

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-МЕТОДИЧНИЙ ЦЕНТР
ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ І СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНЕ ВИВЧЕННЯ
РОЗВИТКУ ДИТИНИ З ОСОБЛИВИМИ
ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ
В ІНКЛЮЗИВНО-РЕСУРСНОМУ ЦЕНТРІ
ТА В ЗАКЛАДІ ОСВІТИ
(МЕТОДИЧНІ ПИТАННЯ)**

Методичний посібник

За редакцією А. Г. Обухівської, Т. Д. Ілляшенко



Київ
Український науково-методичний центр
практичної психології і соціальної роботи
2024

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-МЕТОДИЧНИЙ ЦЕНТР
ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ І СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНЕ ВИВЧЕННЯ
РОЗВИТКУ ДИТИНИ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ
ПОТРЕБАМИ В ІНКЛЮЗИВНО-РЕСУРСНОМУ
ЦЕНТРІ ТА В ЗАКЛАДІ ОСВІТИ
(МЕТОДИЧНІ ПИТАННЯ)**

Методичний посібник

За редакцією А. Г. Обухівської, Т. Д. Ілляшенко

Київ
Український науково-методичний центр
практичної психології і соціальної роботи
2024

Рецензенти:

Омельченко Ірина Миколаївна — докторка психологічних наук, професорка, головна наукова співробітниця Відділу психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України.

Бевз Галина Михайлівна — докторка психологічних наук, професорка, завідувачка Відділу психології спілкування Інституту соціальної та політичної психології НАПН України.

Авторський колектив:

Т.В. Жук, Т.Д. Ілляшенко, Т.Д. Каменчук,
А.Г. Обухівська, Г.В. Якимчук

Рекомендовано до друку Вченою радою Українського науково-методичного центру практичної психології і соціальної роботи НАПН України (протокол № 12 від 26.12.2024 року)

П 86 Психолого-педагогічне вивчення розвитку дитини з особливими освітніми потребами в інклюзивно-ресурсному центрі та в закладі освіти (методичні питання): методичний посібник / авт. кол. : Т. В. Жук, Т. Д. Ілляшенко, Т. Д. Каменчук, А. Г. Обухівська, Г. В. Якимчук; за ред. А. Г. Обухівської, Т. Д. Ілляшенко. Київ : Український науково-методичний центр практичної психології і соціальної роботи, 2024. 86 с.

ISBN 978-617-7118-49-6

У методичному посібнику розглядається питання психолого-педагогічної діагностики розвитку дітей з особливими освітніми потребами (ООП) в умовах функціонування і взаємодії різних форм їх навчання.

Обстоюється диференціація розвитку дітей з ООП на основі єдиного для всіх форм навчання науково обґрунтованого психолого-педагогічного діагнозу, а не рівня підтримки в освітньому процесі.

Показані відмінності між психолого-педагогічним і медичним діагнозами та неприйнятність останнього у комплектуванні контингенту закладів спеціальної освіти.

Наголошено на продуктивності вітчизняних засад психолого-педагогічної діагностики розвитку дітей з ООП та поєднання їх з відомими тестовими методиками.

Розглянуто методичні питання змісту та організації процесу психолого-педагогічної діагностики інтелектуального, мовленнєвого, емоційно-вольового та особистісного розвитку дітей з ООП.

Окрема увага приділена методичним питанням побудови діагностичного висновку як документу, на основі якого здійснюється психолого-педагогічний супровід дитини в залежності від обраної форми навчання і властивих їй методологічних та методичних засад освітнього процесу.

Висвітлені у посібнику питання можуть становити інтерес, насамперед, для фахівців ІРЦ, методистів, практичних психологів і педагогів, які працюють в системі інклюзивної та спеціальної освіти, студентів відповідної спеціалізації, батьків.

УДК 159.9:376

© УНМЦ практичної психології
і соціальної роботи, 2024
© Колектив авторів, 2024

ISBN 978-617-7118-49-6

ЗМІСТ

| | |
|--|----|
| ПЕРЕДМОВА..... | 5 |
| Розділ I. ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ ІНКЛЮЗИВНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ..... | 8 |
| 1. 1. Вплив суспільно-соціальної моделі інклюзії осіб з особливими потребами на психолого-педагогічну діагностику у системі їхньої освіти | 8 |
| 1. 2. Інклюзивне навчання і стан діагностики розвитку дітей з особливими освітніми потребами в Україні..... | 11 |
| Розділ II. ВИХІДНІ ПОЗИЦІЇ ПОБУДОВИ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ НА ВІТЧИЗНЯНИХ ЗАСАДАХ ВИВЧЕННЯ ПОРУШЕНОГО РОЗВИТКУ | 14 |
| Розділ III. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ І МЕДИЧНИЙ ДІАГНОЗ | 19 |
| Розділ IV. ЗМІСТ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОЦЕСУ ДІАГНОСТИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ДИТИНИ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ.. | 23 |
| Розділ V. ДІАГНОСТУВАННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ | 28 |
| 5.1. Диференціація порушення інтелектуального розвитку легкого ступеня і затримки психічного розвитку | 36 |
| Розділ VI. ДІАГНОСТУВАННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ МОВЛЕННЄВОГО РОЗВИТКУ | 41 |
| 6.1. Обстеження лексичної сторони мовлення у дітей з порушеннями мовленнєвої діяльності | 49 |
| 6.2. Обстеження граматичної сторони мовлення у дітей з порушеннями мовленнєвої діяльності | 53 |
| 6.3. Обстеження зв'язного мовлення у дітей з порушеннями мовленнєвої діяльності..... | 57 |

| | |
|---|----|
| Розділ VII. ДІАГНОСТУВАННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОГО РОЗВИТКУ І ОСОБИСТОСТІ | 60 |
| 7.1. Первинні порушення емоційно-вольового розвитку..... | 64 |
| 7. 2. Вторинні порушення емоційно-вольового розвитку і особистості | 70 |
| Розділ VIII. ДІАГНОСТИЧНИЙ ВИСНОВОК, ПРОГНОЗ І РЕКОМЕНДАЦІЇ | 73 |
| ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА | 80 |

ПЕРЕДМОВА

Цей методичний посібник присвячений питанням практичної реалізації вітчизняних теоретико-методологічних засад психолого-педагогічної оцінки (діагностики) розвитку дітей з особливими освітніми потребами (ООП) у сьогоdnішніх умовах ґрунтовних трансформацій, яких зазнає їхня освіта.

Впровадження інклюзивного навчання, як показав вітчизняний досвід, виявилось надзвичайно складним процесом, що торкнувся усієї системи освіти дітей з ООП та зумовив іноді негативні наслідки, критично оцінити які, а тим більше подолати, вдається тільки з часом.

Сьогодні уже стає очевидним, що інклюзивна освіта не є єдиним шляхом досягнення соціальної інклюзії, що для різних категорій дітей з ООП потрібні різні умови навчання і здобуття соціального досвіду. Це загальна світова тенденція, проте у кращих умовах опинились ті країни, які раніше звернулися до переваг функціонування та взаємодії різних форм навчання дітей з ООП.

Взаємодія різних форм навчання підпорядкована спільній меті — соціальній інклюзії дітей названої категорії. Для якнайкращого задоволення освітніх потреб дитини передбачається можливість зміни форми навчання чи різні способи поєднання обох форм. Усе це побудовано не тільки на відмінностях в організації освітнього процесу, але і на єдності у багатьох питаннях, насамперед у діагностиці розвитку дітей з ООП.

В Україні, на нашу думку, впровадження інклюзивного навчання супроводжувалося завищеними очікуваннями від його переваг, що не залишало місця для остраог. Воно уявлялося таким, що йде на зміну спеціальному навчанню, яке у кращому випадку повинно пристосовуватися до його методологічних і методичних засад. У цих умовах поступово вибудовувалося не підґрунтя для взаємодії різних форм навчання дітей з ООП, а більше зростали перепони.

Найбільшою перепonoю стали радикальні зміни у психолого-педагогічній діагностиці, а вірніше — відмова від неї. Визнано як

дискримінаційний та відкинено психолого-педагогічний діагноз, який чомусь розглядали як медичний, а з ним і всі наукові надбання у вивченні розвитку дитини, акумульовані у ньому. Звичайно, обійтися зовсім без діагностики неможливо, тому вона стала називатися оцінкою розвитку дитини з ООП. Власне, оцінка і є діагностикою, уся справа у тому, на яких засадах вона побудована. Спроба обмежитись вивченням індивідуальних труднощів у різних сферах розвитку дитини без опори на наукові узагальнення, закладені у діагнозі, призвела до різкого зниження якості психолого-педагогічної оцінки розвитку дітей з ООП.

Не кажучи про втрати для інклюзивного навчання, які несе погіршення якості психолого-педагогічної діагностики, відмова від визначення діагнозу завдала нищівного удару по спеціальному навчанню, бо позбавила комплектування контингенту спеціальних закладів освіти за визначальними психолого-педагогічними діагностичними критеріями. І тоді не залишилося нічого іншого, як звернутися до медичного діагнозу, далекого від педагогічних проблем.

Цей невідповідний для системи освіти крок мав і один позитивний наслідок — він загострив увагу на відмінностях між медичним і психолого-педагогічним діагнозами та на неприйнятності їхньої взаємозаміни. Таким чином, стали ще очевиднішими невирішені проблеми психолого-педагогічної діагностики у нашій сьогоднішній освіті дітей з ООП, від яких особливо потерпає спеціальна освіта.

Тимчасом потреба у розвитку та взаємодії різних форм здобуття освіти дітьми з ООП залишається актуальною. Свідченням цього є спроба оновити засади комплектування спеціальних класів у закладах загальної середньої освіти. І вона виявилась невдалою саме через неможливість поширити засади функціонування інклюзивного навчання, насамперед, оцінки розвитку дітей, на функціонування спеціального. Очевидною стала потреба у таких засадах психолого-педагогічної діагностики, які б об'єднували, а не роз'єднували, інклюзивну і спеціальну освіту та сприяли їхній взаємодії.

Саме цій меті слугує підготовлений колективом авторів методичний посібник. Наскрізною його ідеєю є обстоювання психолого-педагогічного діагнозу як основної категорії у психолого-педагогічній діагностиці. Окреслено визначальні його особливості як узагальнення та відображення у системі наукових понять усього досвіду вивчення того чи іншого явища у взаємозв'язках його проявів, що надає кожному з них особливого, віднесеного до діагнозу, змісту та дозволяє бачити прогноз.

Розглянуто процес психолого-педагогічного діагностування як виявлення ієрархії порушень у розвитку дитини та встановлення первинного порушення, за яким визначаються типологічні відмінності у розвитку дітей з ООП, суттєві для побудови педагогічного процесу.

Наголошено на продуктивності вітчизняних засад психолого-педагогічної діагностики розвитку дітей з ООП та поєднання їх з відомими тестовими методиками. Розглянуто методичні питання змісту і організації процесу психолого-педагогічної діагностики інтелектуального, мовленнєвого, емоційно-вольового та особистісного розвитку дітей з ООП.

Окрема увага приділена методичним питанням побудови діагностичного висновку як документу, на основі якого здійснюється психолого-педагогічний супровід дитини в залежності від обраної форми навчання і властивих їй методологічних та методичних засад освітнього процесу.

Висвітлені у посібнику питання можуть становити інтерес, насамперед, для фахівців ІРЦ, методистів, практичних психологів і педагогів, які працюють в системі інклюзивної та спеціальної освіти, студентів відповідної спеціалізації.

Розділ І.

ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ ІНКЛЮЗИВНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ

1. 1. Вплив суспільно-соціальної моделі інклюзії осіб з особливими потребами на психолого-педагогічну діагностику у системі їхньої освіти

Актуальний стан психолого-педагогічної оцінки (діагностики) розвитку дітей з особливими освітніми потребами (ООП) в Україні розглядається у наших дослідженнях протягом останніх кількох років [8; 10; 19; 39]. Було встановлено, що впровадження інклюзивного навчання у нашій країні супроводжується радикальними змінами у засадах психолого-педагогічної діагностики аж до відмови від поняття діагнозу та натомість застосування диференціації дітей за труднощами, які вони терплять у різних сферах психічної діяльності, та відповідним рівнем підтримки у процесі здобуття ними освіти. Такий підхід до психолого-педагогічної діагностики впливає з її методологічних засад, зумовлених переходом від медичної моделі ставлення суспільства до осіб з особливими потребам (ОП) до моделі включення (інклюзії).

Відповідно до засад соціального включення тенденції побудови психолого-педагогічної діагностики в інклюзивній освіті осіб з ООП відзначаються прагматичністю: віддається перевага пошукам способів включення осіб цієї категорії у загальну систему навчання, а далі — в широке соціальне функціонування. Саме цими прагматичними завданнями зумовлене надання переваги з'ясуванню їхніх труднощів у різних сферах діяльності, зокрема, у навчанні, та формам підтримки, якої вони потребують, а не виявленню причин, що зумовлюють труднощі та їх подолання. Акценти на медичних проблемах, з якими завжди пов'язувалась діагностика, принаймні в освіті осіб з ООП, розглядаються як небажані і навіть дискримінаційні.

Подальше теоретико-методологічне обґрунтування інклюзивного навчання поставило під сумнів диференціацію норми як чогось однорідного і стабільного та порушеного розвитку. У зв'язку з цим діти в інклюзивному класі розглядаються як спільнота індивідуальностей, де кожна має відмінності в освітніх потребах [15; 116]. Проте аналіз сьогоденної світової практики інклюзивної освіти показав, що досі ці засади залишаються більше у сфері теоретичних пошуків, практично ж норма і порушений розвиток продовжують диференціюватися, а сучасний педагогічний процес в інклюзивному класі через його недостатню гнучкість є компромісом між масовим і спеціальним навчанням [6; 26].

Були спроби перейти від диференціації осіб з ОП за типовими порушеннями розвитку до диференціації за рівнями підтримки у процесі їх соціального включення. Наприклад, у США замість чотирьох рівнів порушення інтелектуального розвитку (легке, помірне, виражене і глибоке) пропонувалось вживати відповідний показник потреби у допомозі (періодична, обмежена, розгорнута, глибока). Проте така диференціація піддавалася критиці і не набула визнання. Провідним у диференціації порушень інтелектуального розвитку залишається рівень інтелектуального функціонування (IQ), який визначається за результатами тестування. Разом з тим вплив теорії включення позначився на збільшенні інтересу у діагностиці порушень інтелектуального розвитку до адаптивної поведінки: розробляються шкали її вимірювання, показники яких стають рівноправними з показниками інтелектуального функціонування [46]. Зауважимо, що рівень підтримки особи з особливими потребами (ОП) у соціальному функціонуванні і у процесі здобуття нею освіти не є тотожними. Останні є набагато складнішими і потребують особливої відповідальності у їх побудові.

На наш погляд, процес становлення інклюзивного навчання і відповідної йому психолого-педагогічної діагностики розвитку осіб з ООП далеко не завершився. Про це свідчать розходження між його теоретико-

методологічними положеннями і практикою їх втілення у цілому та відмінності у його впровадженні у різних країнах [6; 15; 26; 44].

Сьогодні на тлі загального збільшення кількості дітей з порушеннями розвитку збільшується кількість їхніх категорій, які визначаються за провідними типовими порушеннями, що і відображається у назві тієї чи іншої категорії [15]. Такий підхід до диференціації дітей з ООП заснований на встановленні причиново-наслідкових зв'язків у структурі порушеного розвитку, що дозволяє розглядати дитячу індивідуальність як психологічну цілісність з типовими для неї особливостями. На цих засадах функціонує спеціальне навчання як одна з форм здобуття освіти дітьми з ООП.

Різні форми навчання зумовлені потребою вибору в залежності від того, яка з них більше відповідає особливостям розвитку дитини, і не можуть розглядатися як кращі чи гірші, більш чи менш сучасні і продуктивні. Спеціальна освіта, орієнтована на тяжчі порушення розвитку, безумовно, забезпечує масивнішу допомогу дитині у процесі здобуття освіти і розвитку. І досягається така можливість завдяки визначенню провідного порушення з його типовими особливостями та відповідно побудованому освітньому процесу.

На наш погляд, спроба в системі інклюзивного навчання в основу диференціації дітей з ООП ставити труднощі, які вони терплять у різних сферах психічної діяльності, та рівні підтримки, якої вони потребують, має той суттєвий недолік, що схожі труднощі можуть бути зумовленими різними особливостями розвитку. Таким чином у діагностиці розривається зв'язок між труднощами і їхніми причинами, що не може не обмежувати можливості цілеспрямованої психолого-педагогічної допомоги особі у її навчанні і розвитку.

Звернемо увагу, що сучасна освіта осіб з ООП у переважній більшості країн побудована на функціонуванні різних її форм, між якими немає бар'єрів. Попри рекомендації, які надаються батькам дітей установою, що здійснює діагностику, форма навчання вільно обирається та може бути

зміненна у міру зміни освітніх потреб дитини чи інших обставин [6; 44]. Зрозуміло, що це можливо здійснювати в умовах єдиних засад діагностики для різних форм навчання. Сьогодні практично диференціація дітей з ООП в системі освіти здійснюється на основі визначення провідного порушення розвитку, хоч у системі інклюзивного навчання це певною мірою є компромісом між його теоретичними положеннями і практикою.

1. 2. Інклюзивне навчання і стан діагностики розвитку дітей з особливими освітніми потребами в Україні

Розглядаючи сьогоднішній стан психолого-педагогічної діагностики (оцінки) розвитку дітей з ООП в Україні, ми констатували у наших попередніх публікаціях зниження її якості у зв'язку з проблемами впровадження інклюзивної освіти [11; 20; 40]. Зауважимо, що йдеться не про заперечення цієї форми навчання, яка внесла необхідну варіативність у здобуття освіти дітьми названої категорії, а про труднощі і помилки, неминучі у процесі адаптації до всякого нововведення. Тут коротко назвемо основні з них.

Насамперед, інклюзивна освіта дітей з ООП сприймалася (і, мабуть, досі сприймається) як така, що, само собою зрозуміло, йде на зміну спеціальній освіті, яка хоч і не відійшла зовсім у минуле, але розглядається як рудимент. І це великою мірою визначило напрямок і зміст досліджень в останні два десятиліття. Усі методичні пошуки, зокрема й у галузі психолого-педагогічної діагностики, були спрямовані на інклюзивне навчання. У дотриманні теоретико-методологічних засад інклюзивної освіти вітчизняні розробники методичних рекомендацій виявились значно ортодоксальнішими, ніж ті зарубіжні фахівці, на досвід яких вони посилалися [18].

Вважаємо помилковим виключення із вжитку поняття діагнозу, який, очевидно, розглядається як суто медичне поняття. Детальніше питання співвідношення психолого-педагогічного і медичного діагнозу ми розглядали у попередніх публікаціях [19; 39]. Тут тільки повторимо, що у визначенні освітніх потреб провідним є психолого-педагогічний діагноз. Проте, на нашу

думку, є неприйнятним виключення медичної складової у висновку про комплексну оцінку розвитку дитини, адже у переважній більшості випадків діти з ООП потребують і медичної підтримки.

