности ребенка / Под общей ред. А.М. Фонарева. - М.: Прогресс, 1987.

70. Разенкова Ю.А. Мама+папа=Я. Ребенок от рождения до года. – М: Школьная пресса, 2005.

71. Радченко М.І. Особливості соціально-психологічної саморегуляції сімей з «ненаучуваними» дітьми // Практична психологія та соціальна робота. - 2005. -№ 3. – С. 23–28.

72. Романовська Д., Довгань М. Психологічна абетка для малюків // Цікава психологія / Упорядник Т.Гончаренко. – К.: Ред. загальнопед. газ., 2003. – С. 4–71.

73. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. – М., 1986.

74. Серз (Сирс) У., Серз (Сирс) М. Ваш ребенок – все, что вам нужно знать о вашем ребенке с рождения до двух лет. – М: Крон-Пресс, 2000 г.

75. Симерницкая Э. Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. – М., 1985.

76. Смирнова Е.О. Теория привязанности: концепция и эксперимент // Вопр. психол. 1995. № 3. С. 139–151.

77. Соловьева Л. Г. Особенности коммуникативной деятельности детей с общим недоразвитием речи // Дефектология. – 1996. – № 1.
78. Солоед К.В. Психическое развитие младенцев в условиях материнской депривации: Канд. дис. - М., 1998.
79. Лангмейер Й., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте. – Прага: Авиценум, 1984. С. 20.
80. Спиваковская А.С. Психопрофилактика детских неврозов. Комплексная психологическая коррекция. - М.: Изд-во МГУ, 1988.
81. Степанова Т.М. // Духовне виховання дітей дошкільного віку. III Міжнародна наукова конференція «Розвиток громадянського суспільства: духовність і право». 24–27.09.2010.
82. Сухомлинський В.О. Батьківська педагогіка. – К., 1978. – 263 с.
83. Схема нейропсихологического обследования детей /Под ред. А.В. Семенович. - М., 1998. – 40 с.
84. Тарасун В.В. Превентивне навчання дошкільників з порушеннями мовленнєвого розвитку. Монографія. К.: Видавництво – «Правда Ярославичів», 1998. – 255 с.
85. Тарасун В.В., Г.М. Хворова Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом: Навч. посіб. для вищих навч. закладів / За наук. ред.. Тарасун В.В. – К.: Наук. світ, 2004. – 100 с.
86. Тарасун В.В. Морфофункціональна готовність дітей з особливостями у розвитку до шкільного навчання: діагностика і формування. Монографія. – К.: Видавництво Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова, 2008. – 294 с.
87. Тарасун В.В. К.: Логодидактика. Навчальний посібник. 2-е вид. – К., Видавничий Дім «Слово», 2011. – 392 с.
88. Тарасун В.В. Вікові норми розвитку дитини. – Логопедія. Підручник. за ред.. М.К.Шеремет. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2011. стор.15–53.
89. Тржесоглава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте. – М., 1986.
90. Усанова О. И., Синякова Т.Н. Особенности невербального интеллекта при недоразвитии речи: Обучение и воспитание детей с нарушениями речи. – М., 1982.
91. Федяева В. Сімейне виховання як об'єкт історико-педагогічних досліджень // Шлях освіти . – № 2. – 2004. – С. 50.

92. Фенвик Э. Настольная книга для родителей. Мать и дитя. - М.: АСТ, 2002.
93. Филиппова Г.Г. Психология материнства и ранний онтогенез. - М.: Жизнь и мысль, 1999.
94. Филиппова Г.Г. Психология материнства. Концептуальная модель. М., 1999.
95. Флейк-Хобсон К., Робинсон Б.Е., Скин П. Развитие ребенка и его отношений с окружающими. - М.: Центр общечел. цен., 1993.
96. Фонарев А.М. Внутриутробное развитие ребенка. - М.: Минздрав СССР. Ин-т усовершенств. врачей, 1968.
97. Фрейд З. Психология бессознательного. - М., 1989.
98. Хоментаскас Г. Семья глазами ребенка. - М.: Педагогика, 1989.
99. Хьелл Л., Зигнер Д. Теории личности (основные положения, исследования и применение). - СПб.: Питер-Пресс, 1987.
100. Цареградская Ж. В. Ребенок от зачатия до года. Первое российское учебное пособие по перинатальному воспитанию. - М.: Астрель: АСТ, 2005.
101. Шеремет М.К. Сучасні підходи до подолання порушення звуковимови // Педагогіка та психологія спеціальні. Зб.наук ст. НПУ ім.М.П.Драгоманова – К. -2001. – Вип.1.
102. Чемберлен Д. Разум вашего новорожденного ребенка. - М.: Класс, 2003.
103. Чопра Д., Саймон Д., Абрамс В. «Беременность и роды: Волшебное начало новой жизни» - М.: ООО Издательский дом «София», 2008.
104. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: Учебное пособие для врачей и психологов.- СПб.: Речь, 2003. - 380 с.
105. Эльячефф, Эйниш. Дочки-матери, третий лишний? - М. Ин-т Общегуманитарных исследований, изд-во Наталья Попова, 2006.
106. Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте // ВП. №4 - 1971.
107. Эмоциональное развитие дошкольника /Кошелева А.Д. - М.: Просвещение, 1985.
108. Эриксон Э. Детство и общество. - СПб: АСТ, 1996. Сборник статей, 2001г. «Перинатальная психология и медицина».

В Додатках представлено варіанти реалізації провідних ідей, покладених в основу монографії: в проекті Програми соціально-емоційного розвитку дітей з аутизмом і в проекті Програми розвитку і соціалізації дітей з особливостями мовленнєвого розвитку. Запропоновані програми своїм змістом дають уявлення про можливість реалізації ідеї ампліфікації – оптимального використання дорослими можливостей раннього віку дитини для повноцінної корекції її розвитку. Відповідно до цієї ідеї кожна дитина з особливостями в розвитку має здібності і заслуговує на оптимістичний прогноз свого подальшого розвитку. У програмах визначено вікові можливості соціально-емоційного розвитку дитини раннього віку; схарактеризовано його особливості в малюка з аутизмом і в дитини з мовленнєвим недорозвиненням; запропоновано методи, способи і прийоми корекції розвитку соціально-емоційної сфери дитини цього віку.

Програми передбачають право педагога вносити корективи в послідовність, тривалість, інтенсивність запланованих заходів з поступовим урахуванням структури виявлених особливостей психофізичного розвитку дитини; формувати в дитини почуття безпеки, комфорту і затишку. Програми актуалізують важливість забезпечення захисних функцій дорослого, його вміння пом'якшувати жорсткі впливи довкілля; здатність уникати екстремальності в щоденному побуті; спрощувати процес соціалізації дитини раннього віку. Водночас програми своїм змістом орієнтують дорослого на визначення пріоритету розвитку дитини як особистості, зокрема її соціально-емоційної складової як основної.

**ПРОГРАМА
СОЦІАЛЬНО-ЕМОЦІЙНОГО РОЗВИТКУ ДИТИНИ З
АУТИЗМОМ**

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

Дошкільний вік – період формування в малюка потреби, а з часом і здатності встановлювати і підтримувати контакти з оточуючими людьми, дорожити ними. Перебування дітей з аутизмом в людському оточенні, однак, не сприяє переважній їхній більшості становленню соціального досвіду, соціальної компетентності, досвідченості, обізнаності; в них не формується або формується зі значним запізненням певна соціальна поведінка, здатність бути адекватними ситуації, вимогам і сподіванням авторитетних дорослих. Водночас самостійно не розвиваються соціальні потреби, здібності, мотиви поведінки та діяльності, а також із значною затримкою здійснюється набуття соціального досвіду через діяльність, спрямовану на орієнтування в ситуації, пристосування до навколишнього, перетворення власного «Я».

Разом з тим, соціальний розвиток дитини з аутизмом відбувається на ґрунті специфічних емоцій, якими вона зв'язана з людським оточенням. Емоційний і соціальний аспекти розвитку перебувають в постійній взаємодії і взаємозумовленості. Емоції, які відчуває дитина до інших людей, орієнтують її соціальну поведінку, сприяють її точності, швидкості, адекватності. Однак лише незначна кількість дітей з аутизмом досягають головної ознаки позитивного емоційного стану – закріпленої соціальної дії, входження в соціум.

Значення соціально-емоційного розвитку для дитини з аутизмом полягає, передусім, у формуванні певних особистісних властивостей, потреб, здібностей, елементарних уявлень та практичних умінь, які забезпечують дитині життєдіяльність і допомагають усвідомити, як

слід себе поводити, щоб бути співзвучною з іншими, почувати себе по можливості комфортно.

В програмі представлено узагальнені особливості емоційно-соціального розвитку цієї категорії дітей і, відповідно, напрями корекційно-розвивальної роботи. Співвідносячи результати обстеження конкретної дитини з матеріалами програми, педагог зможе відібрати саме ті рекомендації, які будуть доцільні і необхідні для розробки індивідуальної програми емоційного і соціального розвитку малюка.

З перших місяців життя дитина з аутизмом має справу з різними людьми. Вміння орієнтуватися в людському оточенні є обов'язковою умовою, з одного боку, її адекватної соціальної поведінки, з іншого – результативності такої поведінки. В силу того, що емоційно-соціальні уміння і навички в такої дитини є в різному ступені надзвичайно ушкодженими, в переважній своїй більшості вона не здатна нормально спілкуватися майже з усіма категоріями людей і зустріч з ними для неї є суцільною і постійною проблемою. Надзвичайно важко дитина з аутизмом переймає досвід соціального життя, зі значними труднощами засвоює правила, норми і стандарти поведінки. Ця обставина на протязі всього дошкільного віку дитини спричиняє невміння нею диференціювати в людському оточенні:

- рідних, знайомих і чужих людей (розрізнення за ознакою родинної приналежності);
- приємних для неї, індиферентних і неприємних людей (розпізнавання за емоційним ставленням до людини);
- дорослих, однолітків, молодших за себе (розпізнавання за віковою ознакою);
- чоловіків і жінок (розрізнення за ознакою статевої приналежності).

Зазначені вміння орієнтуватися в людському оточенні, розрізняти людей за ознаками в дитини розвиваються і нерівномірно. Як правило, усвідомлення вікової і статевої ознаки виникає пізніше (а в порівнянні з дитиною з типовим розвитком – значно пізніше), ніж розпізнавання людей за ознаками їх родинної приналежності й

емоційної значущості для дитини. Це пояснюється більшою питомою вагою перших зазначених навичок для соціального розвитку дитини, для формування в неї почуття захищеності, безпеки, спокою. Водночас здатність дитини орієнтуватися в людському оточенні відіграє важливу роль в загальному розвитку особистості аутичної дитини, оскільки сприяє виробленню вміння правильно орієнтуватися на його (зовнішнє оточення) регламентуючі впливи. Малюк намагається з'ясувати межі бажаної і декларованої активності, зрозуміти, на яку її форму можна розраховувати, не викликаючи негативних реакцій з боку інших людей. Поступово, дуже поступово в дитини виробляється відчуття дистанції між нею і людьми. Дитина спочатку підсвідомо відчуває, а з часом усвідомлює, що завелика дистанція між власним «Я» та іншими людьми перешкоджає налагодженню стосунків з ними; натомість замала дистанція зв'язує власну ініціативу, підпорядковує її груповим інтересам, обмежує особисті прагнення.

Отже, протягом перших семи років життя дитина знайомиться з навичкою орієнтації на вимоги і стандарти дорослих, насамперед рідних і близьких, оволодіває вмінням регулювати вирішення своїх, хоча й елементарних, але по-своєму важливих життєвих проблем. Малюк поступово усвідомлює, що успішною або неуспішною її діяльність вважатиметься лише після порівняння з результатами діяльності інших людей. В ході соціалізації дитина з аутизмом набуває якостей, необхідних їй для життєдіяльності в суспільстві, виробляє вміння ставати певною мірою «своєю», в чомусь схожою на всіх інших членів групи, починає розуміти необхідність орієнтуватися на груповий стандарт бажаної для цієї спільноти поведінки й діяльності. Недостатність знань, брак досвіду, проникливості, помилкове наділення членів тієї чи іншої групи непритаманними їм рисами, недооцінка чи переоцінка цих людей, несприйняття того чи іншого виду діяльності – все це в умовах довготривалої адаптації призводить до додаткових змін особистісних характеристик аутиста. Крім того, відсутність або недостатність цілеспрямованого оволодіння прийомами взаємодії дитини в умовах певної діяльності, її змістом спричиняють те, що процес адаптації (особливо в дітей з тяжкими формами аутизму) проходить спонтанно,

стихійно, викликаючи появу і розвиток негативних (для організму і внутрішнього світу дитини) новоутворень, які ще більше ускладнюють її подальшу соціалізацію.

Другий, не менш важливий аспект соціально-емоційного розвитку дитини з аутизмом є особливості її фізичного і психічного «Я». Відмінною рисою при цьому є недостатнє усвідомлення малюком образу власного тіла, агресивне недопускання іншої людини в свій особистий простір, як правило, відсутність самостійного розширення власного репертуару взаємозв'язків, не бажання підкорятися соціальним правилам, не керованість в діях і в поведінці. Однією з основних причин зазначених особливостей в аутологічній літературі називається недостатня сформованість в дітей постійного і стійкого емоційного зв'язку між приємними зоровими, слуховими, тактильними, нюховими, кінестетичними відчуттями та образом конкретної людини й оточення, з якими вона взаємодіє. Оскільки відчуття розмитості свого «Я», страх втручання іншого у власний простір є характерним для аутичних дітей, то важливим етапом процесу налагодження як невербального, так і вербального контакту з близьким і далеким для них оточенням є визначення власних меж та подолання страху втручання.

Своєю чергою, зазначені особливості є наслідком несформованого в малюка усвідомлення власних емоційних станів, труднощі створення образу себе та партнера, невміння регулювати тривалість контакту та вибір посильних для неї засобів спілкування. (доторкання, контакт очей, співвідношення поз, користування тими чи іншими невербальними діями, регуляція інтонацій та інших просодичних елементів). Усвідомлення дитиною свого психічного «Я» означатиме те, що дитина почала розуміти, чим вона відрізняється від інших, а також різницю між мій – чужий, такий, як я чи не такий, Я, моє тощо.

Негативний результат спроб дитини з аутизмом налагоджувати контакт з оточуючими, як правило, спричиняється також відсутністю в неї безпечного емоційно-комунікативного простору і безпечної взаємодії. Це формує в неї ранимість, і страх втручання. Почуття безпеки і довіри в дитини не формуються, крім того, через наявність дуже повільного розширення простору її «Я».

Таким чином, однією з основних особливостей дитини з аутизмом є труднощі набуття нею позитивного соціально-емоційного досвіду, що, загалом, визначає стан розвитку її особистості. Разом з тим, при різній тяжкості аутизму особливості соціально-емоційно поведінки дитини мають не тільки різний ступінь вираженості, але й різну розповсюдженість

З урахуванням зазначеного в програмі за рівнями представлено процес соціально-емоційного розвитку дитини з аутизмом:

I рівень – Виокремлення себе з довкілля (Формування в дитини відчуття власного тіла. Виокремлення з довкілля предметів і маніпуляції з ними. Вибірковість, швидкоплинність емоцій, що супроводжують маніпуляції).

II рівень -Допуск іншої людини в свій простір. (Розширення простору «Я» дитини, відчуття приналежності їй як власного фізичного тіла, так і приналежності інших предметів та людей. Прийняття іншої людини. Емоції, що супроводжують цей процес – вибіркова терпимість, почуття безпеки, зацікавленість).

III рівень-Становлення соціальної взаємодії (усмішки, вокалізації, жести з наміром привернути увагу; вирази обличчя, контакт очей; доступні одиниці висловлювання і розуміння мовлення. Реагування на емоційно-словесні контакти з оточуючими).

IV рівень – Здатність конструктивно впливати на оточуюче середовище. (Намагання практично вплинути на людей з метою привернути їхню увагу до себе і до своєї діяльності. Формування проявів перших бажань – «хочу», «не хочу» і заборон «можна»-«не можна». Відстоювання в різній формі власності – «моя». Емоції як відповідь на події, ситуації, полярність емоцій).

V рівень – Здатність до соціальної поведінки. (Здатність до керованості в діях і в поведінці, підкорення соціальним правилам, саморегуляція при вирішенні дитиною своїх життєвих проблем, здатність до спільної діяльності, до емоційної рефлексії).

І хоча ці складові в програмі представлено окремо, в дійсності, зрозуміло, вони не ізольовані, а взаємопов'язані і взаємозалежні і вносять свій вклад в картину соціально-емоційного розвитку особистості аутичної дитини.

У програмі особливості соціально-емоційного розвитку дитини з аутизмом *представлено в порівняльному плані* з даними про вікові можливості формування цього аспекту особистісного становлення дитини з типовим розвитком. Такий підхід є правомірним, оскільки слабкі і сильні характеристики соціально-емоційного розвитку мають як діти з порушеннями аутичного спектру, так і діти з нормальним типом розвитку. В результаті дорослий матиме матеріали з декількох джерел: з програми (дані *про вікові можливості* соціально-емоційного розвитку дитини і дані *про особливості його розвитку в дитини з аутизмом*), а також *результати діагностичного вивчення* дитини, здійсненого фахівцем, та *дані спостереження* батьків. Отримані результати порівняльного аналізу цих матеріалів дозволять зробити правильний загальний висновок щодо особливостей функціонування складників емоційно-соціального розвитку конкретної дитини з аутизмом і визначення шляхів його здійснення. Окрім того, такий підхід дозволить чіткіше унаочнити й усвідомити ті специфічні відмінності в емоційно-соціальному розвитку дітей з аутизмом, які роблять їхнє входження в світ людей таким проблематичним

I. Вікові можливості соціально-емоційного розвитку дитини

Ві к ди ти ни	Вікові можливості соціально-емоційного розвитку дитини
I-ий рівень. Виокремлення себе з довкілля.	
0-6 мі с.	<p>-Формується потреба у враженнях від навколишнього середовища відповідно до готовності аналізаторів (смакового, нюхового, шкіряного тощо).</p> <p>-Орієнтується на обличчя й очі (погляд) дорослого, центром</p>

	<p>уваги дитини стає людське обличчя.</p> <p>- розвивається спроможність здійснювати прості маніпуляції з предметами (кидати, трясти, стукати). Формується рухова активність.</p> <p>- Формується здатність до відгуку: а) комплекс пошуків як пошук близькості з дорослим; б) плач як сигнал пошуку дорослого; в) усмішка як засіб його утримання; г) виникнення так званої ротової уваги.</p> <p>- Формуються стійкі емоційно позитивні взаємодії з матір'ю.</p>
7-11 мі с.	<p>- Вправляється в орієнтуванні на власному тілі; виконує прості танцювальні рухи.</p> <p>- Набуває способи ритмічної самостимуляції: розгойдується всім тілом, пружинить тощо. Формуються <i>активні способи регуляції</i>, до яких дитина прагне залучити дорослого (викидає іграшку з ліжка і вимагає її дістати).</p> <p>- Розрізняє й адекватно реагує на міміку та вигуки дорослого, позитивно чи негативно емоційно забарвлені (плаче, відповзає у відповідь на різкий тон).</p> <p>- Роздивляється вираз материнського обличчя, адекватно на нього реагує. Обстежує поглядом обличчя, зовнішній вигляд та одяг членів родини; показує (на прохання дорослого) на їхні очі, ніс, вуха, губи.</p>
12-18 мі с.	<p>- Самостійно ходить і радіє відчуттю <i>власної фізичної спроможності</i>.</p> <p>- Започатковуються знання про свої вікові і статеві відмінності.</p> <p>- Зароджується переживання дитиною своєї значущості для близьких людей.</p>
19-24 мі с.	<p>- Розвинене м'язове відчуття стає для дитини <i>мірою відліку відстані і просторового розташування предметів</i>.</p> <p>- Опанування самостійною ходьбою сприяє формуванню образу тіла.</p> <p>- Розвивається одностороннє домінування провідної руки і всіх симетричних частин тіла (ноги, ока, вуха).</p> <p>- Намагається певним звукосполученням означити різні емоційні стани.</p>
25-	- Добре бігає вперед; стрибає обома ногами разом; ходить

30 мі с.	<p>навшпиньки; б'є вперед по нерухомому м'ячу; перестрибує. Ковтає їду, не поперхнувшись.</p> <p>-Здатна керувати своїми діями (ходінням, мовленням). Формується знання про своє фізичне «Я». Коли просять, називає не менше п'яти частин тіла.</p> <p>- Навчається усвідомлювати свої емоції, їхній тілесний вираз.</p>
31-36 мі с.	<p>-Формуються <i>функції руки</i>: відтворює коло, вертикальну і горизонтальну лінію.. За інструкцією називає майже всі частини тіла.</p> <p>-Відчуває прихильність до дорослих з близького оточення: обіймає маму, цілує дорослих з близького оточення.</p>
37-48 мі с.	<p>-Навчається керуватися правилами соціальної взаємодії.</p> <p>-Виробляє елементарні судження з приводу своїх фізичних можливостей та можливостей інших дітей. Цікавиться статевими і віковими відмінностями.</p> <p>-Виявляє здатність до елементарної вибіркової в різних видах діяльності, що супроводжується адекватними емоційними станами.</p>
49-60 мі с.	<p>-Встановлюється координація рухів, властива дорослій людині. Набутий руховий досвід доцільно застосовує в різних видах діяльності. Результати рухової діяльності, аналізує, порівнює, оцінює.</p> <p>-Користується мімічними і пантомімічними можливості в моменти спілкування. Водночас мімічні вирази ще не недостатньо контролюються, а тому її почуття добре читаються дорослими.</p> <p>-Швидко адаптується до зміни умов, самостійно обирає доцільний спосіб виконання рухів для тієї чи іншої діяльності. З'являється спільні рухові ігри..</p> <p>-Потребує емоційної підтримки дорослих, їхньої похвали, підбадьорення, прагне справити хороше враження, важко переносить їхню негативну оцінку.</p>
61-72	<p>-Формуються складні зв'язки між зором, дотиком, тілесним відчуттям рівноваги і координацією в просторі .. Відтворює</p>

<p>мі</p> <p>с.</p>	<p>окремі рухи і дії інших дітей.</p> <p>-Вміє порівняти тілесний рух з майбутнім результатом (вчасно розкриває руки, щоб упіймати м'яч; досить точно б'є молоточком; співвідносячи напрям свого руху з предметами).</p> <p>Розвиток одностороннього домінування руки сприяє оволодінню тонкою жестикуляцією і виразними рухами</p> <p>- Розвиток сюжетно-рольової гри стимулює переживання дитини, формує вміння вибрати форми емоційного зараження, співпереживання, взяття соціально значущої для себе ролі.</p>
<p>II-ий рівень. Допуск іншої людини у свій простір</p>	
<p>6-12</p> <p>мі</p> <p>с</p>	<p>-Активно закликає близьку людину до спілкування (до посмішки, тактильної взаємодії). Орієнтується на голос людини.</p> <p>-Спостерігається виражене наслідування, що сприяє залученню дитини в прості ігри, які <i>вимагають елементів показу і повтору («долоньки», «пока-пока») та включення дитини в гру з дорослим.</i></p> <p>-Із задоволенням шукає свою іграшку, «заховану» дорослим. З радістю простягає свою іграшку іншій дитині. Пручається, коли дорослий або дитина намагається відібрати іграшку.</p> <p>-Формуються початкові навички розрізнення речей за належністю членам родини і самій дитині.</p> <p>-Розвивається здатність розуміти емоційну поведінку оточуючих і здатність співпереживання й емоційного зараження.</p>
<p>13-18</p> <p>мі</p> <p>с.</p>	<p>-Формується «відокремленість» від інших людей (відокремлює «я» від «не я»).</p> <p>Зрідка спостерігаються прояви ревності, що розглядаються як складові частини «Я» малюка.</p> <p>-Вчиться <i>дорожити своїм</i> (рідними дорослими, іграшками, речами). Започатковується освоєння дитиною значення слова «мій».</p>

<p>19-24 мі с.</p>	<p>-Проявляє інтерес до людей за межами родини, бажає спілкуватися з окремими дітьми та дорослими, вміє попросити про допомогу тоді, коли вона потрібна.</p> <p>-Намагається певним звукосполученням означити іншу людину, посилюючи його вказівним жестом, що спрямовується на дорослого.</p> <p>-Відрізняє за зовнішнім виглядом своїх близьких від чужих; впізнає себе і добре знайому їй дитину на фотографії.</p> <p>-Відбувається подальше формування інтересу дитини до іншої людини і до її і своїх можливостей, здібностей.</p> <p>-Легко за поведінкою іншої людини розуміє її стан і переживання. Без особливих труднощів зчитує те, що людина виражає ходою, мімікою, інтонацією і тембром голосу.</p>
<p>25-30 мі с.</p>	<p>-Остаточно виділяє себе з симбіотичної (психосоматичної) єдності з матір'ю, розширюючи, таким чином, межі свого Я:</p> <p>-Спостерігає за іншими дітьми, емоційно виявляє бажання приєднатися до них на нетривалий час. Формуються нестійкі, але дружні, емоційно забарвлені стосунки з ними</p>
<p>31-36 мі с.</p>	<p>-Зростає потреба і бажання спілкуватися з окремими дітьми і дорослими. <i>Водночас зростає потреба створювати своє особисте середовище.</i></p> <p>-Розширюється значення слова «мій».</p>
<p>37-49 мі с.</p>	<p>-Активно освоюється простір, пов'язаний з присутніми в ньому близькими людьми, їхніми речами, побутовими процедурами (мамин стіл, двір із собакою). Активно збагачується словесне позначення назви речей і їхніх якостей.</p> <p>-<i>Прагне вийти за межі родинного кола для встановлення відносин з чужими дорослими та однолітками. З'ясовує для себе коло соціально схвалюваних і прийнятних форм поведінки, прагне спробувати межі припустимої незалежності.</i></p> <p>-<i>Змінюється характер спілкування з дорослим: стає активним споживачем нової інформації., яку починає одержувати поза колом близьких дорослих.</i></p> <p>-Не байдужа до визначення свого місця в колі однолітків.</p>

	<p>Проявляє <i>самостійність</i> у виборі однолітків для ігор; об'єднується з ними на основі ігрового задуму, рольової поведінки, особистих уподобань.</p> <p>-Дорослі з близького оточення зберігають свій вплив на її емоційний стан, проте її переживання стають менш опосередкованими оцінкою дорослих</p>
50-62 мі с.	<p>-Формується <i>потреба в контактах з дорослими</i> не тільки з близького, але й з далекого оточення. При цьому виявляє спостережливість і зацікавленість в стосунках з ними.</p> <p>-Поєднуються різні засоби емоційного спілкування з оточуючими: експресивно-мімічні (посмішка, погляд, міміка, виразні звуки і рухи), зображувальні (рухи тіла, пози, дії наближення, віддалення, вручання, притягування, відштовхування тощо), тональні (варіювання тональності і гучності мовлення).тощо.</p>
64-72 мі с.	<p>-Визначається <i>референтна група</i> – чітке коло особисто значущих для неї людей і тих, до кого вона ставиться байдуже.</p> <p>-Розвивається здатність сприймати себе в контексті відносин з іншими людьми; <i>засвоює статево-рольові стандарти поведінки</i>.</p> <p>-Розвивається <i>уявлення про себе й іншу людину</i> в минулому, теперішньому і в майбутньому часі. Формується відчуття життєвої перспективи.</p> <p>-Освоюються певні межі припустимої поведінки і соціально прийнятні її форми; встановлюються <i>межі можливого здорового ризику</i> Налагоджуються <i>контакти з людьми</i>, різними за віком, статевою приналежністю, спорідненням.</p> <p>-Знає, як позитивні і негативні переживання впливають на стан і настрій людей.</p> <p>-Сприйнятлива до переживань інших, емпатійна; вносить корективи у власну поведінку відповідно до настрою оточення.</p>
III-ій рівень. Становлення процесів взаємодії	
4	-Формується здатність реагувати на емоційно-словесну

міс	поведінку оточуючих. -Спостерігаються <i>різні реакції на різні інтонації</i> при називанні імені дитини та на вживання пестливих слів, звернених до неї.
7-12 міс	<p>-Виникає <i>реакція, схожа на ревності</i>.</p> <p>-Формується <i>стереотип взаємодії між «Я» та іншими людьми</i> як розгорнутий ритуал «правильного» життя – що небезпечно і чого не можна робити, що добре і що погано для неї. Орієнтується в поведінці на слова дорослого «можна» і «не можна». Емоційно виразно виявляє бажання («хочу-не хочу»).</p> <p>-<i>Голосовими реакціями намагається привернути увагу</i> дорослих до себе.</p> <p>-З'являються емоційно-виразні реакції (сміх, плач), що забезпечують формування соціальних реакцій і свідчать про емоційне ставлення дитини до ситуації (радісно повзе назустріч іншій дитині тощо).</p>
13-24 міс	<p>-Привертає увагу дорослого до своєї здатності виконати завдання, подолати труднощі для досягнення мети.</p> <p>-Розрізняє й адекватно реагує на міміку та вигуки дорослого, позитивно чи негативно емоційно забарвлені (плаче, відповзає у відповідь на різкий тон дорослого.тощо).</p>
25-36 міс	<p>-Формується здатність співвідносити себе з собою, а себе виділяти як окрему людину, тобто <i>розрізняти «Я» та «не Я»</i>.</p> <p>Формується усвідомлення дитиною себе, що складається з <i>початкових уявлень про свої здатності певним чином презентувати себе в соціумі, оцінювати себе та свою поведінку</i>.</p> <p>-Особовий займенник «Я» починає вживати для позначення самої себе серед інших.</p> <p>-Розвивається вміння імітувати деякі елементи побутового і соціального життя.</p> <p>- Виявляє особливий інтерес до людей, які носять таке ж ім'я, як у неї.</p> <p>-Розвиваються різні форми спілкування з дорослими й</p>

	<p>однолітками.</p> <p>-Удосконалює вибіркоче емоційне ставлення до дітей і дорослих. Намагається наслідувати взаєностосунки дорослих.</p>
<p>48 мі с</p>	<p>-Усвідомлюється <i>вплив сім'ї та зв'язок з родичами</i>.</p> <p>Ідентифікує себе з сім'єю через почуття приналежності і захищеності. Підтримує щирі стосунки з членами родини, проявляє інтерес до спільної діяльності, цінує захист і підтримку батьків</p> <p>-Розвивається вміння оцінювати свої вчинки, визнавати провину, <i>поступатися власними інтересами заради спільних</i>, утримуватися від агресивних дій.</p> <p>-Розвивається усвідомлення власних емоційних станів, <i>створюється образ себе та партнера</i>.</p> <p>-За рахунок засвоєних стереотипів взаємодії з'являється потреба <i>вводити оцінки</i> «хороший» і «поганий», «добре» і «погано», «правильно» і «неправильно».</p> <p>-Починає <i>порівнювати себе з дорослими</i>, хоче користуватися тими ж правами, виконувати такі ж дії, користуватися такою ж незалежністю і самостійністю, вчинити так, а не інакше. При цьому відкрито протиставляє свої бажання очікуванням дорослих. . Водночас прагне <i>узгодити з іншими свої дії</i></p> <p>-Починає гостро <i>реагувати на все, що зачіпає самооцінку</i> – критику, сміх, легко ображається, починає віддавати перевагу самотності.</p> <p>-Прагне <i>посісти в групі однолітків певне місце</i>; спостерігає за поведінкою інших; активно наслідує позитивні вчинки і намагається утриматися від негативних; ініціює нові ролі та сюжети.</p>
<p>49- 60 мі с.</p>	<p>-Формується висновок, що чоловікам і жінкам притаманний <i>різний тип поведінки</i>, з'являється прагнення поводитися відповідно до своєї статевої приналежності.</p> <p>-Власне ім'я дуже швидко з'єднується з особовим займенником «Я», що вживається нею для позначення себе самої на відміну від інших.</p> <p>-Формується проникливість в інтерпретації рис, притаманних іншим людям</p>

<p>61-72 мі с</p>	<p>-Формується тонка ідентифікація дитини, що виражається в засвоєнні <i>способів звертання до інших по імені</i>.</p> <p>-Порівнює себе з іншими. Ускладнюється уявлення про те, як вона виглядає в очах інших людей, якою б вона хотіла бути і як для цього повинна себе поводити. В разі несхвалення з боку значущих дорослих чи однолітків виникає почуття тривожності, емоційного напруження.</p> <p>-Орієнтується в основних емоціях, називає кожен словом; розуміє емоційний стан людей, що навколо. Адекватно реагує на різні емоційні ситуації. Усвідомлює і може пояснити словами, що спричиняє ту чи іншу емоцію іншої людини</p>
<p>IV рівень Здатність конструктивно впливати на оточуюче середовище</p>	
<p>6-12 мі с.</p>	<p>-Формується вміння використовувати жести, міміку, вокалізації, лепітні слова для впливу на поведінку іншої людини з метою привернути її увагу чи долучитися до спільної діяльності.</p> <p>-Спостерігається достатнє розуміння дитиною жестів, поглядів, виразів обличчя іншої людини, що використовується нею з метою регулювання власної поведінки.</p>
<p>13-24 мі с.</p>	<p>-Формується вміння звертатися про допомогу, <i>прагне до співпраці</i>, ініціює контакти, не уникає зорового контакту, відновлює невдалу спробу контакту.</p> <p>-Започатковується почуття впевненості в тому, що «усе» може зробити самостійно. Намагається у <i>різний спосіб довести</i> це дорослому. <i>Вимагає доступними їй засобами схвалення</i> дорослим своєї діяльності.</p> <p>-Спостерігаються прояви похвалювання і задоволення у відповідь на схвалення.</p> <p>-Розвивається вміння виражати різні емоції відповідними діями, словами або виразом обличчя.</p>
<p>25-36 мі с.</p>	<p>-Швидко розвивається вплив на оточення викликає в неї <i>почуття задоволення і позитивну оцінку власних дій</i>.</p> <p>Намагається у будь-який спосіб одержати від дорослого позитивну оцінку. Відбувається формування власних</p>

	<p>критеріїв оцінки поведінки, які малює відстоює.</p> <p>-У різний спосіб відстоює своє прагнення до самостійної діяльності. Намагається оволодіти діями без участі чи прямої допомоги дорослого. При цьому виникають власні бажання, які можуть не збігатися з бажаннями дорослих, але на яких дитина наполягає.</p> <p>-Зростання самостійності зумовлює виникнення в дитини потреби в певній емансипації від дорослого. Це призводить до переоцінки і зміни характеру їхніх стосунків.</p> <p>-Формується вміння оцінювати інших людей, хоча поки що дитина просто повторює думку, висловлену про них дорослим.</p>
37-48 мі с.	<p>-Розвивається позитивне ставлення до інших людей, намагається уважно ставитися до них, у доступний спосіб впливати на їхній настрій, поведінку. Орієнтується в назвах та специфіці прояву людиною основних емоцій.</p> <p>-Намагається активно продемонструвати дорослим характерні ознаки самоповаги: самостійність, кмітливість, ретельність. Розвивається наполегливе прагнення здобути провідні ролі в грі.</p> <p>-Спілкування з оточуючими розпочинає з власного імені або займенника «Я» (при умові опановання мовленням настільки, що може висловити свої бажання).</p> <p>-Усвідомлює необхідність загальмовувати свої безпосередні імпульси за словесною вказівкою дорослого. Хоча не розцінює це як неповагу до себе, водночас прагне вплинути на поведінку дорослого.</p> <p>-Спостерігається намагання дитини перебільшити свої досягнення та знецінити неуспіх, продемонструвати у різний спосіб образу у відповідь на стриману реакцію дорослого на результат своєї діяльності.</p> <p>-Намагається зясувати для себе рівень залежності і допустимої незалежності від дорослого.</p>
49-72 мі	<p>-Здатна відобразити думку про себе дорослих, а в окремих випадках – не погодитися з нею, робить спроби словесно обґрунтувати свою незгоду. Усвідомлює ставлення до себе</p>

с.	<p>різних людей, може його пояснити.</p> <p>-Прагне під час адаптації до нових умов життя <i>розповісти іншим про свої здібності.</i></p> <p>-Намагається <i>зіставляти свою позицію з позицією іншого. Домагається справедливості</i> щодо себе, заявляє про свої права в разі їх обмеження іншими. При цьому наділяє себе тими позитивними якостями, <i>які схвалює дорослий.</i></p> <p>-Розвивається <i>потреба в доброзичливій увазі</i> з боку дорослого, домагається співпраці з ним, взаєморозуміння, співпереживання.</p> <p>-Інтенсивно розвивається вплив на оточення: наполягає на самостійному <i>виборі бажаного</i>, на задоволенні прагнення займатися приємною справою. Прагне <i>конструктивно впливати на інших</i>, переконливо обґрунтовуючи свої вчинки.- Більш зрілих форм набувають уявлення про авторитет; намагається <i>порозумітися в конфліктних ситуаціях.</i> Зіставляє позицію однолітка з власною та прагне їх узгодити.</p>
V-ий рівень. Керованість в діях і в поведінці	
24-36 мі с.	<p>-Користується наслідуванням для засвоєння керованості в діях і в поведінці.</p> <p>-Керується в своїй поведінці настановами впливового для неї дорослого, зокрема довіряти знайомим дорослим, спілкуватися з ними, розраховувати на них.</p> <p>-Прагне в доступній формі пояснити свої уподобання, прихильність чи неприязнь до певних осіб з метою скерувати ситуацію для досягнення власної мети..</p> <p>-Спостерігаються прояви саморегуляції при вирішенні своїх життєвих проблем.</p> <p>-Виховується здатність конструктивно реагувати на запропоновану ініціативу.</p> <p>-Освоюються довільні дії з предметами оточуючого світу, якими дитина прагне регулювати для досягнення результату <i>і одержання схвальної оцінки</i></p>
37-48	<p>-Формуються елементарні форми самовладання як риси особистості, пов'язаної із самоконтролем та саморегуляцією</p>

мі с.	<p>поведінки</p> <p>-Більш <i>виважено ставиться до контактів</i> з незнайомими людьми та їхніх пропозицій, утримується від спілкування з «чужими» без дозволу рідних та близьких.</p> <p>-<i>Узгоджує свої дії з партнерами</i> по спільній діяльності, вміє домовлятися, виходити з конфлікту з найменшими затратами зусиль; поводить мирнолюбно.</p> <p>-Формується вміння перетворювати і <i>перебудовувати запропоновану ситуацію</i> з метою застосування її у власних цілях.</p> <p>-Свідомішим та вмотивованішим <i>стає вибір пріоритетів в діяльності</i> – ігровій, трудовій, пізнавальній, комунікативній.</p>
49-60 мі с.	<p>–Дедалі частіше обмінюється з іншими дітьми інформацією, планує та розподіляє ролі, <i>координує діяльність</i>, домовляється, заперечує, обґрунтовує свою думку, узгоджує дії, поступається, визнає особисті досягнення інших.</p> <p>-У дитячій спільноті виникають власні ритуали, свій порядок взаємодії, складаються стосунки суперництва, змагання, які знаходять свій вираз <i>в іграх дитини за правилами</i>.</p> <p>.-Зароджується (в ході предметної діяльності) вміння <i>здійснювати свідомий намір</i>, елементарно планувати свої дії, прогнозувати майбутній результат. .</p> <p>-Формується <i>самоповага</i> як результат поінформованості дитини про себе та регулювання на цьому ґрунті власної поведінки.</p> <p>-Намагається утриматися від ревнощів та суперництва; робить спроби виявити гнучкість в ситуаціях конфлікту, вийти з них гідно; не радіє помилкам інших</p>
61-72 мі с.	<p>-Володіє широким діапазоном комунікативних вмінь, раціонально використовує їх в спільній діяльності; покладається на власні сили, <i>прагне обходитися без допомоги дорослого</i>. Комунікативні вміння використовує для формулювання і висловлювання власних прагнень і цілей діяльності.</p> <p>–Вміє пристосовуватися до нових соціальних умов життя, орієнтується в основних моральних цінностях і вимогах,</p>

<p><i>керується ними в своїх вчинках, вміє налагоджувати контакти з однолітками, товаришує з певним колом дітей.</i></p> <p><i>-Формується вміння не лише під впливом та контролем дорослого, а й з власної ініціативи контролювати себе; розраховувати не тільки на схвалення та заохочення; формулювати оцінку вчинків та взаємин людей, орієнтуючись на моральні стандарти; володіти етичними еталонами поведінки..</i></p> <p><i>-Диференціює соціально схвалювану та несхвалювану поведінку, здатна до правилодоцільності, прагне діяти справедливо. Вміє стримувати негативні емоції, регулювати свої почуття., налагодити взаємодію з однолітками</i></p> <p><i>-Формулює мету взаємодії з дорослим або однолітком, передбачає її майбутній результат. Володіє словами для прояву ініціативи та припинення розмови; адекватно висловлюється з метою</i></p>
--

Знання закономірностей онтогенетичного становлення і розвитку соціально-емоційної сфери дитини, *по-перше*, дасть педагогу змогу співставити ці дані з результатами обстеження стану її розвитку в конкретної дитини з аутизмом. *По-друге*, таке співставлення, своєю чергою, дозволить виявити ті компоненти соціально-емоційної сфери дитини, що є несформованими або недостатньо сформованими, або мають достатній рівень розвитку на конкретному віковому етапі. *По-третє*, – спланувати індивідуальну корекційно-розвивальну роботу, розпочинаючи з корекції і розвитку тих соціальних і емоційних навичок, які в дитини є найбільш ушкодженими.

При цьому зазначимо, що запорукою ефективності такої роботи має стати як знання педагогом закономірностей онтогенетичного становлення означеної сфери в дитини з типовим розвитком, так і якомога повніші і точніші знання тих особливостей її розвитку, що притаманні дітям з аутизмом. Водночас відмітимо, що визначені нами особливості соціально-емоційного розвитку дітей з аутизмом практично не представлені у відповідній науково-методичній літературі, а скрупульозно зібрані нами з розрізнених аутологічних джерел. Вважаємо ці матеріали важливими, оскільки вони певною

мірою заповняють існуючу прогалину і сприятимуть правильному визначенню напрямів і змісту корекційно-розвивальної роботи.

2. Особливості становлення і розвитку соціально-емоційної сфери дитини з аутизмом

I-ий рівень. Особливості відчуття себе і виокремлення себе з довкілля

Вік немовляти

- Слабо виражені орієнтувальні реакції, пов'язані з харчуванням. Неспецифічні порушення ритму «сон-неспанья». Спроби вимити дитину, переповити підсилюють її занепокоєння, викликають плач і крик. Інші діти, навпаки, місяцями пасивно-байдужі, які б незручності не відчували.
- Відсутня орієнтація на обличчя (погляд) і голос іншої людини. Не здатна виявляти джерело звучання (почувши звук, не крутить головою, шукаючи його джерело). Не надає перевагу звукам людського голосу навіть тоді, коли відсутні інші джерела звучання. Побутові шуми в дитини не викликають звикання, а з кожним разом спричиняють все більший страх і крик.
- Не реагує або недостатньо реагує на лагідні взаємодії з матір'ю: не тягнеться до неї, не прагне на руки, а перебуваючи на руках, не горнеться до неї. Водночас деякі діти можуть агресивно протестувати, зберігаючи пряму жорстку поставу, б'ючи маму головою.
- Із значною затримкою формується зорове і слухове зосередження (не перестає плакати при появі людини). Комплекс поживлення при наближенні дорослого не виявляється загальним моторним збудженням
- Ненадовго може зацікавитися світлою плямою чи яскравим предметом, але практично завжди залишається байдужою до того, що відбувається навколо, монотонно погойдуючись або стукаючи.
- Слабко відчуває своє тіло, не достатньо вміє регулювати свої дії при виборі предмету для ігор, отримання його в руки, використання його для досягнення простого результату. Не розглядає з цікавістю частини власного тіла.

- Підвищена чутливість до швидких рухів, звуків, яскравого світла. Дехто вже в цьому віці виявляє любов до різних затемнених куточків, до самотності.
- Спроби примітивного заспокоєння себе за допомогою ссання пальців, кута ковдри, розхитування., вертіння головою.
- Зрідка зосереджується на обличчі матері, в більшості випадків не відрізняє її обличчя від обличчя інших дорослих. Пожвавлення при появі дорослого не стабільні. Разом з тим, дитина цілком може впізнавати людей. Проте впізнає їх не за обличчям, а за деякими предметами, що належать цим людям і на які малюк звернув увагу.
- Іноді наявні порушення звичного порядку фізичного розвитку, коли дитина, ще не вмючи сидіти без підтримки, може почати самостійно вставати.

Ранній вік

- -Зрідка шукає або використовує підтримку інших людей, в основному, для заспокоєння або співчуття в періоди стреса.
- Відсутнє або нетривале прослідковування поглядом на пряму погляду дорослого, ігнорування його вказівного жесту, спрямованого на предмет або частини тіла дитини.
- Соціально невпорядковані синергії, що виявляються в характерній руховій поведінці: підсилення різноманітних рухових стереотипів, що нагадують гіперкінези (згинання, розгинання пальців рук, біг по колу, підскакування, обертання навколо своєї осі тощо); моторні штампи, однманітне вертіння предметів тощо. У деяких дітей спостерігаються імпульсивні агресивні дії: смикання за волосся, роздирання руки, вдавлювання підборіддям в плече дорослого.
- Збереження форм поведінки, які в цьому віці повинні в дитини щезнути: вертіння перед очима кистями рук, ссання пальців, пустушки тощо.
- Безпорадність дитини в побуті і в елементарному самообслуговуванні (невміння застібнути гудзики, зашнурувати взуття; стійкі труднощі при навчанні малюванню, при викладанні кубиків тощо).
- Із значним запізненням в дитини започатковується формування знань про свої статеві відмінності.

Молодший і середній дошкільний вік

- Дрібні рухи рук –недосконалі, хода незграбна: дитина йде ніби по вузькій дошці – широко розставивши руки, боязко переставляючи ноги і весь час ніби балансує. В діяльності домінують повторювальні рухи. Часто натикається на кути предметів, що провокує в дитини виникнення самоагресії. Характерні імпульсивні, панічні реакції, які часто спричиняють небезпечні дії.
- Рухова незграбність може призвести до того, що її спроба когось, наприклад, обійняти справлятиме враження агресії. Водночас в момент сильної зацікавленості така дитина може виявити чудову спритність, хоча через мить знову стає безпомічною і незграбною.
- Жестикуляція не об'єднується в пластичний гармонійний ансамбль і не являє собою (як це спостерігається в дітей з типовим розвитком) мовленням жестів. Зі значним запізненням освоює жести згоди і незгоди, вітання, прощання, що негативно позначається на можливостях в налагодженні взаємодії з оточуючими людьми.
- Продовження одноманітної поведінки зі стереотипними, примітивними рухами (перебирання пальців, згинання і розгинання плечей і передпліч, розхитування тулубом чи головою, підстрибування навшпиньках тощо).
- Насильницька, патологічна рухова поведінка може поєднуватися з аналогічними, позбавленими для дитини смислу, висловлюваннями.

Старший дошкільний вік

- Не доповнює своїх вражень про навколишній світ, а лише закріплює їх, застрягаючи, як і раніше, на одному об'єкті чи дії, що перешкоджає отриманню нового досвіду. Бачить тільки в тому напрямі, в якому дивиться і тільки ті предмети, на яких затримує погляд.
- Не спостерігається довільне володіння своїм тілом при здійсненні рухів і дій: незграбно іде і біжить, не приймає різноманітні пози, властиві здоровим одноліткам, не чинить перетворень зі своїм тілом, властиві виключно пластиці малолітньої дитини (не зависає на стільці вниз головою, не дивиться на світ крізь свої ноги, зігнувшись навпіл тощо). Не грається зі своєю тією; не спостерігає за тим, «як пустують» її ручки і ніжки, не роздивляється себе в дзеркалі, пильно

дивлячись собі в очі і весело спостерігаючи свої гримаски і рухи.

- Продовжує спостерігатися моторна незграбність руки не використовує для самовираження. Виявляються стереотипні ритмічні повторення тих самих рухів і жестів (розгойдування, почісування, поплескування, кружляння тощо).
- Тілесні контакти у вигляді поцілунків, поглажування, дружніх ляпанців і поштовхів викликають в дитині відразу, незадоволення й агресію.

II-ий рівень. Особливості допуску в свій простір іншої людини Вік немовляти.

- Відсутність матері викликає сильне занепокоєння. Проте в дійсності це перші кроки на шляху до розширення контактів, оскільки через неможливість спілкування з іншими людьми весь запас емоцій і переживань дитина адресує тільки матері. Деякі діти можуть справляти враження достатньо товариських, таких, які до всіх ідуть на руки. Вважається, що для аутичних дітей цього віку взагалі характерним може бути відсутність «страху чужого» і саме з чужими вони можуть бути більш активними, ніж з близькими.
- -Дитина не спроможна вибірково і на більш-менш тривалий час зосереджуватися на об'єктах зовнішнього світу. Не обстежує поглядом обличчя, зовнішній вигляд, одяг членів родини; не робить спроб показувати на їхні очі, ніс тощо.
- Відсутність наслідування спричиняє труднощі залучення дитини в прості ігри, які вимагають елементів показу і повтору та включення її в гру з дорослим («долоньки», «ку-ку», «Іде коза рогата») У більшості дітей спостерігається гіперболізована відокремленість від інших людей.

- Спостерігається достатній розвиток вроджених реакцій гуління і лепету, в одних випадках, і, в інших, – їхня пізня поява або повна відсутність. Разом з тим, і гуління, і лепіт не соціалізуються; звуконаслідувальні комплекси відсутні. Не відбувається переорієнтація захисних реакцій (відсторонення й уникнення) на комунікативні.

Ранній вік

- Під час обстеження предметів використовує дотикові, вестибуляторні і смакові відчуття. Прояви активних форм аутостимуляції (розгойдування, стрибки, лазіння).
- Не звертає увагу на інших дітей, за винятком нечисленних випадків, коли необхідно взаємодіяти з ними (наприклад, хоче взяти той самий предмет).
- Відгороджена від зовнішнього світу невидимим бар'єром, не шукає ласки і не реагує на неї, не тягнеться до інших людей, самотньо грається в дивні ігри і не реагує на спроби дорослих впорядкувати її поведінку. Внаслідок цього виглядає як дитина, яка строго діє тільки у відповідності до закладної в неї програми.
- Дуже чутливе слухове і зорове сприйняття (наприклад, може помітити невелику крапку, почути слабкий звук), що, однак, не сприяє розширенню її меж сприйняття і розуміння навколишнього середовища. Типовою залишається відсутність стабільної реакції на власне ім'я.
- Недостатнє розуміння того, що їй та іншим людям належать різні навколишні предмети. Не повністю розуміє значення власності, не використовує слово «мій». Більша частина дітей не робить спробу використати особовий займенник «Я». Як правило, називає себе по імені або займенниками другої і третьої особи («Катя біжить, вона біжить»). Деякі діти, правильно відповівши на питання: «Як тебе звати?», у вільному мовленні ніяк себе не позначають: «дать...зробить...гулять».
- Не зростає потреба і бажання розширити коло свого спілкування, насамперед з окремими дітьми і дорослими із близького оточення; обмежується особистим середовищем, особистим простором. Вже в цьому віці вражає відгородженість від зовнішнього світу і неперенесення наймізерніших змін в оточенні, несприйняття всього нового і незвичного. - Наполегливо й агресивно відстоює своє бажання бути на самоті

Молодший і середній дошкільний вік

- .Незвичне обстеження оточуючих її людей і власних іграшок – обнюхування, облизування тощо, розташування їх в лінію тощо. Від стосунків з людьми з близького оточення відчуває ніяковість та незручність.
- Не сприймає тілесних доторкань інших людей, які вона сприймає як їхнє втручання в межі свого особистого простору. Водночас деякі аутичні діти прагнуть контролювати поведінку

своїх близьких, перш за все мами, яка в цей час практично не може відлучитися від малюка.

- Дорослий для дитини не стає джерелом різноманітної інформації про правила співжиття, особливості поведінки з різними дорослими та дітьми (старшими, одного з нею віку, молодшими).
- В колі з рідними та близькими дорослими ніколи не розпитує, як, де і чому треба діяти, не орієнтується або слабо орієнтується в колі соціально схвалюваних і прийнятних форм поведінки, не уточнює, як слід вчиняти, «як треба», «як вимагають».
- Не входить у відносно стійкі дитячі об'єднання.
- Не дотримується правил співжиття в родині, не орієнтується в обов'язках кожного члена сім'ї.

Старший дошкільний вік

- Не робить спроб компенсувати відставання або складні порушення в розвитку мовлення за допомогою таких альтернативних моделей комунікації, як жести або міміка. Говорить або надто мало, або надто багато, разом з тим, не здатна включитися в розмову, спостерігається повторювальне мовлення. В результаті в дитини не формується почуття приналежності до певного кола людей, не формується вміння ініціювати або підтримувати взаємозв'язок з дорослим чи іншою дитиною.
- Обмежені, нав'язливі, повторювальні і стереотипні форми поведінки, інтересів і діяльності, специфічні не функціональні ритуали; специфічні повторювальні механічні дії (розмахування руками, крутіння пальців або комплекс рухів тілом), постійні дії з частинами предметів. Ці особливості поведінки є значними, а часто непереборними труднощами для розширення нею меж свого «я», а також зростанню потреби і бажання спілкуватися з іншими дітьми і дорослими.
- Порушення взаємодії з однолітками внаслідок не здатності увійти в загальну гру, прагнення жорстко диктувати свої умови, конфліктність, агресивність.
Труднощі в тих діях дитини, що потребують відрізнити себе від інших об'єктів. Значно затримується процес стабільного віддиференціювання «своїх» від «чужих» та розрізнення свого імені та імен рідних.

III-й рівень. Особливості становлення соціальної взаємодії

Вік немовляти

-Не спостерігаються перші форми взаємодії: дитина не привертає і не утримує увагу дорослого на собі: ні поглядом, ні посмішкою, ні звуками. У відповідь на появу в полі зору обличчя дорослого не посміхається. Коли ж посміхається, то посмішка існує сама по собі, бо спрямована повз людину.

- Єдина людина, через яку дитина зв'язана зі світом, – мати, відсутність якої викликає в малюка сильне занепокоєння. Пізній початок впізнання матері спричиняє пізнє виникнення прихильності до неї, хоча ця прихильність у деяких дітей особливо на першому році життя може бути єдиною і надзвичайно сильно вираженою. Однак не спостерігається потреба в фізичному контакті з матір'ю. Дитина не лементує, не плаче, щоб звернути на себе увагу, зрідка вокалізує під час спілкування з мамою, майже не посміхається їй.

-Постійно виявляє страх всього нового (неофобія), прагнення до збереження незмінності оточуючого простору (феномен тотожності), яке проявляється (навіть у цьому віці) в прагненні до збереження звичної постійності.

-Людське обличчя не стає центром уваги: дитина не вдивляється в нього, не радіє зустрічі з ним, не пов'язує з ним відчуття захищеності і комфорту.

- Відсутні або непостійні реакції на звертання. Тільки зрідка пасивно реагує на різні інтонації при називанні її імені та на вживання пестливих слів, звернених до неї. Не реагує на міміку та вигуки дорослого, позитивно чи негативно забарвлені (не плаче, не відповзає у відповідь на різкий тон дорослого). Не звертає увагу на інших дітей, не робить спроби підповзти до них.

Ранній вік

- Зазвичай, не реагує на своє відображення в дзеркалі: відвертається від дзеркала, ніби не знає, чиє там відображення. Іноді від споглядання в дзеркалі власного відображення виявляє негативні емоції: настороженість, тривогу, страх.
- -Спостерігається відсутність або непостійність відгуку малюка на звертання до нього на власне ім'я, не виконує найпростіших

прохань, типу: «Дай», «Покажи», «Принеси». У цьому зв'язку в ряді випадків в дитини починають підозрювати зниження слуху.

- -Відсутня реакція на можливість розширити взаємодію, наприклад, при спільному маніпулюванні іграшою, «читанню» книжки, спільній їді тощо.

Не розуміє, чого від неї чекають батьки, рідні, однолітки, якою вони хочуть її бачити. Не чітко розуміє різницю оцінок «хороший» і «поганий». Словосполучення «Оля – погана» сприймає не з відтінком страху, незадоволення чи гніву (як це сприймає дитина з типовим розвитком), а зі спокійною байдужістю і навіть із задоволенням. Байдуже сприймає і позитивну оцінку своєї діяльності дорослим.

- -Затримка виділення людини із світу предметів, низька увага до людського обличчя. Зберігаються труднощі сприйняття інших людей і сприйняття себе «очима інших».

Молодший і середній дошкільний вік

- У взаємодії з іншими людьми агресивно і з переконанням у правильності своєї дії демонструє: впертість, непокірність, які найчастіше постають як протест проти домашніх порядків; свавілля як знецінення дорослих, коли дитина сприймає їхні слова і вчинки лише крізь призму своїх інтересів; налаштованість на суперечку з дорослими; деспотизм, за допомогою якого дитина демонструє деспотичну владу щодо всього оточуючого. Водночас з труднощами, але формується ідентифікація дитини з сім'єю.

-Не розуміє, чим вона відрізняється від інших; із значною затримкою формується відчуття «мій – чужий», «такий як я – не такий».

- Не формується розуміння різниці між «я є» і «я повинна бути» з огляду на настанови оточуючих людей. Спостерігаються значні/непереборні труднощі при спробі зрозуміти точку зору іншого і правильно інтерпретувати реальну ситуацію з різних точок зору (в тому числі і з позиції іншої особи).
- Не формується відчуття адекватної дистанції, що дозволяє встановлювати оптимальну відстань з учасником взаємодії.
- Формування статевої самоідентифікації здійснюється зі значним запізненням або в цьому віці не формується взагалі. Окрім того,

як і на більш ранніх етапах розвитку, не завжди на фотографіях впізнає своє відображення і відображення людей з близького оточення і, як правило, не виявляє до них підсиленого інтересу, як це спостерігається в дітей з типовим розвитком.

- В свідомості дитини власне ім'я дуже повільно з'єднується з особовим займенником «Я» для позначення себе самої. Не порівнює себе з іншими, байдуже ставиться (в разі наявності моментів спільної діяльності) до визначення свого місця в колі однолітків

Старший дошкільний вік.

- Науковцями не достатньо з'ясовано, як дитина з аутизмом старшого дошкільного віку ставиться до чужої і своєї зовнішності, статевої належності, власного імені, прізвища; чи пишається своїми чеснотами, чи соромиться вад; чи відчуває задоволення від виконання доступних їй завдань.
- Дитина не демонструє ті види поведінки, що свідчили б про можливість розвитку в неї соціальної зацікавленості в інших дітях, спільну увагу, спільну взаємодію. Внаслідок цього дитині важко ідентифікувати себе з іншими дітьми.
- -В результаті відсутності чітких реакцій дитини на саму себе, а також уявлення про те, як вона виглядає в очах інших людей, в неї, не розвиваються оцінкові уявлення про те, якою вони хочуть бачити її і як вона для цього повинна себе поводити.
- -При деякому розширенні кола спілкування дитині, як правило, не вистачає інтуїтивності, тієї здатності «схоплювати» особливості ситуації і переживання інших людей, які забезпечують успішність взаємодії.
- Спостерігається несформованість відчуття дитиною себе та інших, що значною мірою спричинене або її відчуженістю від навколишнього середовища, або відторгненням її оточуючою реальністю

ІУ-ий рівень. Особливості здатності впливати на оточуюче середовище.

Вік немовляти

-Не намагається криком чи жестом привернути увагу до себе..Не вміє використати свої паралінгвістичні можливості (плач, гукання, лепіт) для того, щоб за допомогою дорослого досягти простого результату (наприклад, взяти предмет для тієї чи іншої діяльності) і одержати його схвальну оцінку. Уникає зорового контакту.

- Виявляє вже в цьому віці негативізм при спонуканні до спільної ігрової діяльності. Не зберігає спрямованість гри, запропоновану дорослим, намагається будь-що наполягти на своєму. Водночас при цьому деякі діти до запропонованої гри можуть виявляти повну байдужість. Розвивається все більша відокремленість дитини від оточуючого середовища.
- -В агресивній формі виявляє бажання не підпорядковуватися вимогам дорослого.
- Не вміє і не прагне опиратися негативним впливам чи за допомогою дорослого ці впливи зменшити. Водночас не формується почуття самозбереження і самозахисту:

Ранній вік

- -Не виявляє зацікавленого інтересу до людей за межами родини, не бажає спілкуватися з окремими дітьми та дорослими, не вміє попросити про допомогу тоді, коли вона потрібна.
- Віддає перевагу (або відстоює в агресивній формі) заняття на самоті (гра з іграшками, розглядання книжки, маніпулювання предметами тощо)
- Типовими є прояви бажань, що не збігаються з намірами дорослих.Не наслідує дорослого, не прагне внести в свої дії елементи його дій.
- Не виявляє власних реакцій з приводу подій, що відбуваються, і свого ставлення до подій і людей, які її оточують.
- Не намагається обов'язково заслужити позитивну оцінку, демонструючи дорослим свої досягнення, не соромиться вчинків, не схвалених дорослими, коли їй спеціально вказують на них і соромлять її. Відсутність впливу на оточення не викликає адекватного почуття незадоволення і спроби змінити свої дії, спробувати ще раз виконати завдання

Молодший і середній дошкільний вік

- .Яскраво виражена емансипація від дорослого не призводить до зміни і покращення характеру їхніх стосунків..

- Уникає брати участь в ігровій діяльності; не виявляє ініціативи, не прагне вплинути на дорослого з метою здобути в ній провідну роль, виявляє підвищену тривожність, образливість, невпевненість в собі. Не вміє і не намагається вигідно продемонструвати себе, свої вміння.
- Самостійна поведінка виглядає як одноманітний набір зовні безцільних, дивних дій. Звичайні дитячі ігри замінює монотонними механічними маніпуляціями з не ігровими предметами (ключами, коробочками, мотузками тощо).
- Деякі діти, прагнучи бути в центрі уваги, водночас залишаються байдужими в сприйнятті навколишнього світу, обмежуючись пасивним його спогляданням і мляво реагуючи на явища оточуючого середовища.
- -Не формується правильна самооцінка, що виявляється в нездатності дитини здійснити елементарний адекватний вибір іншої людини для спілкування, чи видів діяльності, а також вибір свого ставлення до різних людей..
- Не прагне орієнтуватися в людських стосунках, розуміти ставлення до себе інших людей, усвідомлювати необхідність стримування власних ситуативних бажань.
- Не прагнучи до здобуття статусу «Я – хороший», дитина може із задоволенням зосередитися на шокуючих деталях ситуації, неприємних для її близьких. При цьому дитина може розпочати провокувати негативну реакцію дорослого, а роздратування і гнів близьких можуть приносити їй задоволення.
- Труднощі мовленнєвого спілкування з дорослим (як вербального, так і невербального) ще більше гальмують розвиток впливу дитини на інших людей. Як правило, дитина не дивиться людям в обличчя, уникає погляду прямо в очі, виглядає напруженою в присутності інших людей, якщо ті прагнуть вступити з нею в контакт. В інших випадках вона просто «не помічає» людей. Зрідка зосереджується на обличчі знайомих дорослих, в більшості випадків не відрізняє їх обличчя від обличчя інших дорослих. Разом з тим, дитина цілком може впізнавати людей. Проте впізнає їх не за обличчям, а за деякими предметами (або обстановкою), що належать цим людям і на які малюк свого часу звернув увагу.

Старший дошкільний вік

- Не порівнює себе з однолітками, не прагне наслідувати їх, не намагається об'єднатися з ними для спільної діяльності Окрім

цього, дитина недостатньо усвідомлює ставлення до себе різних дітей.