У використанні поняття «психолого-педагогічна оцінка розвитку» ми не вбачаємо нічого негативного, поки не йдеться про саму методику оцінювання розвитку. І тут виявляється те негативне, що зумовлене відмовою від поняття діагнозу (як медичного, так і психолого-педагогічного) та буквальним розумінням незаперечної формули «кожна дитина унікальна, її потреби індивідуальні» [18, с. 31].

Діагноз — узагальнення, у якому закодовано увесь досвід вивчення того чи іншого явища. Саме на це звертав свого часу увагу Л. С. Виготський, коли говорив, що у процесі діагностики «ми вивчаємо дане конкретне явище з точки зору визначення його приналежності до тієї чи іншої клінічної картини розвитку» [5]. Цієї думки дотримуються сучасні дослідники проблеми психологічної діагностики, зокрема, українські [3; 4]. Так, Ю. З. Гільбух, розробляючи засади шкільної психолого-педагогічної діагностики, наголошував, що основою психологічного діагнозу є «підведення діагностованої дитини під певний тип психолого-педагогічних зв'язків» [4, с. 19]. Виявляючись в індивідуальних особливостях, діагноз надає їм незрівнянно більшого змісту, дозволяє встановити зв'язки між ними, бачити прогноз і шлях досягнення прогнозованого. Констатований індивідуальний прояв без зв'язку з діагностичним визначенням за своїм змістом є не більше, ніж простий факт. Позбавлений будь-яких змістових зв'язків з іншими проявами і узагальнень, він мало інформативний щодо прогнозу, отже, і для побудови корекційно-педагогічного процесу. Системна педагогічна робота, покладена в основу будь-якої форми навчання дітей з ООП, неодмінно потребує визначення певної їхньої категорії на основі, насамперед, психолого-педагогічного діагнозу, а не рівня допомоги. Якщо говорити про рівень допомоги, то її зміст і кількість залежить від діагнозу і конкретних його проявів у окремої особистості та прогнозу.

Процес психолого-педагогічного оцінювання розвитку дітей з ООП у сьогоdnішньому ІРЦ без опори на діагностичні узагальнення перетворюється на фіксацію незліченної кількості труднощів у різних сферах їхньої психічної діяльності, не пов'язаних ніякою причиново-наслідковою залежністю. Найбільшою втратою на цьому шляху є втрата цілісного бачення психологічного образу конкретної дитини, який розкривається як у структурі порушень її розвитку, так і у виявленні збережених можливостей, які виступають опорою у педагогічній роботі з нею.

Ознайомлення з практикою застосування рекомендованої сьогодні методики психолого-педагогічного оцінювання розвитку дітей з ООП в ІРЦ, показує, що воно є нездійсненим через надзвичайно велику кількість труднощів у різних сферах психічної діяльності дитини, які довелося б фіксувати, не маючи можливості логічно їх пов'язати. З цієї ж причини офіційний Висновок про комплексну психолого-педагогічну оцінку розвитку особи з ООП та рекомендації щодо її психолого-педагогічного супроводу виглядають нескінченно довгими і мало переконливими, тимчасом займаючи десять і більше сторінок. Висновок здебільшого повторює протокол обстеження дитини чи окремі не узагальнені його фрагменти, а рекомендації мало пов'язані з результатами обстеження і здебільшого формально називають найчастіше вживані заходи [19; 39].

Отже, використовувана сьогодні в ІРЦ методика психолого-педагогічної оцінки розвитку дітей з ООП, хоч і розроблялася спеціально для системи інклюзивного навчання, навряд чи може його задовольнити і потребує суттєвого удосконалення. Проте найгострішою проблемою, яка виникла у зв'язку із використанням цієї методики як єдиної у системі освіти дітей з ООП, є те, що вона виявилась непридатною для застосування у спеціальній освіті, яка потребує диференційної діагностики на основі встановлення визначальних порушень у цілісній структурі психологічних особливостей дитини. Усе це суттєво гальмує розвиток як інклюзивної, так і спеціальної освіти, і стає на перешкоді їхній взаємодії.

Розділ II.

ВИХІДНІ ПОЗИЦІЇ ПОБУДОВИ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ НА ВІТЧИЗНЯНИХ ЗАСАДАХ ВИВЧЕННЯ ПОРУШЕНОГО РОЗВИТКУ

Пропозиції щодо подальшого удосконалення психолого-педагогічної діагностики розвитку дітей з ООП, які будуть викладені нижче, навряд чи можна назвати спрямованими на удосконалення нині чинної у діяльності ІРЦ методики комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку особи, оскільки пропонуються суттєво інші вітчизняні методологічні і методичні засади діагностування розвитку дітей з ООП. Вони зумовлені нагальною потребою у єдиній методиці психолого-педагогічної діагностики розвитку дітей цієї категорії в умовах співіснування різних взаємопроникних форм навчання. Їхня спільна мета — забезпечення дітям з ООП здобуття відповідних їхнім можливостям освіти, розвитку та соціальної інтеграції.

Ми виходимо з того, що спільність мети зумовлює з'ясування психологічних особливостей дитини, суттєвих для побудови педагогічного процесу за будь-якої форми навчання. Базовим психолого-педагогічним діагнозом для різних форм навчання дітей з ООП є об'єктивний діагноз, побудований на наукових засадах. Різними можуть бути методи побудови освітнього процесу і в цілому психолого-педагогічного супроводу дитини, властиві окремим формам навчання, які можуть варіюватися відповідно до їхніх методологічних і методичних засад. Наприклад, у системі інклюзивного навчання базовий психолого-педагогічний діагноз є вихідним для команди психолого-педагогічного супроводу дітей з ООП, яка далі діє згідно з відповідною філософією надання освітніх послуг: визначає рівень підтримки, виходячи із зазначених у діагностичному висновку особливостей розвитку конкретної дитини та виявлених у процесі подальшого спостереження труднощів у навчанні і компетентностей відповідно рівню освіти, застосовує

прийняту у цій формі навчання педагогічну термінологію, обмежуючи, за потреби, використання назви діагнозу тільки колом фахівців, тощо.

У системі спеціального навчання той самий діагноз є основою для розроблення спеціальної програми навчання та побудови цілісного педагогічного процесу.

Очевидно, що встановлення базового психолого-педагогічного діагнозу, однаковою мірою необхідного для різних форм навчання дітей з ООП, потребує і відповідної установи, яка здійснює діагностику. Тому діагностична діяльність сьгоднішніх ІРЦ потребує суттєвого реформування, починаючи з їхньої назви. Це повинна бути єдина установа, яка встановлює об'єктивний психолого-педагогічний діагноз та консультує батьків щодо доцільності тієї чи іншої форми навчання для їхньої дитини, залишаючи за ними право вибору і водночас сприяючи підвищенню його обґрунтованості.

Науково-методичні засади інклюзивного навчання вступають у свої права після того, як батьки зробили вибір на його користь. Методичне керівництво цією формою навчання, на нашу думку, цілком можуть забезпечити Ресурсні центри підтримки інклюзивної освіти, які сьгодні функціонують у складі інститутів післядипломної освіти. Їхня взаємодія з командою психолого-педагогічного супроводу дітей з ООП потребує підсилення більшою практичною спрямованістю. Вона, насамперед, полягає у інтерпретації відповідно до методологічних засад інклюзивного навчання результатів діагностичного психолого-педагогічного обстеження дитини, відображених у висновку: зокрема, складання індивідуальної програми розвитку (ІПР) дитини та її індивідуального навчального плану (ІНП), надання дітям відповідного рівня підтримки тощо. Щоб уникнути непотрібного дублювання цих функцій, їх потрібно зняти з діагностичної установи, проте її компетентність у питаннях різних форм навчання дітей з ООП є незаперечною.

Перш ніж продовжити виклад і обґрунтування наших пропозицій щодо подальшого розвитку психолого-педагогічної діагностики у системі освіти

дітей з ООП на вітчизняних засадах, потрібно визначитися з назвою: діагностика чи оцінка розвитку. На наш погляд принципових відмінностей між цими назвами немає, адже обидві означають вимірювання і оцінку індивідуально-психологічних особливостей особистості. Очевидно, що у нині чинній в системі вітчизняної інклюзивної освіти методиці визначення особливостей розвитку дитини з ООП поняттю «оцінка» віддано перевагу у зв'язку із спробою пом'якшити (якщо не зовсім нівелювати) відмінності між порушеним і нормативним розвитком, які традиційно визначаються через поняття «діагноз». Проте, як показує огляд світового досвіду функціонування інклюзивного навчання як однієї з форм освіти дітей з ООП поряд із спеціальним навчанням, досі здійснюється диференціація нормативного і порушеного розвитку та, відповідно, вживається поняття «діагностика» [15; 44].

Саме з поняттям «діагностика» пов'язано розвиток цілої галузі психологічної науки і практики — психодіагностики. Тому щоб не порушувати зв'язку з численними дослідженнями у цій галузі, вважаємо доцільним віддати перевагу поняттю «діагностика».

Ми виходимо з вітчизняних, закладених працями Л.С. Виготського та численними його вітчизняними послідовниками [23; 33; 37], засад психолого-педагогічної діагностики розвитку дитини з ООП, які передбачають вивчення її психологічних особливостей як структурно складного поєднання порушених і збережених функцій у їхніх взаємозв'язках та взаємозумовленості, опосередкованості їх біологічними та соціальними факторами. Усе це дозволяє бачити цілісний психологічний образ дитини як унікальної з її індивідуальними потребами, не втрачаючи можливості вивчати її особливості через наукові діагностичні узагальнення.

Процес психолого-педагогічної діагностики полягає у розкритті причинно-наслідкових залежностей між різними проявами психологічних особливостей дитини та факторами середовища, під впливом яких вони формувалися. Розкрити ці залежності означає встановити первинні

порушення психічних функцій і похідних від них вторинних, третинних... Цей ланцюг може продовжуватися, щоразу збагачуючись різними супутніми впливами середовища, насамперед, соціального. Виходячи з цих засад, психолого-педагогічна диференціація дітей з ООП, здійснюється за первинним порушенням, яке визначає їхні типологічні особливості, що ніяк не позбавляє кожну окрему дитину неповторної індивідуальності, бо вона починає виявлятися в індивідуальних відмінностях первинного порушення, а чимдалі більше — у вторинних порушеннях, які формуються під впливом багатьох унікально поєднаних чинників. Проте значущим як для психолого-педагогічної діагностики типологічних відмінностей порушеного розвитку, так і їхніх проявів у окремої індивідуальності, є первинне порушення чи поєднання кількох первинних порушень, які свідчать про складне (поєднане) порушення. Виявлені первинні порушення дозволяють інтерпретувати зумовлені ним та ускладнені додатковими чинниками вторинні порушення. Таким чином психолого-педагогічне діагностування є послідовним розкриттям причинно зумовлених взаємозв'язків у цілісній структурі психічного розвитку дитини, що виступає обґрунтуванням програми її навчання і розвитку та у цілому психолого-педагогічного супроводу у закладі освіти і в сім'ї. Цим завданням найбільше відповідає клінічний підхід до діагностування, який базується на якісній оцінці взаємообумовлених психологічних особливостей індивідуальності. У зв'язку з тим, що далі нам неодноразово доведеться розмежовувати медичний і психолого-педагогічний діагнози в оцінці розвитку дітей з ООП, тут наголосимо, що започаткований у клініці, клінічний підхід у діагностиці давно вийшов за її межі і є одним із методів психологічної діагностики поряд із статистичним, побудованим на кількісних показниках [3, с. 141].

Усі названі тут засади психолого-педагогічної діагностики розвитку дітей з ООП є давно відомими і складають надбання вітчизняної педагогічної і спеціальної психології. Вони були вихідними у багаторічній роботі авторів цього посібника над психолого-педагогічною діагностикою порушень

розвитку у дітей з ООП. Впровадження інклюзивного навчання з його методологічними і методичними засадами та одночасне функціонування різних форм здобуття освіти цією категорією дітей зробило потужний поштовх для подальшого удосконалення несуперечливого їхнього співіснування. Зокрема, актуалізувалася потреба у подальшому розробленні на вітчизняних методологічних і методичних засадах психолого-педагогічної діагностики розвитку дітей з ООП та наголошенні на ряді питань, досі мало висвітлених. Тимчасом висвітлення їх сприятиме подальшому удосконаленню цього напрямку психолого-педагогічної діагностики, його здатності задовольнити потреби як інклюзивної, так і спеціальної освіти.

Розділ III.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ І МЕДИЧНИЙ ДІАГНОЗ

Подальший розвиток і функціонування психолого-педагогічної діагностики у системі освіти дітей з ООП потребує розмежування медичного і психолого-педагогічного діагнозу в оцінці їхнього розвитку. Це питання актуалізувалося і лейтмотивом проходить в усіх наших публікаціях протягом останніх років [8; 10; 39], у яких ми звертали увагу на історично щільну пов'язаність психології і медицини у діагностиці порушеного розвитку (особливо — інтелектуального), та їх поступове розмежування у міру розвитку різних галузей психології, зокрема, педагогічної і спеціальної. Це розмежування виявилось доволі складним через надзвичайно міцно усталені стереотипи, які змушували попередницю ІРЦ психолого-медико-педагогічну консультацію до кінця її існування формально послуговуватись медичним діагнозом, хоч зміст його давно вже був психолого-педагогічний.

Щоб усвідомити потребу розмежування змісту цих двох діагнозів потрібно було дійти до краю, який чітко виявив межу між ними та неприйнятність їхньої взаємозаміни. Це сталося, коли нещодавно створена методика комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку дітей з ООП виявилася непридатною для комплектування спеціальних шкіл, бо не містила діагностичних визначень за типом первинного порушення, необхідного для спеціальної школи. І тоді комплектування її контингенту доручили лікарям: офтальмологу, отоларингологу, психіатру, які констатували порушення зору, слуху чи інтелектуального розвитку [28]. Цим і обмежується користь такого діагнозу для освіти і психологічного супроводу дитини з ООП, бо предметом медичного діагнозу є виявлення біологічних хворобливих змін конкретного органу та його функцій під впливом різних факторів (етіологія), динаміка розвитку хворобливого процесу (патогенез), прогноз з точки зору втрати функції чи самого органу, методи лікування. У медичному діагнозі немає нічого такого, чим міг би скористатися освітній процес, крім гігієни зору,

слуху чи хворобливих проявів у дитини з порушенням інтелектуального розвитку.

Тимчасом для психолого-педагогічного діагнозу первинною є не причина порушення функції того чи іншого органу, а особливість самої порушеної психічної функції, її вплив на інші психічні функції, їхній взаємозв'язок та виявлення найбільш збережених функцій для розвитку компенсаторних механізмів, а також вплив середовищних факторів на ці процеси. Усе це у цілому позначається на розвитку такого складного утворення, як особистість, і зрештою, формує неповторний психологічний образ дитини з первинно порушеною певною функцією та є надзвичайно важливим як для її психолого-педагогічного супроводу у процесі навчання, так і соціалізації у цілому.

Дещо складнішим є розведення медичного і психолого-педагогічного діагнозу, коли йдеться про первинне порушення інтелектуального розвитку, яке є центральною проблемою у психолого-педагогічній діагностиці. Саме тут зрощення медицини (психіатрії) і психології є найміцнішим через спільність їхнього предмету. Власне, предмет — функціонування інтелекту особи — належить психології. Психіатрія, маючи ряд своїх суто медичних аспектів діагностування, у визначенні особливостей психічної діяльності свого пацієнта послуговується психологічною діагностикою. І назва діагнозу несе психологічний зміст.

Назву психолого-педагогічного діагнозу визначає первинно порушена функція, бо з неї (чи кількох первинних функцій) починається розкриття усіх інших психологічних особливостей дитини у процесі діагностування її розвитку.

Історія становлення психологічної діагностики почалася з визначення порушень інтелектуального розвитку. Інтелектуальний розвиток є й досі наріжним каменем у психологічній діагностиці. Потреба у психологічній діагностиці актуалізувалася у педагогічному аспекті як усвідомлення необхідності спеціальних педагогічних умов для навчання і розвитку осіб з

виразними інтелектуальними порушеннями. З тих пір психолог і лікар-психіатр йшли пліч-о-пліч, а часто виступали в одній особі. Проте пріоритет залишався за медициною, бо психологія як наука сформувалася значно пізніше, особливо психодіагностика як окрема її галузь.

Відокремленню психологічної діагностики від медицини (психіатрії) та набуттю самостійності сприяло розширення сфери її використання. Особливо значний крок у цьому напрямку зробила тестологія та широке використання тестів у різних галузях суспільної практики, зокрема, в освіті.

У нашій країні на труднощах відокремлення психолого-педагогічного діагнозу від медичного суттєво і негативно позначився розгром у Радянському Союзі педології і вилучення із вжитку практичної психології, коли у діагностуванні розвитку дітей з психофізичними порушеннями роль медичної діагностики залишилась не тільки домінуючою, але єдиною можливою.

Зрозуміло, що розвиток психології загальмувався на десятиліття і її авторитет не міг змагатися з авторитетом медицини. Тому психолого-медико-педагогічна консультація (ПМПК) як діагностична установа у системі освіти дітей з ООП (з порушенням психофізичного розвитку) до кінця свого існування формально змушена була послуговуватись медичним діагнозом, з яким дитина приходила до консультації. Проте завдяки присутності лікаря-психіатра у складі членів консультації під час обстеження дитини діагноз можна було змінити і він часто змінювався завдяки зростанню можливостей психолого-педагогічної діагностики. Зауважимо, що у багатьох випадках таких клінічних (хворобливих) проявів, з якими можна було б пов'язати легке порушення інтелектуального розвитку, а ще більше — ЗПР, виявити не вдається, бо їх немає. Тому діагностування психіатром цих станів було формальним, зумовленим усталеною традицією посилалися на медичний діагноз, а справжня психолого-педагогічна діагностика відбувалася у психолого-медико-педагогічній консультації.

Сьогодні, коли психологія уже давно визначилася як окрема наука і має свої окреслені компетенції, немає потреби звертатися до медицини за підтвердженням встановленого нею діагнозу, якщо він має психолого-педагогічне призначення.

Певним ускладненням для розмежування психолого-педагогічного і медичного діагнозу є однакова їхня назва, проте розкриття змісту того й іншого одразу вказує на їхні відмінності. Утім сьогодні уже відбулося розмежування психолого-педагогічної і медичної назв одного важливого когнітивного порушення: назва «розумова відсталість» поки що залишається у Міжнародній класифікації хвороб-10 (МКХ), у той час як у соціальному аспекті, зокрема, в освіті, вживаною в Україні і в ряді інших країн, стала назва «порушення інтелектуального розвитку», а в діагностиці зростає інтерес до особливостей соціального функціонування, що знайшло відображення у Міжнародній класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) [20; 21]. Як буде змінюватися медична назва цього порушення і чи легко вона піддається змінам без певних втрат, покаже наступний перегляд МКХ.

Розмежування психолого-педагогічного і медичного діагнозів не позбавляє значення медичної інформації у побудові психолого-педагогічного супроводу дітей з ООП. У комплексній психолого-педагогічній оцінці (діагностиці) розвитку дитини з ООП однією із складових поряд із різними психологічними особливостями та соціальними факторами, які на них впливають, повинна бути медична інформація, адже у переважній більшості випадків ідеться про дітей, які мають ряд хворобливих особливостей і їх необхідно враховувати у педагогічному процесі.