- Не розвивається інтерес до змісту й форм людських взаємин і правил поведінки в суспільстві, який допомагав би позитивно впливати на різні форми взаємодії.
- Не формується елементарна система цінностей, яка допомагала б їй правильно розуміти і відповідно будувати стосунки з дорослими і дітьми..
- Невміння переважною більшістю дітей користуватися стверджувальними і заперечними частками «так і ні» при достатній кількості в мовленні «розумних» слів; засвоєння значення займенника *він* раніше, ніж значення займенника *ти* і тим більше займенника *я*, відсутність вказівного жесту на об'єкти, що цікавлять – все це не дозволяє дитині в адекватній формі впливати на середовище, з яким вона взаємодіє.
- Недостатньо диференціює соціально схвалювану та несхвалювану поведінку, не здатна до правилодоцільності, зазвичай, не визнає свою провину, не хоче поступитися власними інтересами заради спільних. Водночас в неї відсутній спонтанний пошук обміну інтересами, радістю або досягненнями в діяльності з іншими людьми.

У-ий рівень. Особливість соціальної поведінки (керованості в діях і в поведінці)

Ранній вік

- Спостерігається поведінка від переважно не керованої, «польової» (не звертають увагу на предмети, рухаються в невизначеному напрямі, неухважно зачіпають речі, часто не дивлячись на них) до поведінки більш цілеспрямованої, коли дитина менш зосереджена на відчуттях свого власного тіла або на окремих зовнішніх враженнях
- Не вміє регулювати свої елементарні дії для досягнення простого результату (наприклад, при виборі предмета для тієї чи іншої діяльності) і одержання схвальної оцінки від дорослого з близького оточення.

Молодший і середній дошкільний вік

.....

- Не вміє здійснити намір, спрогнозувати майбутній результат потрібної їй елементарної дії, що дитину, загалом, не засмучує. Не відбувається формування вміння регулювати і оцінювати свої дії при їх виконанні.
- Не засвоює правила соціальної поведінки, внаслідок чого не формуються дружні стосунки з однолітками, навіть з тими, які відповідають рівню її розвитку і до яких, за спостереженнями, вона відчуває певну прихильність.
- Відсутні уявлення про те, як вона виглядає в очах інших людей, внаслідок чого не знає, якою б хотіла бути, чим має для цього керуватися і як повинна себе поводити.
- Дорослий для дитини не стає джерелом різноманітної інформації про правила співжиття, особливості і правила поводження з різними дорослими та дітьми, якими вона повинна керуватися.
- Зі значними труднощами пристосовується до нових соціальних умов життя, слабо орієнтується в основних моральних цінностях і вимогах, не керується ними в своїх вчинках.
- Закріплюється стан постійної дифузної тривоги і невмотивованих страхів, а саме: а) надцінні страхи (страх чужих людей, незнайомого середовища); б) страхи, зумовлені афективною і сенсорною гіперчутливістю (до побутових шумів; зорових і тактильних подразників: світла люстри, гудіння бджоли тощо); в) неадекватні марення. Об'єкти страхів дітей з аутизмом важко виявляються, тому необхідно спостерігати за тим, біля якого предмета дитина стає напруженою, або відходить у бік, або починає розгойдуватися. Часто проявляє страх перед дорослими та однолітками, не прагне прихильності, не виявляє симпатію.

Старший дошкільний вік

- Не формується регулювання дитиною своїх дій відповідно до вказівки дорослого. Це спричиняє невміння затримати або хоча б відстрочити виконання свого бажання заради дорослого або іншої дитини чи заради іншої мети. Не формується довільна поведінка, внаслідок чого випадкові дії не поступаються місцем цілеспрямованим. Проте це не впливає на позитивну оцінку дитиною своїх дій.

- Зі значними труднощами пристосовується до нових соціальних умов життя, майже не орієнтується в основних моральних цінностях і вимогах, не керується ними в своїх вчинках, що спричиняє значні труднощі в налагодженні контактів з однолітками. Водночас напружує все складніші життєві програми і відстоює неухильне їхнє виконання. Переконати її в чомусь, що розходиться з її програмою, практично неможливо, всі переконання лише активізують вибудовування системи агресивного захисту. Агресивно і з переконанням у правильності своєї дії демонструє негативізм стосовно спроб включити її в спільну діяльність.
- У дитячій спільноті в дитини виникають власні ритуали, свій порядок керування, який заважає встановленню стосунків суперництва, змагання, що закладені в іграх за правилами.
- Не диференціює соціально схвалювану та несхвалювану поведінку, нездатна до правилодоцільності.
- Не виявляє інтерес і бажання до спільної діяльності з дорослим, не звертається за підтримкою до батьків, не намагається радувати їх своєю поведінкою, не завжди розуміє значення покарання.
- Не прагне запобігти конфліктам з братами та сестрами, не виявляє до них співчуття, проте прагне опікуватися молодшими, захищає їх.
- Не адекватно реагує на слова, дії, вчинки різних людей, не може стримати свою емоційну імпульсивність та агресію.
- Під час контакту з оточуючими помітна підвищена вразливість. Реакцією на невдачу є, як і раніше, ізольованість від оточуючих або негативізм, прагнення залишитися в тіні, непоміченим.
- Відсутня керованість в соціально-емоційній взаємодії: порушення реакції на емоції інших людей; не відповідність поведінки дитини емоційному і соціальному контексту; слабка інтеграція соціальної і комунікативної поведінки, нездатність ініціювати або підтримати розмову.
- При вирішенні проблемної ситуації керується, в перше чергу, виключно особистими інтересами. Не вміє координувати свою діяльність з іншими, не прагне бути авторитетною в очах однолітків. У конфліктній ситуації не вміє і не намагається порозумітися.
- Здатна самотійно зайняти себе на тривалий час, однак віддає при цьому цілеспрямовану перевагу стереотипним інтересам,

поведінці й активності. Стереотипна поведінка, зазвичай, супроводжується негативізмом стосовно запропонованих нових видів діяльності, а також стосовно намагання дорослого скерувати дитину на зміну старих звичок. Як правило, дитина наполягає (часто в агресивній формі) на тому, щоб мати змогу свої зусилля спрямовувати на те, щоб виконати в особливому порядку той чи інший ритуал не функціонального характеру. .

- Дитина не здатна до самовладання, не вмiє придушувати потяги, її поведінка імпульсивна, їй не притаманні комплексні емоційні переживання здорових однолітків. Майже відсутні такі складні переживання, як ревності (як прояв власності), заздрощі, любов, відчуття комічного, подив тощо. Не завжди правильно розпізнає і називає емоції, зображені на малюнках. Ще більші труднощі відчуває при необхідності розпізнати емоції і назвати їх в реальному житті за виразом обличчя людини.
- Для незначної кількості дітей цього віку характерною є часткова здатність до емоційного відгуку. Водночас переважна більшість дітей з аутизмом не володіє емоційно-комунікативними вміннями: не ініціює контакти, не відповідає на ініціативу інших, уникає обміну інформацією, не вислуховує, не бере інших до уваги, не прагне налагодити взаємодію, не дорожить взаєминами.

З метою подолання труднощів соціально-емоційного розвитку в дітей з порушеннями аутичного спектру нами пропонуються декілька взаємопов'язаних напрямів роботи, спрямованих на формування вміння:

- **виокремлювати себе з довкілля** (формування в дитини відчуття власного тіла. Виокремлення з довкілля предметів і маніпуляція з ними. Емоції, що супроводжують маніпуляції);
- **допускати іншу людини у свій простір** (формування відчуття приналежності як власного фізичного тіла, так і приналежності інших предметів та людей. Прийняття іншої людини. Емоції, що супроводжують цей процес – вибіркова терпимість, почуття безпеки, зацікавленість);
- **встановлювати соціальну взаємодію** (усмішки, вокалізації, жести з наміром привернути увагу; вирази обличчя, контакт очей; доступні одиниці висловлювання і розуміння мовлення. Реагування на емоційно-словесну поведінку оточуючих);

- **конструктивно впливати на оточення** (намагання привернути увагу до себе і до своєї діяльності. Здатність до спільної діяльності. Формування проявів перших бажань - "хочу», «не хочу». Відстоювання в різній формі власність – «мoje». Емоції як відповідь на події, ситуації, полярність емоцій);
- **керувати своїми діями і поведінкою** (підкорення соціальним правилам, саморегуляція при вирішенні дитиною своїх життєвих проблем, здатність до спільної діяльності, можливість емоційної рефлексії).

3. Напрями корекційного розвитку соціально-емоційної сфери дитини з аутизмом

А. Загальні поради щодо організації соціально-емоційного розвитку дитини з аутизмом.

При організації і впровадженні змісту зазначених напрямів корекційно-розвивальної роботи важливим є дотримання загальних порад.

а) Поради педагогам і дорослим з близького та далекого оточення дитини.

- У ході спостереження за дитиною звертайте увагу на: а) *зовнішній вигляд* – невиразне, амімічне обличчя; наявність асиметрії або диспластичності; відсутність фіксації погляду; слинотеча, висунутий язик; розмір голови; б) *моторику* – патологічні рухи, сидіння, стояння, хода; в) *емоційно-вольову сферу* – пасивність, інертність, в'ялість, збудливість, рухова розгальмованість, агресивність; г) *гру* – наявність/відсутність, стійкість інтересу до іграшок; наявність/відсутність маніпуляцій з іграшками; адекватне/неадекватне вживання іграшок.
- Намагайтеся відповідати очікуванням дитини. При цьому враховуйте, що діти з аутизмом зрідка чутливі до визнання своїх досягнень дорослим, а негативне чи байдуже ставлення в малюка не викликає (як в дитини з типовим розвитком) бажання з подвоєною енергією вимагати уваги та позитивної оцінки.
- Застосовуйте планомірну співпрацю дитини з дорослим для того, щоб у неї перед очима завжди був еталонний варіант, з яким вона хоча б зрідка пробувала порівняти свій виріб та інші

результати своєї діяльності, а також споглядати дії, рухи дорослого, чути його роздуми. Партнерство з дитиною в різних спільних з нею справах допомагатиме заспокоїти і дати відчуття захищеності.

- Дотримуйтеся з переважною більшістю аутичних дітей постійного їх страхування: будьте готові їх спіймати, підхопити, підкласти руку на небезпечне місце тощо, будьте готові запобігти виникненню ситуації, що провокує фізичну самоагресію дитини. Дієвим способом звести до мінімуму небезпечні дії дитини є їх не підкріплення дорослим своїми бурхливими реакціями (не лякайтеся, не засмучуйтеся, не гнівайтеся). Пам'ятайте, що деякі діти можуть провокувати такі реакції дорослого і при цьому відчувати задоволення і радість.
- Цілеспрямовано опікайте предметну діяльність та гру дитини. У цьому зв'язку забезпечуйте виважене ставлення дорослого до добору іграшок та предметів, продумуйте цілі з позиції міри їхньої складності (мають відповідати віку, можливостям та інтересам дитини), прискіпливо ставтеся до організації і керівництва дитячою діяльністю.
- Враховуйте характерну підвищену зацікавленість дитини до окремих предметів як прояв їхнього страху (наприклад, зацікавленість до електророзетки, сірників); неадекватні марення, страхи під час зміни оточуючого середовища, наприклад, коли дитина не вдома, афективні порушення підсилюються; страхи, обумовлені підвищеною гіперчутливістю (страх сторонніх, малопомітних, зайвих шумів, запахів, яскравих блискучих предметів)
- Враховуйте широкий діапазон особливостей соціально-емоційного розвитку дитини: від практичної відсутності соціальної поведінки (дитина негативує, відвертає погляд від співрозмовника), або обмеженого спілкування, особливо в незвичних умовах (випадково зустрівши погляд когось, різко відвертається, викрикує, закриває обличчя руками) і до вираженого вибіркового спілкування переважно з дорослими (погляд малюка при цьому спрямований «крізь людину»). Разом з тим, враховуйте, що для деяких дітей характерною є здатність дивитися в обличчя співрозмовнику, хоча емоційний контакт при цьому має уривчастий характер, погляд часто спрямований у бік.
- Використовуйте більшу прихильність дитини з аутизмом у ставленні до предметів, ніж до людей. На цій основі

опосередковано налагоджуйте діалог з ними, наприклад, через музичні інструменти, танці, спортивні ігри. Водночас налагоджуйте слухо-вокальну, слухо-рухову та зорово-рухову координацію загальної і дрібної моторики, формуйте доступний для дитини рівень здатності синтезувати їх в одній діяльності (спонукайте дитину до пошуку зліва-справа, зверху-знизу мелодійної іграшки або дорослого, який їй наспівує чи щось говорить тощо).

- Спостерігайте і вияляйте особливості чутливості дитини до сенсорних стимулів підвищеної інтенсивності особливо до звукових. Усувайте з оточення дитини все те, що може налякати її: різкі звуки (ляскання дверима, гуркотіння посудом, сварка, голосна музика); різкі зорові враження (потужні, не захищені джерела світла, раптовий рух в полі зору дитини); різкі запахи, грубі звертання тощо.
- Пам'ятайте, що погляд дорослого, звуки його голосу, наближення і торкання можуть викликати в дитини лише оборонну реакцію у вигляді різних варіантів відсторонення й уникнення (відвертання і відведення очей, небажання слухати, торкатися, вступати в будь-який контакт).
- Підтримуйте елементи спілкування, спроби вступити в контакт, реакції на звертання дорослого. При цьому всіляко враховуйте особливості їхнього здійснення дитиною, оскільки, не зважаючи на те, що дитина «ходить повз людей», вона ніколи не наштовхується на них, може заплакати, коли на неї чи при ній кричать.
- Систематично використовуйте можливості арт-терапевтичних засобів як соціально прийнятної виходу агресивності та негативних емоцій дитини з аутизмом, безпечного способу зняття напруження, зменшення страхів, агресії і жорстокості. Спільна участь в малюванні, в музичних заняттях, в елементарних спортивних іграх сприятиме формуванню відносин емпатії та взаємної підтримки.
- Враховуйте, що чим старша дитина з аутизмом, тим більш песимістичними можуть стати перспективи корекційно-розвивальної і корекційно-виховної роботи., спрямованої на її соціально-емоційний розвиток.

б) Поради матері дитини

- Постійно стимулюйте інтерес дитини до зовнішнього світу. Зацікавлене виконання вами режимних моментів і не байдуже,

лагідне ставлення до дитини, позначення емоційних станів різними звукосполученнями сприятиме емоційному «зараженню» малюка. Це, своєю чергою, поступово викликатиме в неї потребу в контакті і започаткуватиме поступову зміну дитиною свого власного емоційного (часто агресивного) стану.

- Постійно привертайте увагу дитини до своїх дій. Купаючи, одягаючи, оглядаючи тощо дитину, не мовчіть і не ігноруйте дитину, а, навпаки, постійно лагідно стимулюйте її до наслідування. При цьому пам'ятайте, що дитина здатна наслідувати лише те, що в загальній формі вона вже сама може зробити.
- Сприяйте більш легкому проходженню дитиною моменту фізичного відриву від себе з тим, щоб запобігти прояву важких форм «почуття краю», коли дитина стає абсолютно нестриманою, некерованою, неслухняною. Постійно формуйте в малюка «відчуття краю» з тим, щоб він поступово переставав лякатися нового в навколишньому середовищі.
- Враховуйте, що поруч з байдужістю, афективною блокадою (ізоляцією) стосовно вас, можлива також симбіотична форма контакту, коли дитина відмовляється хоча б на деякий час залишатися без вас при тому, що ніколи не буває з вами лагідною.
- На всіх етапах встановлення контакту підбирайте безпечну дистанцію для спілкування і ненав'язливо демонструйте власну готовність до контакту, кожного разу обов'язково починаючи з того психічного рівня, на якому знаходиться дитина.
- Під час тактильного контакту з дитиною говоріть їй про свої почуття, включаючи навіть прояви гніву на її опір. При цьому враховуйте, що аутична дитина здатна розуміти ваші почуття і мовлення. Однак емоційні особливості малюка є перепорою процесу сприймання материнської ласки. Важливо продовжувати усувати дитячий опір такими стимулами, які для неї є емоційно надчутливими, дискомфортними (довгий поцілунок, шепіт у вухо тощо). Разом з тим, застосовуйте певну трансформацію стосунків з дитиною, яку (ситуацію) умовно називають «відпусти», коли дитина намагається уникати тривалих емоційних контактів, обіймів, поцілунків. Проте, враховуючи природну автономію дитини з аутизмом, цю можливість треба використовувати обережно.
- Застосовуйте (як можливий) метод мобілізації дитини до гри без усіляких вимог і інструкцій з метою налагодження емоційно

сприятливого, довірливого контакту, навіть не зважаючи на те, що дитина може не звертати на вас увагу.

- Постійно стимулюйте емоційні реакції дитини на тепло, прохолоду, вітер, барвисте листя на деревах, яскраве сонце, талий сніг, струмки води, спів пташок, зелену траву, квіти; на забруднені місця в природному довкіллі (засмічені, з неприємним запахом, брудною водою) та чисті й затишні галявини тощо. При цьому багаторазово навчайте і заохочуйте дитину використовувати відповідні жести і рухи тіла, вокалізації, недосконалі слова; схвалюйте таку її поведінку.
- Постійно пом'якшуйте недостатню або повну відсутність потреби в контактах, а також активне, часто з агресивним проявом прагнення самотності і відгородженості від зовнішнього світу. При цьому враховуйте, що діти почувають себе помітно краще, коли їх залишають наодинці. Проте приєднуйтеся до дій дитини, а потім тактово наполягайте на спільних діях, наприклад, з предметом, яким грається дитина, з книжкою, яку «разом» читають, з матрійкою, яку по чергово складають, з м'ячем, який по черзі катають тощо.
- Навчайтеся зчитувати її елементарні спроби вступати з вами в контакт і посмішкою (лагідним голосом, ніжним поглядом, обіймами, багаторазовим повторенням її імені тощо) заохочуйте дитину до продовження цього контакту.
- Враховуйте важливість використання різноманітного й яскравого одягу і прикрас (окуляри, капелюхи, намисто тощо), що викликатиме на себе орієнтовні реакції дитини, стимулюючи її дослідницькі дії і привертаючи її увагу до вас.

Б.Завдання соціально-емоційного розвитку дошкільника з аутизмом:

- -розвивайте соціально-емоційні процеси за допомогою спеціальних дидактичних ігор та вправ; максимально використовуйте актуальні можливості аутичної дитини в процесі пізнання світу;
- -формуєте в дитини уявлення про власне тіло, сприяйте в опануванні різновидами життєнеобхідних рухів; вдосконалюйте її вміння володіти власним тілом (орієнтуватись у власній зовнішності, в корисних та шкідливих для її організму впливах);

- розширюйте досвід пізнання дитиною навколишнього світу та елементарне усвідомлення себе в ньому; здійснюйте це відповідно до вікових можливостей та індивідуальних темпів розвитку дитини;
- формуйте уявлення про поняття: рідні, близькі, знайомі, чужі люди, правила поведінки з різними категоріями людей; за можливістю, вдома облаштуйте родинний куточок, в якому помістіть «дерево роду», фотографії та відео сімейних подій; створюйте умови для вправлення в налагодженні взаємин з людьми різного віку та статі;
- формуйте в дитини вміння елементарно оцінювати свої досягнення в повсякденному житті – власні вчинки та особистісні якості;
- знайомте з різними джерелами інформації (книги, журнали, телебачення, радіо, комп'ютер); покажуйте їхню роль в житті людей;

В. Корекція розвитку соціально-емоційної сфери дитини з аутизмом

І. Формування в дитини вміння виокремлювати себе з довкілля.

Вміння дитини виокремити себе з довкілля передбачає **певну сформованість**: відчуття нею власного тіла (незрілої, але, тим не менш, надійної схеми тіла); реакцій на різні подразники; вміння виокремити з довкілля предмети і маніпулювати ними. При цьому важливо всі зусилля спрямовувати на те, щоб збагачення тактильних, вестибулярних, зорових і звукових вражень дитини здійснювалося з метою одержати хоча б короточасну посмішку дитини

а) Розвиток в дитини схеми тіла.

-Для цього застосовуємо, перш за все, **стимулювання відчуттів**, що надходять від окремих частин тіла дитини при лагідних взаємодіях з дорослим. Цього досягаємо за рахунок диференційованого масажу дитини, рефлекторного схоплення й утримання нею м'яких і теплих предметів. Такі дії підготують появу дотикового відчуття, що спонукатиме дитину наштовхуватися і схоплювати однією рукою іншу, схоплювати коліно, відшукати свої

ступні, знаходити великий палець тощо), можливо, обмацувати обличчя дорослого, своє обличчя в положенні на спині, на колінах, на руках у дорослого. У результаті такі дії можуть стати передумовою для формування в дитини потреби в спілкуванні з дорослим.

-Розвиваємо елементарне *відчуття дитиною власного тіла* шляхом відпрацювання в неї відчуття рівноваги, глибинної чутливості, що дає їй змогу відчуті прояви окремих частин тіла. З цією метою дуже поступово і дуже обережно, під тиху музику, в ігровій формі прагнемо викликати в дитини бажання виконувати доступні їй танцювальні рухи (пружинку, бокові переступання), здійснювати повороти кистей рук, обертання, відгукуватися на легеньке відбиття дорослим ритмів на її грудях (з одночасним проспівуванням ритмічної пісеньки). Все це може викликати в неї певне задоволення, радість, захищеність. Викликаємо в дитини посмішку при приємних для неї маніпуляціях (підкиданні, лоскотанні тощо) і хоча б іноді – в разі появи людського обличчя.

-Надалі (за рахунок багаторазових повторень) формуємо *вміння орієнтуватися в схемі власного тіла* («Ось це (відповідний жест) носик Лесика. Покажи, де в Лесика носик?») Можна взяти пасивну руку дитини і спрямувати до її носика. При цьому починаємо стимулювати в дитини бажання роздивлятися своє відображення в дзеркалі. Потім формуємо увагу малюка до обличчя членів сім'ї («Де в Лесика носик? А де носик у мами?») тощо). Результати такої роботи значною мірою залежать від стану розуміння малюком зверненого до нього мовлення. Тому мова дорослого має бути максимально адресованою дитині і включати в себе схвалення, які стосуються її особистості, а також позитивну оцінку її дій («Лесик – молодець, носик правильно показав») і з частим називанням дитини на ім'я.

-Відпрацьовуємо *вираз обличчя, пози і жести тіла*, формуємо мовлення в поєднанні з рухами тіла, включаючи біг, стрибки, зорове зосередження на одних і тих самих об'єктах (шалик, розміщений між дитиною і дорослим, повітряна кулька тощо). Така робота готуватиме поступовий розвиток в дитини вміння використовувати невербальні типи поведінки як засобу регуляції соціальної взаємодії.

-Довготривало, з багаторазовими повторами формуємо в дитини **передумови не уникати погляду в обличчя людини**. Спочатку тактовно змушуємо дитину, хоча б на протязі короткого часу, спостерігати за предметами, що рухаються дорослим (горизонтально, падають з висоти); фіксувати їх поглядом, шукати предмет, що зник; стежити за ігровими діями інших дітей, не приєднуючись до них; не відвертатися, коли її покличуть, а почувши ім'я матері, повертати голову на знайомий голос; реагувати на «Іди до мене», піднімаючи ручки, а також протягувати руку, щоб показати, що вона тримає в руці, посилати повітряні поцілунки тощо. Формуємо в дитини вміння жестом вказувати на предмети на прохання дорослого.

-Навчаємо дитину **адекватно сприймати і обстежувати живі і неживі предмети** оточення: не обнюхувати, не облизувати тощо. Основним завданням при цьому є навчання дитини прийомам наслідування. При цьому імітація на ранніх етапах в основному – невербальна, на пізніших – невербальна і вербальна. Імітаційна підготовка полягає в навчанні малюка спостерігати за тим, як інші діти сидять, їдять, стрибають, малюють тощо. В результаті в дитини шляхом показу-демонстрації і прямого заохочення до наслідування й відтворення рухових дій дорослого розвиваємо довільні рухи. Відпрацювану навичку відшліфовуємо вдома ще до того, як дитина почне брати участь в нетривалій колективній діяльності за межами родини.

-Коригуємо **рухову польову поведінку** дитини (наприклад, блукання по кімнаті без будь-якого заняття) за допомогою введення в її нецілеспрямовану діяльність простих маніпуляцій з сенсорним ігровим матеріалом. Водночас постійно коригуємо зростаючу капсуляцію (відокремлення) дитини, яку вона здійснює за допомогою рухових стереотипів при взаємодії з оточенням (особливо при здійсненні режимних моментів) і набору аутостимулюючих дій (розхитування, стрибків, трясіння руками тощо).

б) Розвиток в дитини відчуття руки.

-Систематично розвиваємо **дрібну моторику руки** дитини: вміння щось попросити, протягуючи руку і виконуючи хапальний жест

(розкриваючи і закриваючи долоню), продовжуємо досить тривалий час гратися з дитиною у схованку (ховати обличчя долонями). Надалі вчимо утримувати іграшки (однією, двома руками), відпускати іграшки, виготовлені з різних матеріалів (дерева, гуми, тканини., поліетилену). Коригуємо нав'язливі рухи рук, характерні для аутичної дитини: вертіння перед очима кистями рук, ссання пальців тощо .

-Враховуємо **більшу прихильність дитини у ставленні до предметів**. У цьому разі саме рука може допомогти встановленню контакту дорослого з аутистом (відомо, що коли аутист потребує допомоги, то починає тягнути дорослого за руку). Фактично в цьому випадку **дитина звертається саме до руки**, за якою, зрештою, не завжди бачить людину. Застосовуємо комплекс завдань, спрямований на розвиток кінетичної організації рухових дій дитини. Цю роботу можна розпочати з нескладних (але не для аутичної дитини) завдань – навчання навичкам самообслуговування і навичкам побутової поведінки (миття рук, умивання і чищення зубів, сортування білизни в комоді; витирання пилу тощо). Надалі переходити до формування все складніших кінетичних програм, спрямованих на розвиток моторної сфери дитини. У дітей старшого віку **коригуємо вади осмислення предмета** як об'єкта маніпуляцій і цілеспрямованих дій. Для цього в дитини формуємо, перш за все, вміння орієнтуватися в квазіпросторовому полі (збирати пазли, вкладинки, робити витинанки, відкривати засуви, наливати рідину) і при цьому намагатися, наскільки це можливо, узгоджувати рухи різних частин її тіла.

-Спонукаємо дитину **перерозподіляти пальці руки на іграшці** за допомогою різних за величиною, товщиною й об'ємом предметів; захоплювати предмет двома, трьома пальцями. Для розвитку **тактильної чутливості руки** підбираємо предмети, різні за своїми якостями (матеріалом, фактурою, щільністю, пружністю); використовуємо ігри з дитячим кремом, який малюк може розмазувати на різних поверхнях (люстерку, гумовому килимку, мисочці). Розвиваємо **координацію рухів руки** шляхом навчання дитини викладати, а потім складати у відерце різні предмети, знімати

і нанизувати на стержень кільця пірамідки, роз'єднувати на частини мотрійки, бочечки, дерев'яні яйця, формочки для піску тощо.

в) Формування в дитини реакції на різні подразники довкілля (слухові, зорові, тактильні, нюхові) в процесі сприйняття предметів і маніпулювання ними.

-Активізуємо слухові, зорові, тактильні *компоненти «комплексу поживаавлення»* за допомогою гри-забави з повітряними кульками різного кольору, наспівування дитині пісеньок, наспівування тих голосних звуків, які є в мовленні дитини, читання віршованих потішок. При цьому по черзі використовуємо як ігри, що викликають «комплекс поживавлення», так і мовчазну присутність дорослого в полі зору дитини.

-Планомірно розвиваємо в дитини *вміння прислуховуватися до голосу дорослого*, шукати і знаходити очима джерело звучання. Використовуємо: дитячі пісеньки, казочки, віршики, змістом яких передбачена зміна голосу дорослого, його міміки («Медведик-клишоногий», «Сіренька кішечка», «Сопілочка» тощо).

-Розвиваємо шляхом багаторазових і довготривалих повторень *слухове передбачення* – вчимо прислуховуватися до невидимих іграшок, предметів, що звучать; прислухатися до низького і високого звучання музичних інструментів, до танцювальних і спокійних мелодій. Вчимо розрізняти та орієнтуватися на інтонацію: лагідну і сувору, питальну і спонукальну, а також інтонацію заборони і заохочення. Враховуємо в корекційній роботі те, що більшість дітей з аутизмом мають хороший слух і *особливий потяг до музики*, що сприятиме появі в дитини (в разі вдалих музичних спроб) впевненості в собі, почуття радості і задоволення. Коригуємо підвищену реакцію дитини на слухові подразники. При цьому враховуємо, що малюк водночас може бути дуже чутливим до слабких подразників (не переносять шум побутових приладів, капання води тощо).

-Багато часу надаємо розвитку в малюка *зорового передбачення* – стану чекання того, що предмет ось-ось з'явиться в певному місці, вміння знаходити напівзаховану іграшку, потім – повністю заховану.

Надалі спонукаємо дитину чекати на появу іграшки, заховану в іншому місці. Вчимо дитину слідкувати за рухом іграшки, що падає.

-Розвиваємо *зорові диференціації кольору і форми*, стимулюємо зорове зосередження на предметі, формуємо *сенсо-моторні функції* (розміщення вкладишів, близьких за формою у відповідних отворах, нанизування кілець, що змінюються за величиною, розкладання однорідних предметів різної величини на дві групи тощо).

-Паралельно із застосуванням індивідуальних програм з розвитку в дитини вміння виокремлювати себе з оточуючого середовища, створюємо умови для *стабілізації її емоційної сфери*, яка продовжує знаходитися в ослабленому стані. З цією метою важливо використати *метод групової терапії*. В даному разі цей процес спрямовується на підтримку дитини ритмом групи, яка приймає його як собі подібного. В результаті такої роботи є вигодою того, що прояви деструктивної емоційної поведінки аутичної дитини можуть розчинитися в груповому процесі. Для цього використовуємо ігри для розвитку вміння *орієнтуватися в оточенні* із залученням «сюжетних» іграшок (собачка, яка з'являється і втікає, гуси, які плавають, зайчики, які скачуть; показ вкладання ляльки спати, годування кішки). Ці ігри не тільки сприятимуть розвитку загальної і дрібної моторики дитини, її сенсорних вмінь, а також формуватимуть розуміння нею зверненого мовлення, правил співпраці з дорослим та іншими дітьми (наприклад, кошеня спочатку годує дорослий, потім дитина, знову дорослий, а потім знову дитина) і стабілізації її емоційного стану.

II. Формування в дитини вміння допускати Іншого (предмету, людини) у свій простір . (Розвиток відчуття приналежності малюку як власного фізичного тіла, так і приналежності інших предметів та людей. Прийняття іншої людини. Емоції, що супроводжують цей процес – вибіркова терпимість, почуття безпеки, зацікавленість).

а) Формування в дитини відчуття приналежності їй об'єктів оточуючого середовища

-Розвиток відчуття *приналежності різних предметів* навколишнього середовища здійснюємо з урахуванням труднощів розуміння аутичною дитиною зверненого мовлення. Спочатку розвиваємо в малюка *вміння обстежувати навколишнє середовище* і орієнтуватися в його предметному світі. Цю роботу здійснюємо за допомогою багаторазових повторень і спираючись на коментуюче та звернене мовлення дорослого, перш за все, матері: «Подивись, це (відповідний жест) – годинник. Годинник каже: цок-цок. Де годинник?»; «Пташка (відповідний вказівний жест дорослого). Яка гарна пташка». «Де пташка? Покажи» тощо). Формуємо в дитини елементарний інтерес до іграшок та до інших, оточуючих її, предметів. Далі вживаємо назви тих предметів, які їй добре відомі («Це – лялька. Лялька – твоя. Де твоя лялька? Покажи»).

-Започатковуємо досить рано надзвичайно обережну диференційовану роботу, спрямовану на *подолання пристрасті дитини до якогось одного предмета*. Така пристрасть значно обмежує процес формування в дитини вміння обстежувати наколишнє середовище. Разом з тим, відомо, що на початку вона відіграє важливу роль в патологічному пристосуванні аутичної дитини до оточуючого середовища, яке постійно змінюється. Тому деякі пристрасті до предмету необхідно використовувати як той єдиний канал, через який можна встановити контакт з дитиною.

-Забезпечуємо (за допомогою багаторазових, довготривалих повторень ситуації) *звикання дитини до людей, які оточують матір* і яких малюк починав би сприймати як її продовження. Поступово здійснюємо відлучення дитини від матері на все триваліший час. Формуємо адекватну поведінку в менш стабільних і більш складних (ніж домашні) ситуаціях: вихід в гості, поїздка в транспорті, зустріч з іншими дітьми на ігровому майданчику тощо. Тобто, всіляко, за допомогою різних методів сприяємо менш болісному виходу дитини за межі звичного для неї родинного кола. Формуємо таку поведінку дитини, яка б допомогла зменшити її агресивні реакції, спрямовані на себе та інших (спалахів гніву, стереотипних дій, що спричиняють шкоду як малюку, так і іншим).

-Формуємо в дитини *елементарний образ себе й Іншого* (узагальненого образу людини) за допомогою ігор, спрямованих на: спостереження в люстерці і впізнання дитиною себе й інших дітей і дорослих; на формування ставлення дитини до свого дзеркального відображення і до відображення інших людей; розвиваємо її *поведінку перед дзеркалом в різних ситуаціях*. Коли дитина почне реагувати на дзеркало і на своє відображення в ньому, тоді дорослий, показуючи на її відображення у дзеркалі, називає її ім'я: «Подивися, хто там? Це – Оксанка. Де Оксанка? Покажи». При цьому, якщо хтось з дітей на початку цієї роботи може навіть не подивитися на своє відбиття в дзеркалі і прагне зайнятися чимось іншим, проте рано чи пізно малюк почне виявляти інтерес до свого відображення. Тільки після цього до гри «Хто в дзеркалі?» приєднуємо дорослих, а потім і дітей з близького оточення дитини. При цьому важливо знайти слухний момент. Робимо спроби викликати *інтерес до людей, які носять таке ж ім'я, як і в малюка*. У цьому випадку дорослий говорить: «Послухай. Ти – Оксанка. І цю дівчинку звати Оксанка. Ось як! Вас звати однаково – Оксанка. Як звати тебе і цю дівчинку? Оксанка. Молодець». Гладимо по голівці. Зрозуміло, що ефективність такої роботи знаходиться в прямій залежності від ефективності логопедичної роботи.

-Всіляко підтримуємо намагання дитини (за наслідуванням чи самостійно) *означити іншу людину певним буквосполученням*, а потім назвати її ім'я. Розвиваємо увагу до іншої людини (до її зовнішності і дій) і вміння наслідувати її елементарні дії. На цій основі в подальшому можливе здійснення формування в дитини вміння вносити елементи самодіяльності у власні функціональні та ігрові дії.

-Коригуємо слабку здатність/нездатність *диференціювати живі і неживі об'єкти*, що, зокрема, послабить її агресивну поведінку стосовно іншої дитини, яку вона може сприйняти як ляльку. Навчаємо дитину адекватним методам сприйняття і обстеження живих і неживих предметів оточення. Основним завданням при цьому є навчання малюка *прийомам наслідування дій дорослого*. Важливо, щоб і дорослий по можливості приєднувався до відображальних дій

дитини та імітував їх. Навчаємо дитину *впізнавати себе й близьких дорослих на фотографіях*. Малюкові почергово і багаторазово показуємо на фотографіях зображення мами, тата, бабусі, дідуся, знайомих дорослих, інших дітей, а потім пропонуємо: «Покажи, де мама, де дідусь, а де Катруся?». Далі відпрацьовуємо в дитини вміння впізнавати себе на фотографіях, серед зображених на них не тільки дорослих, а й інших дітей, а також впізнавати себе в більш ранньому віці. У даному разі не потрібно просто змушувати дитину виконувати пряму інструкцію, оскільки вона більш за все не буде на неї реагувати. Бажано, щоб прохання дорослого накладалося на дію, що вже дитиною здійснюється (коли, наприклад, дитина просто роздивляється фотографії). При цьому необхідно враховувати, що для дитини особливо цікаво впізнавати себе на фотографіях, де вона зображена в молодшому віці. Допомагаємо дитині порівнювати зображення на фотографії з собою в даний момент, помічати зміни в зовнішньому вигляді тощо.

-Розвиваємо (спочатку хоча б на нетривалий час) *прагнення і вміння демонструвати увагу до інших дітей*. Відмічаємо ті ситуації, коли малюк підходить до іншої дитини, намагається дивитися їй в обличчя, вимовляє певні звукосполучення. Заохочуємо дитину використовувати жести (наприклад, торкнутися іншої дитини) з метою привернути до себе її увагу. Таку поведінку малюка дорослий не повинен залишати не поміченою, а кожного разу підтримати тією чи іншою вираженням (обійняти, погладити по голівці, дати цукерку, посміхнутися тощо).

-Загалом, з метою полегшення допуску дитиною з аутизмом у свій простір іншої людини *важливо цей процес здійснювати в соціальній взаємодії декількох типів*. Це: «дитина-дорослий», «дитина – група», «дитина – суспільство». Зважати на кількість взаємодіючих індивідів: між двома індивідами (мати – дитина, дитина – дорослий, двоє однолітків, з яких один може бути як аутичною, так і дитиною з типовим розвитком); між трьома особами (мати – батько – дитина; дорослий – одноліток – дитина). При цьому визначаємо, який тип взаємодії є найбільш комфортним для конкретної дитини для

вироблення в неї навичок взаємодії та формування уявлень про свої досягнення, якості, вчинки в порівнянні з іншими.

б) Формування в дитини відчуття власності

-Формуємо в дитини **вміння розрізняти приналежність предметів** їй і членам її сім'ї, стимулюємо елементарні прояви в неї почуття того, що певні предмети належать саме їй, тобто формуємо почуття власності. Для цього використовуємо ситуацію, коли в малюка хтось забирає її іграшку. Тоді дитині треба пояснювати, що свою іграшку вона має відстоювати, міцно тримаючи її в руках. Ймовірно, що втрата іграшки породить в дитини думку про те, що іграшка належать саме їй. Чинячи опір, дитина впевнюється *в знаннях про те, що щось, з чим вона діє, належить їй*. Бажана поведінка дитини повинна бути змодельована і повторена багаторазово. Важливо при цьому формувати в дитини також розуміння того, що в неї є своє місце за столом, свій куточок для гри, свої ліжечко, чашка, одяг тощо, а, отже, сприяти розвитку уявлення дитини про себе як володаря певних речей. Це не прояв жадібності, себелюбства, як іноді інтерпретують таку поведінку малюка дорослі, а зростання його знань про себе і про навколишній світ. У подальшому житті оцінкові уявлення, доступні його розумінню, він зможе переносити на аналогічні ситуації в новій групі осіб, з якою, можливо, повинен буде спілкуватися.

Одночасно необхідно навчати дитину *рахуватися з аналогічними правами інших людей*. З цією метою використовуємо гру, завданням якої є сформувати в малюка вміння просити чогось в однолітка.

-Запобігаємо/коригуємо **фіксацію циркулярних (кругових) реакцій**, що виникають в дитини в результаті захоплення нею певними сенсорними відчуттями (не намагається навантажити і возити машинку, а продовжує від дня на день крутити її коліщата; не будує башту з кубиків, а стереотипно розкладає їх в одноманітний горизонтальний ряд тощо). Це негативно впливає на можливість формувати в неї знання про різні предмети і розширювати межі приналежності їй цих предметів. Основна вимога при здійсненні цього напряму корекційної роботи – не порівнювати дитину з

іншими. Це стосується в рівній мірі як негативних порівнянь («Цю машинку братик навантажив краще за тебе»), так і позитивних («Твоя машинка – найкраща»). Похвала важлива, але і тут треба уникати порівнянь, виключенням є порівняння дитини з нею самою, коли є поліпшення в чомусь («Сьогодні свою машинку ти навантажив краще, ніж учора»).

-Формуємо в словнику дитини (спочатку в імпресивному, а потім і в експресивному) слово «Мій». При цьому пам'ятаємо, що займенники в активному мовленні і в дитини з типовим розвитком з'яляються відносно пізно. Діти ж з аутизмом на протязі довгого часу говорять про себе, використовуючи в основному першу і другу особу однини або позначають себе словами хлопчик чи дівчинка. Тому формуємо в дитини займенник «Мій» після певним оволодінням нею займенниками «Він», «Вона», «Я». Цю роботу здійснюємо, навчаючи дитину називати: а)членів родини («Моя мама, Мій тато, Мої дідусь і бабуся»), б)власні частини тіла перед дзеркалом («Мій рот, мій ніс, мій лікоть, моя нога, моя рука, моє око, моє волосся), а потім – в) предмети, що належать їй («Моя собачка, моя пірамідка, моє платтячко). Подальша робота спрямовується на оволодіння дитиною вмінням називати членів родини, частини тіла і предмети, що належать іншій особі («Твій тато,Твоя бабуся, Твої родичі»). Це започаткує зміну ставлення дитини до себе і до інших і формуватиме в неї відчуття своєї приналежності до певної групи людей.

III.Формування в дитини соціальної взаємодії з навколишнім середовищем (усмішки, вокалізації, жести з наміром привернути увагу; вирази обличчя, контакт очей; доступні одиниці висловлювання і розуміння мовлення. Реагування на емоційно-словесні контакти з оточуючими).

У процесі цієї роботи дорослі мають бути готовими до відчуття в них *відсутності хоча б невеликого руху* в налагодженні ними взаємодії дитини з оточуючим середовищем Проте, не зважаючи на це, мають планомірно і цілеспрямовано здійснювати її шляхом привертання уваги дитини до самої себе, до дорослих, до інших дітей.

а) Привертання уваги дитини до дорослих людей

-Розпочинаємо формкування цього процесу шляхом *приєднання дорослого до стереотипної поведінки малюка*, що полекшить йому встановлювати контакт очей, розвивати взаємодію, дасть можливість долучатися до дитячої гри. При цьому дорослий підхоплює зацікавленість дитини так, начебто сам цікавиться саме тим предметом чи тією ситуацією, на яку дитина звернула увагу. З цією метою йому необхідно, так би мовити, «підключитися» і спробувати за допомогою емоційного коментаря надати нового смислу тому, з чим дитина діє чи на що дивиться. Вчимо дитину переходити до елементарної спільної діяльності з дорослим, підпорядковуючись хоча б деяким його вимогам. Водночас намагаємося формувати в дитини вміння звертатися до дорослого з близького оточення за допомогою, дивитися на нього, відшукувати його поглядом, розуміти його ситуативні невербальні підказки (жести, інтонацію, напрям погляду тощо). Постійно звертаємо увагу малюка на інших людей, особливо в зв'язку з тією чи іншою емоційно-комунікативною ситуацією.

-Формуємо в дитини *вміння зосереджуватися на обличчі* матері за допомогою того сильного занепокоєння, яке в неї викликає відсутність зв'язку з матер'ю і задоволення, коли вона з'являється. Намагаємося всіляко спрямувати погляд дитини на обличчя матері, формуємо здатність реагувати на її емоційно-словесну поведінку – на різні тембри її мовлення і на пестливі слова, звернені до дитини. За допомогою різних методів здійснюємо систематичне формування в малюка прихильності до матері

-Цілеспрямовано, в процесі будь-яких спільних ігор чи дій забезпечуємо *взаємодію дитини з близькими дорослими*. Багаторазово формуємо в дитини бажання хоча б епізодично експериментувати з частинами обличчя дорослого, його тіла, одягу; обстежувати волосся, гладити його, не агресивно щипати, розтягувати ніс і вуха, стукати по кінцівках дорослого руками й ногами. Водночас на етапі встановлення контакту підбираємо безпечну дистанцію для спілкування і ненав'язливо демонструємо власну комунікативну

готовність, кожного разу обов'язково починаючи з того психічного рівня, на якому знаходиться дитина. Надалі формуємо **в дитини ідентифікацію і диференціацію з сім'єю** за допомогою розвитку почуття приналежності і захищеності, що може стати основою її спокою.

-Застосовуємо до деяких дітей метод утримування, форсованої терапії з метою досягнення (чи спроби досягнення) майже насильницького **утворення фізичного зв'язку між дорослим і дитиною**. Такий метод дозволить значною мірою (незважаючи на несприйняття дитиною тісного контакту) **розвинути в неї відчуття і звичку деякого комфорту**. Цей підхід включає в себе приучування дитини до контакту з іншими людьми за рахунок включення тактильних відчуттів до того моменту, поки дитина не відчує приємність такого спілкування, не дивлячись на своє початкове їхнє несприйняття. Особлива роль при цьому належить матері, яка поступово допомагає дитині сприймати тих членів сім'ї і чужих людей, з якими дитина може взаємодіяти. На цьому етапі можливе започаткування освоєння дитиною такого поняття, як «ТИ» (узагальненого образу іншої людини).

-Формуємо дії, спрямовані на вміння дитини **розрізняти імена рідних людей і відрізняти імена «своїх» від імен «чужих»**. У взаємодії малюка з іншими людьми, які часто називають його статтю і ім'я, розвиваємо в нього відчуття безпеки і довіри. Формуємо вміння відкликатися на своє ім'я, вимовляти своє ім'я або відповідне йому звукосполучення; демонструвати різне реагування на власне і чуже ім'я.

б) Привертання уваги дитини до самої себе

-Вчимо дитину у взаємодії з дорослими **реагувати на власне ім'я, вимовлене ними з різною інтонацією**. Для цього з імені дитини потрібно розпочинати як звертання до неї із заохоченням («Петя – хороший хлопчик!»), так і осуд за його недозволені дії.

-Формуємо в дитини (із застосуванням для цього в основному невербальних прийомів побудови контакту) вміння **реагувати на своє**

і чуже відображення в люстерку: зацікавлено роздивлятися, спостерігати за діями, реагувати на міміку дорослого, на питання «Де Катруся?» вказувати на своє відображення в дзеркалі. Використовуємо з цією метою гру зі зміною зовнішнього вигляду дитини з наступним її самовпізнанням.

-Формуємо в дитини *відчуття присутності іншого*. Усвідомлення того, що його присутність не є загрозовою сприятиме виникненню і розвитку в малюка почуття безпеки і довіри до перебування в спільному просторі з іншим. Формуємо елементарні соціальні навички (прощання «Пока-пока», «Бувай-бувай», вітання тощо) з метою послаблення відгородженості дитини від оточуючого світу і захищеності, що може стати основою її спокою.

в) Привертання уваги до інших дітей

-Водночас, починаючи з віку немовляти, формуємо і розширюємо простір «Я» дитини за рахунок *становлення контактів з іншими дітьми*. Для цього дорослий лагідно розмовляє з тією дитиною, на яку зрідка дивиться аутична дитина. Якщо зорове зосередження викликати не вдається, то дорослий, підтримуючи аутичну дитину, злегка підштовхує до іншої дитини й обхоплює руками її обличчя. Інший спосіб допомогти дитині зорово зосередитися – показати цікаву яскраву іграшку з боку іншої дитини. Формуємо посильні засоби взаємодії дітей (дотик, користування тими чи іншими невербальними діями, регуляція інтонацій та інші просодичні елементи). Розвиваємо *спільну увагу і спільну взаємодію з іншими дітьми*, прагнення і вміння, хоча б на нетривалий час включатися в різні види ігор.

-Формуємо в малюка *статеву ідентифікацію і диференціацію* за допомогою використання спеціальних ігор та іграшок. Оволодіваючи спочатку статевою ідентичністю, дитина визначає себе й іншу дитину як «хлопчика» або «дівчинку», а надалі – формуємо в неї прагнення поводитися відповідно до своєї статевої приналежності.

-Розвиваємо *здатність ідентифікувати себе з іншою людиною*. Завдяки ідентифікації дитина певною мірою почне звертати увагу на

почуття дорослого чи іншої дитини, на їхні переживання, можливо, спробує поставити себе на їхнє місце.

-Культивуємо і *підтримуємо прояви симпатії та прихильності* дитини до однолітків, запобігаючи при цьому виникнення проявів емоційної та фізичної агресії.

1У.Формування здатності конструктивно впливати на оточуюче середовище. (Формування елементарних умінь наслідувати позитивну поведінку дорослих і дітей; адекватно впливати на іншу людину з метою привернути її увагу до себе, до своєї діяльності; в доступній формі адекватно емоційно відповідати на події, ситуації та емоції іншої людини тощо).

-Підтримуємо найменше прагнення дитини *наслідувати позитивну поведінку* дорослих і однолітків, намагання об'єднатися з ними для спільної діяльності. Підживлюємо інтерес малюка до змісту і форм людських взаємин і *особливо до правил поведінки в суспільстві*.

-Розвиваємо здатність орієнтуватися в тому, що для її Я є корисним, а що шкідливим, навчаємо опиратися негативним впливам і самостійно зменшувати ці впливи; *осягати значення слова «мій»; проявляти ревності* («Це мій м'яч», «моя мама» тощо).

-Формуємо в дитини вміння *брати участь в ігровій діяльності*, виявляти ініціативу, прагнення здобути в ній провідну роль, вигідно продемонструвати себе, прагнення отримати схвалення. Започатковуємо виникнення в дитини особистої дії, що ґрунтується на певній самостійності та об'єктивується вимогою «**Я сам**». Надаємо цим діям малюка незмінно позитивну оцінку.

-Навчаємо дитину *аналізувати («вираховувати») свою і чужу поведінку*. Таку роботу в її елементарній формі необхідно розпочинати якомога раніше. При цьому враховуємо, що дитина з аутизмом цього віку вже здатна проаналізувати ситуацію (в деяких випадках навіть краще, ніж здорові однолітки). Проте, поки вона зрозуміє, що відбувається, ситуація вже змінюється і її дії виявляються недоречними. При цьому допомагаємо дитині справлятися з можливими різкими спалахами гніву і відходу від

спілкування, що виникатимуть внаслідок можливих насмішок з боку оточуючих.

-Систематично і цілеспрямовано здійснюємо **коригування відмови дитини підкорятися вимогам до неї**: агресивно наполягати на своїх вимогах; агресивно протестувати проти порядків, заборон, звичаїв, що панують вдома; намагання діяти лише по-своєму тощо. При цьому, як ми вже підкресливали, необхідно враховувати те, що агресивні тенденції дитини з аутизмом не повинні розцінюватися лише як однозначно негативні, оскільки часто виконують захисну функцію від нестерпних для неї впливів середовища.

-Формуємо в дитини розуміння того, що її батьки, вчителі, друзі **хочуть бачити її «саме такою»**, «саме хорошою» (розвиваємо в дитини образ себе), формуємо розуміння різниці між «я – хороший» і «я – поганий». Пояснюємо, що завдання не завжди і не відразу можна виконати добре, що навіть дорослі люди можуть виконати щось погано, але потім постаратися і виконати його добре, без помилок. При здійсненні всіх видів роботи пояснюємо їй ситуацію взаємодії як безпечну і потрібну для того, щоб вона стала «ще кращою». Активно використовуємо спільні заняття із залученням музичних, арт-терапевтичних засобів і ігор з пластичними матеріалами, що (в разі вдалих спроб) підвищуватиме її адаптаційні здібності до повсякденного життя, формуватиме вміння адекватно впливати на учасників взаємодії.

-Вчимо **реагувати і прив'язуватися до оцінок дорослого**, визначати, що і як в неї вийшло, оцінювати елементарний результат своєї діяльності. Водночас враховуємо, що критика, глузування може призвести до того, що дитина все більше віддаватиме перевагу самотності, виялятиме підвищену образливість, тривожність, невпевненість в собі.

-Підтримуємо найменші **бажання наслідувати дорослого**, вчимо вносити в свої дії елементи самодіяльності (зачекати, поки дорослий не підійде, не піддаватися істеричі в разі відмови в чомусь бажаному). Вводимо в доступну ігрову діяльність дитини елементи рольової гри з відображенням в них нескладних людських стосунків. Вчимо дитину

ементарному вмінню переходити до спільної діяльності з дорослим, наслідувати дорослого, бути схожим на нього, відтворювати його емоційні поведінкові реакції. Розвиваємо в дитини **уміння впливати на оточення**: будь-якими засобами привертати увагу дорослого до себе, правильно реагувати на його прохання: «Не плач», «Заспокойся» тощо. Формуємо невербальні засоби спілкування, в першу чергу, дейктичний жест, що супроводжується відповідною емоцією дитини. Відпрацюємо можливість адекватно використовувати стверджувальну і заперечну частку «так» і «ні» в супроводі доступних їй емоційно-виразних реакцій.

-Формуємо **вміння розпізнавати і відповідно реагувати на прості емоції** оточуючих людей і позначати їх різними звукосполученнями. Формуємо елементарні навички розуміння малюком форм емоційної поведінки матері й інших дорослих з близького оточення. Стимулюємо відтворення елементарного комплексу емоційних поведінкових реакцій у спілкуванні з матір'ю. Формуємо в дитини вміння перед дзеркалом **наслідувати вираз обличчя дорослого**, віддаючи перевагу веселій і смішній міміці.

-Всіляко підтримуємо наявні в більшості дітей з аутизмом окремі розрізнені реакції на звертання дорослого, **спроби вступити в контакт, наявність найменшого спонтанного пошуку обміну радістю**, інтересами чи досягненням. При цьому враховуємо особливості їхнього здійснення – не зважаючи на те, що дитина «ходить повз людей», вона ніколи не наштовхується на них, може заплакати, коли на неї чи при ній кричать.

-Допомагаємо пристосовуватися до нових соціальних умов життя, **орієнтуватися в деяких моральних вимогах**, враховувати їх в своїх вчинках, диференціювати соціально схвалювану та несхвалювану поведінку. Це пом'якшить значні, а інколи непереборні, труднощі в налагодженні контактів з однолітками, у відстоюванні своїх прав, в товаришуванні з певним колом дітей, у визначенні своєї прихильності чи неприязні до певних осіб.

-Здійснюємо цілеспрямовану опіку предметної діяльності та гри дитини. Передовсім це заради **набуття дитиною позитивного**

досвіду діяльності (намагатися завершити справу, в доступній формі звертатися про допомогу, шукати необхідний матеріал). У цьому зв'язку необхідно забезпечити виважене ставлення дорослого до добору іграшок та предметів, продумувати цілі з позиції міри їхньої складності, прискіпливого ставлення до організації дитячої діяльності.

-Створюємо сприятливі умови **для розвитку дитячої самооцінки**. Партнерство з дитиною в різних спільних з нею справах допомагатиме наповнити її уявленнями щодо власних можливостей, заспокоюватиме і даватиме відчуття захищеності.

У. Формування здатності до соціальної поведінки. (Розвиток здатності керувати власними діями і поведінкою, вміння підкорятися соціальним правилам. Формування елементарної саморегуляції при вирішенні дитиною своїх життєвих проблем, здатності до спільної діяльності, до елементарної емоційної рефлексії).

а) Формування в дитини вміння регулювати свої дії

-Формуємо в дитини вміння регулювати дії при виборі предмету для ігор, отримати його в руки, використати для досягнення простого результату. При цьому за допомогою простих завдань важливо **вчити дитину результативним діям**. Для цього малюку, наприклад, показуємо пірамідку в зібраному вигляді. Потім на його очах знімаємо і знову нанизуємо всі кільця на стержень пірамідки. Свої дії супроводжуємо словами: «Була пірамідка, кільця зняли – не має пірамідки. Зараз знову зберемо пірамідку. Будем кільця на стержень надягати. Ось так!» Потім знову розбираємо і збираємо пірамідку. І тільки потім пропонуємо дитині самій здійснити необхідні дії. Цю роботу можемо здійснити, використовуючи природні життєві ситуації. Наприклад, коли дитина просить пити, то можна, поставивши перед нею тарілку і чашку, запропонувати: «Дивися, ось чашка, а ось тарілка. Куди Марійці налити водички? В тарілочку? В чашечку? Куди? Покажи».

-Коригуємо **надсильне значення для дитини подразників** із зовнішнього середовища, що посилюють її оборонну поведінку

(відвертання й уникання) і не сприяють формуванню здатності регулювати власні дії.

-Формуємо елементарні уміння *керувати* (гальмувати) *такими своїми емоціями*, як роздратування, гнів, напади люті, верещання. Для цього дорослому необхідно бути уважним і обережним при обмеженні дитини в поведінці і вчасно заспокоювати її, не даючи засмутитися через невдачу.

-Закінчуємо формування в дитини вміння регулювати свої дії тоді, коли вона зможе затримувати або хоча б *відстрочувати виконання свого бажання заради іншої мети*. Наприклад, маля дуже хоче гратися з м'ячем в кімнаті. У даному разі важливо, щоб дорослий нагадав дитині про те, що в кімнаті можна розбити скло у вікні. Таке пояснення-попередження, зрозуміло, може сприяти тому, що дитина утримається від задуманої гри.

-Формуємо в дитини прагнення й елементарне вміння *регулювати власний емоційний стан*. З цією метою продовжуємо роботу, спрямовану на корекцію вад емоційної сфери дитини: застрягання на певних емоційних станах, емоційної збідненості, нездатності до мімічного наслідування й емоційного відгуку, брак прямого погляду в очі, нездатність зчитувати вираз обличчя чи інтонацію мовлення.

-Формуємо *вміння керуватися в своїх діях зразками поведінки* значущого для неї дорослого. Розвиваємо тенденцію наслідувати дорослого, бути схожим на нього, порівнювати результати своєї діяльності і діяльності дорослого.

б) Формування соціально прийнятної поведінки

-Розвиваємо в дитини *вміння в своїй поведінці керуватися контекстом відносин* з іншими людьми, а саме: розуміти статево-рольові стандарти поведінки; мати уявлення про себе в минулому, теперішньому і майбутньому часі; розуміти доступні їй права й обов'язки; формувати чуття оптимальної дистанції в стосунках з різними людьми; визнавати певні межі припустимої поведінки, регулювати соціально неприйнятні її форми; підтримувати бажання дитини бути визнаною іншими, схвалюваною ними.

-Здійснюємо **корекцію порушень емоційно-комунікативної поведінки** дитини в діапазоні: від .практичної відсутності керованості (дитина негативує, відвертає погляд від співрозмовника) або її обмеження, особливо в незвичних умовах (випадково зустрівши погляд когось, різко відвертається, викрикує, закриває обличчя руками) і до вираженої вибіркової поведінки переважно з дорослими (погляд малюка при цьому спрямований «крізь людину»). З метою регуляції соціальної поведінки відпрацюємо її невербальні типи: погляд очі в очі, вираз обличчя, пози і жести тіла. Разом з тим, необхідно враховувати, що для деяких дітей характерною є здатність дивитися в обличчя співрозмовнику, хоча емоційний контакт при цьому має короточастий характер.

-Формуємо в дитини **здатність і бажання взаємодіяти з однолітками**. Це сприятиме розвитку розуміння нею правил здійснення тієї чи іншої діяльності і «зчитуванню» різних емоцій, що супроводжують спільну діяльність. Оскільки людські почуття (ніжність, доброзичливість, горе, радість і страх) не є на пряму очевидними, тому повинна здійснюватися значна розвивальна робота, яка допоможе дитині елементарно проаналізувати їхнє значення.

-Коригуємо **соціально неприйнятну поведінку дитини**, що гальмує формування в неї соціальних правил. Таку роботу здійснюємо шляхом гальмування вузьких інтересів дитини, спрямованих довготривало тільки на одну діяльність. З цією метою формуємо мотив та інтерес дитини до різних сфер життя (при цьому враховуємо, що і мотиви, і цілі в неї також є глибоко патологічними). Так, ритуальне повторення одних і тих дій коригуємо шляхом відволікання і переключення уваги малюка на інші об'єкти. Розвиток більш адекватного сприйняття дитиною іншого виду діяльності сприятиме відгальмовуванню її неадекватних емоційних реакцій.

-Розвиваємо (в умовах довготривалої адаптації) більш **адекватне сприйняття дитиною того чи іншого виду діяльності**, що сприятиме позитивним змінам в її емоційній сфері. Формуємо вміння відгальмовувати неадекватні емоційні реакції. Водночас збагачуємо звичні стереотипні форми поведінки дитини за допомогою

обережного їхнього розширення, перетворення з випадкового набору в осмислену систему зв'язків з оточуючим світом. У результаті соціалізація дитини не проходить лише спонтанно, стихійно і не завжди викликати появу негативних емоцій, які ще більше ускладнюють її подальшу соціалізацію.

-Формуємо **здатність регулювати власну діяльність** шляхом розвитку внутрішнього мовлення дитини. При порушенні внутрішнього мовлення володіння формальними синтаксичними і семантичними мовленнєвими конструкціями не забезпечує аутисту ефективну й адекватну комунікацію. Розвиток внутрішнього мовлення сприятиме утриманню в свідомості дитини послідовності виконання інструкції і підвищить якість зв'язку між тим, що говориться, з ситуативним і соціальним контекстом.

-Цілеспрямовано і довготривало коригуємо такі особливості поведінки дитини, як фобії, тривога, депресія, прояви нервовості. Активно формуємо емпатію, яка передбачає функціональне використання будь-якого не мовленнєвого типу поведінки. Методом комунікативної терапії, підкріпленої музикою, створюємо стосунки між музикою і дитиною, а надалі – між дитиною і значущою для неї людиною (батьками, педагогами), з якою вона проводить весь свій час. Застосування цього методу може полегшити процес створення патерну невербального спілкування для подальшого мовленнєвого розвитку. При цьому музика стає помічником, оскільки вона є гнучкішою, ніж мовлення особливо в поєднанні з рухами тіла, включаючи біг, стрибки, контакт очей. Продовжуємо корекційну роботу, спрямовану на ослаблення дифузної тривоги і невмотивованих страхів дитини.

-Формуємо **самоповагу** в дитини **на основі похвали**. Найбільш корисна похвала за певні виконані дії. Підкреслюючи правильну поведінку, висловлюючи схвальну оцінку результатам виконаної роботи, формуємо в неї відчуття самоповаги стосовно свого «Я» і розуміння того, як вона повинна поводитися..

-Започатковуємо **формування елементарної рефлексії**, тобто спроби дитини розглядати себе неначе з боку, помічати й оцінювати

свої успіхи та невдачі, робити елементарні висновки. Для цього збільшуємо кількість джерел емоцій дитини (різні люди, предмети, дії, рухи, події) з включенням їх в ігрове спілкування малюка з дорослим.

-Розвиваємо *елементарні форми самовизначення* дитини, що сприятиме розумінню нею можливості займатися приємною справою, грати іграшками, розглядати книжки, маніпулювати предметами.

Очікувані результати

Завдяки впровадженню в корекційно-розвивальний процес системи завдань, спрямованої на соціально-емоційний розвиток, **діти можуть:**

- почати усвідомлювати відчуття, які надходять від їхніх м'язів, сухожилів тощо і численні повторення яких утворюють їхні тілесні відчуття. Як результат, малята можуть почати відрізнити себе від інших об'єктів;

- певною мірою вміти регулювати свої елементарні дії для досягнення простого результату (наприклад, при виборі предмета або партнера для елементарної діяльності);

- бути спроможними робити спроби підпорядковуватися вимогам дорослих і домагатися результату в тій чи іншій нескладній діяльності;

- оволодівати самоідентичністю, найбільш значущою точкою формування якої стає усвідомлення дитиною свого імені. Проте в даний період самоідентичність не формується остаточно, а безперервно розвивається до тих пір, поки не стабілізується в більш пізньому віці;

- виконувати доступні їм види діяльності, насамперед завдань, запропонованих батьками. В результаті в дітей може започаткуватися формування почуття змагальності, яке залежатиме від визнання її досягнень дорослими й однолітками;

- починають розуміти значення власності, розуміти слово «мій», оцінювати елементарний результат своєї діяльності. Поступово і повільно розширюються межі простору «Я». Це досягається тим, що

діти започатковують розуміння того, що їм належить не тільки їхнє тіло, але й навколишні предмети;

_починають розуміти, що їхні батьки, педагоги, однолітки хочуть бачити їх саме «такими». Започатковується формування розуміння різниці між «я хороший» і «я поганий». Разом з тим, необхідно враховувати, що в цей період образ «Я» в дитини ще не розвинений, оскільки вона ще не розуміє різницю між «я є» і «я повинна бути».