Розділ IV.

ЗМІСТ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОЦЕСУ ДІАГНОСТИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ДИТИНИ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

Психолого-педагогічна діагностика історично розвивалася, насамперед, як діагностика інтелектуальних відмінностей. І сьогодні інтелект особи є предметом психологічної діагностики у багатьох сферах суспільної практики. Безумовно, інтелектуальний розвиток займає провідне місце і в сучасній психолого-педагогічній діагностиці особливостей порушеного розвитку. Проте педагогіка є та галузь, яка потребує якнайширшого охоплення діагностуванням усіх сторін особистості, що розвивається.

З розвитком соціальної моделі включення (інклюзії) осіб з особливими потребами у суспільне життя, зокрема, впровадження інклюзивного навчання, виключно важливого значення набула діагностика усіх тих психологічних особливостей дитини, які зумовлюють її соціоадаптаційні можливості. Цей аспект діагностики (оцінки) розвитку дитини виокремлено у нині діючій в ІРЦ методиці [18]. Ми вважаємо за доцільне виокремлювати емоційні ставлення у процесі діяльності і спілкування, пов'язані з особливостями розвитку особистості, які мають виключно важливе значення для соціальної адаптації дітей з ООП.

Серед аспектів розвитку дитини з ООП ми пропонуємо такі:

1. особливості інтелектуального розвитку;
2. особливості розвитку мовлення;
3. особливості емоційно-вольового розвитку і особистості.

Загострюючи увагу на цих особливостях розвитку, ми водночас наголошуємо, що вони настільки взаємопов'язані і взаємно зумовлені, що вивчати їх зовсім відокремлено неможливо, а спроба відокремити веде до грубих помилок.

Відповідно до вітчизняних методологічних і методичних засад психолого-педагогічної діагностики суттєві психологічні особливості обстежуваного розкриваються у процесі його діяльності. У нашому випадку такою діяльністю є розв'язання пізнавальних завдань дитиною у взаємодії з психологом, спрямоване, насамперед, на з'ясування особливостей її інтелектуального розвитку. Водночас спостереження за розв'язанням інтелектуальних завдань дозволяє зафіксувати ряд суттєвих психологічних особливостей дитини та, у міру потреби, продовжити їх вивчення із застосуванням відповідних методичних засобів. У ході розв'язання обстежуваним пізнавальних завдань та взаємодії з психологом можна спостерігати його особливості емоційно-вольового розвитку, зокрема, довільність у прийнятті та послідовності виконання завдання, здатність зосереджувати увагу чи прояви імпульсивності, нестійкості уваги, а також емоційний стан у процесі спілкування та реакції на успіх і невдачу, працездатність та її залежність від позитивної стимуляції тощо.

Усі виявлені особливості дитини різною мірою потребують продовження вивчення з допомогою спеціальних методичних засобів. Така потреба виникає, коли спостережувана особливість яскраво виражена і домінує, суттєво впливаючи на результати діяльності. Наприклад, виражена неуважність аж до втрати поставленої мети у виконанні завдання та відволікання на не пов'язані з ним справи може бути проявом гіперактивного розладу з дефіцитом уваги (ГРДУ), діагностування якого потребуватиме подальшого вивчення з допомогою спеціальних методик. У переважній більшості випадків обстежувані діти мають ті чи інші недоліки у розвитку мовлення. Тому обстеження логопедом мовлення дитини є обов'язковим.

У діагностичному психолого-педагогічному обстеженні дитини, добираючи окремі методичні засоби, важливо керуватися правилом необхідності і достатності, щоб уникати зайвого її перевантаження та надмірної витрати часу і разом з тим отримати переконливі відомості про досліджуване явище. Процес діагностичного обстеження дитини є

поступовою перевіркою гіпотез щодо особливостей її розвитку, які впливають із сформульованого педагогами чи батьками запиту та у ході спілкування з нею і спостереження за виконанням інтелектуальних завдань. У ході вивчення окремих психологічних особливостей важливим є встановлення взаємозв'язків між ними, що дозволяє встановити їхню первинність чи вторинність, пов'язаність із впливом соціальних факторів і сформувати таким чином уявлення про цілісний психологічний образ дитини.

Досі мало обговорювались і залишаються не вирішеними питання організації процесу діагностичного обстеження дитини. Вони стосуються як створення оптимальних умов для дитини, у яких найкраще розкриються її психологічні особливості, так і розподілу функцій між фахівцями, які ведуть обстеження. Ці питання пов'язані з колегіальним чи одноосібним веденням діагностичного процесу.

Є чималий досвід функціонування психолого-медико-педагогічних консультацій, побудований на одночасній участі у обстеженні дитини багатьох фахівців, кількість яких могла становити більше, ніж п'ять осіб, включаючи психологів, педагогів, логопеда, психіатра. Зазвичай обстеження вів психолог, передаючи за потреби цю функцію логопеду. Не менше двох осіб займалися документацією та веденням протоколу обстеження.

Хоч спілкування з обстежуваною дитиною суворо обмежувалося одним фахівцем, присутність багатьох людей була дискомфортною для неї і могла негативно впливати на результати виконання нею завдань та призводити до емоційних реакцій, не властивих їй у повсякденному житті.

Значною мірою колегіальність діагностування зумовлюється особливостями діагностичних методик: чим більше оцінка процесу і результатів виконання завдання залежить від кваліфікації і особистості психолога, який веде обстеження, тим більшою є потреба у колегіальному спостереженні за його процесом. Такими є вітчизняні методики діагностики інтелектуального розвитку особи, побудовані на основі навчального

експерименту [22; 37]. Процес їх використання важко піддається стандартизації, а результати — кількісній представленості. Разом з тим вони мають чимало переваг, даючи багатий матеріал спостереження не тільки за перебігом інтелектуальної діяльності обстежуваного, але й за проявами різних сторін його особистості у процесі спілкування з психологом і розв'язання пізнавальних завдань. Результатом такого спостереження є виникнення ряду гіпотез щодо різних психологічних особливостей обстежуваного, які перевіряються у ході подальшого діагностування. Тому такі методики є невід'ємною частиною методичного інструментарію поряд з тестовими методиками, які застосовуються сьогодні у психолого-педагогічному діагностуванні розвитку дітей з ООП.

Обстеження особи за не стандартизованою методикою є складним і значною мірою творчим процесом. Одноосібне поєднання його з фіксацією у протоколі значного обсягу отриманих різнобічних відомостей про психологічні особливості обстежуваного неодмінно погіршує якість як одного, так і другого.

Наш значний досвід психолого-педагогічного діагностування розвитку дітей різного віку з використанням названих методик показав, що оптимальною є співпраця двох психологів, один з яких веде обстеження, а завдання другого — детальне спостереження і фіксація у протоколі його результатів. Наступне обговорення та узгодження висновків сприяє їхній об'єктивності.

Стандартизовані методики вимагають від психолога головним чином достатнього рівня навичок їх використання, неухильного слідування інструкції. Застосування цих методик може здійснюватися одноосібно окремими психологами, що спеціалізуються за певними напрямками діагностики.

Обстеженню дитини передуює ознайомлення із запитом (заявленої батьками та закладом освіти проблеми у поведінці і навчанні дитини), у якому викладені причини, що зумовлюють потребу детального психолого-

педагогічного обстеження її розвитку у відповідному діагностичному закладі. Зазвичай таким запитом є психолого-педагогічна характеристика дитини, складена педагогом разом із психологом як результат тривалого її вивчення у процесі навчання, спілкування з дорослими та ровесниками, а також її соціального оточення. Останнє може мати значне розходження з тими відомостями, які дають батьки чи особи, наділені батьківськими повноваженнями, і тому є надзвичайно важливим.

Далі зупинимося на діагностуванні виокремлених аспектів розвитку дитини, які є значущими для побудови її психолого-педагогічного супроводу.

Розділ V.

ДІАГНОСТУВАННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ

У процесі діагностування інтелектуального розвитку особи, насамперед, необхідним є з'ясування первинності чи вторинності виявлених його недоліків. Часто фактором, що зумовлює вторинні недоліки інтелектуального розвитку, є порушення розвитку мовлення. Тому найбільш «чистими» від впливу мовлення інтелектуальні здібності виявляються у процесі наочно-дійового і наочно-образного мислення під час виконання відповідних так званих невербальних завдань. Такі завдання різної складності необхідні для діагностики особливостей інтелектуального розвитку осіб усіх вікових категорій. Проте їхня питома вага особливо велика у діагностуванні інтелектуального розвитку дітей дошкільного віку, у яких провідною функцією є сприймання, а словесно-логічне мислення ще тільки починає формуватися.

З допомогою невербальних завдань обстежується інтелект осіб, які не володіють мовленням або оволодіння ним є дуже ускладненим через значні порушення слуху чи деякі порушення мовлення. Виконання невербальних завдань обстежуваним допомагає встановити справжні його інтелектуальні можливості також у випадках тяжкої соціальної і психологічної депривації, яка, насамперед, позначається на вкрай збідненому мовленні та різкому обмеженні знань і уявлень про довкілля, особливо на відсутності словесних узагальнень. Часто таким способом вдається розмежувати порушення інтелектуального розвитку (розумову відсталість) та інші причини, що зумовлюють вторинне відставання формування словесно-логічного мислення.

У практиці діагностування порушень інтелектуального розвитку є випадки, коли у цілому його відставання від норми та помилковий висновок про порушення інтелектуального розвитку (розумову відсталість) різного

ступеня виникає через недостатню увагу до стану зорового сприймання. Труднощі у цій сфері часто виникають у дітей, хворих на дитячий церебральний параліч (ДЦП). Обмеження рухових функцій, зокрема, руху очей та його зв'язку з рухами рук, ускладнює процес зорового сприймання та формування уявлень про величину, форму, відстань між предметами та їхнє взаємне розміщення, порушення зорово-моторної координації. Порушення зорового сприймання руйнує підвалини, на яких вибудовується уся складна ієрархія подальшого інтелектуального розвитку. Так, позбавлене опори на образи уявлень, слово позбавляється змісту. І хоч мовлення у таких осіб може бути досить багатим, воно залишається «пустим», і словесно-логічне мислення несформованим. Тимчасом вчасна допомога дитині у формуванні сприймання може попередити подальше відставання її інтелектуального розвитку [12].

Виконання невербальних завдань різної складності та відповідних віковим особливостям дітей необхідне в усіх випадках їхніх труднощів у навчанні, оскільки не різко виражені порушення зорового сприймання можуть поєднуватися з цілком достатньою сформованістю вербального інтелекту, проте зумовлювати труднощі у навчанні. Тому невербальні завдання поряд із вербальними складають цілісний комплекс засобів з'ясування загального інтелектуального розвитку обстежуваних осіб як у відомих стандартизованих тестах, так і у вітчизняних методиках якісної його оцінки [22; 37].

У цілому діагностування особливостей інтелектуального розвитку дітей з ООП передбачає з'ясування таких його сторін:

- 1) відповідність загальної обізнаності віку дитини та її зв'язок з умовами виховання та соціальним середовищем;
- 2) сформованість мисленнєвих дій і операцій, зокрема, здатність до абстрагування і узагальнення на наочному та словесно-логічному рівні розвитку мислення та його зв'язок з віковими особливостями знань і уявлень про довкілля;

3) особливості наочно-дійового і наочно-образного мислення, просторових уявлень та сенсо-моторної координації;

4) якісні особливості перебігу мисленнєвої діяльності, насамперед, її гнучкість, що забезпечує пошук оптимального способу дії під час розв'язання пізнавального завдання, продуктивне використання допомоги та перенесення засвоєного нового досвіду в аналогічні умови як прояв навчованості;

5) особливості регуляції інтелектуальної діяльності — здатність прийняти умову завдання як керівництво до виконання адекватних дій, спрямованих на його розв'язання, дотримання необхідних правил і утримання уваги протягом певного часу;

б) розумова працездатність як фактор, що впливає на успішність розв'язання інтелектуального завдання, зокрема, тривалість працездатності під час виконання завдання та вплив на неї позитивної стимуляції.

У процесі діагностування усі ці показники інтелектуальних особливостей дитини коротко фіксуються у протоколі обстеження. Вони потім ляжуть в основу висновку, у якому не повинно бути ніяких привнесень, що не спираються на виявлені особливості інтелектуальної діяльності обстежуваного.

Розглянемо детальніше кожен із виокремлених сторін інтелектуального розвитку та методичні засоби їх виявлення і якісної оцінки на вітчизняних засадах психолого-педагогічної діагностики.

З'ясування усіх названих сторін інтелектуального розвитку та практичне застосування вітчизняних засад у оцінюванні їхньої якості передбачено досить відомою Методикою діагностики відхилень в інтелектуальному розвитку молодших школярів [37]. Вікова категорія дітей з ООП, яку охоплює ця методика, є найбільш представленою серед контингенту обстежуваних як у колишній психолого-медико-педагогічній консультації (ПМПК), так і в сучасному ІРЦ. Вона розроблялася як експрес-методика і передбачала використання усіх завдань у комплексі. Була

зроблена спроба кількісної оцінки виконання як окремих завдань так і всього комплексу у цілому, проте оцінка рівня виконання завдання у балах має допоміжне значення.

Хоч методика переважно працює як засіб якісної різнобічної оцінки інтелектуального розвитку, оцінка у балах різних рівнів виконання завдань певною мірою дисциплінує процес діагностування і буває корисною особливо для фахівців, які тільки набувають досвіду її використання. Крім того, позбавлена суворої стандартизації, методика часто використовується не як цілісний комплект завдань, а у міру потреби довільно поєднуються окремі її завдання.

Діагностична значущість деяких завдань підвищується, якщо їх давати парами у тій послідовності, яка наведена у цілісному комплексі. Наприклад, поєднуючи завдання на групування зображень предметів за функціональними ознаками з наступним завданням на групування за родовими ознаками, вдається спостерігати здатність обстежуваного виявити відмінності у підставах групування і переключитися з одного способу групування на інший. Іноді цей процес буває розгорнутим: обстежуваний починає групування за аналогією з попереднім, потім виявляє неможливість діяти таким чином далі і знаходить продуктивніший спосіб — починає утворювати пари за новою, родовою, ознакою, демонструючи тим самим мобільність, гнучкість мислення.

Принципово важливим є поєднання двох наборів зображень на виключення четвертого зайвого. Одне з цих завдань виступає як навчальне, після чого засвоєний спосіб дії переноситься на виконання складнішого завдання, яке становило для обстежуваного значну трудність. Здатність успішніше його виконувати після навчання є показником навчуваності, прямо пов'язаної з мобільністю і гнучкістю мислення на протигагу його ригідності.

Використання деяких, найскладніших завдань, не обмежується дітьми молодшого шкільного віку. Обстежуючи осіб старшого віку, доцільно

обирати одразу найскладніші завдання. Таким є завдання на класифікацію геометричних фігур за трьома ознаками — формою, кольором, величиною. Це завдання, з допомогою якого виявляється гнучкість мислення — здатність переключитися з одного способу дії на інший, обираючи по черзі кожен з ознак фігур для поділу їх на дві групи. Воно однаково успішно може використовуватися для діагностування гнучкості мислення дітей старшого віку і навіть дорослих.

Для обстеження дітей старшого віку придатним є завдання № 3 на складання фігури з частин на площині («кораблик»). Якщо труднощі побудови фігури не вдається подолати з різною допомогою, доцільно пропонувати простіше завдання. Виявлені труднощі виконання завдань на конструювання на площині можуть свідчити про порушення у сфері зорового сприймання, просторових уявлень, зорово-моторної координації та потребувати додаткових завдань, наприклад, таких, як відома методика Керна-Йіресека та різні завдання методики Л. Бендер [29, с. 134–137; 13, с. 61–62].

Корисну інформацію про інтелектуальний розвиток дітей підліткового віку і старших може дати також виконання завдань на розкриття прихованого змісту у серіях сюжетних малюнків (завдання № 11), а також усі завдання, побудовані на вербальному матеріалі (завдання № 12, 13, 14).

У процесі діагностування розвитку дітей старшого віку ці завдання застосовуються у поєднанні з відповідними віку іншими завданнями, побудованими переважно на словесно-логічному матеріалі [11].

У випадках значних відхилень від вікової норми інтелектуального розвитку, коли йдеться про діагностування порушення інтелектуального розвитку (розумову відсталість) навіть легкого ступеня, методика не має вікових обмежень, бо у цієї категорії осіб вікові межі психічного розвитку зміщені і більше залежать від вираженості самих порушень і почасти від якості і систематичності корекційно-педагогічної роботи з ними. При цьому більш-менш успішне може бути виконання частини простіших завдань,

зокрема, завдання № 1 на ідентифікацію геометричних фігур, складених із двох симетричних частин, а також найпростіші завдання на класифікацію (№ 4, 5, 6): утворення пар зображень предметів за функціональними та родовими ознаками, виключення четвертого зайвого предмета.

Може виникнути потреба застосування ще простіших завдань такого змісту, наприклад, співвіднесення цілісних геометричних фігур, а не складання їх з двох частин, утворення пар зображень, найбільш відомих обстежуваному. Тому типові завдання, представлені у названій методиці, потрібно розширювати набором як простіших, так і складніших аналогічних завдань.

Інші завдання: складання зображень з кількох частин (завдання № 2, 3), усі завдання, побудовані на вербальному матеріалі (№ 12, 13, 14), розуміння прихованого змісту сюжетних малюнків (завдання № 11), класифікація геометричних фігур, особливо здатність пояснити виконану класифікацію за певною ознакою, виявляються надміру складними. Звернення до цих завдань наочно демонструє ті типові труднощі, які виникають у дітей з порушенням інтелектуального розвитку і які не вдається подолати з найрозгорнутішою допомогою.

Детально викладена процедура використання кожного із завдань, окреслені типові труднощі, які виникають у обстежуваних під час їх виконання та відповідні рівні допомоги, яких вони можуть потребувати для поліпшення свого результату, — усе це дозволяє рекомендувати названу діагностичну методику як навчальну для відпрацювання алгоритму застосування вітчизняних засад якісної оцінки особливостей інтелектуального розвитку дітей з ООП у процесі підготовки відповідних фахівців.

Особливої уваги заслуговують критерії диференціації нормативного розвитку, затримки психічного розвитку (ЗПР) і порушення інтелектуального розвитку (розумової відсталості). Вони представлені описово і у балах у відповідних рівнях виконання різних завдань, які відображають типові

особливості інтелектуальної діяльності кожної із названих категорій обстежуваних.

Найбільш визначальною, від якої залежать інші властивості інтелектуальної діяльності, є її мобільність, здатність переключатися з однієї системи дій на іншу, раціональнішу у певному випадку, на відміну від ригідності, стереотипності дій. Саме ця властивість інтелекту визначає навчуваність.