**Програма
розвитку і соціалізації дитини
з особливостями мовленнєвого розвитку
(переддошкільний вік)**

Пояснювальна записка

Мовленнєва діяльність, що має ознаки недорозвинення, негативно впливає на всі сторони особистості дитини: ускладнюється розвиток її пізнавальної діяльності і порушуються всі форми спілкування та міжособистісної взаємодії. Тому мовленнєва активність дітей розглядається і як показник рівня актуального психічного розвитку, і як основа для визначення "зони найближчого розвитку" їхньої інтелектуальної та емоційно-вольової сфери. *Спираючись на перші ознаки дизонтогенезу довербальних функцій і порушення артикуляційного праксису, педагог і батьки вже на першому році життя дитини здатні припустити можливість виникнення в неї тяжких недоліків мовленнєвого розвитку і своєчасно звернутися до фахівця-логопеда.*

Для правильного комплексного планування і здійснення корекційно-педагогічної роботи з формування соціально-емоційної сфери педагогу необхідно бути добре обізнаним з проявами як не тяжких, так і тяжких порушень мовлення, становлення яких спостерігається саме в переддошкільний вік дитини. Оскільки тяжкі порушення є недостатньо висвітленими в науково-методичній літературі, то коротко їх охарактеризуємо. Це, найперше, такі системні вади, як алалії, судомний синдром з гострою сенсомоторною алалією й афазією (синдром Ландау-Клефнера), дитячі афазії (в основному біля і після трьох років) і певною мірою дизартричні порушення.

Для цих тяжких порушень мовлення характерними є значною мірою *спільні особливості проявів психофізичного розвитку*. На першому році життя звертає на себе увагу порушення життєво важливих функцій при відсутності явних соматичних і неврологічних

розладів. Так, вже з перших місяців життя може виникнути *проблема з годуванням дитини* через недостатню координацію смоктальних і ковтальних рухів, рано дитина починає *відмовлятися від грудного годування*, а в подальшому погано жує, довго тримає їду в роті, в неї можуть спостерігатися *порушення сну*, з труднощами формуються навички охайності. Досить рано можуть *спостерігатися розлади емоційно-особистісного розвитку*. Окремими виразниками змін в організації соціального досвіду цих дітей є такі характерні симптоми, як: зниження потреби в емоційному спілкуванні (зрідка виявляють комплекс пожвавлення при контакті з матір'ю і дорослими з близького оточення); настороженість, підозрілість, відмова від співпраці, слабка здатність адаптуватися до життя в дитячому закладі або, навпаки, реакції залежності і підпорядкованості (сором'язливість, невміння захистити себе); низька здатність до розуміння емоційної поведінки оточуючих тощо. Зрозуміло, що *ці особливості становлення дитини педагог має враховувати при реалізації напрямів програми її розвитку і соціалізації*.

Зокрема, враховувати, що *таке специфічне мовленнєве недорозвинення як алалія*, завжди має системний характер, що охоплює всі сторони мовлення і поєднується з вираженими порушеннями його комунікативної функції.

При моторній алалії на всіх вікових етапах відмічається виражене *недорозвинення експресивного мовлення при більш збереженому його розумінні*, хоча діти часто неправильно розуміють значення слів. Також характерним є порушення ритмічної сторони мовлення: дитина говорить повільно, з паузами між складами і словами; слова часто вимовляються поскладово з характерними артикуляційними пошуками відповідних звуків. Пасивний словник збільшується дуже повільно і довгий час залишається обмеженим словами повсякденно-побутової тематики, значно гальмується процес формування фразового мовлення і процес оволодіння граматичною будовою рідної мови, вже з раннього віку діти намагаються користуватися жестами. *Сенсорні алалії* характеризуються *розладами розуміння мовлення при збереженому елементарному слуху*. В них порушені фонематичні процеси і функції і вкрай лабільна слухова увага. На

проти вагу моторній алалії ці діти проявляють мовленнєву активність, починаючи з періоду лепету. Від слабчущих і глухих дітей вони відрізняються дзвінким голосом, розвиненою інтонацією, реакцією на звуки навіть невеликої інтенсивності, не користуються зором для уловлювання мовлення, а жестикуляції супроводжують голосовими реакціями.

Особливості психічного розвитку дітей з алалією характеризуються нерівномірністю. *В ранньому віці ці діти, як правило, проявляють інтерес до іграшок, ігор, добре орієнтуються в побуті, володіють навичками самообслуговування, їхні емоції достатньо диференційовані.* Разом з тим, відмічається обмежений запас знань і уявлень про оточуючий світ, затримується розвиток словесно-логічного мислення, гальмується формування соціальної поведінки. Крім того, ці діти відрізняються малою психічною активністю, слабкістю спонукань, підвищеним гальмуванням, схильністю до негативізму. Вони відмовляються від виконання завдань, що вимагають від них інтелектуального напруження і постійно потребують організуючої допомоги дорослого.

У малюків з цим мовленнєвим розладом є затримка психічного розвитку, природа якої трактується по-різному: як така, що залежить від мовленнєвого розвитку, і як така, що не поєднується з олігофренією, хоча в дітей і наявні особливості інтелекту: примітивізм, конкретність мислення. Цим поглядам протистоїть точка зору, відповідно якій недорозвинення при алалії є одним із проявів загального психічного недорозвинення. Водночас відстоюється висновок про те, що за станом образного і понятійного мислення, результати якого виражаються в невербальній формі, діти з алалією не відрізняються від норми. Разом з тим, визнається, що на процес і результати мислення такої дитини впливають недоліки в знаннях і особливо порушення самоорганізації (психофізична розгальмованість або навпаки загальмованість, відсутність зацікавленості завданням тощо). У цьому зв'язку стверджується, що чим *менші діти*, тим вони більш справляють враження інтелектуально збережених, а їхні інтелектуальні особливості маскуються тяжкістю мовленнєвої вади. Проте з віком в них з труднощами формуються поняття про форму і

величину предметів, операції порівняння, узагальнення за суттєвими ознаками, а в подальшому – навички лічби. Характерні порушення розумової діяльності проявляються у вигляді уповільнення мислення, труднощів його переключення, вираженої перенасиченості і виснаженості. Разом з тим, необхідно пам'ятати, що сам факт існування таких протилежних думок стосовно інтелекту дітей з алалією свідчить про неоднорідність структури цього мовленнєвого розладу.

Судомний синдром і гостра сенсомоторна афазія й алалія (синдром Ландау-Клефнера) характеризується поєднанням епілепсії з гострим системним порушенням мовлення. При афазії захворювання виникає гостро, без видимих причин і проявляється у втраті можливості розуміти звернене мовлення і говорити. Судомні напади в одних випадках передують афазії, в інших – виникають через певний строк після втрати мовлення. Вони також можуть проявлятися атипово і їхня епілептична структура може бути визначена лише за допомогою ЕЕГ. Мовленнєва вада відрізняється стійкістю і поєднується зі специфічними труднощами поведінки та інтелектуальної діяльності. Крім того, в дітей часто проявляються рухова розгальмованість, афективна збудливість, розлади уваги і мовленнєвий негативізм. При судомному синдромі й алалії з перших років життя виявляється стійке системне недорозвинення мовлення, що поєднується з порушеннями поведінки і розумової працездатності. Мовленнєва вада супроводжується судомними нападами, які характеризуються значним поліморфізмом. Синдром Ландау-Клефнера важливо віддиференційовувати від глухоти, раннього дитячого аутизму і деменції.

Значну кількість малюків, в яких рано діагностують відхилення в мовленнєвому розвитку, складають діти з руховою патологією. В основному - це діти з церебральним паралічем (89%). Однак на першому році життя цей діагноз ставиться тільки тим дітям, в яких яскраво виражені тяжкі рухові розлади: порушення тону м'язів, обмеження їх рухливості, патологічні тонічні рефлексії, довільні насильницькі рухи (гіперкінези і тремор), порушення координації рухів тощо. Решті дітям, як правило, ставиться діагноз „синдром церебрального паралічу” (або синдром рухових розладів). У дітей зі

значними труднощами формується функція утримання голови, навички самостійного сидіння, ходьби, стояння, маніпулятивної діяльності. Рухові порушення, своєю чергою, спричиняють негативний вплив на формування психічних і мовленнєвих функцій. Діти з ДЦП до трьох років є дуже неоднорідною групою як за рівнем пізнавального і мовленнєвого розвитку, так і за ступенем прояву рухових і мовленнєворухових (дизартричних) розладів. У більшості дітей з церебральним паралічем відмічаються затримка темпів і якісні відхилення в розвитку психіки, хоча ступінь затримки психічного розвитку є різним і лише частково відповідає тяжкості рухової патології. При цьому також не виявляється чіткого взаємозв'язку між рівнем психічного і мовленнєвого розвитку.

У структурі мовленнєвої вади у всіх дітей раннього віку з ДЦП *провідною ланкою є дизартричні розлади*, що мають різний ступінь вираженості, поєднуючись в багатьох малюків із затримкою домовленнєвого і мовленнєвого розвитку. Однак і у випадку важкого рухового розладу, якщо в перші місяці життя організовано адекватний корекційний розвиток, можливо досягнути значних успіхів у подоланні перинатальної патології. Так, за умови ранньої діагностики (*не пізніше 4-6-місячного віку дитини*) і раннього початку систематичного медико-педагогічного впливу *практичне видужування і нормалізація різних функцій можуть бути досягнуті в 60-70% випадків вже біля 2-3-річного віку*. У випадку пізнього виявлення дітей з перинатальною патологією і відсутністю адекватної корекційно-розвивальної роботи виникнення тяжких рухових, психічних і мовленнєвих порушень є більш вірогідним.

Знання основних проявів цих тяжких мовленнєвих порушень, характерних для дітей саме переддошкільного віку, дозволить педагогу у співпраці з логопедом і батьками забезпечити своєчасну допомогу дитині в її емоційному розвитку і соціалізації.

Емоційний і соціальний аспекти розвитку дитини перебувають в постійній взаємодії і взаємозумовленості, оскільки соціальний розвиток відбувається на ґрунті емоцій, пов'язаних з людським оточенням. Емоції, які відчуває дошкільник до інших людей, орієнтують його соціальну поведінку, сприяють її точності,

швидкості, адекватності. Головною ознакою позитивного емоційного стану дошкільника є його закріплена соціальна дія входження в соціум.

Отже, соціально-емоційна розвиненість дошкільника з відхиленнями в мовленнєвому розвитку – це своєрідна властивість його особистості, що виявляється в оптимальному сполученні, з одного боку, адекватного емоційного реагування на подію, вчинок, людину, з іншого – доцільністю його соціальних дій.

Значення емоційно-соціального розвитку для особистісного становлення дитини з порушеннями мовленнєвого розвитку полягає, передусім, у формуванні певних особистісних властивостей, потреб, здібностей, елементарних уявлень та практичних умінь, які забезпечують дитині життєдіяльність і допомагають усвідомити, як слід себе поводити, щоб бути співзвучною з іншими і почувати себе по можливості комфортно.

Вже на ранніх етапах життя дитини з'являються тенденції, характерні для формування різних груп дітей з розладами мовлення. Разом з тим, в програмі ми представили узагальнені особливості емоційно-соціального розвитку цієї категорії дітей і, відповідно цьому, напрями корекційно-розвивальної роботи. Співвідносячи й аналізуючи результати обстеження конкретної дитини з матеріалами програми, педагог зможе відібрати саме ті рекомендації, які будуть доцільні і необхідні для розробки індивідуальної програми емоційного і соціального розвитку конкретного малюка.

З перших місяців життя дитина з порушеннями мовлення має справу з різними людьми. Вміння орієнтуватися в людському оточенні є обов'язковою умовою, з одного боку, її адекватної соціальної поведінки, з іншого – результативності такої поведінки. В силу того, що емоційно-соціальні вміння і навички в такої дитини можуть бути в різному ступені ушкодженими, в переважній своїй більшості вона з труднощами спілкується майже з усіма категоріями людей і зустріч з ними для неї в подальшому може бути постійною проблемою.

У цьому зв'язку в програмі передбачено напрям роботи, спрямований на те, щоб дитина з тяжкими розладами мовлення під

керівництвом авторитетного дорослого, переймаючи досвід соціального життя, засвоювала правила, норми і стандарти поведінки. Для цього дитина має навчитися диференціювати в людському оточенні:

- рідних, знайомих і чужих людей (розрізнення за ознакою родинної приналежності);
- приємних для неї, індиферентних і неприємних людей (розпізнавання за емоційним ставленням до людини);
- дорослих, однолітків, молодших за себе (розпізнавання за віковою ознакою);
- чоловіків і жінок (розрізнення за ознакою статевої приналежності).

Здатність дитини орієнтуватися в людському оточенні, розрізняти людей за ознаками, які поступово вона виокремлює, розвивається в неї повільно і нерівномірно. Як правило, усвідомлення вікової і статевої ознаки виникає пізніше (а в порівнянні з дитиною з типовим розвитком – значно пізніше), ніж розпізнавання людей за ознаками їх родинної приналежності й емоційної значущості для дитини. Це пояснюється більшою питомою вагомістю перших для соціального розвитку дитини, для формування в неї почуття захищеності, безпеки, спокою. Водночас здатність дитини орієнтуватися в людському оточенні відіграє важливу роль в загальному розвитку особистості дитини, оскільки сприяє виробленню вміння правильно орієнтуватися на його (зовнішнього оточення) регламентуючі впливи. Малюк намагається з'ясувати межі бажаної і декларованої активності, зрозуміти, на яку її форму можна розраховувати, не викликаючи негативних реакцій з боку інших людей. Поступово, дуже поступово в малюка виробляється відчуття дистанції між нею і людьми.

Становлення і розвиток в дитини з тяжкими розладами мовлення образу її «Я»-фізичного передбачає здійснення роботи, спрямованої на формування в неї усвідомленого образу власного тіла, на розвиток в відчуття тіла в просторі, відчуття меж свого фізичного «Я», меж своїх рухів і дій. Формування образу її фізичного «Я» дозволить виробити в дитини стійкий зв'язок між приємними зоровими, слуховими, тактильними, кінестетичними відчуттями та образом конкретної людини й оточення, з якими вона взаємодіє.

Оскільки відчуття розмитості свого «Я», страх втручання іншого у власний простір є характерним для значної кількості дітей з тяжкими порушеннями мовлення, то важливим етапом процесу налагодження контакту є саме формування відчуття дитиною власного тіла і розширення простору її Я.

У розділі програми, зміст якого спрямований на забезпечення розвитку в дитини компоненту її *психічного «Я»*, передбачено формування усвідомлення малюком власних емоційних станів, створення образу себе та партнера, регуляцію тривалості контакту та вибір оптимальніших і посильних засобів спілкування (доторкання, контакт очей, співвідношення поз, користування тими чи іншими невербальними діями, регуляція інтонацій та інших просодичних елементів). Усвідомлення дитиною свого психічного «Я» означає почати розуміти, чим воно відрізняється від інших, формування відчуття «мій – чужий», «такий, як я чи не такий» тощо.

Водночас необхідно враховувати, що переходити до спроб налагодження контакту з дитиною з тяжкими порушеннями мовленнєвого розвитку не можна, не створивши безпечний емоційно-комунікативний простір, оскільки в іншому випадку для неї цей контакт не буде позитивним досвідом взаємодії. Почуття безпеки і довіри можна викликати в дитини, базуючись спочатку на її невербальних системах – зоровій, слуховій, тактильній тощо.

Основним критерієм ефективності застосування системи корекційно-розвивального впливу є набуття дитиною позитивного соціально-емоційного досвіду, що визначає стан розвитку її особистості. Разом з тим, в процесі корекційно-розвивальної роботи педагогу варто враховувати, що при різній тяжкості мовленнєвого розладу особливості емоційно-соціальної поведінки мають не тільки різну вираженість, але й різну розповсюдженість.

З урахуванням зазначеного, в програмі процес емоційно-соціального розвитку дитини з розладами мовленнєвого розвитку представлено за напрямками, що забезпечують становлення і формування:

- емоційно-комунікативної поведінки малюка,
- відчуття ним власного тіла (усвідомлення фізичного «Я»),

- розширення меж простору «Я» (відчуття приналежності дитині як власного фізичного тіла, так і приналежності інших предметів та людей);
- самоідентичності (на основі співставлення себе з іншим), самооцінки («Я – хороший, я – поганий», «»я хороший», я - нехороший»);
- елементарного саморегулювання.

І хоча ці складові в програмі представлено окремо, в дійсності вони не ізольовані, а взаємопов'язані і взаємозалежні і вносять свій внесок в картину емоційно-соціального розвитку особистості дитини. В сукупності кожний із зазначених напрямів роботи забезпечить емоційно-соціальний розвиток малюка за умови доцільності його застосування для допомоги конкретній дитині на даному етапі її розвитку, а також рівня фахової підготовки й особистісних якостей спеціаліста. В результаті такий підхід сприятиме можливості цілеспрямованого і правильного вибору дорослим з широкого діапазону методик саме тих, що є необхідними для побудови індивідуальної програми розвитку конкретної дитини.

Особливості емоційно-соціального розвитку дитини з порушеннями мовлення представлено в порівняльному плані з даними про вікові можливості формування цього аспекту особистісного становлення дитини з типовим розвитком. Такий підхід ми вважаємо правомірним, оскільки слабкі і сильні характеристики емоційно-соціального розвитку мають як діти з порушеннями мовленнєвими розладами, так і діти з нормальним типом розвитку. В результаті педагог чи/і батьки матимуть матеріали з трьох джерел:

- з програми (порівняльні дані про вікові можливості емоційно-соціального розвитку дитини з типовим розвитком і особливості емоційно-соціального розвитку дитини з розладами мовлення);
- за даними діагностичного вивчення дитини, здійсненого педагогом;
- за результатами постійного спостереження за станом емоційно-соціального розвитку дитини, здійсненого батьками.

Отримані результати порівняльного аналізу цих матеріалів дозволять зробити правильний загальний висновок щодо особливостей функціонування складників соціально-емоційного

розвитку конкретної дитини і щодо визначення шляхів їхнього формування, розвитку і корекції.

Досвід доводить, що грамотно організована рання допомога здатна запобігти появі вторинних відхилень в розвитку дитини, забезпечити максимальну реалізацію реабілітаційного потенціалу, а для значної частини дітей відкриває можливості включення їх в процес інклюзивного навчання на більш ранньому етапі вікового розвитку.

Вік дитини	Вікові можливості соціально-емоційного розвитку дитини	Особливості соціально-емоційного розвитку дитини з відхиленнями в мовленнєвому розвитку	Методи, способи, прийоми соціально-емоційного розвитку дитини з порушеннями мовленнєвого розвитку
Перший рік життя дитини			
1.Формування відчуття дитиною власного тіла			
0-3 міс	<p>-У новонародженого спостерігаються захисні, й орієнтувальні рефлексії.</p> <p>-Формується потреба у враженнях від оточуючої дійсності відповідно до готовності аналізаторів (смакового, нюхового, шкіряного тощо).</p> <p>-Орієнтується на обличчя й очі (погляд) дорослого, центром уваги дитини стає людське обличчя.</p>	<p>-Із запізненням започатковується формування в дитини <i>схеми тіла</i>. впізнання своєї ступні, знаходження великого пальця тощо.</p> <p>-Спостерігаються слабко виражені орієнтовні реакції, спрямовані на забезпечення харчових подразнень і порушення ритму «сон-неспання»</p> <p>-Відмічається орієнтація на обличчя (погляд) і голос іншої людини. <i>Водночас може не виявляти джерело звучання</i></p>	<p>1.Формування в дитини незрілої, але, тим не менш, надійної схеми тіла, що створюється:</p> <ul style="list-style-type: none"> - при стимулюванні первинних відчуттів, що надходять від окремих частин її тіла при лагідних взаємодіях з матір'ю. - в процесі примітивного відчуття себе (впізнання своєї ступні, знаходження великого пальця руки тощо); <p>2.Формування тілесного самоусвідомлення дитини через її елементарні самовідчуття:</p>

<p>Активно закликає близьку людину до спілкування (до посмішки, тактильної взаємодії)..</p> <p>-Орієнтується на голос іншої людини як значущого для малюка соціального враження.</p> <p>-Розвивається спроможність здійснювати прості маніпуляції з предметами (кидати, трясти, стукати).</p> <p>-Формується рухова активність дитини, що призводить до формування необхідних рухових навичок</p>	<p>(почувши звук, не крутить головою, шукаючи його джерело).</p> <p>-Спостерігається реакція на лагідні взаємодії з матір'ю: тягнеться до неї, прагне на руки, а перебуваючи на руках, горнеться до неї. <i>Водночас в деяких дітей із запізненням формуються адаптивно необхідні форми реагування:</i> прийняття комфортної пози під час годування, фіксація погляду на обличчі матері, встановлення контакту очей і його протяжності тощо..</p> <p>-Формується зорове і слухове зосередження. Водночас в деяких дітей навіть сильні побутові шуми і яскраве світло не зупиняють плач або не стримують на деякий час імпульсивні рухи рук, ніг чи</p>	<p>задоволення від харчового насичення, радості від рухів, приємного дотику, зміни тіла в просторі..</p> <p>3.Формування хапальних рухів у дитини, що слугуватиме основою для її ознайомлення з різноманітними властивостями речей та розвитку процесів сприйняття.</p> <p>3.Формування реакцій на слухові, зорові, моторні, тактильні тощо подразники. Розвиток (відразу після народження) сприйняття тембру, гучності і висоти людського голосу та здатності виявляти джерело його звучання. Формування слухового і зорового зосередження та реакцій на ці. подразники в процесі сприйняття предметів і маніпулювання ними.</p> <p>4.Систематичне і цілеспрямоване встановлення і підкріплення контакту поглядів дитини і дорослого як одного зі значимих компонентів її поведінки.</p>
--	--	--

		ГОЛІВКИ.	
2. Емоційно-комунікативний розвиток дитини			
	<p>-Формується: а) <i>комплекс пожвавлення як пошук близькості з дорослим;</i> б) <i>плач як сигнал пошуку дорослого;</i> в) <i>усмішка як засіб його утримання;</i> г) так звана <i>ротова увага</i> д) <i>стійка емоційно позитивна взаємодія з матір'ю.</i></p> <p>-Відбувається фіксація дитиною емоційних контактів. Малюк <i>розробляє і деталізує перші звички: як бере груди, в яких умовах краще засинає, що приносить задоволення</i></p>	<p>-Спостерігається не стабільне пожвавлення при появі людини з близького оточення. При цьому комплекс пожвавлення не завжди виявляється загальним моторним збудженням.</p> <p>-Зосереджується на обличчі матері, хоча в більшості випадків <i>не відразу відрізняє її обличчя від обличчя інших дорослих.</i> Із запізненням формується прихильність до рідних їй людей. У більшості дітей <i>спостерігається потреба в фізичному контакті з матір'ю.</i> Однак є діти, які <i>тільки зрідка вокалізують під час спілкування з мамою, майже не посміхаються їй.</i></p>	<p>1.Формування в дитини впливу на оточення:</p> <p>а) <i>виклик і підкріплення в неї пожвавлення як яскравої ознаки ставлення немовляти до партнера по емоційному спілкуванню</i> б) <i>постійне реагування на плач дитини як на її пошук дорослого і на можливість повернути до себе його увагу;</i> в) <i>підтримка дорослим будь-яких проявів в дитини гукання чи гуління.</i></p> <p>2.Формування в дитини посмішки при приємних для неї маніпуляціях (підкиданні, лоскотанні тощо) і особливо – в разі появи людського обличчя.</p> <p>3.Формування прихильності до</p>

	<p>при купанні, як і що п'є. При цьому дитина починає емоційно взаємодіяти з дорослим, вносячи свої корективи в його пропозиції.</p>	<p>-Не спостерігаються перші форми емоційно-мовленнєвої взаємодії: дитина не прагне привернути і втримати увагу дорослого на собі поглядом, посмішкою чи голосовими реакціями.</p>	<p>матері шляхом <i>використання нею різних тембрів мовлення.</i> Спостерігати, щоб у відповідь на звертання до неї лагідним голосом, з усмішкою (особливо при їхньому повторюванні) дитина «завмирала», а губи злегка витягувала вперед, що свідчитиме про те, що дитина починає ніби «слухати» губами. Поява цієї ознаки характеризуватиме початок її соціальної адаптації.</p> <p>4.Стимулювання в дитини емоційного інтересу до обличчя дорослого: концентрувати на ньому увагу протягом спочатку короткого, а надалі довшого часу; фіксувати на ньому погляд тощо.</p>
--	--	---	---

Очікувані результати корекційно-розвивальної роботи:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ❖ Піднімає руки до обличчя і розглядає їх. ❖ Робить спроби схопити іграшки різної форми та величини. | <ul style="list-style-type: none"> ❖ В разі появи людського обличчя в дитини з'являється «ротова увага» і посмішка. ❖ Зосереджує зорове сприйняття, віддаючи |
|---|--|

❖ Виявляє інтерес до людського обличчя. Відрізняє обличчя матері. перевагу контрастним зображенням і округлій формі предметів.

1.Формування в дитини відчуття власного тіла

<p>4-6 міс</p>	<p>-У цьому віці відбувається диференціація тілесних відчуттів дитини, що надходять від власного тіла. та спричинених зовнішніми предметами.</p> <p>-Формується рухова поведінка, що відповідає проявам її перших бажань (хочу-не хочу) і орієнтації на слова дорослого «можна» - «не можна».</p>	<p>-Недостатньо диференціює тілесні відчуття - власні і ті, що надходять із зовнішнього середовища. Тільки започатковується формування в малюка способу примітивного "відчуття себе": шукає свої ступні, намагається знайти великий палець руки.</p>	<p>1.Формування соціально-адаптивних реакцій дитини: «комплексу поживлення» за допомогою ігор з ручками, ніжками; взяття предметів, що рухаються, під зоровий контроль; сприяння появи умовно-рефлекторного гуління; заохочення до наслідування дитиною звуків і голосових реакцій дорослого при спільному розгляданні іграшок; формування слухового зосередження за допомогою звукових дитячих іграшок.</p> <p>2.Започаткування формування в малюка тілесних відчуттів, що надходять від м'язів, ручок, ніжок тощо. Для цього впливаємо на слухові, нюхові і чуттєві рецептори із</p>
-----------------------	---	--	--

			<p>застосуванням строго дозованого методу ароматерапії, музичної терапії і масажу.</p> <p>3.Формування чутливості до сенсорних стимулів різної інтенсивності: тактильних, слухових. зорових.</p>
2. Започаткування розвитку самоідентичності дитини			
<p>Зароджується елементарне уявлення дитини про образ свого «Я»: усміхається і радо відгукується на власне ім'я, вимовлене дорослим. Може зупинити погляд на своєму відображенні в люстерку.</p> <p>-Формується різне реагування на власне і</p>	<p>-Спостерігається недостатня сформованість в дитини елементарного уявлення про образ свого соціального «Я»: байдужа до свого відображення в дзеркалі, не завжди відгукується на власне ім'я. Хоча і відмічається різне реагування на своє і чуже ім'я, проте ці реакції ще поодинокі. Водночас малюк при цьому <i>майже завжди спрямовує погляд на обличчя дорослого, який</i></p>	<p>1.Формування погляду дитини, спрямованого на обличчя матері, що започаткуватиме розвиток у неї вміння віддиференційовувати себе від інших. Цієї мети досягаємо за допомогою використання ситуації занепокоєння, яке в дитини, як правило, викликає відсутність матері і задоволення, коли вона з'являється.</p> <p>2.Здійснення перших спроб ігор дитини перед дзеркалом із застосуванням зміни в її зовнішньому</p>	

	<p>чуже ім'я.</p> <p>-Починає відрізняти «своїх» і «чужих: впізнавати і відрізняти членів своєї сім'ї за зовнішнім виглядом.</p>	<p>вимовив його ім'я.</p>	<p>вигляді (зав'язування хустинкою на голові малюка кульки з ватою, одягання нового капелюшка і спонукання дитини до красування в ньому перед дзеркалом тощо).</p>
<p>3.Формування емоційно-комунікативної поведінки дитини</p>			
	<p>-Формується здатність реагувати на емоційно-словесну поведінку оточуючих. Під впливом емоційно позитивного мовлення матері в дитини відбувається остаточне подолання «харчової» позиції губ і започатковується формування мовлення.</p> <p>-Інтенсивно формуються емоційно</p>	<p>-У більшості дітей відбувається подолання «харчової» позиції губ і своєчасне започаткування формування передумов мовлення (гуління і лепету). Разом з тим, гуління і лепіт не у всіх дітей соціалізуються; звуконаслідувальні комплекси можуть бути слабкі.</p> <p>-В емоційно-комунікативній поведінці не достатньо орієнтується на слова дорослого «можна» і «не можна», не вміє правильно виявити в адекватно</p>	<p>1.Враховування того, що для раннього віку емоційне спілкування дитини з дорослим є найперша необхідність і умова формування її психіки за соціальним типом..</p> <p>2.Формування емоційних «діалогів» у вигляді спонукання дитини до вимовляння голосних звуків, звуконаслідувальних комплексів, повертання голови або всього її тіла в бік дорослого тощо.</p> <p>3..Застосування виразних і</p>

	<p>забарвлені способи спонукання дорослого до допомоги. Виявляє бажання (хочу-не хочу). Орієнтується в поведінці на слова дорослого «можна» і «не можна» та емоційно на них реагує (посмішкою, плачем, незадоволенням).</p> <p>-Підсилюються прагнення і можливість дитини використати дорослого для вирішення задач емоційної саморегуляції: редукації негативного збудження, підйому активності, необхідної для розвитку взаєностосунків зі</p>	<p>емоційній формі бажання «хочу-не хочу».</p> <p>-Спостерігається усмішка дитини у відповідь на появу в полі зору обличчя дорослого. При цьому дорослому необхідно з'ясувати: коли малюк посміхається, <i>то чи не існує ця посмішка сама по собі, ніби спрямована повз людину.</i></p> <p>-Людське обличчя центром уваги дитини стає із значним запізненням: вона не вдивляється в нього, не часто радіє зустрічі з ним, хоча й пов'язує з ним відчуття захищеності і комфорту.</p> <p>-З труднощами відрізняє «своїх» і «чужих за зовнішнім виглядом ».</p> <p>-Виявляються розлади потреби в емоційному спілкуванні: в</p>	<p>особистісно адресованих дитині засобів емоційного спілкування: розмова, наспівування пісеньок, виголошення найпростіших потішок. <i>Підтримка посмішкою</i> емоційно-виразних реакцій дитини у відповідь. Формування в дитини емоційної <i>реакції на смішні гримаси матері.</i> Систематизація дорослими емоційно-пізнавального досвіду дитини <i>за допомогою вокалізацій, сміху, сегментів звучності голосу,</i> що змінюється.</p> <p>5.Формування емоційної зацікавленості до людського обличчя за допомогою спеціально підібраних ігор (наприклад, гра у схованки). .Встановлення і підтримка контакту поглядами дорослого і дитини.</p> <p>6.Формування перших контактів</p>
--	---	--	---

	світом.	дитини недостатньо розвинена «поза готовності», виявляє пасивність при спробі дорослих взяти її на руки, не активно тягнеться на руки.	між дітьми: наближувати дітей один до одного, тримаючи їх у вертикальному положенні, повертати їх голову один до одного, встановлюючи між ними зоровий контакт.
<u>Очікувані результати корекційно-розвивальної роботи:</u>			
<p>❖ Піднімає руки вгору і стежить за ними ❖ Не тривалий час розглядає своє відображення в дзеркалі.</p> <p>❖ Посміхається, коли дорослий робить смішну гримасу. ❖ По-різному реагує на власне і чуже ім'я.</p> <p>❖ Усміхається мамі і тим людям, яких добре знає. ❖ Інколи здійснює емоційні «діалоги» у вигляді вимовляння голосних звуків і повертання голови або всього тіла в бік дорослого.</p>			
1.Подальше формування відчуття дитиною власного тіла			
7-9 міс	-Виявляє найпростіші прояви дослідницьких дій: вправляється в орієнтуванні в схемі власного тіла; виконує танцювальні рухи	-Значна кількість дітей не орієнтується у схемі власного тіла: на прохання дорослого не завжди правильно показують очі, ніс, вуха, волосся, ноги, руки тощо; не розглядають з цікавістю частини власного тіла і відображення свого	1.Формування в дитини схеми власного тіла шляхом відпрацювання в неї відчуття рівноваги, цілеспрямованих дій глибинної чутливості окремих частин тіла. Розвиток вміння виконувати танцювальні рухи