Потребує наголошення, що у цих методичних рекомендаціях вперше психологічні методи виступають визначальними у встановленні певного психолого-педагогічного діагнозу. Разом з тим потрібно визнати, що у вітчизняній практиці психолого-педагогічної діагностики, особливо порушень інтелектуального розвитку (розумової відсталості), досі зберігається острах перед відмовою від домінування медицини, і потрібні певні зусилля, щоб його подолати. Очевидно, що позитивну роль тут могло б відіграти залучення тестових методів діагностики. Для цього є свої причини: по-перше, позначається великий світовий авторитет таких методик, які застосовуються у багатьох галузях суспільної практики як самодостатні без поєднання з медичною діагностикою; по-друге, більшу довіру викликає можливість порахувати — застосувати математичні методи у діагностуванні, і це об'єктивна перевага тестів; по третє, наша практика психолого-педагогічної діагностики у системі освіти дітей з ООП ще не має такого досвіду використання тестів, щоб критично оцінити і ті недоліки, які вони мають, що певною мірою відіграє позитивну роль в утвердженні самодостатності психологічної діагностики.

У встановленні діагнозу «порушення інтелектуального розвитку» переконливим може бути поєднання відомих тестів, зокрема, тесту Д. Векслера, а також, LEITER – 3, які сьогодні є у розпорядженні ІРЦ, з вітчизняною методикою якісної оцінки стану інтелекту дитини.

Узгодження кількісного показника IQ за методикою Д. Векслера та якісної характеристики особливостей інтелектуального розвитку за

вітчизняною методикою навчального експерименту, сприяє об'єктивності діагностичного висновку. Можливі незначні розходження показників, на нашу думку, повинні залишатися вирішальною якісною оцінкою інтелектуальної діяльності, у якій окреслюються як характерні для певного психолого-педагогічного діагнозу недоліки пізнавальної діяльності, так і ті індивідуальні позитивні її особливості, які властиві конкретному обстежуваному і є суттєвими для психолого-педагогічної роботи з ним.

Відомо, що порушення інтелектуального розвитку є системним і його діагностування, особливо вітчизняними методами якісної його оцінки, неодмінно супроводжується виявленням важливих показників емоційно-вольового розвитку, деяких особистісних властивостей, що суттєво позначається на здатності особи до спілкування і соціальної адаптації у цілому. Вони є вторинними, пов'язаними з недостатнім усвідомленням мети діяльності, послідовності дій та здійснення самоконтролю у процесі її досягнення. Труднощі розуміння людських взаємин типово виявляються у спілкуванні як некритичність, навіюваність тощо. Таке емоційно-вольове недорозвинення властиве усім особам цієї категорії. Емоційно-вольові особливості, які виявляються у процесі виконання пізнавальних завдань, та прояви поведінки, пов'язані з недостатнім розумінням людських взаємин і некритичністю, повинні фіксуватися під час діагностування порушення інтелектуального розвитку як важливі ознаки, що підтверджують цей діагноз.

У окремих дітей з порушенням інтелектуального розвитку виявляються первинні порушення регулятивних функцій центральної нервової системи як надмірна збудливість, чи, навпаки, надмірна пригніченість, недостатня активність як фактори, що ускладнюють пізнавальну діяльність, спілкування, надаючи поведінці дитини у цілому специфічного забарвлення. І тоді такий випадок потрібно розглядати як складне чи поєднане порушення.

Серед таких особливостей важливою є здатність обстежуваного зосереджувати увагу на взаємодії з психологом та адекватно реагувати на його інструкції, емоційна забарвленість спілкування, ставлення до виконання

завдання, реакція на успіх і невдачу, втомлюваність у процесі виконання завдань тощо. Можливе виникнення потреби подальшого розгорнутого вивчення цих особливостей.

5.1. Диференціація порушення інтелектуального розвитку легкого ступеня і затримки психічного розвитку

У діагностуванні особливостей інтелектуального розвитку дітей з ООП важливе місце займає диференціація порушення інтелектуального розвитку (розумової відсталості) легкого ступеня і ЗПР, а також диференціація у межах самої ЗПР. Наші попередні дослідження показали, що в останні роки у вітчизняній системі освіти дітей з ООП увага до проблеми ЗПР зменшується і сьогодні є недостатньою. Зокрема, непереконливим є обмеження корекційної допомоги дітям цієї категорії тільки початковою ланкою освіти. Тимчасом недостатня увага до порівняно легких порушень розвитку, які складають найбільшу частку серед усіх порушень, як побачимо далі, призводить до великих соціальних втрат.

В умовах інклюзивного навчання педагоги часто не мають уявлення про відмінності між порушенням інтелектуального розвитку і ЗПР. Для них це діти з когнітивними порушеннями, які відрізняються хіба що більшими чи меншими проявами [9]. Тимчасом ці відмінності суттєві як і відмінності у психолого-педагогічному супроводі цих категорій дітей з ООП.

Найзагальніше відмінності між порушенням інтелектуального розвитку і ЗПР полягають у різній навчованості, яка залежить від мобільності мисленнєвої діяльності, зокрема, різних можливостей формування мисленнєвих дій і операцій, особливо абстрагування і узагальнення. Усе це забезпечує дітям із ЗПР за умови адекватної психолого-педагогічної допомоги оволодіння достатнім рівнем понятійного мислення, щоб здобувати різні знання і досягати досить високих соціоадаптаційних можливостей. Тому у процесі психолого-педагогічного діагностування суттєвою ознакою ЗПР попри різні недоліки інтелектуального розвитку, зокрема, невідповідності віковому рівню знань і уявлень про довкілля, низькій

працездатності та мотивації, ускладненнях емоційно-вольової регуляції інтелектуальної діяльності, є прояви здатності до абстрагування і узагальнення у процесі використання допомоги під час розв'язання пізнавальних завдань. Суттєво інші можливості соціальної адаптації виявляються також у взаємодії обстежуваного з психологом, адекватній реакції на успіх і невдачу тощо.

Разом з тим потрібно зважати на те, що назва «ЗПР» для цього численного контингенту дітей із ООП, хоч і міцно закріпилася у вітчизняній спеціальній психології, є досить невдалою, оскільки об'єднує такі стани інтелектуального розвитку, які суттєво відрізняються між собою і потребують різної тактики психолого-педагогічного впливу у процесі їх корекції. Насамперед, потрібно зважити на те, що ЗПР часто має вторинне походження, зумовлене первинним порушенням мовленнєвого розвитку чи порушенням емоційно-вольової регуляції. Певною мірою вторинною можна вважати ЗПР, що виникла у результаті ранньої і тривалої соціальної і психологічної депривації, оскільки у дитини первинно залишаються більш-менш неушкодженими механізми психічного розвитку, і усунення негативного впливу на них психосоціального фактору дозволяє суттєво поліпшити інтелектуальний розвиток.

Зазвичай на момент психолого-педагогічної оцінки інтелектуального розвитку таких дітей він виявляється значно нижчим від вікового, який є недостатнім для засвоєння програми відповідного освітнього закладу, що й стає приводом звернення до діагностичної установи. Під час розв'язання типових для їхнього віку пізнавальних завдань, вони терплять великі труднощі, оскільки зона їхнього актуального розвитку значно нижча від вікової, а тому й зона найближчого розвитку теж нижча від очікуваної. Справжню їхню навчованість можна виявити, пропонуючи легші завдання, які відповідають їхній зоні актуального розвитку і дозволяють значно успішніше використовувати допомогу. У процесі розв'язання пізнавальних завдань і спілкування з психологом привертає увагу звуженість, нечіткість і

часом викривленість уявлень і знань про, здавалося б, знайомі дитині предмети. Саме в цьому проявляється педагогічна занедбаність дитини: її знання випадкові, хаотичні і неосмислені. Відсутність вправління у порівнянні предметів за різними ознаками, у з'ясуванні їхніх взаємозв'язків з іншими предметами і явищами навколишнього світу гальмує розвиток мислення.

Під час діагностичного обстеження важливо зорієнтуватися в особливостях середовища, у якому зростає дитина, в імовірності найбільш знайомих їй предметів і явищ, Тільки у цих умовах дитина виявить здатність використовувати допомогу у розв'язанні пізнавальних завдань, отже, виявляти навчуваність. У таких випадках з'ясування умов виховання дитини є важливою частиною діагностичного процесу.

Оскільки мовленнєвий розвиток таких соціально занедбаних і психічно депривованих дітей буває найнижчим у їхньому загальному інтелектуальному розвитку навіть тоді, коли немає факторів первинного порушення розвитку мовлення, під час розв'язання ними пізнавальних завдань обов'язково потрібно включати немовленнєві завдання на порівняння, групування предметів на основі зорового сприймання. Діти з відставанням в інтелектуальному розвитку від вікової норми через соціальну і педагогічну занедбаність, яка часто призводить і до обтяженості різними захворюваннями та фізичної ослабленості через недогляд, є найчисленнішими у групі дітей із ЗПР.

Тимчасом сьогодні до категорії таких, що мають ЗПР, у вітчизняній психолого-педагогічній практиці відносять і дітей з якісно іншим станом інтелектуального розвитку та іншими можливостями його поліпшення у процесі корекційного впливу. Їхня інтелектуальна діяльність відрізняється ригідністю мисленнєвих процесів, властивих порушенню інтелектуального розвитку легкого ступня, але значно менше вираженою. Проте у процесі розв'язання пізнавальних завдань вони виявляють труднощі актуалізації навіть наявного досвіду, обмежені можливості поліпшення своїх результатів

під впливом допомоги, демонструючи тим самим знижену навчуваність. Ця група дітей також неоднорідна. Значна частина з них так само, як і діти з порушенням інтелектуального розвитку різних рівнів тяжкості, мають в анамнезі різні хворобливі фактори, які негативно позначаються на функціонуванні центральної нервової системи. У таких дітей часто виявляються постійні чи періодичні розлади працездатності, регуляції поведінки й інтелектуальної діяльності. Тому разом з виявленням особливостей їхнього інтелектуального розвитку вкрай важливо з'ясувати їхню потребу у медичному супроводі, в дотриманні заходів режиму, спрямованого на збереження їхнього здоров'я.

Інша частина дітей, які виявляють знижену навчуваність, не мають ніяких хворобливих ознак і за медичними критеріями їхні порушення розвитку не можуть діагностуватися. Часто це фізично добре розвинені діти, досить активні у різних видах діяльності, крім інтелектуальної. У навчанні вони стійко не встигають з усіх предметів: не розв'язують задачі, погано читають і недостатньо розуміють зміст прочитаного навіть тоді, коли слухають читання педагога. Під час діагностування їхнього інтелектуального розвитку у процесі виконання пізнавальних завдань та спілкування виявляють обмеженість знань і уявлень про довкілля: не знають назв багатьох загальновідомих предметів, особливо узагальнюючих понять. Характерними для цієї групи дітей є труднощі як під час виконання завдань на мовленнєвому матеріалі, так і на перцептивному: в обох випадках спостерігаються труднощі актуалізації наявного досвіду, процесів абстрагування і узагальнення. Ці недоліки інтелектуального розвитку є стійкими і мало піддаються корекції та позначаються і на розвитку особистості дитини, зниженні критичності, що помітно у спілкуванні під час діагностичного обстеження.

Усі ці особливості розвитку дитини більше відповідають поняттю межового порушення інтелектуального розвитку. Тривалий час це поняття було досить вживаним, але у нашій країні поступово розчинилося у ЗПР.

Повчальним є досвід США, де поняття «межова розумова відсталість» (IQ у межах 70-90) через надміру високий відсоток осіб з таким рівнем інтелекту (біля 16%) у суспільстві було виключене із вжитку на початку сімдесятих років минулого століття. У осіб з таким станом інтелекту більше не визнавали особливих потреб, що позбавляло їх підтримки і допомоги. Проте серед них настільки зросли різні прояви соціальної дезадаптації, зокрема, кримінальні порушення, що у новій редакції визначення і систематики порушення інтелектуального розвитку був повернений межовий рівень [45].

У нашій країні через діагностику, яка діяла на медичних засадах, частина дітей через відсутніх клінічних проявів залишалась поза діагностикою. Навчаючись у масових закладах загальної середньої освіти без необхідної підтримки, ці діти у кращому випадку компенсують своє стійке невстигання добрим пристосуванням у дитячому колективі, готовністю виконувати усякі завдання, які не стосуються навчання. Тимчасом часто через хронічно неуспішне навчання та зумовлене ним низьке положення у дитячому колективі ці діти можуть зазнавати деформацій у розвитку особистості, стають на шлях девіантної поведінки і подальшої соціальної дезадаптації. Інша частина навчається у спеціальних класах для дітей із ЗПР, проте без перспективи «вирівнятися», і в умовах обмеження спеціального навчання дітей із ЗПР початковою школою у подальшому навчанні вони знов-таки залишаються без необхідної їм педагогічної допомоги.

Сьогодні для дітей із зниженою навчуваністю сприятливими можуть бути інклюзивні умови навчання з ретельним урахуванням у індивідуальному навчальному плані усіх труднощів і переваг їхнього розвитку та орієнтацією на здобуття доступних для них професійно-трудова навичок і соціальну адаптацію у цілому.

Розділ VI.

ДІАГНОСТУВАННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ МОВЛЕННЄВОГО РОЗВИТКУ

Як ми вже зазначали, взаємопов'язаність і взаємозумовленість інтелектуального, мовленнєвого, емоційно-вольового і особистісного розвитку не дозволяє вивчати їх у дитини з порушеннями мовлення ізольовано одне від одного. Порушення саме у становленні мовленнєвої сфери є найбільш помітним проявом неблагополучного розвитку дитини незалежно від психолого-педагогічного діагнозу. Тому правильної кваліфікації мовленнєвого порушення, зокрема, первинно порушеної ланки та її природи, потребують усі діти з психофізичними порушеннями.

Сучасна вітчизняна психолого-педагогічна діагностика особливостей мовленнєвого розвитку дитини слугує завданню встановлення причин мовленнєвого порушення, його глибинного механізму, характеру, структури, особливостей вторинної затримки психічного розвитку та тлі мовленнєвого недорозвинення, а також прогнозу щодо його подолання.

Розуміння природи й механізмів виникнення мовленнєвих труднощів у дітей сприяє створенню відповідної процедури комплексної діагностики й організації диференційованого подолання порушень мовлення. Тому далі ми розглянемо методичні засади вітчизняної психолого-педагогічної діагностики порушень мовлення різного генезу, які ґрунтуються на психолінгвістичному підході до аналізу мовленнєвої діяльності.

Психолінгвістичному підходу тривалий час передувало усталене уявлення про діагностику мовленнєвих порушень, змістом якої було виявлення порушених або несформованих досі компонентів мовленнєвого розвитку дитини: зв'язного мовлення, звуковимови відповідно до вікового періоду, фонетико-фонематичного слуху, лексичного та граматичного ладу мовлення. Однак практика показала, що цей підхід до діагностики орієнтує на дослідження лише зовнішніх пластів мовленнєвої діяльності [40].

Зосередження уваги в процесі діагностики виключно на виявленні порушень мовленнєвої функції показує корекційну неспроможність у подальшому, коли ідеться про подолання тяжких порушень мовлення або порушень мовлення вторинного генезу (при сенсорних порушеннях, порушеннях інтелектуального розвитку, аутизмі тощо), створює свого роду гальмівний ефект на практику корекційної (зокрема, логопедичної) роботи із дітьми з зазначеними типами труднощів. Тому в процесі діагностичного вивчення дитини з порушенням мовлення фахівець зобов'язаний володіти сучасними уявленнями про психомовленнєву діяльність, яка є поліфункціональним процесом, пов'язаним з усіма психічними функціями. Це вимагає цілісного клінічного вивчення порушення, індивідуальних особливостей його структури та механізмів, специфіки несформованості мовної системи, виявлення особливостей засвоєння мовних закономірностей у оволодінні знаннями та вміннями, пов'язаними з мовною дійсністю, вивчення вторинних симптомів [30], які обумовлені системною мозковою організацією вищих психічних функцій, характером зумовленості первинним порушенням.

Психолінгвістичний аналіз мовленнєвої діяльності створює можливість диференціювати порушення і з'ясувати не лише стан усного мовлення і усіх складових мовленнєвої діяльності, а й врахувати взаємозв'язок та взаємодію всіх компонентів мовлення, сумісну діяльність аналізаторних структур (слухового та мовно-рухового аналізаторів), ієрархічну організацію одиниць мовленнєвої діяльності (мовленнєвих дій і операцій).

Звернемося далі до засадничих положень психолінгвістичного аналізу мовленнєвого розвитку дитини, які є суттєвими для організації діагностичного вивчення стану мовленнєвого розвитку дитини з порушеним розвитком, диференціації схожих за зовнішніми проявами порушень (Є.Ф. Соботович, Е.А. Данілавічюте, Ю.В. Рібцун, Л.І. Трофименко).

По-перше, мовленнєва недостатність не може розглядатися як ізольоване порушення, оскільки являє собою сукупність ознак різної

етіології, структури, інтенсивності прояву, динаміки подолання. Відповідно виділяють порушення мовлення первинного і вторинного походження.

По-друге, оскільки в основі засвоєння мовлення як його передумови лежать психічні процеси, що функціонують і розвиваються у взаємодії з мовленням, першочерговим завданням діагностики є відмежування суто мовленнєвого недорозвинення від такого, що обумовлене іншим порушенням психофізичного розвитку.

Взаємопов'язаність і взаємозумовленість мовлення і психіки у цілому розкривається у тому, що мовленнєва діяльність має свою психологічну структуру та психологічні механізми (загальнофункціональні та специфічні), які забезпечують формування та функціонування мовленнєвої діяльності. Диференційована недостатність окремих психологічних механізмів та структурних компонентів психічної діяльності різною мірою ускладнює мовленнєве недорозвинення.

Так з позицій психолінгвістики у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку якісно змінюється процес формування інтелектуального компонента мовленнєвої діяльності [40]. Ідеться про ті дії та операції з мовними знаками, формування і функціонування яких визначається рівнем розвитку когнітивної сфери: мисленнєві операції аналізу, синтезу, порівняння, узагальнення, класифікації, аналогії, перенос, генералізацію, ймовірнісне прогнозування, контроль, утримання складної структури виконуваних дій, мисленнєві операції суцесивного та симультанного аналізу і синтезу тощо.

Недостатність інтелектуального компонента призводить до системного порушення загальнофункціональних психологічних механізмів мовлення, що забезпечують формування лінгвістичного і комунікативного компонентів мовленнєвої діяльності. У дітей з порушенням інтелектуального розвитку вони проявлятимуться як у діяльності засвоєння мови, так і під час використання засвоєних мовних знань у комунікативних актах [40]. Тобто пошкодження психологічних механізмів мовленнєвої діяльності на тлі

порушеного інтелектуального розвитку неминуче призведе до вторинного порушення мовленнєвої функції.

Одними із діагностично значущих показників вторинності мовленнєвого недорозвинення на тлі інтелектуального порушення буде наближеність віку мовленнєвого розвитку дитини до інтелектуального віку [1; 22; 37], відсутність диспропорції між виконанням рівноцінних за складністю завдань на вербальному та невербальному рівні. Тобто завдання, виконання яких не потребує мовленнєвих зусиль (невербальні завдання), дитина з порушення інтелекту виконуватиме на тому ж низькому рівні, що і завдання вербальні. Одночасно в процесі діагностики фахівець спостерігатиме несприйнятливність обстежуваного до різних способів допомоги. Відповідно виявлятиметься нездатність до логічного перенесення, активності у вирішенні поставлених завдань, що слід у співвідношенні з іншими типовими проявами розглядати як маркер інтелектуальної недостатності.

Окремої уваги в процесі діагностування первинного порушення мовлення потребують особливості формування і функціонування окремих психологічних механізмів та структурних компонентів, що забезпечують мовленнєву діяльність, оскільки значні її порушення так чи інакше чинитимуть вплив на розвиток психіки дитини на тлі недорозвитку відповідних мовленнєвих структур. Затримка мовленнєвого розвитку, його порушення або спотворення, особливо у ранньому віці, можуть значно викривити загальний психічний розвиток дитини. Він виявлятиметься у вторинних нашаруваннях когнітивних, емоційно-вольових, фізичних, освітніх, особистісних, поведінкових труднощів.

Недостатність мовленнєвої функції або відсутність мовлення виступає причиною затримки інтелектуального розвитку. При тяжких порушеннях мовлення (ТПМ) диференціальний діагноз між інтелектуальним і мовленнєвим недорозвитком може бути досить складним, тому що інтелектуальні порушення, як правило, не обмежуються тільки

недорозвитком вербального інтелекту. Спостерігаються також уповільнений темп мислення, недостатність окремих психічних функцій, які маскують актуальні можливості дітей і можуть призводити до діагностичних помилок [41; 43].

Отже, первинне тяжке порушення мовлення гальмуватиме формування потенційно збережених інтелектуальних здібностей. В процесі діагностичного вивчення спостерігатимуться специфічні особливості мисленнєвої діяльності (недорозвиток операцій порівняння, аналізу, синтезу, абстрагування, узагальнення, класифікації, систематизації; труднощі розуміння причинно-наслідкових зв'язків, словесно-логічного мислення, побудови умовиводів) та своєрідність інтелектуального розвитку дітей з ТПМ. Діти із нормотиповим інтелектуальним розвитком можуть виявляти певні відхилення інтелектуальних дій на вербальному рівні. Разом з тим потенційні можливості розвитку і навчання зберігатимуться, як і сприйнятливість до допомоги, здатність до логічного перенесення (застосування здобутих способів дій в роботі з новим діагностичним матеріалом), здатність до активності у вирішенні поставлених завдань. Також демонстрування навчованості в ході виконання завдань виступатиме одним із показників первинного збереження інтелектуальної функції.

Щоб спрямувати психолого-педагогічну оцінку стану мовленнєвого розвитку дитини в русло адекватності її інтелектуальним і мовленнєвим можливостям, перш за все слід з'ясувати рівень актуального інтелектуального розвитку дитини і його потенціал, визначити ступінь розуміння дитиною зверненого мовлення і відповідно до цього — складність використовуваного педагогом на наступних етапах дослідження мовного матеріалу, можливі міри допомоги тощо [40].

Діагностична робота з дітьми з тяжкими порушеннями мовлення передбачає вивчення і аналіз стану не лише всіх мовленнєвих та немовленнєвих компонентів у структурі мовленнєво-мисленнєвої діяльності і їх співвідношення. Цей підхід зумовлено специфічністю формування і

функціонування мовленнєвої діяльності, яку ми означили раніше. В процесі такої оцінки важливо встановити актуальний об'єм мовленнєвих навичок, дефіцитарних та збережених ланок і рівнів психічної діяльності, співвіднести ці дані з віковими нормами, віковим рівнем психічного і мовленнєвого розвитку, визначити співвідношення порушення із компенсаторним фоном мовленнєвої та пізнавальної активності [25]. Слід також виявити компенсуючу роль збережених ланок мовленнєвих умінь, співставити рівень розвитку мовленнєвих засобів з їх поточним використанням в мовленнєвому спілкуванні.

Розпочинається діагностична оцінка стану мовленнєвого розвитку із встановлення первинного узагальненого уявлення про труднощі самої дитини.

Первинне спостереження за мовленням дитини дає фахівцю можливість помітити неточності вживання і розуміння у спілкуванні тих чи інших лексичних і граматичних засобів у мовленні. Насамперед, це якість словника (неточності використання слів, заміни, неправильне граматичне оформлення висловлювання, вживання прийменників тощо), непродуктивні моделі словозміни та словотворення, порушені синтаксичні конструкти, особливості звуковимови, порушення звуконаповнюваності слів, фонетико-фонематичного недорозвинення. Спостереження цих симптомів викликає необхідність їх глибшого спеціального дослідження. Тому на основі первинних уявлень про рівень загального мовленнєвого та психічного розвитку дитини, про обтяженість мовленнєвої діяльності порушеннями в інтелектуальній сфері, міру впливу мовленнєвого порушення дитини на можливість її спілкування з однолітками або дорослими, прояви поведінки та формування особистості, аналізу умов її виховання й розвитку, якості мовного середовища, анамнестичних даних й вивчення медичних документів про стан здоров'я дитини фахівець розробляє орієнтовну стратегію діагностичного обстеження дитини та визначає приблизну послідовність та зміст діагностичних завдань.

Окреслимо далі власне мовленнєві компетенції, рівень сформованості яких з'ясовується під час діагностики. Це:

- лексична сторона мовлення (якісний та кількісний склад активного і пасивного словникового запасу — розуміння і правильне вживання слів, словосполучень, речень, текстів, навички словотворення і словозміни);

- граматична правильність мовлення (узгодження різних частин мови у роді числі, відмінку тощо);

- зв'язне мовлення (власне довільне мовлення, вміння складати розповіді за картиною, серією сюжетних картин, переказувати);

- комунікативно-мовленнєва сфера (емоційність, зацікавленість, мотивація, невербальне спілкування, використання мовленнєвих засобів, просодичний бік мовлення: тембр голосу, модульованість, загальна розбірливість мовлення, інтонаційна виразність мовлення);

- фонетико-фонематичний слух (розрізнення голосних і приголосних у чужому і власному мовленні, звуковий аналіз і синтез слів, складовий аналіз і синтез, відтворення слів різної складової структури; вимова голосних і приголосних звуків ізольовано, у словах, словосполученнях, реченнях);

- фізіологічні передумови мовленнєвої діяльності (загальна, дрібна, ручна, артикуляційна і мімічна моторика, дихання, слухові та зорові сприймання, увага, пам'ять, контроль).

Діагностичне вивчення має базуватися не тільки на встановленні особливостей у формуванні основних компонентів мовленнєвої діяльності (фонетико-фонематичного, лексичного, граматичного, зв'язного мовлення), але й з'ясуванні стану сформованості цих окремих її складових на операційному рівні і тих психічних функцій (функціональної основи), які зумовлюють засвоєння порушених мовних стратегій і їх використання у мовленні — психологічних передумов мовлення [40; 30].

Тому на початку діагностичного вивчення особливостей мовленнєвої сфери немовленнєвих дітей або дітей, які знаходяться на низькому рівні мовленнєвого розвитку, спеціалісту доцільно з'ясувати стан невербального інтелекту і використати завдання на виконання дій на предметно-практичному рівні, наприклад: збирання пірамідки, розрізних картинок із зображенням простих реалістичних предметів, вкладання фігурок знайомих тварин у прорізи відповідної конфігурації, геометричних фігур, співвіднесення основи об'ємної фігури з формою площинного зображення фігури на прорізі ящика, співвіднесення предмета з його зображенням на малюнку, встановлення відповідності між предметами за заданою ознакою (кольором, формою, величиною), групування предметів за заданою ознакою, впізнання предмету за частиною зображення, розкладання сюжетних картинок в певній послідовності, знаходження несінітниць на зображенні, тощо.

Для дітей старшого віку доцільно використати складніші завдання, спрямовані на дослідження різних мисленнєвих операцій на немовленнєвому матеріалі [37].

Дані, що отримуються при дослідженні за допомогою пропонованих вище завдань, дозволяють судити про рівень розуміння зверненого мовлення, словесних інструкцій, усних мовленнєвих завдань, рівень наочно-дієвого мислення, стратегію діяльності (хаотичні дії, прості маніпуляції, проби і помилки, елементи зорового співвіднесення або чітке зорове співвіднесення, наявність контролю помилок), прийняття завдання, наявність інтересу, вольові зусилля, просторове орієнтування, скоординованість дій обох рук, моторну вправність, рівень потреби у допомозі дорослого і її використання (виконання за зразком, у спільній діяльності з дорослим, завдання недоступне), здатність до перенесення показаного способу дії, загальної здатності до навчання.

У міру спостереження за способами дії дитини під час виконання простого невербального завдання, за емоційними реакціями, застосуванням мовленнєвих і немовленнєвих засобів комунікації, мірою виявлення

зацікавленості до пропонованої діяльності спеціаліст формує припущення про збереженість, зниження або порушення інтелектуальних можливостей особи з порушенням мовлення. Задля правильної інтерпритації отриманих даних важливо звернути увагу на показники стану інтелектуального розвитку, про які йшлося в попередньому розділі.

На цьому етапі фахівець висуває гіпотезу щодо виду мовленнєвого порушення і розробляє стратегію діагностичного вивчення стану мовленнєвої функції за мовленнєвими компетенціями.

6.1. Обстеження лексичної сторони мовлення у дітей з порушеннями мовленнєвої діяльності

Перш за все, зазначимо, що з'ясування особливостей засвоєння лексичної сторони мовленнєвого розвитку дитини доцільно проводити за визначеними показниками: обсяг активного і пасивного словника (імпресивна та експресивна лексика), загальний рівень розуміння значення слова і послуговування ним згідно контексту, сформованість узагальненого лексичного значення слова (співвіднесеність слова з відповідним поняттям, так і його місцем в лексичній системі мови, об'єднання слів у семантичні поля), навички словотворення і словозміни, засвоєння семантичної функції слова (наявність у словнику слів з переносним значенням), уміння добирати синоніми, антоніми, спільнокореневі слова, уміння вживати прості поширені речення та види складних синтаксичних структур, лексична системність (система різних за рівнем складності смислових асоціативних зв'язки між словами).

Отже, основними критеріями оцінювання лексичної сторони мовлення є: сформованість певних рівнів лексичних узагальнень, системи морфологічного словотворення, лексико-семантичних явищ та лексичної системності [31; 36; 42].

Диференціації тяжких порушень мовленнєвого розвитку слугуватиме з'ясування можливої причини недостатності сформованості лексичної сторони мовлення. Під час вивчення особливостей лексики у дітей з

мовленнєвою дисфункцією перспективним є застосування психолінгвістичного підходу. Тому у процесі діагностичного вивчення лексичного ладу мовлення за згаданими показниками спеціаліст одночасно з'ясовує також особливості тих психічних процесів і операцій, що лежать в основі спонтанного формування лексичної сторони мовлення і забезпечують її опанування і застосування у самостійному мовленні.

Так, головну роль у формуванні узагальненого лексичного значення відіграють розумові операції порівняння слів за значенням, виділення в них загального смислу і загальної семантичної ознаки, відмінних чи спільних характерних ознак предметів, названих певними словами, встановлення різних рівнів смислових зв'язків між семантичними одиницями мови, класифікації за семантичними ознаками, їх узагальнення тощо. Формування різних рівнів лексичних узагальнень (номінативних, категоріальних, контекстуально зумовлених лексичних узагальнень, видо-родових понять, визначення семантичних зв'язків, що лежать в основі понятійної співвіднесеності слова, багатозначності) також тісно пов'язане з рівнем розвитку пізнавальної діяльності дитини та, зокрема, мислення, і відображає процес формування і розвитку вербально-логічного мислення.

Показниками порушення функціонування ієрархічно нижчих рівнів психічних процесів, над якими надбудовується узагальнююча функція слова (використання та розуміння конкретного значення слів, номінативного словника, узагальнюючих понять, дієслів, класифікація предметів за загальними ознаками тощо), є наявність труднощів під час виконання завдань на впізнавання або називання предмета, точність вживання слів, групування предметів відповідно до лексичної категорії, завдань на розуміння семантичних зв'язків, багатозначності слів, на позначення різних частин мови (іменників та дієслів).

Під час обстеження спеціаліст також формує уявлення щодо достатності або обмеженості досвіду, знань і уявлень дитини про

навколишній світ, труднощів актуалізації, відтворення, розуміння значення назв слів. На основі такого уявлення добирають відповідні завдання.

Так для уникнення труднощів актуалізації словника важливо добирати вправи, що не передбачають використання мовлення. Цьому завданню можуть слугувати вправи на:

- знаходження названих предметів і дій різних за значенням («шاپка – олівець», «іде – біжить – летить – повзе»), схожих («ніготь – кіготь», «рука – лапа», «миє – умивається», «малює – фарбує»), опозиційних («кричить – мовчить», «плаче – сміється», «холодне» — «гаряче»); групи слів за тематичною ознакою (іграшки, посуд), за описом (жовтий і овальний – лимон; холодне і солодке – морозиво), за способом застосування (чим прасують? чим їдять?) тощо;

- добір слів однієї логічної групи серед запропонованих, ігри з малюнками, предметами на 4-й зайвий;

- виконання названої дії (намалюй дім – розфарбуй дім, напиши літеру – допиши літеру).

Якщо самостійне називання дітьми показаних предметів, дій, явищ, ознак, якостей доступне на початковому рівні і мовлення дитини характеризується порушенням складової структури слова із порушенням звуковимови, але воно зрозуміле, фахівцю варто віддати перевагу використанню вербальних завдань («Назви предмети на зображенні», «Поясни, чому слова «дружать»», «Опиши предмет»). Ускладнення або спрощення прийомів обстеження залежить від віку дитини і здатності до продукування усного мовлення.

Якщо дитина демонструє труднощі виконання вербальних завдань, їй потрібно надати дозовану допомогу, наприклад, запитати, як зображений предмет використовують, або назвати перший склад слова і запропонувати продовжити його. Також можна запропонувати дитині обрати правильну відповідь серед трьох слів, які назве діагност, наприклад: відро — склянка/відро/ваза; диван — ліжко/крісло/диван; хлопчик іде — хлопчик

біжить/іде/стрибає. Проте правильний вибір назви слова в цьому випадку не обов'язково означатиме правильне використання його у самотійному мовленні або розуміння його значення.

Для обстеження розуміння різних рівнів лексичних узагальнень добираємо завдання:

– на об'єднання предметів в загальну групу, називання дітьми видових понять, які входять в якусь узагальнюючу тему: назви предмети одним словом (машинка, пірамідка, лялька — іграшки), доповни тематичний ряд, запропонований логопедом (миска, каструля, чашка — ... посуд), вилучи зайву картинка (вовк, ведмідь, чайник, лисиця — чайник);

– на об'єднання різнорідних предметів в одну групу з виділенням спільної ознаки: хусточка, вікно, коробка — квадратні; лимон, кульбаба, жовта парасолька — жовті;

– на знаходження і називання слів протилежних за значенням (великий — маленький, холодний — гарячий, піднімається — спускається), схожих за значенням (яблуко рожеве — яблуко рум'яне, річка тече — річка біжить);

– на знаходження і називання слів на основі понятійної співвіднесеності слова (розкладання картинок відповідно до сюжетної картини: школа — вчителька, зошит, парта, книги; лікарня — лікар, градусник, ліки; дитячий майданчик — гірка, відерце, лавочка);

– на розуміння дошкільниками багатозначності слів на позначення різних частин мови (іменників та дієслів): ніжка — у стола, у дівчинки, у гриба; носик — у хлопчика, у чайника; пливе — людина, корабель; іде — дощ, мультфільм, хлопчик.

Під час обстеження якості і кількості словникового запасу фіксується відсутність слів кожної із понятійних груп (назви предметів, їх ознак, назви дій предметів), а також відмічаються характерні помилки та лексичні заміни слів.

Складовими інтелектуального компонента мовленнєвої діяльності при формуванні системи морфологічного словотворення є розумові операції

сприймання, порівняння мовних одиниць, морфологічний та фонологічний аналіз, синтез, узагальнення, операції аналогії. Перевіряємо здатність дитини виконувати завдання на розуміння значення словотвірних морфем (словотвірного значення слова, вираженого словотворчими суфіксами або префіксами, що передають зміну значення) та їх використання у власному мовленні:

- зменшувально-пестливих форм лялька — лялечка, машина — машинка;
- відносні прикметники: ящик з дерева — дерев'яний ящик, гребінець із пластмаси — пластмасовий гребінець;
- присвійні прикметники: заяче вухо, мамин телефон;
- дієслів з префіксами: сісти — присісти, закрити — накрити.

З'ясування особливостей лексичного розвитку дитини дає можливість оцінити стан інтелектуального розвитку. Проте слід наголосити, що дані обстеження лексичної сторони мовлення мають співставлятися з іншими проявами наявного порушення для коректного визначення провідного типу труднощів дитини.

6.2. Обстеження граматичної сторони мовлення у дітей з порушеннями мовленнєвої діяльності

Вся граматична система мови організована на основі великої кількості мовних правил, оволодіння якими у дітей з нормотиповим розвитком відбувається на інтуїтивному рівні, несвідомо, на основі роботи мислення шляхом виявлення, вичленовування й об'єднання істотних ознак. Формування граматичної сторони мовлення відбувається у взаємозв'язку з розвитком зв'язного мовлення і, особливо, його лексичної системи. За допомогою граматичних засобів окремі слова об'єднуються в словосполучення і речення певними зв'язками відношення, утворюючи власне зв'язне мовлення.

Труднощі, пов'язані з опануванням граматичної сторони мовлення або уповільнений темп засвоєння граматичних форм, можуть пояснюватись

більшою абстрактністю граматичного значення слова у порівнянні із лексичним. Діти орієнтуються більшою мірою на лексичне значення, яке називає конкретний предмет, ознаку, дію, ніж на граматичне, що оформлює лексичне значення і виражає різні його відношення за допомогою граматичної форми [2; 17; 30; 36].

Метою з'ясування особливостей формування граматичної сторони мовлення є виявлення помилок як в розумінні мовленнєвого висловлювання залежно від зміни словоформи (наприклад, кіт — коти, їхав — їхала, зелена — зелений, одна книга — п'ять книг, на столі — під столом тощо), так і у граматичному оформленні власного висловлювання.

В ході діагностичного вивчення стану сформованості граматичної сторони мовлення з'ясовують рівень граматичного (синтаксичного і морфологічного) оформлення висловлювання, які дитина має засвоїти у її віці, стан сформованості психологічних операцій, що лежать в основі, і компенсаторних механізмів в перспективі подолання виявленого порушення.

Необхідно з'ясувати правильність розуміння і вживання дітьми:

- морфологічних категорій: категорій роду іменника, прикметника, дієслова; числа іменника, прикметника, дієслова; відмінку іменника; видових категорій дієслова (доконаний, недоконаний вид), часу дієслова (минулий, теперішній, майбутній);
- прийменникових конструкцій;
- вміння узгоджувати частини мови (іменники з прикметниками та числівниками в роді, числі та відмінку);
- словотворення за допомогою префіксів, суфіксів;
- засвоєння дитиною синтаксичних структур (різних типів словосполучень і речень);
- рівень синтаксичних умінь і навичок (уміння доповнювати словосполучення, речення за змістом);
- розуміння логіко-граматичних структур, що виражають причинно-наслідкові, часові та просторові відношення.