<p>(повороти кистей рук, обертання) тощо.</p> <p>-Відмічається набуття нових способів ритмічної самостимуляції:</p> <p>розгойдується всім тілом, пружинить тощо.</p> <p>Формуються <i>активні способи регуляції</i> (викидає іграшку з ліжка і вимагає її дістати), до яких дитина прагне залучити дорослого.</p> <p>-Відбувається засвоєння таких форм адаптації, як поза на руках у дорослого, загальні рухи під час купання, їда та інші режимні ситуації, що сприяють <i>взаємодії</i></p>	<p>обличчя в люстерку.</p> <p>-Не достатньо відчуває своє тіло, не достатньо вміє регулювати свої дії при виконанні різних рухів (при виборі предмету для ігор, отриманні його в руки, використанні його для досягнення простого результату тощо).</p> <p>-Розвиваються і закріплюються негативні прийоми примітивного подразнення (заспокоєння себе за допомогою ссання пальців, кута ковдри, розхитування., вертіння головою).</p> <p>-Спостерігаються значні труднощі при оволодінні танцювальними рухами, не виявляє прагнення повторити їх, хоча радіє здобутому результату.</p>	<p>(пружинку, бокові переступання, повороти кистей рук, обертання, перебирання пальчиками перед очима, «розглядання пальчиків»).</p> <p>2.Розвиток вміння орієнтуватися в схемі власного тіла і близьких дорослих (Показати: «Де в Лесика ручки?», «Де носик?» тощо. А де носик у мами? тощо), з цікавістю розглядати власні руки, ноги, одяг.</p> <p>3.Стимулювання різних частин тіла дитини (стоп, долонь, поверхні тіла, обличчя), потирання руки дитини предметами різної фактури тощо. Легеньке відбиття дорослим ритмів на грудях дитини з одночасним проспівуванням ритмічної пісеньки.</p> <p>5.Врахування важливості використання в роботі</p>
--	--	---

	дитини із середовищем.		різноманітного і яскравого одягу, що викликатиме на себе орієнтовні реакції дитини.
2.Формування самоідентичності дитини			
	<p>-Спостерігаються різні реакції на різні інтонації при називанні імені дитини та на вживання пестливих слів, звернених до неї.</p> <p>-Виникає реакція, схожа на ревності, що засвідчує початок формування в дитини образу "Я".</p> <p>-Формується стереотип взаємодії між «Я» та іншими людьми як розгорнутий ритуал «правильного» життя -</p>	<p>Дитина не постійно і досить пасивно реагує на різні інтонації при називанні її імені та на вживання пестливих слів, звернених до неї.</p> <p>-Не спостерігається зміни нерозривного зв'язку дитини з дорослим, який контролює її поведінку. Ця обставина свідчить про <i>труднощі фізичного віддалення дитини від дорослого</i> і не сформованість передумов виділення дитиною себе з цілісного переживання «МИ». Про уповільнений процес виділення деяких дітей себе з оточуючого світу людей свідчить також <i>пізній початок впізнання</i></p>	<p>1.Формування в дитини передумов становлення образу Я: вміння привертати до себе увагу дорослих голосовими реакціями; реагувати на міміку та вигуки дорослого; реагувати на власне ім'я, вимовлене різними дорослими і з різною інтонацією; реагувати на своє відображення в люстерку і намагатися самостійно роздивлятися його в дзеркалі.</p> <p>2.Формування в малюка дій, спрямованих на розрізнення як імен рідних людей, так і вміння відрізнити імена деяких «своїх» дорослих від «чужих».</p>

<p>що небезпечно і чого не можна робити, що добре і що погано для «Я» дитини.</p> <p>-Спостерігається наполегливе прагнення дитини роздивлятися своє відображення в дзеркалі; і зацікавлене реагування на власне ім'я.</p> <p>-Зароджуються елементарні форми самолюбства. - голосовими реакціями намагається привернути увагу дорослих до себе.</p> <p>-Формуються елементарні вміння дитини самостійно</p>	<p><i>матері</i>, що може спричиняти пізніше виникнення прихильності до неї, хоча ця прихильність на першому році життя повинна бути сильно вираженою.</p> <p>-Запізнюється процес стабільного віддиференціювання «своїх» від «чужих» та розрізнення свого імені й імен рідних., тобто труднощі в тих діях, що потребують відрізнити себе від інших об'єктів.</p>	<p>3.Привертання уваги дитини до інших дітей, в яких таке ж ім'я, як і в дитини.</p> <p>4.Підсилення процесу формування в дитини прихильності до матері і до інших дорослих з її близького оточення, що полегшить процес формування в малюка відчуття самоідентичності.</p> <p>5.Формування елементарного вміння самостійно організувати відношення з мінливим середовищем, адекватно сприймати його динаміку, правильно встановлювати дистанцію з учасником взаємодії, оцінювати безпеку тощо.</p>
---	--	--

	організовувати стосунки з навколишнім середовищем.		
3. Емоційно-комунікативний розвиток			
	<p>-Розвивається вміння розрізняти й адекватно реагувати на міміку та вигуки дорослого, позитивно чи негативно емоційно забарвлені (плаче, відповзає у відповідь).</p> <p>-Адекватно реагує на стабільно тепле особистісне і ділове спілкування з матір'ю; відгукується на її коментуюче і звернене мовлення.. Разом з тим, формування</p>	<p>-Із запізненням формується неусвідомлене вибудовування адаптивної поведінки (слабко реагує на міміку і вигуки дорослого, не тягнеться до нього і не прагне наслідувати його тощо). Не виявляє емоційно забарвлених реакцій стосовно рідних. Може демонструвати (іноді в агресивній формі) <i>відокремленість від інших людей.</i> Маніпуляцію іграшками мже здійснювати <i>без прояву зацікавленості і задоволення.</i></p> <p>-Спостерігається вразливість і занепокоєння при порушеннях звичних форм життя, а відсутність</p>	<p>1.Формування психофізичної єдності матері з дитиною, що сприятиме становленню первинної емоційно-соціальної поведінки дитини.</p> <p>2.Постійне стимулювання матір'ю інтересу дитини до зовнішнього світу. Застосування методу «зараження» емоціями матері чи іншого дорослого, що започаткуватиме поступову зміну в деяких дітей негативного емоційного стану. Не байдуже, лагідне ставлення до дитини викликатиме в малюка потребу в спілкуванні.</p>

<p>прихильності до матері іноді призводить до втрати дитиною пластичності в стосунках з іншими людьми: малюк починає боятися або почуває замішання в присутності незнайомих людей.</p> <p>-У більшості випадків не агресивно, без крику реагує на лагідні пояснення, коли її забирають від матері або від особи, яка постійно про неї дбає.</p> <p>-З'являється специфічний вираз обличчя за різних ситуацій: інтерес, задоволення, увага,</p>	<p>матері в деяких дітей викликає бурхливі емоційні реакції.</p> <p>-Дитина зрідка звертається до дорослого з проханням, висловленим поглядом або мімікою, а просто тягнеться до предмета. Однак при цьому малюк може вказувати на предмет пальцем</p> <p>-Спостерігається порушення процесу формування природних емоційно-виразних передумов мовлення, що спричиняє значне запізнення появи перших слів. Водночас в деяких дітей поява перших слів може бути своєчасною, а іноді випереджаючою вік дитини. При деяких варіантах мовленнєвого розвитку (наприк. при аутизмі) характерним може бути вимовляння першими слів, що є незвичними для цього віку (наприклад, меблі, графин</p>	<p>3.Забезпечення дбайливого материнського догляду за дитиною і використання нею таких якостей, як емоційна екстравертованість, життєрадісність, мовленнєва розкутість сприятимуть нормалізації її емоційно-соціального розвитку. Водночас забезпечуватимуть розвиток в дитини пізнавального інтересу до зовнішнього світу й емоційно-комунікативної активності.</p> <p>4.Забезпечення постійного привертання дорослим уваги дитини до своїх дій. Купаючи, одягаючи чи оглядаючи дитину, дорослий не повинен мовчати чи ігнорувати дитину, а, навпаки, постійно лагідно стимулювати її до наслідування. При цьому дорослий</p>
--	--	--

	<p>образа.</p> <p>-З'являються емоційно-виразні реакції (сміх, плач), що забезпечують формування соціальних реакцій і свідчать про емоційне ставлення дитини до ситуації.</p> <p>-Складаються типові індивідуальні форми емоційного спілкування дитини з дорослим: швидко з'являється звертання (як орієнтація на дорослого): відповідна міміка, вимогливий крик тощо, які набувають характер прохання.</p> <p>-Спостерігається мімічне зараження</p>	<p>тощо).</p> <p>-Спостерігається в деяких дітей виражене емоційно стійке захоплення окремими враженнями – тактильними, зоровими, слуховими, вестибулярними.</p> <p>-Недостатньо орієнтується на емоційно-словесну поведінку оточуючих. Тому зрідка у відповідь адекватно усміхається мамі і тим людям, яких добре знає. Не завжди адекватно реагує на міміку та вигуки дорослого, позитивно чи негативно забарвлені.</p> <p>-Відмічаються труднощі переключення й імпульсивність в поведінці. Віддаляючись від дорослого, така дитина, маючи недостатні механізми захисту і прийомів взаємодії, змушена пасивно</p>	<p>має пам'ятати, що дитина здатна наслідувати лише те, що в загальній формі вона вже сама може виконати.</p> <p>5.Продовження формування в дитини стереотипів емоційної взаємодії: реакції на власне ім'я, появу власного вказівного жесту, перших дій в ситуації ритуальної взаємодії, що повторюється багато разів в ранніх іграх («А де в нас годинничок?», «А де в нас носик?», «Сорока-злодійка» тощо). Постійне стимулювання в дитини комплексу пошвавлення при називанні її імені (поворот голови до того, хто її кличе, рухи очей, посмішка, вокалізації й емоційне спілкування).</p> <p>6.Удосконалення емоційної саморегуляції обов'язково</p>
--	--	---	---

	<p>емоційним станом дорослого. При цьому в процесі контакту дитина максимально вбирає перш за все приємні емоційні враження.</p>	<p>підкоряться вимогам середовища.</p>	<p>відбувається за допомогою людей з близького оточення дитини, від яких вона чекає активності в протистоянні неприємним переживанням.</p>
--	---	--	--

Очікувані результати корекційно-розвивальної роботи.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ❖ Прояви найпростіших дослідницьких дій. ❖ Вміння регулювати свої дії при виборі предмета для ігор, отримання його в руки, використання його для досягнення простого результату. ❖ Спроби голосовими реакціями хоча б зрідка привернути увагу дорослих. ❖ Прояви реакції на міміку та вигуки дорослого, позитивно чи негативно забарвлені. | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Прояви зацікавленості до маніпулювання іграшками, що здійснюються, як правило, різноманітними рухами. ❖ Реагує на різні інтонації при називанні її імені та на вживання пестливих слів, звернених до неї. ❖ Починає вибудовувати адаптивну поведінку (тягнеться до матері, не відвертається від неї). ❖ Започатковує епізодичну диференціацію своїх і чужих дорослих. |
|---|--|

1.Розширення простору «Я» дитини

<p>10-12 міс</p>	<p>-Спостерігаються такі прояви самосвідомості, як почуття власності. Стверджується в знаннях про те, що щось, з чим</p>	<p>-Не завжди правильно виявляє розуміння власності. При цьому недостатньо орієнтується в тому, що для її «Я» є корисним, а що – шкідливим, <i>не вміє адекватно</i></p>	<p>1.Розвиток в малюка вміння орієнтуватися в предметах оточуючого середовища, спираючись на коментуюче та звернене мовлення дорослого</p>
-------------------------	--	--	---

<p>вона діє, може належати їй. Сміючись та лепечучи, протягує та віддає іграшку іншій дитині. Із задоволенням шукає свою іграшку «заховану» дорослим.</p> <p>-Формуються початкові навички розрізнення речей за належністю членам родини і самій дитині. Пручається, коли дорослий або дитина намагається відібрати іграшку, що свідчить про зростання знань малюка про себе.</p> <p>-Навчається опиратися зовнішнім впливам, починає орієнтуватися в тому, що для її «Я» є</p>	<p><i>опиратися зовнішнім впливам</i> в ситуації, коли в неї забирають її іграшку.</p> <p>-Не в усіх дітей спостерігається розширення простору «Я». Відсутність матері викликає в більшості малюків сильне занепокоєння. Проте в дійсності <i>це перші кроки на шляху до розширення її контактів,</i> оскільки через труднощі спілкування з іншими людьми певний запас емоцій і переживань вона адресує в основному матері. Інші діти можуть справляти враження достатньо товариських, таких, які до всіх ідуть на руки, у них відсутній «страх чужого» і саме з чужими вони можуть бути більш активними, ніж з близькими.</p> <p>-В результаті недостатності сенсорних впливів первинні враження (цінності) деяких дітей</p>	<p>(«Подивись. Годинник. Каже: цок-цок. Де годинник?». Постійне формування в дитини елементарного інтересу, цікавості до інших предметів як засобу розвитку в малюка почуття власності. Звертання уваги дитини на інших дітей і дорослих.</p> <p>2.Поступове здійснення відлучення дитини від матері на все триваліший час, що сприятиме швидшому вступу дитини в спілкування з іншими дорослими і розширенню меж її «Я».Забезпечення дорослим звання дитини до людей, які оточують матір і яких малюк починав би сприймати як її продовження. Планомірне сприяння більш легкому проходженню дитиною моменту</p>
---	---	---

<p>корисним, а що – шкідливим.</p> <p>-Спостерігається виражене наслідування, що сприяє залученню дитини в прості ігри, які <i>вимагають елементів показу і повтору («долоньки», «пока-пока»)</i> та і включення дитини в гру з дорослим.</p>	<p>можуть пов’язуватися не з тими, що йдуть від зовнішнього світу, а з тими, що малюк одержує від внутрішнього середовища організму. Як наслідок, дитина може залишитися «функціонально інтервертованою», що викликає <i>труднощі в переключенні малюка на зовнішній світ.</i></p> <p>-Спостерігається невираженість наслідування, що спричиняє <i>труднощі залучення дитини в прості ігри,</i> які вимагають елементів показу і повтору.</p>	<p>фізичного відриву від матері з тим, щоб дитина не стала некерованою у спілкуванні з іншими людьми..</p> <p>3.Цілеспрямоване забезпечення засобами гри системної взаємодії дитини з усіма близькими дорослими, що значною мірою сприятиме запобіганню виникнення затримки розширення простору «Я» малюка.</p> <p>4.Формування в дитини вміння обстежувати навколишнє середовище за допомогою ігор і на основі збереженого тісного емоційного і тілесного контакту з матір’ю. Розвиток в малюка «відчуття краю» з тим, щоб він не лякався нового в середовищі, яке обстежує.</p>
<p>2. Формування в дитини почуття самоповаги</p>		

<p>-Активно формується самостійність, з якою пов'язується становлення самоповаги дитини.</p> <p>-Освоюються довільні дії з предметами оточуючого світу, якими дитина прагне регулювати для досягнення результату і одержання схвальної оцінки..</p> <p>-Формуються структури дій: мовленнєві та предметні, які сприяють розвитку в малюка ціннісного ставлення до себе. Намагається різними способами привернути увагу дорослого до себе,</p>	<p>-Відмічається невміння дитини регулювати свої елементарні дії для досягнення простого результату (наприклад, при виборі предмета для тієї чи іншої діяльності), Дитина із значним запізненням і труднощами освоює довільні дії з предметами оточуючого світу. Зазвичай, ці дії переважно не викликають схвальної оцінки дорослого і тим самим не сприяють формуванню прихильного ставлення дитини до самої себе.</p> <p>-Розвивається більша відокремленість дитини від оточуючого середовища. Водночас надто повільно формується самостійність, з якою пов'язується становлення самоповаги дитини.</p>	<p>1.Цілеспрямоване спонукання малюка ставити перед собою прості цілі. Дорослий при цьому коментує, чого дитина досягла, за який період часу, відмічає її заслуги, хвалить за зусилля.</p> <p>2.Планомірне формування мовленнєвих і предметних дій, доступних малюку, що сприятиме його ціннісному ставлення до себе</p> <p>3.Навчання дитини справлятися з поведінковими труднощами та з неузгодженістю у взаємодії з дорослим, не виявляти бурхливий протест. Водночас у різний спосіб необхідно підтримувати її зусилля похвалою і прихильним ставленням.</p> <p>4.Спонукання дорослим дитини</p>
--	--	--

	почути схвальну оцінку своїм діям.		до того, щоб вона була змушена різними способами <i>привертати його увагу до себе</i> .
3. Емоційно-комунікативний розвиток дитини			
	<p>-Започатковується формування емоційно-моральних правил при виконанні довільних дій.</p> <p>-Розвивається соціальна емоційно-пізнавальна поведінка: позитивно, з підвищеною увагою діти реагують на все нове. Інтенсивно формується регулювання соціальної взаємодії (використання погляду очі в очі, виразу обличчя, пози і жестів тіла).</p> <p>-Розвивається емоційна</p>	<p>-З труднощами освоює правила невербального емоційного спілкування з дорослими. Звертання дитини, як правило, не носять диференційованого характеру, часто тяжко здогадатися, що дитина просить, що її не задовольняє. При цьому малюк може одноманітно мукати, підхнювати, кричати, не ускладнюючи інтонацію, але використовуючи жест і спрямовуючи погляд на бажаний предмет. В інших дітей, якщо вказані особливості розвитку сформовані, то вони здійснюються все ж без спроб дитини назвати бажаний предмет.</p>	<p>1.Формування патерну емоційної поведінки за допомогою частого лагідного називання дитини на ім'я і за допомогою ніжної розмови з нею, наділяючи, таким чином, її особливою цінністю. Формування <i>емоційно-моральних правил</i> при виконанні довільних дій (пожалій, покажи як любиш).</p> <p>2.Спонування дитини до проявів емоційно забарвленої уваги до свого обличчя і тіла: розглядання себе в дзеркалі, усмішки, морщення носика тощо; використання доступних <i>невербальних засобів емоційно-</i></p>

<p>сфера: дитина навчається усвідомлювати свої емоції, їх тілесний вираз. Спостерігається вибіркова емоційна спрямованість на предмети і людей.</p> <p>-Формується емоційно забарвлена увага до рідних людей. Обстежує поглядом обличчя, зовнішній вигляд та одяг членів родини; показує (на прохання дорослого) на їхні очі, ніс, вуха, губи.</p> <p>-Спостерігається успішне подолання негативного впливу деяких сенсорних вражень шляхом</p>	<p>-Мовлення може розвиватися в строк, проте дитиною майже або зовсім не використовується для адекватного емоційно-виразного спілкування. Характерною при цьому є відсутність стійких стереотипів в стосунках дитини з людьми як з далекого, так і з близького оточення.</p> <p>-Спостерігається в значній кількості дітей оборонна поведінка переважно пасивного типу, яка може виявлятися реакціями залежності і покори, різкою сором'язливістю і невмінням захистити себе. Наслідком оборонної поведінкової установки, яка створює багате підґрунтя для бурхливих емоційних реакцій, може стати виникнення в дитини страхів.</p> <p>-Відмічається в деяких дітей нездатність здійснювати елементарне керування своїми</p>	<p><i>соціальної взаємодії:</i> погляд в погляд, вираз обличчя, пози і жести тіла. Формування <i>емоційно забарвленої уваги дитини до обличчя рідних людей</i> (зацікавлено і в супроводі різних емоцій пальцем торкатися різних його частин; роздивлятися вираз материнського обличчя, адекватно (на скільки це можливо) на нього реагувати. За допомогою матері, лагідної і спокійної, послідовно забезпечується <i>все більший запас емоцій і переживань</i> дитини, спрямованих спочатку саме на неї..</p> <p>3. Використання емоцій, перш за все, мажорного типу, якими заряджується дитина, і які сприятимуть започаткуванню формування в неї інтересу до дорослого і комунікативної</p>
--	---	---

	<p>переключення уваги дитини на інші явища.</p>	<p>емоціями і своєю поведінкою, що значною мірою спричинено не сформованістю/порушеннями її мовлення.</p> <p>-При тяжкій затримці мовленнєвого розвитку в дітей спостерігаються емоційні аномалії (похмурість, плаксивість, надмірна вразливість).</p>	<p>активності.</p> <p>4.Коригування в дитини оборонної поведінкової установки, яка створює багате підґрунтя для її бурхливих емоційних реакцій. Для цього в оточенні дитини необхідно усувати приводи, внаслідок яких в неї може виникати така поведінка.</p>
--	---	--	--

Очікувані результати корекційно-розвивальної роботи:

- ❖ Протягом *першого року життя* дитина починає усвідомлювати відчуття, які надходять від частин її тіла і численні повторення яких утворюють тілесну сутність малюка.. Як результат, діти починають відрізняти себе від інших об'єктів, чим започатковується формування в них самосвідомості.
- ❖ У кінці *першого року життя* дитина повина вміти регулювати свої елементарні дії для досягнення простого результату (наприклад, при виборі предмета для тієї чи іншої діяльності).
- ❖ На фотографії впізнавати себе і знайомих дорослих.
- ❖ Починає дорожити своїм: пручається, коли дорослий або інша дитина намагається відібрати іграшку; плаче, коли забирають іграшку або сварять.
- ❖ Розрізняє на слух імена знайомих дорослих і дітей.
- ❖ Виконує прості словесні завдання: дістає іграшку, що лежить на килимку, підтягуючи рукою килимок до себе.
- ❖ Розуміє і використовує доступні їй емоційно-

Другий рік життя дитини

1.Інтенсивний розвиток відчуття дитиною власного тіла

<p>13-15 міс.</p>	<p>-Усвідомлює своє Я-фізичне. Розвивається здатність володіти своїм тілом. (у формі довільних рухів). Самостійно ходить і радіє відчуттю <i>власної фізичної спроможності,</i> вправності, результатам фізичних дій.</p> <p>-Започатковується формування в дитини знання про своє фізичне «Я», вікові і статеві відмінності.</p>	<p>-Недостатнє усвідомлення дитиною свого Я-фізичного в значної кількості дітей проявляється в недорозвитку навичок повзання, прямостояння і ходіння, що гальмує своєчасний розвиток в них відчуття власного тіла і вміння орієнтуватися в тому, куди повзти (іти), для чого і яким буде кінцевий результат тієї чи іншої її дії.</p> <p>-Спостерігається недорозвинення рухових якостей і рухових функцій дитини. Внаслідок цього в дітей наявні порушення формування практичних навичок самообслуговування. Проте при цьому дитина шукає і використовує підтримку інших людей.</p> <p>-Наявне недостатньо сформоване</p>	<p>1.Сприяння дитині в досягненні правильного функціонування тіла і тілесних реакцій: відчуття власної фізичної спроможності, своєї вправності (самостійне ходіння, стрибання) та усвідомлення задоволення від результату своїх дій. Подальше формування в дитини знання частин тіла – власного і дорослого, а також уміння вказати на них на прохання дорослого. Ці знання і вміння поліпшать процес встановлення нею контакту з довкіллям</p> <p>2.Опрацювання і закріплення правильної реакції дитини на</p>
--------------------------	---	---	---

		<p>прослідковування поглядом напряду погляду дорослого, час від часу ігнорування його вказівного жесту, спрямованого на частини тіла дитини («Подивися на...»).</p> <p>-Спостерігається низький рівень фізичної працездатності, невміння застосувати зусилля з терпимістю до ознак власної втоми, виявляти витримку, наполегливість при виконанні фізичної дії.</p>	<p>подразники: зорові, кінестетичні та словесні. Багаторазове повторення схожих рухових вправ. Розвиток рухових якостей (гнучкості, спритності, сили, витривалості, швидкості) і рухових функцій (кінестетичного, кінетичного і просторового праксису).</p> <p>3.Спонування і заохочення дитини до посильного самотійного обслуговування себе (пити з чашки, їсти з ложки) та до самотійної ігрової діяльності (ставити кубик на кубик тощо).</p>
2.Розширення простору «я» дитини			
	<p>-Формується в дитини "відокремленість" від інших людей (відокремлює «я» від «не я»).</p>	<p>-З труднощами започатковується формування межі Я дитини: спочатку соматичної потім психічної.</p> <p>-Дитина не завжди спроможна вибірково і відносно на тривалий</p>	<p>1.Формування приналежності дитині як власного фізичного тіла, так і приналежності інших предметів та людей. .</p> <p>2.Всебічна підтримка і розвиток</p>

<p>-Спостерігається подальший розвиток відчуття приналежності їй різних предметів. Відрізняє деякі предмети, які належать їй, від тих, які належать іншій людині. <i>Уміє дорожити своїм</i> (рідними дорослими, іграшками, речами),</p> <p>-Започатковується освоєння дитиною значення слова «мій». Зрідка спостерігаються прояви ревності, що розглядаються як складові частини "Я" малюка.</p> <p>-Демонструє різне реагування на власне</p>	<p>час зосереджуватися на об'єктах зовнішнього світу, диференціювати враження від зовнішнього середовища та власного тіла і відчуттів.</p> <p>-Зрідка виявляє інтерес до інших людей: не уважно обстежує поглядом їхні обличчя, зовнішній вигляд, інколи на прохання дорослого робить спробу показувати рукою на частини їхнього обличчя.</p> <p>-Спостерігається подальше підвищення порогів оборонних реакцій (відсторонення й уникнення). У деяких дітей це може проявлятися відгородженням від оточуючих, настороженістю і відмовою від співпраці з ними, байдужістю до однолітків і ігноруванням їх, нездатністю адаптуватися до нових умов. Спостерігається певна відокремленість від інших людей.</p>	<p>в дитини бажання обстежувати (вибірково) поглядом обличчя, зовнішній вигляд, одяг членів родини; показувати на їхні очі, ніс, вуха, волосся тощо.</p> <p>3.Забезпечення формування елементарного образу Іншого (узагальненого образу людини) за допомогою ігор, спрямованих на: спостереження і впізнання в дзеркалі дитиною себе й інших дітей і дорослих; формування позитивного ставлення до свого дзеркального відображення і до відображення інших людей; формування поведінки перед дзеркалом в різних ситуаціях.</p> <p>4.Підтримка бажання дитини експериментувати з частинами тіла, обличчя і одягу дорослого: обстежувати волосся, гладити</p>
--	---	--

	<p>ім'я та на ім'я близьких дорослих і знайомих дітей.</p> <p>-На фотографії впізнає себе, дорослих з близького і далекого оточення.</p>	<p>Виражені розлади соціального контакту,</p>	<p>його, щипати, розтягувати ніс і вуха, не агресивно стукати по кінцівках дорослого руками й ногами</p>
<p>3.Розвиток в дитини самоідентичності</p>			
	<p>-Відбувається розвиток самоідентичності як за допомогою сприйняття, так і усвідомлення дитиною свого імені, статі і віку.</p> <p>-Розвивається тривалий інтерес і вміння спостерігати і впізнавати своє відображення в дзеркалі (як етап розвитку образу Я</p>	<p>-Не виявляє сталих початкових знань про своє фізичне «Я», вікові і статеві відмінності та аналогічних знань стосовно інших дітей і дорослих.</p> <p>-Малюк може без зацікавленості реагувати на своє відображення в люстерку: відвертається від дзеркала, ніби він не знає, чие там відображення.</p> <p>Іноді від споглядання в дзеркалі власного відображення виявляє <i>негативні емоції</i>: настороженість,</p>	<p>1.Формування в дитини самоідентичності за допомогою називання її імені, з якого починається звернення до неї або заохочення ("Петя хороший хлопчик!") тощо чи осуд за недозволені дії.</p> <p>2.Розвиток в дитини зацікавленості в спостереженні за собою в люстерку (наприклад, на питання перед дзеркалом: «Де Катруся?» дитина має вказати на</p>

	<p>дитини).</p> <p>-Формується позитивна самоідентичність, що ґрунтуються на сприйнятті дитиною позитивної оцінки дорослого і допомагає малюку визначити свою значущість для інших.</p> <p>-Паралельно процесу розвитку образу Я формується образ Іншого – узагальненого образу людини.</p>	<p>тривогу, страх.</p> <p>-Спостерігається відсутність або непостійність відзиву малюка на звертання до нього на власне ім'я для виконання найпростіших прохань («Дай мені», «Покажи», «Принеси»). У цьому зв'язку в ряді випадків в дитини можна запідозрити зниження слуху.</p> <p>-Слабко виражена сформованість реакції, схожої на ревності як елементарної форми самолюбства та базової якості особистості.</p> <p>-Може байдуже сприймати як негативну, так і позитивну оцінку своєї діяльності дорослим.</p>	<p>себе в дзеркалі). Використання з цією метою ігор зі зміною зовнішнього вигляду дитини (за допомогою бантика, капелюшка окулярів тощо) і наступним її самовпізнанням.</p> <p>3.Формування зацікавленого ставлення дитини до оцінки своєї діяльності, висловлену дорослим.</p> <p>-Поступове формування в дитини вміння сприймати інших членів сім'ї і чужих людей. На цьому етапі необхідно підтримувати освоєння дитиною такого поняття, як «ТИ», тобто образу Іншого як узагальненого образу людини.</p> <p>4.Навчання дитини вмінню відрізняти себе на тих фотографіях, де вона зображена у</p>
--	---	--	---

			віці немовляти і у віці на день заняття.
4.Формування почуття самоповаги			
	<p>-Формується процес подальшого становлення самоповаги: дитина звертається про допомогу, прагне до співпраці, не уникає зорового контакту.</p> <p>-Намагається практично вплинути на рідних людей з метою привернути їхню увагу до себе і до своєї діяльності. Формуються прояви перших бажань ("хочу", "не хочу").</p> <p>-Спостерігаються</p>	<p>-Не звертається або звертається зрідка про допомогу при виникненні труднощів, зрідка прагне до співпраці.</p> <p>-Недостатньо розуміє зв'язок між своїми діями і досягнутим практичним результатом <i>Не завжди здатна правильно оцінити свої дії.</i> При виникненні труднощів в діяльності і при невдалих спробах не намагається відновити роботу.</p> <p>-Виявляє часто негативізм при спонуканні до спільної ігрової діяльності. Недостатньо зберігає спрямованість гри, і бажання (навіть на короткий строк) закінчити почате і одержати схвальну оцінку. Бажання <i>не підпорядковуватися вимогам</i></p>	<p>1.Формування в дитини впевненості в тому, що вона може «це» зробити добре.</p> <p>2.Започаткування розвитку прагнення дитини до співпраці з дорослим. <i>Підтримка і стимулювання</i> в неї похвалювання у відповідь на схвальну оцінку її діяльності.</p> <p>3.Формування в малюка розуміння зв'язку між своїми діями і досягнутим практичним результатом. При виникненні труднощів в діяльності і при невдалих спробах <i>спонукати його відновити і закінчити роботу.</i></p>

	<p>прояви поживлення і задоволення у відповідь на схвалення дорослого.</p> <p>–Започатковується процес формування в дитини почуття впевненості в тому, що вона може «усе» зробити самостійно.</p>	<p><i>дорослого</i> може виявляти в агресивній формі.</p> <p>-З труднощами формується почуття самозбереження і самозахисту: не завжди вміє і прагне опиратися негативним впливам та самостійно чи з допомогою дорослого ці впливи зменшувати.</p>	<p>4.Розвиток в дитини почуття самозбереження і самозахисту, прагнення опиратися негативним впливам та з допомогою дорослого ці впливи зменшувати.</p> <p>5.Дорослому здійснювати правильне реагування на крики і голосові реакції дитини як на її прагнення в першу чергу привернути його увагу до себе.</p>
<p>5.Емоційно-комунікативний розвиток дитини</p>			
	<p>-Спілкуючись з дорослими, малюк починає дізнаватися про себе найзагальніше і важливе: чи потрібен він, чи люблять його. Починає зароджуватися важливе <i>переживання дитиною своєї</i></p>	<p>-Зі значним запізненням деяких дітей формується адаптивна емоційно-комунікативна поведінка (внаслідок збіднення пізнавального досвіду).</p> <p>-Труднощі розуміння дитиною емоційної поведінки оточуючих, зниження здатності до співпереживання й емоційного</p>	<p>1.Формування в дитини (за наслідуванням) доступних їй засобів емоційного спілкування Це досягається шляхом <i>підсиленого емоційного контакту малюка з матір'ю.</i> Зокрема, застосування (як можливого) <i>методу тісного фізичного контакту</i> між дитиною та дорослим, який полягає в</p>