Слід зважати на те, що сама по собі діагностична діяльність носить актуалізуючий характер синтаксичної ролі слова за рахунок запитань діагноста. Тому граматичні помилки при виконанні запропонованих завдань дітьми можуть бути незначні або відсутні. Це свідчитиме здебільшого про правильне визначення синтаксичної ролі слова в контексті ситуації обстеження і потребуватиме пильного спостереження за граматичним оформленням речення у самостійному висловлюванні під час виконання інших завдань.

Також у випадках спостереження сталої недостатньої диференціації граматичного значення слів, які відрізняються, перш за все, значенням кінцевих морфем слова (закінченням слова, до прикладу, словоформ прикметника: червона — червоний — червоне — червоні), можна припускати, що наявне порушення слухової функції у дитини або її зниження [30]. Через недостатність сприйняття і розрізнення морфем слова на слух граматичне значення слова засвоюється неправильно. Це призводить до труднощів як у виконанні завдань на розуміння словоформ, так і у вживанні їх у власному висловлюванні. Проте труднощі розмежування кінцевих морфем слова у дітей з грубо порушеним мовленням також можуть бути наслідком як недостатньої сформованості фонематичного сприймання та уявлення, недостатньої слухової пам'яті та уваги, так і порушеного розуміння лексичного значення числових форм іменників, прикметників, дієслів. Отже, аналіз граматичних помилок у сукупності із лексичними дозволяє міркувати про інтелектуальні можливості дитини і розмежувати різні варіанти мовленнєвого порушення.

Матеріалом для обстеження стану сформованості граматичної сторони мовлення будуть картинки із зображенням предметів, їхніх ознак, дії. З метою оптимізації діагностики можливо поєднання завдань на виявлення особливостей граматичної сторони мовлення із завданнями для з'ясування рівня сформованості лексичної його сторони.

Прийомами обстеження можуть бути такі:

- закінчити речення за малюнком:
 - дослідження сформованості системи відмінкових закінчень іменників: Дівчинка вдягнула (що?)... шапку. Мама подзвонила (кому?).... бабусі. Хліб ріжуть (чим?) ... ножем;
 - розуміння та використання значення прийменників: Іграшки заховано (де?)... — під столом. Мама іде (куди?)... — в магазин;
- доповнювати речення за змістом сюжетної картини:
 - дослідження сформованості системи відмінкових закінчень іменників: Заєць гризе... моркву.
 - узгодження іменників і прикметників у роді та числі: На деревах яблука... жовті/виросли. На дереві яблуко... жовте/виросло. Киця пухнаста, а хвостик у неї... довгий. Коти пухнасті, а хвости у них... довгі.
 - розвиток синтаксичних умінь і навичок, встановлення причиново-наслідкових зв'язків: Діти не підуть гуляти тому, що ... на вулиці дощ.
- дати відповідь на запитання з опорою на картинку:
 - розуміння значення та використання прийменників: Де лежать іграшки? — на столі, на підлозі, в шафі...
 - розуміння значення і утворення dokonаного і недokonаного виду дієслів: Що робила? — писала. Що зробила? — написала;
 - дослідження сформованості системи відмінкових закінчень іменників: Багато чого?— квітів. Подарував квіти кому? — подрузі. Читає хто? — мама. Читає кому? — доньці. Читає що? — казку;
- доповнити за аналогію:
 - утворення множини іменника: корова — корови, рука — ... руки;
 - розуміння значення та використання прийменників: ліс — в лісі, квартира — ... в квартирі;
 - утворення множини дієслова: кіт спить — коти сплять, хлопчик біжить — хлопчики... біжать;

- розуміння значення і утворення доконаного і недоконаного виду дієслів: художник малював — художник намалював, киця їла — киця ... з'їла;
- доповнити слово: буряк черво...-ний, сукня черво...-на, м'ячі черво...-ні;
- виконати або назвати дію на зображенні (сховайся за стілець, поклади олівець на книжку, покажи ручкою олівець);
- придумати речення з заданими словами.

Вивчення особливостей формування граматичної сторони мовлення у дітей є інформативним для оцінки здатності до самостійних зв'язних висловлювань і диференціальної діагностики різних варіантів мовленнєвого недорозвинення, в тому числі у складі інтелектуального порушення [36].

6.3. Обстеження зв'язного мовлення у дітей з порушеннями мовленнєвої діяльності

Недостатність формування лексичних і граматичних засобів мовлення у дітей з порушеннями мовлення супроводжується труднощами формування самостійних повноцінних висловлювань різних типів: переказ, опис, розповідь, міркування тощо. При розумінні змісту ситуації можливе порушення реалізації внутрішнього мовного плану в зовнішнє мовлення через труднощі програмування змісту висловлювання (порушення послідовності), труднощі встановлення смислових зв'язків. Спостерігається фрагментарність висловлювання (порушення зв'язності), послуговування переважно досить простими непоширеними реченнями або просте перерахування слів на позначення предметів і дій, порушення причиново-наслідкового зв'язку, логічності висловлювання, лексико-граматичні помилки, семантичні неточності вживання слів, порушення звуко-складового оформлення, звуковимови тощо.

Завдання на етапі діагностики зв'язного мовлення залежать від індивідуального рівня мовленнєвого розвитку дитини, вікових особливостей:

- складання розповіді, оповідання за одним сюжетним малюнком;

- складання розповіді, оповідання за серією сюжетних картинок, пов'язаних змістом;
- переказ тексту (казки, розповіді);
- складання розповіді за початком;
- складання розповіді за наданим планом;
- придумування розповіді.

Показниками успішного виконання завдання будуть послідовність, логічність висловлювань, використання граматичних структур, обсяг і різноманітність слів, які дитина використовує в активному мовленні, здатність вибудовувати зв'язну розповідь.

В процесі виконання завдань дитиною за необхідності фахівець визначає міри потрібної допомоги: стимулююча, організуюча, навчання, показ, показ з поясненням, спільне виконання. Це можуть бути запитання для стимуляції мовленнєвої активності (Що сталося потім? Що хотів зробити хлопчик?), навідні запитання (Кого намалював художник? Чим займаються діти?), підказки (надання необхідного слова або повний зразок очікуваної відповіді), організуюча допомога у становленні послідовності виконання завдань, спільне складання розповіді за малюнком тощо.

Якщо використання дитиною зовнішніх опор ускладнене, необхідно виявити вміння дитини складати прості речення на основі демонстрації простих картинок. Оцінюється здатність будувати речення, його складність (однослівне, просте непоширене, поширене), відповідність його граматичним нормам.

Слід сказати, що завдання на обстеження зв'язного мовлення виявляють вплив інтелектуального порушення. Наприклад, неправильні відповіді на запитання фахівця у дітей із нормальним слухом можуть свідчити про недостатнє розуміння смислових зв'язків між словами, що характерно для дітей із зниженими інтелектуальними можливостями. Неможливість виявити зв'язок між серією сюжетних картинок, виокремити головні події, відсутність зв'язності розповіді, просте перерахування

зображених предметів, наявність в розповіді повторів, нерозуміння допоміжних запитань, неточне вживання слів за значенням мають стати підставою для подальшого глибшого дослідження рівня інтелектуального розвитку дитини.

Якщо дитина правильно відповідає на допоміжні запитання або показує відповідні предмети або дії на картинці, це свідчить про її розуміння ситуації, виділення в ній окремих семантичних одиниць і розуміння синтаксичних зв'язків і відношень між словами.

Формування зв'язного мовлення у дитини тісно пов'язане із засвоєнням нею лексико-граматичної будови мови і неможливе поза оволодінням звуковою системою мови. Тому вивчення особливостей цих компонентів мовленнєвої діяльності є інформативним для встановлення особливостей звуковимови, звукової наповнюваності і складової структури слова взагалі. За необхідності детальне обстеження особливостей звуковимови можна додатково проводити за спеціальними методиками, які представлені в спеціальній вітчизняній літературі [14; 24; 25;30; 41; 42; 43].

Розділ VII.

ДІАГНОСТУВАННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНО- ВОЛЬОВОГО РОЗВИТКУ І ОСОБИСТОСТІ

У процесі психолого-педагогічного діагностування цих аспектів розвитку дітей з ООП ми виокремлюємо (великою мірою умовно, бо вони якнайтісніше пов'язані), по-перше, вплив емоційно-вольових особливостей на організацію діяльності: успішність виконання пізнавальних і навчальних завдань, а у більш широкому розумінні — здатність послідовно виконувати і завершити будь-яке навчальне, трудове чи ігрове завдання; по-друге, взаємозв'язок емоційно-вольових особливостей і рис особистості, які проявляються в особливостях поведінки, зокрема, у спілкуванні як суттєвому показнику соціальної адаптованості особи, і пов'язані, насамперед, із її самооцінкою і самоприйняттям.

Проблеми формування емоційно-вольових особливостей і рис особистості у практиці психолого-педагогічної діагностики здебільшого виступають як проблеми, пов'язані з труднощами у поведінці, заявленими батьками і педагогами.

Порушення поведінки (девіантна поведінка), найчастіше виявляється як прояви агресії та опозиційно-протестні реакції у спілкуванні дитини з ровесниками і дорослими.

Зазвичай девіантну поведінку розуміють як таку, що спрямована проти загальноприйнятих соціальних норм і тому завдає шкоди навколишнім. З таким розумінням девіантної поведінки пов'язане поняття соціальної дезадаптації. У зарубіжному досвіді девіантна поведінка з метою уникнення жорсткого і дискримінаційного визначення частіше називається проблемною.

У дітей з ООП поряд з активною опозиційною поведінкою часто трапляються і такі прояви шкільної, а далі й ширшої соціальної дезадаптації, які характеризуються пасивними реакціями. У таких випадках на тлі тієї ж таки постійної неуспішності навчання, розладів спілкування і

відгородженості від оточення дитина проявляє не активну ворожість, а є жертвою. Таким дітям властивий страх і невпевненість в усіх значущих сферах діяльності аж до повної відмови від неї і допомога їм є важливим завданням їх психолого-педагогічного супроводу.

Емоційно-вольові особливості і риси особистості є результатом складної взаємодії первинних особливостей функціонування центральної нервової системи дитини з особливостями соціального середовища. Зазвичай у процесі психолого-педагогічної діагностики мають справу уже зі сформованими рисами особистості, які проявляються у особливостях поведінки як позитивних так і проблемних. Їх витoki небезпідставно знаходять в умовах виховання у сім'ї та закладі освіти і з ними пов'язують відповідні методичні рекомендації щодо психолого-педагогічного супроводу дитини.

Діагностика психологічних особливостей дітей з ООП, важливих для їх психолого-педагогічного супроводу, здійснюється в умовах порівняно короткочасної і переважно одноразової зустрічі з дитиною в ІРЦ. Тимчасом з'ясування емоційно-вольових особливостей, а ще більше — рис особистості обстежуваних осіб, зазвичай потребує тривалішого часу. Тому ефективне використання діагностичних засобів набирає особливо великого значення.

Джерелами отримання інформації про емоційно-вольові особливості і риси особистості дитини в ІРЦ є: 1) психолого-педагогічна характеристика із закладу освіти та заявлені скарги батьків; 2) вільне спостереження поведінки дитини і спілкування, яке передує цілеспрямованому психолого-педагогічному обстеженню; 3) спостереження поведінки дитини в умовах спеціально організованої діяльності і взаємодії з психологом; 4) письмове чи усне опитування, а також стандартизовані опитувальники батьків та інших осіб, які тривало і систематично спілкуються з дитиною.

Значну цінність для визначення напрямків розгорнутого вивчення проявів поведінки дитини має її *психолого-педагогічна характеристика* із закладу освіти як супровідний документ для діагностичного закладу.

Цінними у ній є описані труднощі дитини у конкретних ситуаціях виконання навчальних завдань на уроці, поведінкові особливості у процесі спілкування з дорослими і однокласниками, які спостерігаються педагогом і шкільним психологом. Доповнення до психолого-педагогічної характеристики може дати бесіда з батьками чи особами, які виконують їхні функції. Потребує уваги суперечливість відомостей, отриманих від педагогів і батьків, що може свідчити про негативний вплив умов виховання на деякі особливості поведінки дитини.

Відомості про поведінку дитини, отримані із психолого-педагогічної характеристики та у бесіді з батьками, надають цілеспрямованості спостереженню, проте не повинні звужувати його та перешкоджати баченню усього спектру поведінкових проявів.

В ІРЦ вивчення емоційно-вольових особливостей дитини з ООП та рис її особистості починається із вільного спостереження. Вільне спостереження виявляє ряд особливостей обстежуваного, серед яких є гіпотетичні, такі, що потребують підтвердження чи спростування у процесі подальшого цілеспрямованого розгорнутого вивчення. Зазвичай звертається увага на поведінку дитини у незвичному для неї середовищі та спілкуванні з незнайомими для неї людьми. У таких умовах адекватною є певна стриманість, настороженість, яка не перешкоджає встановленню контакту, адекватним відповідям на запитання та позитивному сприйняттю запропонованого заняття, у цілому емоційно позитивний чи нейтральний настрій та ставлення до оточення.

Діагностично значущими для певних станів можуть бути труднощі встановлення контакту через надмірну настороженість, сором'язливість, або демонстрацію поганого настрою, недобррозичливості та відмова від усякої взаємодії, подолання якої потребує додаткових зусиль від психолога. а в окремих тяжких випадках може не дати успіху та зумовити пошуки способів подальшої взаємодії. В інших випадках привертає увагу надмірна і

недостатньо цілеспрямована активність та знижене почуття дистанції у спілкуванні з дорослими.

Під час виникнення перших припущень щодо емоційно-вольових і особистісних якостей дитини потрібно зважати на те, що у нових для дитини умовах її поведінка може бути не типовою, бо вона зацікавлено або тривожно розглядає оточення, втягується у гру з новими для неї іграшками. Зрештою, нове оточення може викликати страх і це не дозволяє виявитися усім характерним особливостям її поведінки.

Спостереження емоційно-вольових особливостей та рис особистості дитини набуває більшої послідовності під час спеціально організованої діяльності, якою є розв'язання пізнавальних завдань за методикою навчального експерименту. Спрямоване, насамперед, на з'ясування особливостей інтелектуального розвитку дитини, розв'язання пізнавальних завдань дозволяє спостерігати типові емоційно-вольові прояви та риси її особистості, особливо в умовах виникнення труднощів. Зосередженість на завданні та подолання труднощів під час його виконання надає поведінці дитини більшої природності, типових для неї ознак. У цей час можна спостерігати здатність зосереджувати увагу, сформованість саморегуляції діяльності, яка виявляється у здатності прийняти інструкцію, тобто вибудувати у свідомості план дій, а надалі контролювати процес його виконання, співвідносячи із зразком чи заданою умовою, а також особливості реакції на успіх і невдачу, упевненість чи невпевненість, тривожність та вплив усіх цих факторів на настрій дитини у її спілкуванні з психологом.

Результати спостереження співвідносяться із змістом проблем дитини, відображених у психолого-педагогічній характеристиці та скаргах батьків. Усе це дозволяє сформулювати певні діагностичні гіпотези та застосувати для їх підтвердження тематично спрямовані стандартизовані тести-опитувальники батьків чи інших дорослих, що виконують їхні функції. Опитувальники, у яких сконцентровані усі типові прояви тих особливостей поведінки, які привернули увагу психолога під час вільного спостереження,

дозволяють з'ясувати цілий комплекс емоційно-вольових особливостей і рис особистості обстежуваної особи, які в умовах обмеженого часу не можуть спостерігатися.

7.1. Первинні порушення емоційно-вольового розвитку

У діагностиці особливостей емоційно-вольових якостей і рис особистості дитини і ускладненнях її поведінки потрібно розрізняти первинні і вторинні фактори. Первинні прояви емоційно-вольових порушень безпосередньо пов'язані з особливостями функціонування її центральної нервової системи і зумовлені біологічними чинниками. Вони однаковою мірою належить до компетенції як медицини (психіатрії), так і психології та педагогіки. Це має принципове значення для розуміння особливостей поведінки дитини і тактики впливу на проблемні її прояви.

Для первинних поведінкових розладів характерні ранні прояви: у ранньому і дошкільному віці. Саме тоді вони потребують активного медичного і педагогічного втручання. Недостатня корекція призводить до дуже швидкого нашарування вторинних негативних проявів поведінки дитини, часто демонстративно зухвалих.

Дітей з первинно зумовленими особливостями поведінки значно менше порівняно з тими, поведінка яких стає проблемною через негативні соціальні фактори, зокрема, неадекватні педагогічні впливи.

Категорія дітей з первинними порушеннями емоційно-вольового розвитку є надзвичайно складною як у процесі діагностування, так і у педагогічному процесі та подальшій соціальній адаптації. Такі діти завжди були небажаними у закладі освіти, оскільки вони дуже обтяжують педагогічну роботу, порушуючи функціонування цілого дитячого колективу. Тому їх завжди намагались витіснити в умови педагогічного патронажу, незважаючи на усі негативні для дитини наслідки індивідуального навчання та позбавлення можливості здобувати навички соціальної взаємодії у дитячому колективі. Діагностичний висновок і рекомендації колишньої психолого-медико-педагогічної консультації, яка була на боці інтересів

дитини, здебільшого не реалізувалися через відсутність умов відвідування дитиною закладу освіти, прийнятних для обох сторін.

Не вирішена проблема здобуття освіти дітьми цієї категорії і у процесі впровадження інклюзивного навчання. Здійснене нами опитування педагогів, які працюють в інклюзивних класах, виявило численні скарги на неможливість проведення уроку через бурхливі негативні прояви поведінки дитини з емоційно-вольовими порушеннями [24]. Сьогодні ця проблема розчинилася у численних інших проблемах, які супроводжують інклюзивне навчання, і поки що не вирішується. Проте невдовзі вона може постати дуже гостро через порушення права дітей з нормативним розвитком на якісну освіту та скарги їхніх батьків.

У практиці діяльності ІРЦ емоційно-вольові розлади і проблемна поведінка дітей з ООП здебільшого представлені гіперактивним розладом з дефіцитом уваги (ГРДУ), а також розладами спектру аутизму (РАС). Невпинне збільшення їх кількості у дитячій популяції та труднощі соціальної адаптації осіб, які від них потерпають, роблять їх однаково актуальними як для дитячої психіатрії, так і для педагогіки. Саме на прикладі цих порушень розвитку стає переконливо очевидною потреба взаємодії медичного і психолого-педагогічного аспектів у діяльності ІРЦ. Тимчасом складається враження, що медицина свідомо вилучається і з діяльності цих діагностичних установ, і в цілому з психолого-педагогічного супроводу дітей з ООП у системі інклюзивного навчання.

Очевидно, що фактичне відмежування від медичного аспекту у методичному забезпеченні діяльності ІРЦ зумовлена тим, що його пов'язали з медичною моделлю ставлення суспільства до осіб з психофізичними порушеннями, яка справді відходить у минуле. Проте разом з нею у минуле не може відійти медична допомога таким особам, зокрема, дітям з ООП.