<p>значущості для близьких людей</p> <p>-Розвивається здатність розуміти емоційну поведінку оточуючих і здатність співпереживання й емоційного зараження. Охоче цілує дорослого, коли просять.</p> <p>-Інтенсивно розвивається міміка дитини, що супроводжує її емоційні стани.</p> <p>-Формуються способи емоційно-виразного мовлення дитини. За наслідуванням формуються специфічні засоби емоційного</p>	<p>зараження. <i>Не вміє і не прагне заспокоїти чи поспівчувати</i> іншій людині, яка виявляє ознаки стресу чи засмучення. Проте цілує дорослого, коли її про це просять.</p> <p>-Реагує на все нове, однак при цьому реактивність на зовнішні подразники знижена.</p> <p>-Періодично спостерігається рухове збудження. <i>Примітивності рухової поведінки відповідає і примітивність емоційних реакцій малюка.</i></p> <p>-Може спостерігатися своєрідність міміки дитини як результат недорозвинення в неї неусвідомлених рухових реакцій, що супроводжують емоційні стани.</p>	<p>притисканні долоні дорослого до долоні дитини, поплескуваннях, підштовхуваннях, протягуваннях малюка. Формування доступних дитині <i>форм прихильності до матері й інших дорослих з близького оточення дитини.</i> Формування елементарних навичок <i>розуміння основних форм емоційної поведінки</i> матері й інших дорослих з близького оточення.</p> <p>2.Послаблення, придушення афектів злості і гніву в поєднанні з можливою агресивною поведінкою. Коригування низького рівня її реактивності на зовнішні подразники.</p> <p>3.Зниження рівня періодичного рухового збудження дитини, що сприятиме поступовому усуненню в неї примітивних емоційних</p>
--	--	---

	<p>спілкування.</p> <p>-Використовуються вроджені емоційно-комунікативні програми.</p>		<p><i>реакцій</i>, які, як правило, відповідають примітивній організації її рухової поведінки.</p> <p>4.Формування в дитини вміння орієнтуватися в поведінці на слова дорослого «можна» і «не можна».</p>
<p><u>Очікуваний результат корекційно-розвивальної роботи:</u></p>			
<p>❖ Започатковується освоєння дитиною значення слова «мій». Зрідка можуть спостерігатися прояви ревностів як складової "Я" малюка.</p> <p>❖ Спостерігаються (зрідка) спроби відокремлення «я» від «не я», коли дитина в доступний їй спосіб намагається практично вплинути на рідних людей.</p> <p>❖ Формується адаптивна поведінка дитини - відчуття безпеки.</p> <p>❖ Формується початкове вміння емоційно реагувати на мовлення, прислуховуватися до звуків, слів; вступати в емоційне спілкування з близькими дорослими.</p> <p>❖ Інколи при виникненні труднощів в діяльності, прагне до співпраці з дорослим.</p>			
<p><u>1.Інтенсивний розвиток в дитини відчуття власного тіла</u></p>			
<p>16-18 міс</p>	<p>-Формуються диференційовані враження дитини від власного тіла та</p>	<p>-Всі подразники із зовнішнього середовища набувають високу значимість для дитини. Проте в деяких малюків водночас може</p>	<p>1.Розвиток правильного функціонування тіла і основних тілесних реакцій дитини. За допомогою тілесних відчуттів</p>

<p>зовнішнього середовища. Розвинене м'язове відчуття стає для дитини <i>мірою відліку відстані і просторового розташування предметів.</i></p> <p>-Опанування малюком ходьбою сприяє інтенсивному формуванню образу тіла. Це допомагає більш вільним і самостійним контактам дитини із зовнішнім світом.</p> <p>-Розвивається одностороннє домінування провідної руки і всіх симетричних частин тіла (ноги, ока, вуха).</p>	<p>продовжуватися актуалізація їхньої оборонної поведінки (відвертання від дорослого всім тілом, закривання вух чи очей).</p> <p>-У деяких дітей може спостерігатися формування соціально невідповідних синергій, які виявляються в характерній для дітей руховій поведінці, зокрема в підсиленні рухових стереотипів, що нагадують гіперкінези (згинання, розгинання пальців рук, підскакування; моторні штампи).</p> <p>-Недостатній досвід спілкування дитини з іншими людьми продовжує спричиняти значну затримку самопізнання малюком свого тіла і ставлення до нього.</p> <p>-Диференціація правої і лівої руки тільки починає себе виявляти в</p>	<p>дитини дорослий допомагає їй формувати образ тіла і встановлювати безпечний контакт з довкіллям.</p> <p>2.Розширення можливостей дитини в ознайомленні з предметами і їхніми властивостями на основі <i>формування в неї аналізаторних та міжаналізаторних зв'язків.</i></p> <p>3.Забезпечення формування в дитини критеріїв успіху чи неуспіху в оволодінні ходьбою, бігом, стрибками. При цьому розгорнута оцінка дорослого діяльності дитини має бути максимально адресованою їй і включати в себе схвалення, які стосуються особистості дитини та її дій і з частим називанням дитини</p>	
---	--	--	--

		більшості дітей.	на ім'я. 4.Всебічне сприяння тілесному розвитку дитини, оскільки це визначально впливатиме на швидкість формування домінуючої сторони її тіла і гармонійність в рухах та діях.
2. Розширення простору «я» дитини			
-Без утруднень відокремлює «я» від «нея»: вміє впізнавати членів сім'ї; відрізнити за зовнішнім виглядом своїх близьких від чужих; впізнає себе серед близьких і незнайомих дорослих на фотографіях. -Проявляє інтерес до людей за межами родини,	утруднень	-Спостерігається не достатнє усвідомлення дитиною свого імені і відсутність стійкого прагнення означити себе певним звукосполученням. При цьому дитина не відстоює право на своє ім'я і може іноді <i>не протестувати, коли її називають іншим ім'ям.</i> Окрім того, така дитина тільки зрідка намагається певним звукосполученням означити Іншого, як правило, посилюючи його вказівним жестом, що спрямовується	1.Сприяння поступовому розширенню простору «Я» дитини шляхом формування в неї адекватної самооцінки як основи розвитку її особистості. Звертання дорослим уваги дитини на інших людей, особливо в зв'язку з тією чи іншою емоційно-комунікативною ситуацією. 2.Розширення простору «Я» дитини шляхом приєднання дорослого до малюка, який

	<p>спілкуватися з окремими дітьми та дорослими, вміє попросити про допомогу тоді, коли вона потрібна.</p> <p>-Намагається певним звукосполученням означити Іншого, посилюючи його вказівним жестом, що спрямовується на дорослого чи на іншу дитину.</p> <p>-Відстоює простір свого «Я», право на елементарну самостійність.</p> <p>-Відбувається подальше формування інтересу дитини до іншої людини і</p>	<p>на дорослого чи на іншу дитину.</p> <p>-Розширення меж простору Я в дітей з тяжкими вадами мовлення проявляється через активні форми аутостимуляції (розгойдування, стрибки, лазіння). Під час обстеження предметів використовують дотикові, вестибулярні, зорові і слухові відчуття.</p> <p>-Значна кількість дітей з тяжкими вадами мовлення звертає увагу на інших дітей, але, разом з тим, не прагне приєднатися до спільної гри з ними за винятком випадків, коли необхідно взаємодіяти з ними.</p> <p>-Недостатньо сформоване вміння здійснювати вибір бажаного, приємного, комфортного, що свідчить про недорозвинення в малюка елементарних форм самостійності.</p> <p>-Спостерігається недорозвинення в</p>	<p>грається. Це полегшить дитині навчитися встановлювати контакт, розвиватиме в неї бажання і вміння взаємодіяти, дасть можливість долучатися до спільної гри. При цьому дорослий підхоплює зацікавленість дитини так, начебто сам цікавиться тією самою дією чи предметом.</p> <p>3.Застосування системи ігор для формування в дитини вміння звертатися до матері, а потім – до дорослого з близького оточення за допомогою, дивитися на них відшукувати їх поглядом.</p> <p>4.Формування розуміння значення слова «мій», що розглядається як засіб розширення і віддиференціювання простору «Я» дитини.</p>
--	--	--	---

	<p>до себе, своїх можливостей, здібностей. Водночас в тактовній формі звертає увагу на інших дітей, відтворює їхні окремі рухи, дії.</p>	<p>дитини елементарних форм власності при відстоюванні приналежності їй предметів, що свідчить про невміння нею відстоювати простір свого «Я».</p>	<p>5.Започаткування розвитку в малюка уваги до іншої людини з метою наслідування її елементарних дій. На цій основі в подальшому можливе здійснення формування в малюка вміння вносити елементи самодіяльності у власні відтворювальні, функціональні та ігрові дії.</p> <p>6.Всіляке підтримування намагання дитини (за наслідуванням чи самостійно) <i>означати іншу людину її іменем</i> чи певним буквосполученням.</p>
<p>3.Формування в дитини почуття самоповаги</p>			
	<p>-Починає формуватися патерн поведінки, що забезпечує дитині подальший розвиток усвідомлення себе.</p>	<p>-Не спостерігається розвиток патерну поведінки, що передається з покоління в покоління. Це значно <i>гальмує процес усвідомлення</i> малюком себе, своїх можливостей і формування</p>	<p>1.Формування в малюка бажання наслідувати поведінку дорослого: бути схожим на нього, <i>порівнювати результати своєї діяльності і діяльності дорослого,</i></p>

	<p>-Інтенсивно формуються елементарні форми самовизначення: а)самостійний <i>вибір бажаного</i>, комфортного; наполягання на задоволенні прагнення займатися приємною справою; б)<i>наслідування елементарних дій</i> дорослого з подальшим внесенням елементів самодіяльності в свої відображальні дії; в)<i>розвиток впливу</i> на оточення.</p> <p>-Формуються елементарні форми самовладання як риси особистості, пов'язаної із</p>	<p>в нього адекватної самооцінки.</p> <p>-Значне запізнення формування самооцінки значною мірою пов'язане з тим, що дитина з тяжкими вадами мовлення, як правило, <i>віддає перевагу (або відстоює) заняттям на самоті.</i> Такі заняття не сприяють формуванню в неї вміння порівнювати результати своїх дій з результатами дій інших людей. Як наслідок, ця обставина <i>перешкоджає розвитку ціннісного ставлення</i> дитини до себе.</p> <p>-Не прагне наслідувати дорослого, внести в свої дії елементи самодіяльності.</p> <p>-Не розвивається вплив на близьке і далеке оточення. Дитина не виявляє зацікавленого інтересу до людей за межами родини, зрідка бажає спілкуватися з окремими дітьми та</p>	<p>що допомагатиме формуванню в нього самооцінки. Сприяти прагненню дитини вносити в свої дії елементи самодіяльності (зачекати поки дорослий не підійде, не піддаватися істеричі в разі відмови в чомусь бажаному). В результаті це викликатиме в дорослого схвальну оцінку, а в малюка - почуття самоповаги.</p> <p>2.Розвиток в дитини елементарних форм самовизначення: займатися приємною справою, гратися цікавими для неї іграшками, маніпулювати предметами тощо, що сприятиме становленню її ціннісного ставлення до себе.</p> <p>3.Розвиток впливу дитини на оточення: різними засобами <i>привернути увагу дорослого</i> до</p>
--	---	--	--

самоконтролем саморегуляцією поведінки.	та	дорослими. -Не виявляє позитивну самооцінку (не вміє вигідно демонструвати себе, свої вміння, успіхи), не вимагає до себе шанобливого ставлення.	себе, правильно реагувати на його прохання: «Не плач», «Заспокойся» тощо. 4.-Формування в дитини елементарного вміння переходити до спільної діяльності з дорослим.
4.Емоційно-комунікативний розвиток дитини			
-Намагається словом чи певним звукосполученням означити різні емоційні стани.	-Впевнено означає себе звукосполученням, підсилюючи його вказівним жестом, спрямованим на себе або в дзеркало і супроводжуючи його	-Зі значною затримкою формуються емоційні мітки предметів разом з відповідними ще не словами-назвами, а звуковими образами цих предметів: частин тіла, предметів одягу, гігієни тощо –Спостерігається певна відсутність спонтанного пошуку обміну радістю, інтересами чи досягненнями з іншими людьми. .- Можуть спостерігатися: а)складнощі в спілкуванні, спричинені	1.Стимуляція дитини до відтворення елементарних емоційних поведінкових реакцій і емоційних станів у спілкуванні з матір'ю. 2.Корекція труднощів в спілкуванні спричинені невмінням дитина з важкими порушеннями мовлення справитися з потоком інформації, яка поступає із зовні і яка для малюка є складною. При цьому,

<p>вимову відповідними до ситуації емоційними станами.</p> <p>-Легко за поведінкою іншої людини розуміє її стан і переживання. Без особливих труднощів зчитує те, що людина висловлює ходою, мімікою, інтонацією і тембром голосу.</p> <p>-Розвиваються різні форми спілкування з дорослими однолітками. Майже повністю відсутні перепони для елементарних форм спілкування.</p>	<p>тим, що дитина не справляється з потоком інформації, яка надходить із зовні і яка для малюка є складною;</p> <p>б) <i>не використання вказівного жесту на себе і відсутність бажання означити себе певним звукосполученням;</i></p> <p>–У значної кількості дітей не формуються специфічні засоби емоційного спілкування: інтонація, голос, жести, міміка.</p> <p>-Наявні в дитини суттєві труднощі сприйняття і розуміння емоцій, особливо відносно складних. Це може призводити до утворення і закріплення в неї обмежень в сприйнятті потоків інформації.</p>	<p>наприклад, <i>необхідно враховувати ту обставину</i>, що дитина, яка не вступає в контакт з дорослими. водночас кладе ляльку біля себе, обнімає її, заглядає в обличчя . Іграшки дитина вільно адресує свої емоції і при цьому (що для неї є важливим) не зустрічає у відповідь реакцій, які потрібно сприйняти й осмислити.</p> <p>3.Формування невербальних засобів спілкування, в перше чергу, дейктичного (вказівного) жесту, що супроводжується відповідною емоцією дитини.</p> <p>4.Відпрацювання в дитини можливості використання наявного в її словниковому запасі емоційних міток предметів в супроводі доступних їй емоційно-</p>
--	---	--

			виразних реакцій.
<u>Очікувані результати корекційно-розвивальної роботи:</u>			
❖ Дитина здатна довгий час зосереджуватися на частинах свого тіла, обличчі, одязі.	❖ Формуються елементарні форми самовизначення, зокрема самостійний вибір бажаного.		
❖ Відгукується на власне ім'я; намагається певним звукосполученням означити себе.	❖ Розвивається одностороннє домінування провідної руки і всіх симетричних частин тіла.		
❖ Звертає увагу на інших дітей не тільки у випадках, коли необхідно взаємодіяти з ними.	❖ Намагається словом чи певним звукосполученням означити різні емоційні стани.		
❖ Започаткується формування в малюка уваги до іншої людини і розвиток елементарних умінь наслідувати її дії.			
1.Розширення простору «Я» дитини			
19-24 міс	-Остаточо виділяє себе з симбіотичної (психосоматичної) єдності з матір'ю, розширюючи, таким чином, межі свого Я. -Чітко відокремлює «я» від «не я». Інтенсивно розвивається в дитини	-Може і надалі спостерігатися недостатній розвиток межі власного Я дитини. В найбільш тяжких випадках малюк не тягнеться до інших людей, не шукає в них ласки і не реагує на неї, хоча й відгукується на спроби дорослих впорядкувати його поведінку. -І надалі може спостерігатися	1.Формування в дитини вміння переходити до елементарної спільної діяльності з дорослим, підпорядковуючись спочатку хоча б тільки деяким його вимогам. 2.Стимулювання дитини до виконання нескладних завдань, спрямованих на розширення в неї простору «Я»: показ і називання

	<p>диференційоване відчуття власного тіла.</p> <p>-Удосконалення процесу формування образу Іншого (узагальненого образу людини) одночасно з подальшим розвитком образу Я.</p>	<p>байдуже ставлення дитини до свого відображення в люстерку. Разом з тим, починає <i>відмічатися стабільна реакція на власне ім'я</i>. Внаслідок цього в дитини зароджується елементарне уявлення про образ свого соціального «Я».</p> <p>-Уповільнено формується образ Іншого.</p> <p>-Можливий високий рівень розвитку механічної пам'яті як в зоровій, так і в слуховій модальностях, яка, однак, недостатньо сприяє розширенню меж Я дитини.</p>	<p>частин свого тіла, тіла дорослого й іншої дитини, визначення приналежності предметів, що належать їй і членам її сім'ї.</p> <p>3.Формування адекватної поведінки в менш стабільних і більш складних (ніж домашні) ситуаціях: вихід в гості, поїздка в транспорті, зустріч з іншими дітьми на ігровому майданчику тощо.</p> <p>-4.Запобігання виникнення в дитини фіксації на захопленні нею одним і тим же сенсорним відчуттям – слуховим, зоровим, тактильним тощо.</p>
2.Формування в дитини почуття самоповаги			
	<p>-Оцінка поведінки</p>	<p>-Прояви власних бажань, що не збігаються з намірами дорослих, для дитини з важкими вадами мовлення, як</p>	<p>-Здійснення подальшого розвитку в дитини тенденції наслідувати дорослого, бути</p>

<p>дитини дорослими стає одним з джерел її ставлення до себе, зокрема <i>почуття гордості</i>.</p> <p>-З'являється і швидко розвивається вплив дитини на оточення, що викликає в неї <i>почуття задоволення і позитивне оцінювання власних дій</i>.</p> <p>-Формування прагнення до самостійної діяльності При цьому в дитини: а) виникають власні бажання, які можуть не збігатися з бажаннями дорослих і на яких дитина наполягає; б) формується тенденція</p>	<p>правило, є типовими. Водночас малюк часто уникає виявляти власні реакції з приводу подій, що відбуваються.</p> <p><i>Спостерігається переважання не зацікавленості дитини якимось чином виявити своє ставлення до подій і людей, які її оточують.</i></p> <p>-Дитина не завжди соромиться вчинків, не схвалених дорослими, коли їй спеціально вказують на них і соромлять її. <i>Не намагається обов'язково заслужити позитивну оцінку,</i> демонструючи дорослим свої досягнення.</p> <p>-Не розвивається вплив дитини на оточення. Водночас відсутність впливу на оточення, зазвичай, не викликає в неї адекватного почуття незадоволення і спроби оцінити і змінити свої дії.</p>	<p>схожим на нього, <i>порівнювати результати своєї діяльності з результатами його діяльності,</i> заслужити позитивну оцінку, що сприятиме формуванню в малюка самоповаги.</p> <p>-Формування в малюка самооцінки («я – хороший, я – не хороший»). Навчання дитини називати своє ім'я, розуміти, що вона залишається однією і тією ж дитиною, а саме – <i>хорошою,</i> незважаючи на різні зміни у взаємодіях із зовнішнім світом.</p> <p>-Застосування спеціальних завдань для формування в дитини форм поведінки: завдання на впізнання себе на фотографіях, <i>де вона зображена в молодшому віці.</i> Підкреслюється, як дитина виросла, якою вона стала</p>
--	---	---

	наслідувати дорослого, бути схожим на нього; в)розвивається порівняння дитини себе з іншими людьми.	-Із значним запізненням в дитини формується самооцінка образу себе («Я – хороший, я - поганий»);	розумною тощо. -Розвиток в дитини способів статевої ідентифікації шляхом запровадження ігор статево-рольового характеру, пред'явлення відповідних фотографій і малюнків тощо і формуючи водночас в неї почуття самоповаги («Яка хороша дівчинка Настуся»).
--	---	---	--

3.Емоційно-комунікативний розвиток дитини

	<p>-Спостерігається інтенсивний розвиток почуттів дитини: прихильності, співчуття, симпатії, задоволення успіхом, засмученості через невдачу.</p> <p>-Інтенсивно накопичуються емоційні мітки</p>	<p>-Спостерігається недостатня сформованість в дитини емоційно-виразних засобів, що може бути наслідком неповноцінності її вроджених емоційних програм (плачу, сміху тощо).</p> <p>-Зі значним запізненням формуються соціальні емоції як наслідок недостатнього впливу на дитину стосунків з близькими людьми.</p>	<p>1.Інтенсивний розвиток почуття прихильності до матері й інших дорослих з близького оточення за допомогою як невербальних, так і вербальних засобів</p> <p>2.Корекція афективної блокади (ізоляції), що проявляється в деяких дітей з тяжкими порушеннями мовлення слабким емоційним реагуванням стосовно</p>
--	---	---	---

	<p>предметів разом з відповідними ще не словами-назвами, а звуковими образами цих предметів.</p> <p>-Формується прагнення висловити свої емоції і почуття мімікою, жестами, діями, адресованими іншим.</p> <p>-Розвиваються соціальні емоції малюка, джерелом яких стають взаємини між членами родини, атмосфера сімейного життя тощо.</p> <p>-Виявляє зацікавлений інтерес до людей за межами родини, <i>бажає</i></p>	<p>Наявні окремі слова, що позначають соціальні емоції, <i>використовуються малюком недостатньо активно, не розвивається арсенал диференційованої невербальної комунікації</i> для висловлювання своїх бажань, ставлення, почуттів (міміка, жести, дії, адресовані іншим).</p> <p>-Не називає різні емоції словами або певними звукосполученнями. Не пояснює причину своїх емоцій.</p> <p>-Не спостерігається активний розвиток почуттів: співчуття, симпатії, задоволення успіхом, засмученості через невдачу.</p> <p>-Не виявляє активного емоційного інтересу до людей за межами родини, зрідка бажає спілкуватися з окремими дітьми та дорослими. Не вміє правильно попросити про</p>	<p>близьких людей.</p> <p>3.Формування в дитини вміння розпізнавати і реагувати на прості емоції та позначати їх різними словами або звукосполученнями.</p> <p>4.Цілеспрямована підтримка розрізнених елементів емоційного спілкування, наявних в більшості дітей з тяжкими порушеннями мовлення, а також заохочення і підтримка їхніх спроб вступити в контакт з дорослим чи з іншою дитиною.</p> <p>5.Застосування дорослим (як можливого) методу мобілізації дитини до гри без усіляких вимог і інструкцій з метою налагодження емоційно сприятливого, довірливого контакту з нею.</p>
--	---	--	--

	<p><i>спілкуватися з окремими дітьми та дорослими.</i></p> <p>-Орієнтується на емоційно забарвлені слова-оцінки дорослих, що сприяє емоційному розвитку дитини.</p>	<p>допомогу тоді, коли вона потрібна, застосовуючи при цьому відповідний емоційно-комунікативний супровід.</p> <p>-З появою фразового мовлення діти можуть здаватися занадто говіркими, проте їхнє мовлення часто не включене в емоційне спілкування.</p> <p>Водночас окремі елементи спілкування, спроби вступити в контакт, реакції на звертання дорослого спостерігаються в більшості дітей з вадами мовлення.</p>	<p>6.Враховання в корекційній роботі того факту, що деякі діти можуть мати хороший слух. Це сприятиме появі в дитини (лише в разі вдалих музичних спроб) впевненості в собі, почуття радості і задоволення.</p> <p>7.Формування відповідної лексики, що характеризує емоції й емоційні стани дитини і людей з близького і далекого оточення.</p>
<p style="text-align: center;">Очікувані результати корекційно-розвивальної роботи:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ За інструкцією дорослого, сприйнятою на слух, може показати названі частини тіла - власні і дорослого. ❖ Протягом другого року життя оволодіває самоідентичністю, найбільш значущою точкою формування якої стає усвідомлення дитиною свого імені, своєї статі і свого віку. ❖ В кінці другого року життя дитина спроможна підпорядковуватися вимогам дорослих і виявляти спроби домогтися кінцевого результату в тій чи іншій нескладній діяльності. ❖ Починає виявляти інтерес до людей за межами родини. Починає правильно орієнтуватися на емоційні прояви дорослих. ❖ Вчиться виявляти позитивну самооцінку. ❖ Спостерігаються прояви переходу до спільної 			

діяльності з дорослим.

Третій рік життя дитини

1.Інтенсивний розвиток в дитини відчуття власного тіла

25-30 міс	<p>-Дитина цього віку добре: бігає вперед; стрибає обома ногами разом; ходить навшпиньки; б'є вперед по нерухомому м'ячу; піднімається на 4-6 сходинок, переставляючи по черзі ноги; перестрибує об'єкт 15см., приземлюючись на обидві ноги; підкидає м'яч над головою Ковтає їду, не поперхнувшись, не подавившись, не закашлявшись.</p> <p>-Формуються довірливі</p>	<p>-Спостерігається в деяких дітей збереження тих форм рухової поведінки, які в цьому віці повинні в неї щезнути: ссання пальців, різних предметів.</p> <p>-Спостерігається безпорадність дитини в побуті і в елементарному самообслуговуванні, а також стійкі труднощі при навчанні малюванню, при викладанні кубиків тощо. Ці труднощі, перш за все, є наслідком <i>недосконалості дрібних рухів рук.</i></p> <p>-Спостерігаються неспецифічні порушення апетиту: вибірковість в їді, а в частини дітей – невміння жувати, пити з чашки, яку тримає</p>	<p>1.Формування в дитини сенсомоторних функцій і предметного сприйняття. Розвиток навички швидкої фіксації і слідування за предметом; пошуку предмета, що зник. Навчання дитини мити і витирати руки з допомогою дорослого; допомагати дорослим прибирати іграшки; користуватися ложкою; одягати пальто тощо.</p> <p>2.Коригування нав'язливих рухів дитини: вертіння перед очима кистями рук, ссання пальців, тощо.</p> <p>3.Систематичний розвиток</p>
----------------------	--	--	---

	<p>рухи, тобто дитина починає усвідомлювати себе причиною дій, здатною керувати своїми діями, що особливо проявляються в оволодінні ходінням та мовленням.</p> <p>-Формується знання про своє фізичне «Я», вікові і статеві відмінності. Коли просять, називає не менше п'яти частин тіла.</p>	<p>дорослий, і не розхлюпуючи рідину.</p> <p>-У деяких дітей спостерігаються імпульсивні агресивні силові дії: смикання за волосся, вдавлювання підборіддям в плече дорослого.</p> <p>-Формуються довільні рухи, внаслідок чого дитина починає усвідомлювати себе причиною дій. Водночас виявляється <i>не достатньо здатною керувати своїми діями,</i> що особливо проявляються в оволодінні мовленням.</p> <p>-Із значним запізненням в дитини започатковується формування знань про свої статеві відмінності.</p>	<p>дрібноі моторики руки дитини. Подальше формування вміння щось попросити, простягаючи руку і виконуючи хапальний жест (розкриваючи і закриваючи долоню), продовжити гратися з дитиною у схованку («ховати» обличчя в долонях).</p> <p>4.Формування в дитини вміння переносити рухливі дії, розучені з одним предметом, на інший.</p> <p>5.Відпрацювання з дитиною назв частин її тіла. Формування знань про свої статеві відмінності.</p> <p>6.Зняття імпульсивних рухових дій дитини за допомогою спроби «загасити» їх достатньо інтенсивними і більш адекватними взаємодіями: міцно обняти малюка, притиснути його до себе,</p>
--	---	---	---

			поколисати.
2. Формування в дитини почуття самоповаги			
<p>-Відбувається засвоєння форм, видів і критеріїв оцінки поведінки. В індивідуальному досвіді малюк їх апробує, наповнює особистісним змістом.</p> <p>-Спостерігається зростання самостійності, яке зумовлює виникнення в дитини <i>потреби в певній емансипації від дорослого</i>. Це призводить до переоцінки і зміни характеру їхніх стосунків.</p> <p>-Оволодіння дитиною</p>	<p>-Демонструє несформований стан самоповаги: уникає провідних ролей у грі, характеризується підвищеною тривожністю, невпевненістю в собі.</p> <p>-Спостерігається мляво виражена емансипація від дорослого, що не призводить до зміни і покращення характеру їхніх стосунків.</p> <p>-Як і раніше, ухиляється (часто в агресивній формі) від участі дорослого в задоволенні її елементарних потреб, а також від прямої допомоги при виникненні в неї утруднень в здійсненні тих чи інших видів діяльності.</p> <p>-Не вміє здійснювати намір, прогнозувати майбутній результат</p>	<p>1.Формування в дитини відчуття самоповаги шляхом пояснення їй в доступній формі необхідності того, що її почуття повинні поважатися, що на її бажання повинні зважати і правильно їх трактувати. Уникати як негативних, так і позитивних порівнянь з іншими дітьми, вказувати на успішне проходження проміжних етапів виконання завдання, застосовувати заохочення та емоційне підкріплення.</p> <p>2.Розвиток в дитини здатності адекватно оцінювати ситуацію, що виникла. Це сприятиме зростанню її самозбереження і</p>	

<p>діями без участі чи прямої допомоги дорослого, що сприяє зростанню її ціннісного ставлення до себе.</p> <p>-Зароджується (в ході предметної діяльності) вміння здійснювати свідомий намір, елементарно планувати свої дії, прогнозувати майбутній результат.</p> <p>-Спостерігається превалювання емоційного оцінювання дитиною себе. При цьому малюк наділяє себе тими позитивними якостями, які схвалює дорослий.</p>	<p>потрібної їй елементарної дії. Проте дитину, загалом, це не особливо засмучує..</p> <p>-Не формується регулювання дитиною своїх дій, що спричиняє невміння затримувати або відстрочувати виконання свого бажання заради дорослого або іншої дитини чи заради іншої мети. <i>Не формується довільна поведінка,</i> внаслідок чого випадкові дії не поступаються місцем цілеспрямованим. Проте це не впливає на позитивну оцінку дитиною своїх дій.</p> <p>-В основному байдуже реагує на все, що стосується її оцінки іншими людьми (критику, глузування), може віддавати перевагу самотності.</p> <p>-Труднощі мовленнєвого</p>	<p>самозахисту: Розвивати вміння орієнтуватися в тому, що для її Я є корисним, а що шкідливим, вчити опиратися негативним впливам і самостійно зменшувати ці впливи. Доручати дитині доступні види діяльності з тим, щоб вона відчувала себе впевненою в своїх здібностях.</p> <p>3.Навчання дитини осягати значення слова «мій»; проявляти ревності («Це мій м'яч», «моя мама» тощо). Не розцінювати ці ситуації як прояв жадібності дитини.</p> <p>4.Врахування дорослим необхідності не повторювати численні енергійні прохання («Ти хороший хлопчик. Збери свої іграшки. Склади свої іграшки і т.п.»). Вступати в контакт з</p>
---	---	---

	<p>-Започатковується формування вміння оцінювати інших людей, хоча поки що дитина просто повторює думку, висловлену про них дорослим.</p>	<p>спілкування з дорослим ще більше гальмують розвиток самооцінки дитини. При оцінюванні дитиною себе повторює думку, висловлену про неї іншими («Я хороший, мама так говорить»).</p>	<p>дитиною тільки за умови, якщо вона сама до цього прагне, оскільки в іншому випадку це може спричинити її відгородженість. При цьому необхідно враховувати, що дитина <i>краще реагує на тихий голос</i>. Пояснювати дитині те, що в дорослих і, навіть у батьків, не все виходить добре, що людині властиво помилятися. Не фіксувати увагу дитини на її помилках з тим, щоб в неї не закріплювалися відчуття роздратування і невпевненості.</p>
--	--	--	--