Тенденції уникнення медичних назв для різних станів порушеного розвитку чи навіть спроби заміни діагнозу визначенням потреби у допомозі, як ми уже зазначали, більшою чи меншою мірою торкнулися усіх країн, що

дотримуються філософії соціальної інклюзії осіб з ООП. Проте все-таки у розвинених країнах, які вже мають чималий досвід інклюзивного навчання дітей з ООП, медицина у комплексному підході до супроводу останніх займає належне місце. У багатьох країнах діють служби психолого-медико-соціального супроводу цієї категорії дітей, діагностування розвитку яких є психолого-медико-соціально-педагогічним [15].

У процесі оцінки розвитку дітей, особливо з первинними порушеннями емоційно-вольового розвитку і особистості, та обґрунтуванні необхідної їм допомоги потрібна взаємодія психолого-педагогічної діагностики з медичною, оскільки часто психолого-педагогічний супровід дитини буває успішним на тлі медикаментозної підтримки.

Навряд чи достатньо обмежувати в ІРЦ медичні відомості про дитину умовами «за потреби» чи «за бажанням» (мається на увазі бажання батьків) як зазначено у чинному Положенні про інклюзивно-ресурсний центр [27]. Залишається незрозумілим, хто і коли визначає таку потребу. Зазвичай батьки намагаються її не бачити і звертаються до медичних фахівців, коли психологічні проблеми дитини набувають надзвичайних проявів. Якщо ж згадана потреба виникає у процесі психолого-педагогічного оцінювання розвитку дитини, то за відсутності унормованої взаємодії ІРЦ з медичними установами увесь тягар пошуків потрібних фахівців лягає на батьків. До того ж через відсутність серед фахівців ІРЦ медичного фахівця можуть виникати проблеми з конкретизацією необхідних медичних консультацій. Поліпшити взаємодію ІРЦ з медичними консультативними установами, на наш погляд, могла б присутність у складі його фахівців медичного фахівця (оптимально – дитячого психоневролога) як координатора названої взаємодії.

Проблемою номер один у дитячій психіатрії названо ГРДУ, який у дошкільному та молодшому шкільному віці найбільше проявляється як невпорядкована рухова активність, яка з віком стає менш помітною, проте залишається головною проблемою — порушення саморегуляції, яка дезорганізує будь-яку цілеспрямовану діяльність, створює стійкі труднощі у навчанні

попри достатній у більшості випадків інтелектуальний розвиток дитини. Тому первинні прояви ГРДУ обтяжуються вторинними порушеннями шкільної адаптації через неуспішне навчання та порушення спілкування у дитячому колективі, що далі переростає у ширшу соціальну дезадаптацію.

Хоч часто яскраво виражені прояви ГРДУ можуть потребувати певного медикаментозного впливу, проте, як зазначає відомий дитячий психіатр із США Джеймс Димер «Лікування розладу з дефіцитом уваги і гіперактивністю — це не тільки усунення симптомів, але й підвищення самооцінки, формування власної гідності, почуття «Я» [9]. Тому основні завдання корекції поведінки, навчання і розвитку дитини розв'язуються у закладі освіти і в сім'ї психологічними і педагогічними методами.

Тривалий час основним проявом ГРДУ вважалася надзвичайна і неупорядкована рухова активність і імпульсивність. Проте останнім часом виокремлюють такий варіант розладу, коли переважає нестійкість уваги, у той час як рухова нестримність проявляється мало. Звичайно, поведінка дітей з такими особливостями ГРДУ вносить менше дезорганізації у середовище ровесників і дорослих, отже, рідше постає питання про їх діагностичне обстеження і значна частина їх залишається невиявленою.

На труднощі таких дітей зазвичай звертають увагу педагоги, бо дитина, хоч і не виявляє надмірної імпульсивності, рухової активності, проте без зовнішньої допомоги в організації послідовності дій завдання виконувати не може. У тяжчих варіантах такого стану дитина зовсім не працює на уроці, а займається якимись своїми справами, які їй цікавіші і не потребують вольових зусиль: щось розглядає, малює, або просто дивиться у вікно, що й змушує педагога порушувати питання про стан її розвитку. Вдома також дитину важко змусити виконувати якесь завдання: батьки скаржаться, що проблеми поведінки дитини виявляються й у всіх тих випадках, коли потрібно керуватися певним розпорядком. Так, дитину важко своєчасно вкласти спати, бо перш ніж дійти до ліжка, вона зупиняється перед своїм робочим столом і щось починає перебирати, знаходить іграшки і т. ін.

Дослідники звертають увагу на те, що переважання дефіциту уваги над підвищеною руховою активністю більше властиве дівчаткам. Звичайно, уважне спостереження виявляє й у них руховий неспокій, але він часто обмежується дрібними рухами: хитання на стільці, потягання, крутіння у руках олівця тощо. Проблема довше залишається невиявленою, і коли дитина доходить нарешті до діагностичного обстеження, її стан буває уже обтяженим вторинними порушеннями формування особистості, насамперед, низькою та нестійкою самооцінкою, яка зумовлює, розлади спілкування, агресивність та ін.

Дітей із первинними порушеннями уваги як варіант ГРДУ потрібно відрізнити від надто невпевнених, з низькою самооцінкою, що бояться усякого випробування, екзаменування. На початку роботи таким дітям заважає зосередитись на умовах завдання не порушення уваги і саморегуляції, а надмірна напруженість, страх, і тому вони не починають роботу або роблять помилки і зупиняються. Проте для них характерна виражено позитивна реакція на похвалу, підтримку, завдяки яким вони далі працюють набагато успішніше і здатні контролювати свої дії. Дітям із ГРДУ емоційної підтримки не достатньо, вони потребують допомоги у контролі кожного кроку під час виконання завдання, коли хтось збоку бере на себе роль підтримання їхньої уваги на завданні.

Спостереження таких дітей в умовах постійної взаємодії з дорослим в умовах спеціально організованого розв'язання пізнавальних завдань дозволяє зрозуміти причини їхніх труднощів на уроці, де вони не можуть отримувати постійного контролю і допомоги з боку педагога. Не здатні самостійно цілеспрямовано працювати, вони одразу полишають роботу й імпульсивно порушують дисципліну, бо знов-таки не здатні дотримуватись правил поведінки.

Діагностично значущими для гіперактивного розладу є низькі показники уваги і пам'яті. Тому доцільно скористатися методиками, призначеними для з'ясування цих функцій. Такими можуть бути різні

варіанти коректурної проби, що відповідають віку дитини, а також методики вивчення пам'яті (запам'ятовування десяти слів, малюнків і т. ін.). У дітей з ГРДУ не залежно від форм його прояву показники уваги і пам'яті низькі, часом аж за межами норми.

ГРДУ належить до таких станів, які потребують тривалого вивчення. Важливим є з'ясування умов сімейного виховання та можливостей батьків співпрацювати з педагогами у процесі впорядкування поведінки дитини. В умовах дефіциту часу необхідну інформацію дає застосування опитувальників, зокрема, тесту «Conners-3», який надійшов для використання в ІРЦ.

Для опитування батьків і педагогів можна скористатися розробленою у США і широко використовуваною шкалою Вандербільта. Її модифікацію пропонує у своєму практичному керівництві з питань гіперактивного розладу О. Романчук [32].

Надзвичайно складними для діагностування є розлади аутистичного спектру (РАС). В ІРЦ основні прояви РАС з'ясовуються шляхом опитувальники батьків чи осіб, які виконують їхні функції. Зокрема, таким є розроблений в Італії та адаптований для України тест «CASD».

Безпосереднє знайомство з дитиною під час одноразового відвідання нею ІРЦ можна вважати успішним, якщо психологу вдається певною мірою налагодити з нею контакт та залучити до спільної діяльності, яка дозволяє скласти уявлення про її інтелектуальний розвиток, що є важливим для визначення умов її навчання.

Як ГРДУ, так і РАС, є такими станами, вивчення яких не може обмежитись одноразовими навіть ретельними заходами. Тому після діагностування в ІРЦ та визначення умов навчання таких дітей було б доцільно продовжувати вивчення їх у закладі освіти шкільним психологом у взаємодії з фахівцями ІРЦ. Дієвої допомоги таким дітям можна надати, тільки спираючись на залучення до співпраці сім'ї, яка виховує дитину.

7. 2. Вторинні порушення емоційно-вольового розвитку і особистості

Вторинні порушення емоційно-вольового розвитку і особистості дитини з ООП мають свої особливості. У переважній більшості випадків проблемна поведінка поєднується з труднощами у навчанні. При цьому інтелектуальний розвиток може бути цілком достатнім або мати певні недоліки переважно вторинного походження як педагогічна занедбаність. Потрібно зауважити, що проблем з поведінкою дітей з ООП значно більше, ніж вказується у зверненнях до ІРЦ. Частина з них приховується за труднощами у навчанні. Проблемна поведінка як ускладнення розвитку особистості дитини з труднощами у навчанні може бути виявлена тільки у результаті ретельного вивчення і самої дитини, й інформації про неї з різних джерел: супровідних документів, бесіди з батьками, педагогами, шкільним психологом.

Фахівців завжди повинно насторожувати пізні (найчастіше після закінчення дитиною початкової школи) звернення до ІРЦ з потребою комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку підлітка. У таких випадках з великою імовірністю за заявленими труднощами у навчанні приховується проблемна поведінка, яка розвивалася поступово на тлі труднощів у навчанні як вторинне ускладнення розвитку особистості в умовах відсутності вчасної психолого-педагогічної допомоги. Наш досвід переконує, що часто причиною труднощів у навчанні дитини є залишені без уваги порівняно легкі, проте достатні для ускладнення навчання, порушення мовленнєвого розвитку, ЗПР різного походження тощо. Без виявлення таких первинних проблем у розвитку дитини неможливо з'ясувати причини тих, що безпосередньо привели до її діагностичного обстеження. В усіх цих станах є спільна першопричина, а саме — неуспішність навчання, фізичні, сенсорні недоліки та ставлення до них оточення, що веде до усвідомлення дитиною своєї меншовартості і розвитку захисних реакцій.

На хронічну неуспішність діти реагують по-різному. В одних випадках виникають опозиційно-протестні реакції (опозиційно зухвала поведінка), розлади спілкування у класному колективі, який відводить неуспішному учню низькі щаблі в ієрархії взаємин, та пошуки середовища, яке приймає дитину, за межами школи і яке часто має асоціальну спрямованість.

В інших випадках на тлі відповідних особливостей темпераменту тендітних і боязких дітей в усіх сферах значущої діяльності супроводжує страх і невпевненість аж до повної відмови від неї. Зазвичай проблеми таких дітей у сім'ї і школі довго залишаються не виявленими, оскільки вони значно менше обтяжують своєю поведінкою спілкування і навчальний процес, ніж збудливі, активно опозиційні діти. Такі діти на труднощі у навчанні і спілкуванні часто реагують різними хворобливими проявами, які є ознаками розвитку неврозу і потребують втручання психоневролога. І ця потреба повинна задовольнятися у процесі комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку дитини з ООП. Найбільш реальним розв'язанням цього питання є рекомендація і направлення дитини на консультацію у відповідну медичну установу, з якою у ІРЦ є угода про співпрацю.

Конфліктні переживання, пов'язані з проблемами у формуванні особистості дитини з ООП, часто яскраво виявляються під час її спілкування з психологом, зокрема, у процесі розв'язання пізнавальних завдань, особливо, коли виникають труднощі, неможливість досягнути успіху. У таких випадках можуть демонструватися прояви опозиційності: дисфорія, ухиляння від взаємодії, іноді скарги на погане самопочуття тощо.

Як опозиційно-протестні так і пасивні реакції на неуспішне навчання та положення дитини у цілому в дитячому колективі, яке не задовольняє її, завжди пов'язане з розладами формування самооцінки як центрального утворення, навколо якого формується особистість. Вивчається загальна самооцінка як відображення самоставлення та самоприйняття. Це глобальне емоційне ставлення дитини до самої себе, яке позначається на усіх сферах її діяльності і спілкуванні. Неадекватна самооцінка, як завищена, так і

занижена, є однаково руйнівною для формування особистості, зумовлює прояви агресивності, опозиційно-протестну поведінку, пошук іншого середовища, яке приймає дитину і дає можливість задовольняти її не в міру високу самооцінку чи підвищити надто низьку. Таке середовище зазвичай знаходиться поза сім'єю та школою і найчастіше сприяє формуванню асоціальної поведінки.

В усіх випадках вторинних емоційно-вольових і особистісних порушень ефективність рекомендацій щодо їх подолання залежить від з'ясування первинних факторів, які за ними стоять.

Для спеціального вивчення рис особистості дитини і її спілкування можна скористатися рядом досить відомих діагностичних методик [14].

Вибір методик дослідження особистості дитини, зокрема, самооцінки повинен відповідати віку дитини і її розвитку, щоб завдання, яке ставиться перед нею, було їй зрозумілим.

Розділ VIII.

ДІАГНОСТИЧНИЙ ВИСНОВОК, ПРОГНОЗ І РЕКОМЕНДАЦІЇ

Підсумком комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку дитини з ООП є діагностичний висновок, з якого випливає прогноз, а отже й способи досягнення кращого результату навчання і розвитку дитини з ООП. Це — документ, звернений до практичних працівників як керівництво в усіх питаннях її психолого-педагогічного супроводу. Щоб бути таким керівництвом, він потребує чітко викладених результатів психологічного вивчення дитини: виявлених недоліків її розвитку і таких «сильних» його сторін, які можуть стати опорою у процесі педагогічної роботи з нею, а також способів досягнення очікуваних результатів.

Висновок і рекомендації впливають із процесу діагностування і не повинні мати довільних необґрунтованих привнесень. Переобтяженість висновків і рекомендацій зайвою інформацією ускладнює їх сприймання практичними працівниками і позбавляє дієвості. Надміру довгі висновки зазвичай бувають зумовленими недостатнім осмисленням здобутого матеріалу у процесі діагностичного психолого-педагогічного вивчення дитини. Добре складені висновки і рекомендації є результатом складної кваліфікованої роботи багатьох фахівців — учасників діагностичного процесу. Разом з тим ця найскладніша його частина досі найменше методично розроблена. Для цього є свої причини.

Протягом функціонування ПМПК як попередниці ІРЦ формулювання діагнозу було прерогативою медицини і обмежувалося певним шифром, у якому кодувався суто медичний його аспект, що мав дуже опосередковане відношення до педагогічних потреб. Тимчасом метою діагностичного обстеження дитини були педагогічні потреби, які настійно вимагали психолого-педагогічних висновків. Тому в останні роки діяльності ПМПК були спроби відобразити у висновку внесені у протокол обстеження дитини деякі зафіксовані її особливості, проте без певної системи та науково-

методичного обґрунтування їх викладу. Не останню роль у цьому відіграло те, що сама психологічна діагностика тільки почала повертатися у педагогічну практику після тривалого забуття і не могла запропонувати методичне обґрунтування побудови діагностичного висновку. Досить стихійно вівся і протокол обстеження дитини, який великою мірою залежав від компетентності фахівця. Потрібно зауважити, що протокол діагностичного процесу є вкрай необхідним, оскільки завжди використовується багато діагностичних засобів для з'ясування різних аспектів розвитку дитини і без фіксування отриманих результатів їх неможливо утримати в полі зору під час роботи над висновками і рекомендаціями.

Під час обґрунтування діяльності ІРЦ, які прийшли на зміну ПМПК, був намір поставити процес комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку дитини з ООП на сучасний науковий рівень. Зокрема, зроблена спроба структурувати виклад Висновку і рекомендацій, проте, на нашу думку, на перешкоді стала відмова від діагностичних узагальнень і обмеження фіксацією виявлених різних особливостей у різних сферах психічної діяльності обстежуваної особи.

Результатом такого підходу до психолого-педагогічного оцінювання розвитку дитини став нескінченно довгий перелік у Висновку мовленнєвих, когнітивних, емоційно-вольових, соціоадаптаційних і ще інших численних труднощів, які виявляються у процесі діагностичного обстеження дитини і так само довгого переліку рекомендацій щодо їх подолання, які навряд чи можна використати.

Переобтяженість Висновку і рекомендацій великою кількістю розпорошеної інформації є суттєвим, проте не основним його недоліком. Основний недолік – часто відсутність такої інформації, якої не знав би замовник (батьки, педагоги), звертаючись за допомогою до ІРЦ. Наведемо для прикладу уривок з висновку про комплексну психолого-педагогічну оцінку розвитку дівчинки-підлітка, яка позбавлена батьківського піклування

та перебуває на повному державному утриманні, пройшла через часту зміну закладів загальної середньої освіти: «При взаємодії може бути негативістична, не дотримуватися дистанції у спілкуванні. Часто вживає нецензурну лексику, проявляє вербальну агресію. Може ігнорувати вербальну інформацію, зауваження. Не контролює власну поведінку. Спостерігається переживання негативних емоцій. Домінує поганий настрій. Відсутня здатність докладати зусилля до виконання навчальних завдань. Схильна до деструктивної, девіантної поведінки. Маніпулює дорослими. При взаємодії з однолітками намагається тиснути на них».

Перераховані особливості поведінки дівчинки є важливими як матеріал, який дозволяє зорієнтуватися у побудові її діагностичного обстеження, яке буде насамперед пов'язане із з'ясуванням особливостей її особистості та факторів, що їх зумовили. З'ясовувався б не тільки прямий негативний вплив середовища на формування особистості дитини, але й опосередкований як фактор, що сприяв затримці її психічного розвитку та труднощам у навчанні, які, знов-таки негативно позначалися на формуванні спілкування і рис особистості. Тільки з'ясування усіх цих впливів дозволило б зробити висновок та обґрунтувати рекомендації.

Очевидно, що усі викладені негативні прояви поведінки дівчинки отримано із супровідних документів, можливо, зі слів шкільного психолога, педагогів, бо вони потребують тривалого спілкування з обстежуваною дитиною, неможливого в умовах одноразового відвідання ІРЦ. Таке діагностування, коли у відповідь на заявлені замовником скарги він отримує як діагностичний висновок не більше, ніж додавання наукових термінів до того самого переліку скарг, було критично оцінене ще Л.С. Виготським та назване симптоматичним, яке не може називатися науковим, бо не розкриває механізмів виникнення того чи іншого симптому.

До такого поверхового, симптоматичного діагностування (оцінки) психологічних особливостей дитини з ООП сьогодні штовхає відмова від діагнозу та заміна його симптомами. Справді, керуючись відповідними

методичними рекомендаціями, ІРЦ дають висновки у вигляді переліку симптомів та переліку загальних, мало дієвих рекомендацій.

Причиною зумовлені особливості розвитку дитини з ООП розкриваються в етіологічному діагнозі, засади якого закладені Л. С. Виготським і продовжують розроблятися вітчизняними психологами [3; 34]. Встановлення етіологічного діагнозу має значні труднощі, він потребує відтворення логічного зв'язку між усіма виявленими у процесі діагностування факторами, включаючи середовище, у якому формувалась особистість обстежуваного. Історично такий підхід до психологічної діагностики порушеного розвитку складався в умовах клініки і тому названий клінічним, хоч сьогодні він вийшов далеко за межі клінічної психології і є провідним у психолого-педагогічній діагностиці розвитку дітей з ООП. У такому діагностичному висновку велику роль відіграє досвід і творче мислення психолога. У цьому, як зазначає Л. Ф. Бурлачук, його недоліки і переваги перед статистичним підходом, заснованим на кількісному співвідношенні отриманих результатів діагностики, який спирається на точність цифр, але далеко не в усіх випадках діагностування може бути застосованим [3, с. 141–143]. Разом з тим у діагностиці окремих аспектів розвитку дитини з ООП сьогодні успішно використовуються статистичні дані та застосовується комп'ютерна діагностика.

Завершується діагностування встановленням типологічних особливостей, відповідних певному діагнозу. Чим краще відпрацьована система понять, які визначають діагноз, тим ефективніше його практичне застосування.

Встановлення психолого-педагогічного діагнозу, яке здійснюється на основі осмислення і узагальнення здобутих різними методами результатів дослідження та визначення їх як типових, є найскладнішим завданням. Проте без його розв'язання не може бути ні прогнозу, ні рекомендацій — визначення способів подолання чи пом'якшення недоліків та використання як опори певних «сильних» психологічних властивостей особи.

Тим часом узагальнення у Висновку результатів діагностування різних аспектів розвитку дитини з ООП є «найслабшим» місцем у діагностичній роботі наших практичних психологів, зокрема тих, що працюють в ІРЦ. Фактично часто у Висновки переноситься протокол обстеження дитини – розрізнені результати використання спостереження і діагностичних методик. Прикладом можуть бути внесені у Висновок такі результати застосування методики Conners-3: «показники Т-балів за контент шкалами анкет становлять: «Неуважність» — 71 бал, «Гіперактивність / Імпульсивність» — 80 балів, «Проблеми у навчанні» — 63 бали, «Виконавчі функції» — 69 балів, «Агресивно-викликаюча поведінка» — 100 балів, «Стосунки з однолітками» — 65 балів, що говорить про високий та дуже високий рівні наявності проблем». Усе це — робочий матеріал психологів, які вели обстеження дитини, він мало зрозумілий і нічого не говорить замовникові обстеження. Останній повинен отримати пояснення причин усіх тих симптомів, які він сам добре знає і які складають зміст його скарг, та отримати зрозумілу пораду, як з ними впоратися.

На нашу думку, батькам і педагогам, які є замовниками діагностичного обстеження дитини, потрібен її психолого-педагогічний діагноз. Названий діагноз дав би можливість педагогам і батькам розширювати знання про нього, розуміти увесь обсяг поведінкових проявів, які траплятимуться у процесі взаємодії з дитиною і які у Висновку всі описати неможливо, та ефективніше добирати методи педагогічного впливу. Зауважимо, що вивчаючи проблеми педагогів, які працюють в інклюзивних класах, ми неодноразово чули скарги на незнання діагнозу дитини з ООП, який допоміг би уникнути багатьох помилок у педагогічній роботі з нею [24].

Діагноз нерозривно зв'язаний з прогнозом завдяки узагальненню великого досвіду вивчення того чи іншого явища. Саме прогноз дозволяє добирати ефективні педагогічні методи роботи з дитиною. Сьогодні спостерігається тенденція уникнення прогнозу з остраху обмежити перспективи соціалізації осіб з ОП. Проте, на нашу думку, це — хибна

позиція. Реалістичний прогноз, насамперед, сприяє добору методів педагогічного впливу, які справді можуть привести до досяжних успіхів і допомогти уникнути песимізму від їхньої невідповідності очікуваням. Це особливо важливо для батьків, щоб вони могли бути свідомими учасниками обговорення умов навчання і виховання дитини і змогли б зробити свідомий вибір на її користь.

Зрештою, використання психолого-педагогічного діагнозу як визначення типових особливостей дитини сприяло б поглибленню змістової значущості і водночас компактності Висновків та обґрунтованості рекомендацій.

Дієвість даних у Висновку рекомендацій залежить від відображених у ньому взаємозв'язків між різними аспектами розвитку дитини, визначених первинних і похідних від них чи супутніх психологічних особливостей, що створює цілісний психологічний образ дитини з її недоліками і перевагами.

Дуже важливим питанням є спосіб викладення діагнозу. Насамперед, він не повинен злякати батьків і педагогів і не позбавити їх віри у ефективність цілеспрямованої допомоги дитині для здобуття нею певних компетентностей і соціальної адаптації. В усякому діагнозі повинні знайти місце позитивні психологічні особливості дитини.

Формулювання діагнозу не може зводитись до простої констатації його назви. Назва діагнозу відображає те типове, що властиве кожній особі, яка підпадає під це визначення. Проте типове у кожному окремому випадку завжди має відбиток індивідуального, що виникає під впливом великої кількості умов, у яких формувалася особистість. Наприклад, на проявах типових ознак діагнозу «порушення інтелектуального розвитку легкого ступеня» у різних дітей позначатимуться емоційно-вольові особливості не тільки як вторинні, зумовлені типовими особливостями інтелектуального розвитку, але й пов'язані з умовами виховання, а також як первинні супутні порушення, що обтяжують стан дитини. Якість і вчасний початок педагогічної допомоги суттєво позначається на її знаннях і орієнтуванні у

найближчому оточенні та мірі самостійності. Усе це має суттєве значення для подальшої педагогічної роботи з дитиною і потребує відображення у висновках і рекомендаціях.

Іноді за типовими ознаками психолого-педагогічного діагнозу стоять різні причини, що їх зумовили. Наприклад, до типових особливостей ЗПР, якими є невідповідна віку дитини сформованість мисленневих дій і операцій, обмеженість обізнаності з довкіллям, недоліки розвитку мовлення, можуть призвести різні фактори: в одному випадку таким фактором може бути психологічна і соціальна депривація, в іншому — хворобливо знижена працездатність, ще в іншому — ригідність мисленневих процесів. Усе це по-різному позначається на навчуваності, на її здатності поліпшуватися під впливом відповідних педагогічних заходів чи мати обмежені можливості поліпшення, що потребуватиме різної тактики у психолого-педагогічному супроводі дитини, зокрема, в обґрунтуванні корисного для її розвитку і соціалізації обсягу підтримки та побудови індивідуального навчального плану (ІНП) в умовах інклюзивного навчання чи рекомендації спеціального навчання з відповідною йому навчальною програмою.

Висновок як результат комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку дитини є єдиним, який однаково слугує будь-якій формі її навчання. Об'єктивний психолого-педагогічний висновок виступає підставою для обговорення кращої форми навчання дитини. Об'єктивні відомості про особливості розвитку дитини надалі використовуються для побудови її психолого-педагогічного супроводу відповідно до ідеології і методичних засад обраної тієї чи іншої форми навчання.

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Боряк О. В. Психолінгвістичний підхід вивчення мовленнєвої діяльності розумово відсталих дітей. *Логопедія*. 2015. № 5. С. 16–25.
2. Брушневська І. М., Рібцун Ю. В. Психолого-педагогічна підтримка дітей п'ятого року життя із лексико-граматичними труднощами : навч.-метод. посіб. для роботи з дітьми із порушеннями мовлення. Луцьк, 2023. 240 с.
3. Бурлачук Л. Ф. Психодіагностика. Учебник. СПб. : Питер, 2002.
5. Войтко В. И., Гильбух Ю. З. Школьная психодіагностика: достижения и перспективы. Киев : Знание, 1980. 48 с.
6. Выготский Л. С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства. Собрание починений : в 6-ти т. Т. 5. Основы дефектологии / Под ред. Т. А. Власовой. Москва : Педагогика, 1983. 368 с. С. 257–321.
7. Гребя І. З., Леврінц М.. Міжнародний досвід реалізації інклюзивної освіти на прикладі країн Європи. *Витоки педагогічної майстерності: журнал (Серія «Педагогічні науки»)*. Випуск 29. Полтав. нац. пед. ун-т імені В. Г. Короленка. 2022. С. 81-87.
8. Діти з особливими освітніми потребами у загальноосвітньому просторі : навчально-методичний посібник / авт.: Н. Ярмола, Л. Коваль-Бардаш, Н. Компанець, Н. Квітка, А. Лапін. Київ : ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2020. 208 с.
8. З практики впровадження інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми потребами. *Організаційно-функціональні моделі інклюзивно-ресурсних центрів в умовах децентралізації (з досвіду роботи) / авт. кол. : Т.В. Жук, Т.Д. Ілляшенко, Т.Д. Каменщук, А.Г. Обухівська, Г.В. Якимчук; за ред. А.Г. Обухівської, Т.Д. Ілляшенко. Київ : Український науково-методичний центр практичної психології і соціальної роботи, 2022. 102 с. С. 34-57. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/732630/1/Organization%20models%20IRC.pdf>*

9. Ілляшенко Т. Гіперактивна дитина. Психологічний супровід у навчальному закладі / упорядн. Т.Червонна. Київ : «Вид. група «Шкільний світ», 2017. 88 с. (Бібліотека«Шкільного світу»).

10. Ілляшенко Т. Д. Інклюзивне навчання дітей з особливими освітніми потребами і психолого-педагогічна діагностика. *Інклюзивна освіта: ідея, стратегія, результат* : матеріали ІІ Всеукраїнської міждисциплінарної науково-практичної конференції з міжнародною участю на базі інклюзивно-ресурсного центру Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка (м. Тернопіль, 20 жовтня 2022 р.) / Упор. Удич З.І., Шульга І.М. Тернопіль : ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2022. 208 с. С. 86–89. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/732638>

11. Ілляшенко Т. Д. Методика психолого-педагогічного вивчення інтелектуального розвитку підлітків. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови* : збірник наукових праць. 2018. Вип. 14. С. 131–138.

12. Ілляшенко Т. Д., Обухівська А. Г., Романенко О. В., Скрипка Н. С. Корекція психосоціального розвитку дітей з церебральним паралічем у реабілітаційному центрі : навчально-методичний посібник. Київ, 2003.

13. Ілляшенко Т. Д. Чому їм важко вчитися? Діагностика і корекція труднощів у навчанні молодших школярів. Київ : Видавництво «Початкова школа», 2003. 128 с.

14. Інноваційні технології в діяльності інклюзивно-ресурсного центру : метод. посіб. / авт. кол. за ред. А. Г. Обухівської, Т. Д. Ілляшенко. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2019. 228 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/718625/1/IRC_razvorot.pdf

15. Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи: монографія. Київ : «Самміт Книга», 2009. 272 с. : іл. (Серія «Інклюзивна освіта»)

16. Колупаєва А. А. Стратегія сучасної освітньої політики: від сегрегації до інклюзивної освіти. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2013. Вип. 4(1). С. 187–194.

17. Левицький В. Е. До питання про формування лексико-граматичної сторони мовлення у дітей старшого дошкільного віку із ЗНМ. *Актуальні питання корекційної освіти*. 2015. Випуск № 5.

18. Методичні рекомендації для інклюзивно-ресурсних центрів щодо визначення категорій (типології) освітніх труднощів у осіб з ООП та рівнів підтримки в освітньому процесі / укладачі: Прохоренко Л. І., Ярмола Н. А., Набоченко О. О., Данілавичюте Е. А. та ін.. 2021. 200 с. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/inkluzyvnenavchannya/2021/12/31/Metod.rekom.dlya.IRTS.31.12.pdf>

19. Методологічні та методичні проблеми діагностики розвитку й інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми потребами. *Організаційно-функціональні моделі інклюзивно-ресурсних центрів в умовах децентралізації (з досвіду роботи) / авт. кол. : Т.В. Жук, Т.Д. Ілляшенко, Т.Д. Каменщук, А.Г. Обухівська, Г.В. Якимчук; за ред. А.Г. Обухівської, Т.Д. Ілляшенко*. Київ : Український науково-методичний центр практичної психології і соціальної роботи, 2022. 102 с. С. 34–57. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/732630/1/Organization%20models%20IRC.pdf>

20. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ): електронний ресурс. URL: https://moz.gov.ua/uploads/2/11374-9898_dn_20181221_2449.pdf

21. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей та підлітків (МКФ-ДП): електронний ресурс. URL: https://moz.gov.ua/uploads/1/5263-dn_20180523_981_dod_2.pdf

22. Обухівська А. Г. Методика психолого-педагогічного вивчення розвитку молодших дошкільників. *Virtus : Scientific Journal*. 2019. № 38. С. 60–65.

23. Обухівська А. Г. Научуваність як діагностичний показник розумового розвитку дошкільників : дис. ...кандидата психолог. наук : 19.00.08. – спец. психол. Київ, 1998. 185 с

24. Організаційно-функціональні моделі інклюзивно-ресурсних центрів в умовах децентралізації (з досвіду роботи) / авт. кол. : Т. В. Жук, Т. Д. Ілляшенко, Т. Д. Каменщук, А. Г. Обухівська, Г. В. Якимчук; за ред. А. Г. Обухівської, Т. Д. Ілляшенко. Київ : Український науково-методичний центр практичної психології і соціальної роботи, 2022. 102 с.

25. Організація корекційно-розвиткової роботи в умовах інклюзивно-ресурсного центру : методичні рекомендації / авт. кол. : Т. В. Жук, Т. Д. Ілляшенко, Т. Д. Каменщук, А. Г. Обухівська, Г. В. Якимчук; за ред. А. Г. Обухівської, Т. Д. Ілляшенко. Київ : Ніка-Центр, 2021. 94 с.

26. Продіус О. І. Особливості моделей інклюзивної освіти в країнах Європи відповідно до вимог сучасного суспільства. Проблеми системного підходу в економіці. 2019. Вип. 4 (2). С. 86–93.

27. Про затвердження Положення про інклюзивно-ресурсний центр : Постанова Кабінету Міністрів України від 12 липня 2017 року № 545. Дата оновлення: 06.09.2022 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/545-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення: 03.08.2024).

28. Про затвердження Порядку зарахування осіб з особливими освітніми потребами до спеціальних закладів освіти, їх відрахування, переведення до іншого закладу освіти : Наказ Міністерства освіти і науки України від 01.08.2018 року № 831. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0945-18#Text> (дата звернення: 03.08.2024).

29. Проскура О. В. Психологічна підготовка вчителя до роботи з першокласниками : навч. посіб. для студентів педагогічних факультетів. Київ : Освіта, 1998. 199 с.

30. Психолінгвістичні дидактичні технології діагностики і подолання мовленнєвих порушень у молодших школярів з тяжкими порушеннями

мовлення : навчально-методичний посібник / Е. Данілавичюте, Л. Трофименко, В. Ільяна, Ю. Рібцун, З. Мартинюк, Г. Грибань. Інститут спеціальної педагогіки і психології НАПН України, 2022. 847 с.

31. Рібцун Ю. В. Обстеження лексичної сторони імпресивного мовлення молодших дошкільників із ЗНМ. *Теорія і практика сучасної логопедії*. 2007. Вип. 4.

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

33. Синьов В. М., Матвєєва М. П., Хохліна О. П. Психологія розумово відсталої дитини : підручник. Київ : Знання, 2008. 359 с.

34. Скребець В. О. Психологічна діагностика : навчальний посібник. Київ : ДП «Видавничий дім «Персонал», 2013. 152 с.

35. Снісаренко О. І. Стратегія диференціації навчання інклюзивних учнів із затримкою психічного розвитку в умовах загальноосвітнього закладу. *Актуальні питання корекційної освіти*. 2017. Вип. 10. С. 327–341. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apko_2017_10_32

36. Соботович Є. Ф. Критерії оцінювання мовленнєвого розвитку дитини (у його лексичній ланці) на різних вікових етапах. Нормативні показники мовленнєвого розвитку (у його граматичній ланці) дитини дошкільного віку. *Дефектологія*. 2003. № 2. С. 2–11.

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

38. Теорія і практика сучасної логопедії : збірник наукових праць : Вип. 4. Київ : Актуальна освіта, 2007. 166 с.

39. Теоретико-методологічні засади оцінки розвитку дітей з особливими освітніми потребами у вітчизняній спеціальній психології : колективна монографія / авт. кол. : Т. В. Жук, Т. Д. Ілляшенко,

Т. Д. Каменщук, А. Г. Обухівська, Г. В. Якимчук; за ред. А. Г. Обухівської, Т. Д. Ілляшенко. Київ : Український науково-методичний центр практичної психології і соціальної роботи, 2023. 100 с.

40. Тищенко В. В. До проблеми психолінгвістичного аналізу мовленнєвої діяльності дітей з церебральним паралічем. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2014. Вип. 27. С. 203–207. URL: <https://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/7812/Tyshchenko.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

41. Трофименко Л. І. Алалія: підтримка дитини з особливими мовленнєвими потребами в освітньому середовищі : навч.-метод. посіб. Київ, 2023. 180 с.

42. Трофименко Л. І. Діагностика особливостей лексичної компетенції у дітей із тяжкими порушеннями мовлення. *Теоретичне і методичне забезпечення навчання та виховання осіб із особливими освітніми потребами*. 2019. № 9. С. 175–182.

43. Трофименко Л. І. Діагностика та корекція загального недорозвитку мовлення у дітей дошкільного віку : навчально-методичний посібник. Національна академія педагогічних наук України, Інститут спеціальної педагогіки. Електронні текстові дані. Київ, 2014. 72 с.

44. Шульга І. Освіта дітей з особливими освітніми потребами: досвід Данії. *Інклюзивна освіта: ідея, стратегія, результат* : матеріали III Всеукраїнської міждисциплінарної науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Тернопіль, 23-24 квітня 2023 р.). Тернопіль : ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2023. С. 320-324.

45. Intellectual disability. Definition. Classification. Systems of support. / Eds R. Shalock, Sh. Daffy. 11th ed. AAIDD: Washington, DC., 2010. 259 p.

46. Mental retardation. Definition, classification and system of support / Ed R. Lukasson. 10th ed. Washington, D. C.: AAMR, 2002. 260 p. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0160-2896\(03\)00012-6](https://doi.org/10.1016/S0160-2896(03)00012-6)

ЕЛЕКТРОННЕ ВИДАННЯ

Методичний посібник підготовлено за результатами прикладного наукового дослідження «Психолого-педагогічна оцінка розвитку дітей з особливими освітніми потребами» (номер державної реєстрації 0123U100897)

Для безкоштовного розповсюдження

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНЕ ВИВЧЕННЯ РОЗВИТКУ ДИТИНИ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ В ІНКЛЮЗИВНО-РЕСУРСНОМУ ЦЕНТРІ ТА В ЗАКЛАДІ ОСВІТИ (МЕТОДИЧНІ ПИТАННЯ)

Методичний посібник

За редакцією А.Г. Обухівської, Т.Д. Ілляшенко

Підписано до друку 26.12.2024.
Формат 60x84/8 Умовн. друк. арк 5.
Об'єм даних 2,33 Мб Зам. № 1/12-24

Видавець і виготовлювач:
УНМЦ практичної психології і соціальної роботи,
01032, м. Київ, бульвар Т. Шевченка, 27-а,
тел/факс 252-70-11, e-mail: UCAP@ukr.net

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