3.Розвиток в дитини самоідентичності

	<p>-Формується уявлення дитини про свої найпростіші індивідуальні і соціальні характеристики. Проте</p>	<p>-Не завжди правильно виявляє вміння виділяти себе з навколишнього середовища, тобто не вміє розрізняти «Я» та «не Я». Елементарне уявлення про образ свого соціального «Я» в</p>	<p>1.Планомірне забезпечення освоєння дитиною в ігровій формі нескладних елементів побутового і соціального життя. Формування в вміння імітувати ці елементи тим,</p>
--	--	--	--

<p>«Я» дитини цього віку являє собою нестійкий, недиференційований комплекс.</p> <p>-Започатковується особиста ідентифікація.</p> <p>Формується здатність співвідносити себе з собою, а себе виділяти як окрему людину, тобто <i>розрізняти «Я» та «не Я».</i></p> <p>-Формується подальше уявлення малюка про своє фізичне «Я», зокрема починає чітко знати ознаки своєї статі.</p> <p>-Розвивається вміння імітувати деякі елементи побутового і соціального</p>	<p>дитини зароджується із значним запізненням, про що може свідчити її байдуже ставлення до свого відображення в люстерку і відсутність постійної адекватної реакції на власне і чуже ім'я.</p> <p>-Не вміє правильно імітувати хоча б деякі елементи побутового і соціального життя, що не сприяє визначенню дитиною свого місця в ньому.</p> <p>-Спостерігається іноді не розуміння дитиною, чого від неї чекають батьки, рідні, однолітки, якою вони хочуть її бачити. <i>Не чітко розуміє різницю між «я хороший» і «я поганий».</i></p> <p>-І надалі в дитини з тяжкими вадами мовлення спостерігається <i>затримка виділення людини із світу предметів,</i> низька увага до людського обличчя.</p>	<p>щоб вона вчилася визначати в ньому <i>своє місце, свій статус і свої потреби..</i></p> <p>2.Подальше формування в дитини зацікавленого ставлення до свого відображення в дзеркалі, вміння виявляти постійну реакцію на власне ім'я; демонструвати різне реагування на власне і чуже ім'я..</p> <p>3.Сприяння появи, а в подальшому – <i>систематичному вживанню займенника «Я».</i> Підтримувати дитину, коли вона починає називати себе він/вона.</p> <p>4.Подальше формування в малюка знання ознак своєї статі за допомогою спеціально підібраних малюнків, іграшок, ігор.</p> <p>5.Формування в дитини вміння</p>
---	--	--

	життя.	Зберігаються труднощі сприйняття інших людей як особистостей зі своїм власним «Я» і, що особливо важливо, - труднощі сприйняття малюком себе «очима інших»	розпізнавати і вказувати на себе на фотографіях серед дорослих, серед дітей, серед дорослих та інших дітей.
4. Емоційно-комунікативний розвиток дитини			
	<p>-Навчається усвідомлювати свої емоції, їхній тілесний вираз.</p> <p>-Інтенсивно формуються соціальні емоції та структури дій: мовленнєві і предметні.</p> <p>-Відчуває і демонструє прихильність до дорослих з близького оточення.</p> <p>-Спостерігає за іншими</p>	<p>-Із значним запізненням формуються соціальні емоції та структури дій: мовленнєві (дитина має обмежений запас слів, словосполучень, коротких речень) і предметні (з труднощами освоює довірливі дії з предметами оточуючого світу). При цьому внаслідок невміння виконати доступні види діяльності та під впливом невдач в дітей, разом з тим, може не розвиватися почуття сорому.</p> <p>-Дитина відчуває і демонструє емоційно забарвлену прихильність</p>	<p>1.Формування в малюка стабільного почуття прихильності до дорослих з близького оточення: реагувати, почувши ім'я матері, повертати голову на знайомий голос, реагувати на «Іди до мене», піднімаючи ручки, протягувати руку, щоб показати, що він тримає в руці, вчити посилати повітряні поцілунки тощо.</p> <p>2.Формування в дитини вміння дивитися в обличчя людини, з якою спілкується. Для цього</p>

	<p>дітьми, емоційно виявляє бажання приєднатися до них на нетривалий час. Формуються нестійкі, але дружні, емоційно забарвлені стосунки з ними.</p> <p>-Удосконалює вибіркоче емоційне ставлення до дітей і дорослих. Намагається наслідувати взаємостосунки дорослих.</p> <p>-З'являються елементи рольової гри з відображенням в ній людських взаємостосунків і емоцій,</p>	<p>до дорослих з близького оточення: обіймає маму, виказуючи свою любов до неї, цілує близьких дорослих, коли їй про це попросять. Проте ця прихильність в деяких дітей може формуватися за вродженим механізмом «зараження» - <i>любить дорослого, який про нього піклується і поки його бачить.</i></p> <p>-Більшість дітей з тяжкими порушеннями мовлення не прагне до спілкування з дорослими. При цьому дитина може відвертатися, піти у бік. У більш тяжких випадках малюк може виглядати зовні байдужим до появи інших людей, але буде мати напружене і незадоволене обличчя.</p> <p>-Зацікавлено спостерігає за іншими дітьми, однак часто не виявляючи при цьому бажання приєднатися до них. Тільки для деяких дітей характерним є</p>	<p>дорослий спочатку має навчити малюка спостерігати за предметами, що рухаються ним; стежити за ігровими діями інших дітей, не наполягаючи на тому, щоб він приєднався до них; повертатися обличчям до тієї людини, яка кличе його тощо.</p> <p>3.Стимулювання і розвиток емоційних реакцій дитини на різноманіття природного довкілля.</p> <p>4.Формування в дитини прагнення до взаємостосунків з дорослим, починаючи з наслідування перед дзеркалом виразу його обличчя. При цьому перевага віддається веселій і смішній міміці обличчя дорослого..</p> <p>5.Використання занять із застосуванням елементів</p>
--	---	--	--

що супроводжують ці взаємостосунки.	бажання започаткувати дружні стосунки з іншою дитиною. Більшість дітей демонструє <i>невміння адекватно висловити свої емоції</i> відповідними діями або словами, або виразом обличчя.	арттерапевтичних засобів як <i>соціально прийняттого</i> і безпечного способу зняття напруження, зменшення страхів і можливої агресії. Спільна участь в малюванні може сприяти формуванню відносин компатії та взаємної підтримки.
-------------------------------------	--	---

Очікувані результати корекційно-розвивальної роботи

- ❖ Зростає самостійність, що призводить до переоцінки і зміни характеру стосунків з дорослим.
- ❖ Граючись з дітьми, створює короточасні і нестійкі дружні зв'язки.
- ❖ Частіше виявляє на різні ситуації адекватні реакції
- ❖ Виражає деякі емоції відповідними діями, словами або виразом обличчя.
- ❖ Спостерігає за іншими дітьми, інколи і ненадовго приєднується до них. Започатковує вміння оцінювати інших людей.
- ❖ Вміє брати участь в заняттях в малих групах (спів, плескання в долоні, танці тощо).
- ❖ Знає ознаки своєї статі.
- ❖ Вчиться захищати своє майно.

1.Інтенсивний розвиток в дитини відчуття власного тіла

31-36 міс	-Відбувається подальший інтенсивний розвиток в	-Спостерігається подальше збереження в деяких дітей тих форм поведінки, які в цьому віці повинні в	1.Розвиток загальної моторики дитини: навчання допомагати дорослим в різних нескладних
------------------	---	---	---

	<p>дитини відчуття власного тіла: добре бігає вперед; стрибає обома ногами разом; ходить навшпиньки; підніметься по сходинок, бере разом 4 намистинки; перегортає по одній сторінці; відтворює коло, вертикальну і горизонтальну лінію тощо.</p> <p>-Спостерігається подальше формування довільних рухів, тобто дитина усвідомлює себе причиною дій, здатною керувати своїми діями. Це особливо проявляється як в</p>	<p>дитини щезнути.</p> <p>- Продовжує відмічатися (внаслідок недосконалості дрібних рухів рук) безпорадність дитини в побуті і в елементарному самообслуговуванні (незграбне користування ложкою, чашкою, невміння застібнути гудзик; стійкі труднощі при навчанні малюванню, при викладанні кубиків тощо).</p> <p>-Продовжують спостерігатися порушення апетиту: вибірковість в їді, а в частини дітей – невміння жувати, пити з чашки. У більшості дітей спостерігаються труднощі керування своїми руховими діями.</p> <p>-Поступово, хоч і зі значним запізненням, в дитини формуються знання про свої статеві відмінності.</p> <p>За інструкцією називає тільки деякі</p>	<p>видах діяльності; користуватися ложкою; одягати пальто тощо. Подальше коригування в дітей нав'язливих рухів. Відпрацювання з дитиною назв частин її тіла і тіла дорослого.</p> <p>2.Систематичний розвиток дрібної моторики руки дитини. Подальше формування вміння щось попросити, протягуючи руку і виконуючи хапальний жест (розкриваючи і закриваючи долоню), продовжити гратися з дитиною в схованку.</p> <p>3.Подальше зняття можливих агресивних дій дитини за допомогою спроби пом'якшити їх, достатньо міцно обійнявши малюка.</p> <p>4.Продовження процесу</p>
--	---	--	--

	<p>інтенсивному оволодінні мовленням та ходінням, так і в <i>формуванні функції руки</i>, зокрема дрібної моторики пальців руки.</p> <p>-Поглиблюються знання дитини про своє фізичне «Я», вікові і статеві відмінності. За інструкцією називає майже всі частини тіла.</p>	частини тіла.	<p>формування в дитини знань про свої статеві і вікові відмінності.</p>
<p>2. Розширення простору «я» дитини</p>			
	<p>-Зростає потреба і бажання спілкуватися з окремими дітьми і дорослими. <i>Водночас зростає потреба створювати своє особисте середовище,</i></p>	<p>-Спостерігаються утруднення процесу розширення простору «Я» дитини. Більшість малюків як і раніше, <i>не використовує особовий займенник «Я»,</i> що утруднює подальше формування в них почуття цілісності і безперервності їхньої</p>	<p>1.Підтримка в дитини вживання тих займенників, якими вона володіє. Однак при цьому відповідними методами необхідно <i>прискорювати оволодіння займенником «Я».</i> Як наслідок, це сприятиме подальшому</p>

<p>особистий простір.</p> <p>Закладаються основи усвідомлення дитиною змін, що відбуваються з нею в часі минулому, теперішньому, майбутньому. Формується <i>почуття цілісності</i> і <i>безперервності "Я"</i> дитини.</p> <p>-Виділяє себе з психосоматичної єдності з матір'ю, розвиваючи межі свого Я: не тільки соматичні, але й психічні.</p> <p>-Формується уявлення дитини про те, що вона є власником значної кількості речей.</p> <p>Відповідно</p>	<p>особистості. Дитина, як правило, називає себе по імені або займенниками другої і третьої особи («Катя біжить...вона біжить»). Деякі діти, правильно відповівши на питання: «Як тебе звати?», у вільному мовленні ніяк себе не позначають. При цьому дієслова використовують в безособовій формі: «дать...зробить...гулять».</p> <p>-Відмічається, що не в усіх дітей розширюються межі простору Я, що пов'язане з недостатнім розумінням приналежності їм навколишніх предметів. Дитина не повністю розуміє значення власності, у зв'язку з чим <i>не завжди правильно використовує слово «мій».</i></p> <p>-Не зростає потреба дитини розширити коло свого спілкування, насамперед з окремими дітьми і</p>	<p>формуванню в неї відчуття «Я» і «не Я».</p> <p>2.Формування в дитини почуття власності за допомогою показу і роз'яснення того, що їй можуть належати різні навколишні предмети. Сприяння усвідомленню дитиною своїх можливостей в оволодінні побутовими навичками з різними предметами.</p> <p>Формування спочатку в імпресивному, а потім і в експресивному словнику дитини слова «мій».</p> <p>3.Розвиток в дитини здатності диференціювати живі і неживі об'єкти, які їй належать, що сприятиме розширенню меж її «Я». Здійснення важливої диференційованої роботи, спрямованої на подолання в деяких</p>
---	--	---

	розширюється значення слова «мій».	дорослими з близького оточення. Малюк більш охоче обмежується особистим середовищем, особистим простором.	дітей <i>пристрасті до якихось предметів</i> , оскільки ця прихильність також значно обмежує розширення простору «Я» дитини.
3. Формування в дитини самоповаги			
	<p>-Здійснюється успішний процес розвитку самоповаги, а саме:</p> <p>а) <i>позитивно ставиться до інших людей;</i></p> <p>б) <i>виявляє позитивну самооцінку; ;в) вимагає до себе уважного ставлення;</i></p> <p>г) <i>активно використовує особовий займенник «Я».</i></p> <p>-Формуються характерні ознаки самоповаги:</p> <p>самостійність</p>	<p>-Процес становлення і розвитку самоповаги в дитини і надалі має <i>нерізко виражену специфіку</i>: малюк може виглядати напруженим в присутності інших людей, якщо ті прагнуть вступити з ним в контакт; не вимагає до себе уважного ставлення.</p> <p>-Спостерігається відсутність або недостатнє прив'язування дитини до оцінок дорослого; не прагне сама визначити, що і як в неї вийшло, <i>не вміє правильно оцінити елементарний результат</i> своєї діяльності. <i>Слабко реагує</i> на все, що стосується її оцінки</p>	<p>1.Формування і закріплення в дитини вміння називати своє ім'я або відповідне йому звукосполучення; розуміти, що вона залишається однією і тією ж дитиною, незважаючи на різні зміни у взаємодіях із зовнішнім світом. За допомогою засвоєння свого власного імені започатковується розвиток почуття цілісності та безперервності її Я.</p> <p>2.Продовження роботи по формуванню в дитини вміння активно вживати слово «Я». Якщо</p>

	<p>кмітливість, ретельність, вимогливість в оцінках власного продукту.</p> <p>-Розвивається прагнення здобути провідні ролі в грі, потреба в схваленні своєї діяльності, впевненість в собі.</p> <p>-Зароджуються найпростіші форми гордості, усвідомлення себе як окремої істоти, яка має власні бажання.</p> <p>-Спостерігається, що дитина, коли опановує мовлення настільки, що може висловити оцінку своєї персоні, спілкування</p>	<p>іншими людьми (критику, глузування). Однак внаслідок глузування може віддавати перевагу самотності.</p> <p>-Спостерігається запізнення і труднощі формування складових самоповаги. Так, дитина уникає брати участь в ігровій діяльності; не виявляє ініціативи, не прагне здобути в ній провідну роль, не потребує схвалення, може виявляти підвищену тривожність, образливість, невпевненість в собі.</p> <p>-Не намагається вигідно продемонструвати себе, свої вміння. Самостійна поведінка може виглядати як одноманітний набір зовнішніх, дій.</p> <p>-Затримується процес опанування дитиною особового займенника, що спричиняє недостатню</p>	<p>дитина відмовляється говорити «Я», то дорослому важливо розуміти, що ймовірно в малюка це пов'язано з тим, що він не може вимовити це слово, а не тому, що не хоче.</p> <p>3.Ініціювання простих форм соціальної взаємодії дитини з іншою дитиною чи дорослим. Введення в ігрову діяльність дитини елементів рольової гри з відображенням в них нескладних людських взаємостосунків, які сприятимуть формуванню в неї почуття самоповаги.</p> <p>5.Спрямування роботи на розвиток в дитини індивідуальної вибірковості в контактах зі світом та на прояви прихильності до близьких. Надання цим діям малюка незмінно позитивної</p>
--	---	--	--

	<p>оточуючими розпочинає з власного імені або займенника «Я».</p> <p>-Усвідомлює (біля трьох років життя) необхідність загальмувати свої безпосередні імпульси за словесною вказівкою дорослого, не розцінюючи це як неповагу до себе. Може довільно змінити свою поведінку.</p> <p>-Спостерігається намагання дитини (заради збереження самоповаги): перебільшити свої досягнення та знецінити неуспіх,</p>	<p>сформованість такої форми негативізму, як «Я-Сам». Внаслідок цього не започатковується виникнення в малюка дії, що ґрунтується на зростаючій самостійності та об'єктивується вимогою «Я сам». Розпочинаючи спілкування, дитина зрідка і неактивно використовує займенник «Я».</p> <p>-Спостерігається затримка формування позитивного ставлення малюка до інших людей: уникає зорового контакту, звертання про допомогу, прагнення до співпраці. Не завжди намагається вигідно продемонструвати себе, свої вміння, успіхи.</p>	<p>оцінки Схвальні оцінки дорослого поведінки дитини стимулюватимуть формування в неї позитивної самооцінки.</p> <p><i>Корекція польової поведінки дитини</i> (наприклад, блукання по кімнаті без будь-якого заняття) за допомогою введення в її нецілеспрямовану діяльність простих маніпуляцій з сенсорним ігровим матеріалом..</p> <p>6.Продовження активного використання занять із залученням музичних, арттерапевтичних засобів та ігор з пластичними матеріалами, що (в разі вдалих спроб) підвищуватиме самооцінку дитини та її адаптаційні здібності до повсякденного життя.</p> <p>7.Систематичне домагання того,</p>
--	--	---	---

	<p>продемонструвати в різний спосіб образу у відповідь на стриману реакцію дорослого на результат своєї діяльності.</p>		<p>щоб дитина в спільних іграх виявляла позитивну самооцінку, демонструвала самостійність та ініціативу.</p>
<p>4.Розвиток в дитини самоідентичності</p>			
	<p>-Фактивно формується усвідомлення дитиною себе, що складається з початкових уявлень про себе, своєї здатності певним чином презентувати себе в соціумі, оцінювати себе та свою поведінку;</p> <p>-Розширюються основи усвідомлення дитиною тих змін, що відбуваються з нею в</p>	<p>-Не виявляє вміння стабільно виділяти себе з навколишнього середовища, тобто не вміє віддиференціювати «Я» від «не Я». Елементарне уявлення про образ свого соціального «Я» в дитини зароджується із значним запізненням, оскільки типовим є її байдуже ставлення до свого відображення в дзеркалі, відсутність постійної реакції на власне ім'я. Не завжди демонструє різне реагування на власне і чуже ім'я.</p>	<p>1.Формування в дитини вміння завжди відкликатися на своє ім'я, вимовляти його; демонструвати різне реагування на власне і чуже ім'я.</p> <p>2.Забезпечення подальшої планомірної роботи, спрямованої на звернення її уваги і підтримання її особливого інтересу до людей, які носять таке ж ім'я, як і в неї. З імені дитини повинно починатися звертання до неї та заохочення ("Петя - хороший хлопчик!") або</p>

<p>часі, <i>поглиблюється</i> <i>розуміння</i> <i>вікової</i> <i>належності</i>. Стрімко розвивається фізичне уявлення про себе; чітко знає <i>ознаки своєї статі</i>.</p> <p>-Спостерігається чітке виділення дитиною свого "Я". Малюк, який говорить про себе в третій особі, відкриває, що "Я" може відноситися до нього самого. Особовий займенник "Я" дитина вже цілеспрямовано починає вживати для позначення самої себе серед інших.</p> <p>-Демонструє різне реагування на власне і чуже ім'я..</p>	<p>-Спостерігається затримка виділення іншої людини із світу предметів, нестійка увага до людського обличчя. Зберігаються труднощі сприйняття інших людей як особистостей зі своїм власним «Я» і <i>сприйняття себе «очима інших»</i></p> <p>-Спостерігається не розуміння дитиною, чого від неї чекають батьки, рідні, однолітки, якою вони хочуть її бачити. Не чітко <i>розуміє різницю між</i> <i>«я хороший» і «я поганий»</i>.</p> <p>-Унікальне "Я" дитини дуже повільно проростає крізь синкретичне (цілісне) сприйняття світу предметів та людських стосунків. Малюк з труднощами вчиться говорити про себе в першій особі.</p> <p>-Не виявляє особливого інтересу до</p>	<p>осуд його за недозволені дії. Прагнути до того, щоб дитина також з власного імені (або із займенника Я) починала своє спілкування з оточуючими, коли опанує мовленням настільки, що зможе висловити свої бажання і оцінку своєї персони</p> <p>3.Сприяння появі в мовленні дитини займенників «Я», «Ти», «Ми». Підтримка дитини, коли вона називає себе він/вона.</p> <p>3.Застосування дорослим з близького оточення тем для спілкування (в основному з життя дитини), які формують в малюка позитивне ставлення до самої себе і сприяють розвитку її самоідентичності.</p> <p>4.Подальше формування в дитини</p>
---	---	---

	<p>Спостерігається особливий інтерес дитини до людей, які носять таке ж ім'я, як і в у неї.</p>	<p>людей, які носять таке ж ім'я, як і в неї. -Слабко орієнтується в тому, де вона зображена на фотографіях, не завжди впізнає себе в дзеркалі, і не виявляє при цьому особливої зацікавленості, не використовує міміку.</p>	<p>правильної статевої ідентифікації за допомогою спеціально підібраних ігор відповідно до статево-рольової приналежності. 5.Формування відповідної лексики, що характеризує вікову і статеvu приналежність дитини.</p>
<p>5.Формування в дитини саморегуляції</p>			
	<p>-У доступних видах діяльності дитина починає діяти відповідно до задалегідь поставленої мети і намагається регулювати її дотримання. -Формуються початкові уявлення дитини про здатність оцінювати і</p>	<p>-Спостерігається недостатня здатність дитини раціонально управляти собою при виконанні завдання і оцінювати його результати. Через нестійкість психічних процесів малюк може "загубити" мету, легко переключитися на іншу діяльність, відноліктися, кинути одну справу заради іншої, не помітити підміни вихідної мети, радіти досягненню нової.</p>	<p>1.Формування в дитини початкових уявлень про необхідність регулювати свою поведінку, керуючись тим, якою її хочуть бачити батьки, вчителі, друзі тощо («саме такою», «саме хорошою»). Пояснювати, що завдання не завжди і не відразу можна виконати добре, що, навіть виконавши щось погано, потім можна постаратися і виконати його</p>

	<p><i>регулювати свою поведінку.</i></p> <p>Намагається керуватися правилами співжиття в родині., відчувати межу припустимої поведінки з молодшими, однолітками, старшими дітьми тощо..</p> <p>-Формується впевненість в тому, що вона <i>може "усе" зробити самостійно</i> і добре.</p> <p>-Починає формуватися розуміння дитиною того, чого від неї чекають дорослі, якою вони хочуть її бачити.</p> <p><i>Намагається керуватися їхніми сподіваннями і відповідати їм.</i></p>	<p>Із запізненням започатковується розуміння різниці між «я є» і «я повинна бути», розуміння того, чого від неї чекають дорослі, якою вони хочуть її бачити. Не завжди чітко розуміє різницю між «я - хороша» і «я - погана». Деякі діти словосполучення «я - поганий» може вимовити зі спокійною байдужістю.</p> <p>-Деякі з дітей з переконанням у правильності своєї дії демонструє нерегульовану поведінку: негативізм; впертість (не ототожнювати з наполегливістю); непокірність, яка найчастіше постає як протест проти домашніх порядків; свавілля як прагнення звільнитися від опіки дорослого; протест, формами якого є бунт проти батьків, налаштованість на суперечку з дорослими тощо.</p> <p>-Не намагається регулювати власну</p>	<p>правильно.</p> <p>2.Планомірне і систематичне здійснення коригування відмови дитини підкорятися вимогам до неї; агресивно наполягати на своїх вимогах; протестувати проти порядків, заборон, звичаїв, що панують вдома; намагатися діяти лише по-своєму тощо. Однак необхідно враховувати, що агресивні тенденції дитини не повинні розцінюватися лише як негативні, оскільки часто виконують захисну функцію від впливів середовища.</p> <p>3.Цілеспрямоване пояснення дитині необхідності при спілкуванні з різними людьми прагнути керуватися вимогами близьких дорослих і наслідувати їхню поведінку. Радити і</p>
--	---	---	---

	<p>Започатковується розуміння дитиною різниці між «я є» і «я повинна бути».</p>	<p>поведінку, не вміє зосереджуватися на слуханні іншої людини, ставити співрозмовникові запитання.</p> <p>-Започатковується, разом з тим, зростання самостійності дитини, яка об'єктивується (як і в нормі) вимогою «Я сам».</p>	<p>переконувати, що це допоможе їй правильно і безпечно взаємодіяти з дорослими та дітьми.</p> <p>4.Формування в дитини уміння загальмовувати безпосередні імпульси, змінювати свою поведінку за словесною вказівкою дорослого, не розцінюючи, однак, це як неповагу до себе.</p> <p>5.Роз'яснення дитині, що у відповідь на стриману реакцію дорослого щодо результату її діяльності, неприпустимо демонструвати в різний спосіб образу, виявляючи таким чином деспотичне управління рідними, або хвастощі.</p>
<p>6.Емоційно-комунікативний розвиток дитини</p>			
	<p>-Розвивається здатність дитини усвідомлювати</p>	<p>-Виявляється недорозвинення потреби в спілкуванні дитини з</p>	<p>1.Подальше планомірне пом'якшення в дитини:</p>

<p>свої емоції і тілесно їх виражати.</p> <p>-Формується вміння продемонструвати емоції відповідним способом (швидко розпізнає та називає різні емоції, пояснює причину своїх емоцій).</p> <p>-Формується прагнення малюка отримати емоційне підкріплення своїм зусиллям.</p> <p>-Формується в дитини здатність супроводжувати адекватними емоціями ті зміни, що відбуваються з нею в часі (минулому, теперішньому,</p>	<p>людьми. Як і раніше, може спостерігатися відсутність інтересу до інших дітей, з якими вона, як правило, уникає контакту. Все частіше можуть відмічатися прояви негативізму і неясково виражена стереотипність поведінки.</p> <p>-Недорозвинення в дитини здатності до емоційного зараження часто перешкоджає їй засвоювати різні види поведінкових штампів, які (навіть при їхній сформованості) їй достатньо складно використовувати в умовах, що постійно змінюються.</p> <p>-Спостерігаються в багатьох дітей однотонні, монотонні, переважно негативні емоції. Скудність емоційно-виразних рухів і недостатньо сформоване вміння наслідувати, своєю чергою, не дозволяють їм без суттєвих труднощів добре оволодівати</p>	<p>непокірності, яка за своїми зовнішніми ознаками є близькою до негативізму, <i>свавілля</i> як прагнення діяти на власний розсуд; <i>деспотизму</i>, за допомогою якого дитина різноманітними способами та засобами демонструє владу щодо оточуючих..</p> <p>2.Пом'якшення амбівалентних поведінкових реакцій дитини, коли в неї поєднуються стани розгальмованості, некерованості і обережності; стан прихильності до матері й агресії стосовно неї тощо.</p> <p>3.Усунення травмуючих дискомфортних ситуацій, що спричиняють виникнення і розвиток тривожності в деяких дітей з важкими вадами мовлення.</p> <p>4.Формування такої особливої</p>	
--	---	--	--

	<p>майбутньому), розумінні статевої та вікової належності..</p> <p>-Зростає потреба і бажання спілкуватися з окремими дітьми і дорослими.</p>	<p>в елементарними навичками спілкування.</p> <p>-Виникнення і фіксація негативізму, що може спостерігатися в дитини (як реакція на спроби активного втручання дорослого в її життя) значно утруднюють оволодіння дітьми невербальними і вербальними засобами емоційного спілкування з оточуючими людьми.</p>	<p>форми ставлення дитини раннього віку до людей, як прихильність, з якої в майбутньому розвиватимуться симпатія, товариськість, дружба, любов.</p> <p>-Врахування того, що заспокоїти дитину, зняти емоційну напругу легше не звертаннями до дитини з умовляннями, заборонами і спробами відволікти її, а застосувавши прийом <i>співпереживання дитині в унісон з її негативними реакціями.</i></p>
--	--	--	---

Очікувані результати корекційно-розвивальної роботи

- ❖ Започатковується усвідомлення дитиною своїх можливостей, оволодіває займенником «Я», що зумовлює зміну її ставлення до рідних та близьких (певною мірою порівнює себе з ними, прагне продемонструвати свою самостійність).
- ❖ Спостерігається в деяких дітей розвиток самосвідомості, про що на третьому році життя може свідчити: називання свого імені; здатність висловлювати засобами мовлення окремі стани і потреби («хочу», «буду», «дай»); позитивно забарвлене твердження про себе («хороший»); позитивне ставлення до похвали
- ❖ Може (не завжди правильно) показати на малюнку, де дівчинка, де хлопчик. Знає ознаки своєї статі.

- ❖ Започатковується розуміння того, що їй належить не тільки її тіло, але й навколишні предмети. Однак дитина ще не завжди в змозі продемонструвати розуміння значення власності, недостатньо розуміє слово «мій». Водночас вчиться захищати своє майно.
- ❖ Поява елементів рольової гри з відображенням в ній людських взаємовідносин.
- дорослого, починає формуватися розуміння різниці між «я - хороший» і «я - нехороший».
- ❖ Часом виявляє адекватні реакції на різні ситуації (ознаки недовіри, занепокоєння, радості тощо). Може виражати деякі емоції відповідними діями, словами або виразом обличчя.
- ❖ Спостерігає за іншими дітьми, інколи і ненадовго приєднується до них. Вміє не надовго брати участь в заняттях в малих групах (спів, плескання в долоні, танці тощо).

Узагальнюючи, зазначимо, що завдяки впровадженню в корекційно-розвивальний процес системи завдань, спрямованої на розвиток і соціалізацію, діти зможуть:

- *протягом першого року життя* – почати усвідомлювати відчуття, які надходять від їхніх м'язів, сухожилів тощо і численні повторення яких утворюють їхні тілесні відчуття. Як результат, малята повинні починати відрізняти себе від інших об'єктів. Їхні тілесні відчуття слугуватимуть базою для подальшого формування в них самосвідомості.

- *в кінці першого року життя* – певною мірою вміти регулювати свої елементарні дії для досягнення простого результату (наприклад, при виборі предмета для елементарної діяльності);

- *вже на початку другого року життя* - бути спроможними робити спроби підпорядковуватися вимогам дорослих і домагатися результату в тій чи іншій нескладній діяльності;

- *протягом другого року життя* – почати оволодівати самоідентичністю, найбільш значущою точкою формування якої стає усвідомлення дитиною свого імені. Проте в даний період самоідентичність не формується остаточно, а безперервно розвивається до тих пір, поки не стабілізується в більш пізньому віці;

- *протягом третього року життя* – виконувати доступні їм види діяльності, внаслідок чого в них формується самоповага. Стан її розвитку залежатиме від успішного виконання дитиною завдань, насамперед завдань, запропонованих батьками. В результаті в трьохрічних дітей самоповага може започаткувати почуття змагальності і залежатиме значною мірою від визнання її досягнень дорослими й однолітками. На противагу самоповазі під впливом невдач в дитини може формуватися почуття сорому;

- *приблизно біля трьох років* – інтенсивно розширювати межі простору «Я». Це досягається тим, що діти започатковують розуміння того, що їм належить не тільки їхнє тіло, але й навколишні предмети. Вони починають розуміти значення власності, розуміти слово «мій», оцінювати елементарний результат своєї діяльності.

- *приблизно в три роки* – почати розуміти, що їхні батьки, педагоги, однолітки хочуть бачити їх саме «такими». Як наслідок, в цьому віці в дитини започатковується формування розуміння різниці між «я хороший» і «я поганий». Разом з тим, необхідно

враховувати, що в цей період образ «Я» в дитини ще не розвинений, оскільки вона ще не розуміє різницю між «я є» і «я повинна бути».

Наукове видання

Валентина Тарасун

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ДОПОМОГА
ДІТЯМ ПЕРЕДДОШКІЛЬНОГО ВІКУ
З ОСОБЛИВОСТЯМИ В РОЗВИТКУ:
НАПРЯМИ РЕАЛІЗАЦІЇ**

Монографія

Підписано до друку 24.01.2012. Формат 60x84/16.

Папір офсетний. Гарнітура Таймс. Друк офсетний.

Ум. друк. арк. 22,8. Наклад 300. Зам. №8.

Надруковано в «МП Леся».

*Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи серія ДК № 892 від 08.04.2002.*

«МП Леся»

03148, Київ, а/с 115.

Тел./факс: + 38 050 469 7485, 044 407 6197

Е-mail: lesya3000@ukr.net

