

## **Тема 6. Особливості розвитку, навчання і виховання особистості при порушеннях інтелекту, ЗПР, відхиленнях емоційно-вольової сфери та соціальної поведінки**

### **План**

#### **2. Діти з затримкою психічного розвитку.**

2.1. Проблема вивчення, навчання та виховання дітей із ЗПР. Типологія ЗПР (класифікація К.С. Лебединської).

2.2. Особливості психічних процесів дітей із ЗПР та їх навчальної діяльності.

2.3. Зміст освіти дітей із ЗПР. Індивідуальний підхід до дітей ЗПР в умовах інклюзивного навчання.

**Ключові поняття:** затримка психічного розвитку, типологія ЗПР

**Знати:** особливості психічних процесів, типологію дітей із ЗПР та організацію їх навчальної діяльності; психолого-педагогічні умови корекції дітей із ЗПР

**Вміти:** здійснювати індивідуальний підхід до дітей із ЗПР в умовах інклюзивного навчання; добирати корекційні вправи для дітей із ЗПР

#### ***Завдання для самостійної роботи.***

1. Сформулювати правила індивідуального підходу та напрями корекційно-розвивальної роботи з дітьми із ЗПР .

1. Дібрати корекційно-розвивальні вправи для розвитку пізнавальних психічних процесів у дітей із ЗПР.

#### ***Література:***

1. Синьов В.М., Коберник Г.М. Основи дефектології: Навч. посібник. – К.: Вища школа, 1994. с. 77-84 (законспектувати).

2. Колишкін О.В. Вступ до спеціальності «Корекційна освіта». – Суми: Університетська книга, 2012.

3. Миронова С.П. Основи корекційної педагогіки. – Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені І. Огнієнка, 2010.

В якості причин, що призводять до затримок психічного розвитку, М.С. Певзнер і Т. А. Власовою були виділені наступні.

*Несприятлива течія вагітності, пов'язана з:*

- хворобами матері під час вагітності(краснуха, паротит, грип);
- хронічними соматичними захворюваннями матері, що почалися ще до вагітності(вада серця, діабет, захворювання щитовидної залози);
- токсикозом, особливо в другій половині вагітності;
- токсоплазмозом;
- інтоксикаціями організму матері внаслідок вживання алкоголю, нікотину, наркотиків, хімічних і лікарських препаратів, гормонів;
- несумісністю крові матері і немовляти по резус-фактору.

*Патологія пологів:*

- травми внаслідок механічного ушкодження плоду при використанні різних засобів родопомочі, таких, як щипці, наприклад;
- асфіксія новонароджених і її загроза.

*Соціальні чинники:*

- педагогічна занедбаність в результаті обмеженого емоційного контакту з дитиною як на ранніх етапах розвитку(до трьох років), так і в пізніші вікові етапи.

Варіант класифікації ЗПР, запропонований К.С.Лебединською (1980), відбиває не лише механізми порушення психічного розвитку, але і їх причинну обумовленість.

На основі етиопатогенетического принципу були виділені чотири основні клінічні типи ЗПР. Це затримки психічного розвитку наступного походження:

- конституціонального;
- соматогенного;
- психогенного;
- церебрально-органічного.

Кожен з цих типів ЗПР має свою клінікопсихологічну структуру, свої особливості емоційної незрілості і порушень пізнавальної діяльності і нерідко ускладнений рядом хворобливих ознак - соматичних, енцефалопатических, неврологічних. У багатьох випадках ці хворобливі ознаки не можна розцінювати тільки як що ускладнюють, оскільки вони грають істотну патогенетичну роль у формуванні самої ЗПР.

Представлені клінічні типи найбільш стійких форм ЗПР в основному відрізняються один від одного саме особливістю структури і характером співвідношення двох основних компонентів цієї аномалії розвитку : структурою інфантилізму і особливостями розвитку психічних функцій.

ЗПР конституціонального походження. Йдеться про так званий гармонійний інфантилізм (неускладненому психічному і психофізичному інфантилізмі, за класифікацію М.С.Певзнер і Т.А.Власової), при якому емоційно-вольова сфера знаходиться як би на більше ранньому ступені розвитку, багато в чому нагадуючи нормальну структуру емоційного складу дітей більше молодшого віку.

Характерні переважання ігрової мотивації поведінки, підвищений фон настрою, безпосередність і яскравість емоцій при їх поверхні і нестійкості, легка навіюваність. При переході до шкільного віку значущість для дітей ігрових інтересів зберігається. Гармонійний інфантилізм можна вважати ядерною формою психічного інфантилізму, в якому риси емоційно-вольової незрілості виступають в найбільш чистому виді і часто поєднуються з інфантильним типом статури.

Така гармонійність психофізичного вигляду, при відомій частоті сімейних випадків, непатологічність психічних особливостей дозволяють припустити переважно природжено-конституціональну етіологію цього типу інфантилізму. Ця група співпадає з описаною М.С.Певзнер: ЗПР конституціонального походження. До цієї групи були віднесені діти з неускладненим психофізичним інфантилізмом.

Ця форма незрілості емоційно-вольової сфери може виникати внаслідок обмінно-трофічних розладів впродовж внутріутробного розвитку. У цих випадках йдеться про *конституціональний інфантилізм генетичного походження*.

*ЗПР соматогенного походження*. Цей тип аномалії розвитку обумовлений тривалою соматичною недостатністю (ослабленою) різного генезу: хронічними інфекціями і алергічними станами, вродженими і придбаними вадами розвитку соматичної сфери, в першу чергу серця.

*ЗПР психогенного походження*. Цей тип пов'язаний з несприятливими умовами виховання, що перешкоджають правильному формуванню особи дитини (неповна або неблагополучна сім'я, психічні травми).

Соціальний генез цієї аномалії розвитку не виключає її патологічного характеру. Як відомо, несприятливі середовищні умови, що рано виникли, тривало діяли і роблять травмуючий вплив на психіку дитини, можуть привести до стійких зрушень його нервово-психічної сфери, порушення спочатку вегетативних функцій, а потім і психічного, в першу чергу емоційного, розвитку. У таких випадках йдеться про патологічний (аномальному) розвиток особистості.

Цей тип ЗПР слід відрізнити від явищ педагогічної занедбаності, що не є патологічним явищем, а викликаних дефіцитом знань і умінь внаслідок недоліку інтелектуальної інформації.

*Педагогічно занедбаних дітей* (мається на увазі чиста педагогічна занедбаність, при якій відставання обумовлене тільки причинами соціального характеру) до категорії ЗПР вітчизняні дефектологи не відносять, хоча признається, що тривалий дефіцит інформації, відсутність психічної стимуляції в сензитивні періоди може привести дитину до зниження потенційних можливостей психічного розвитку.

*ЗПР психогенного походження* спостерігається передусім при нормальному розвитку особистості за типом психічної нестійкості, найчастіше обумовленою явищами гіпоопіки - умовами бездоглядності, при яких у дитини не виховуються почуття обов'язку і відповідальності, форми поведінки, вироблення якої пов'язане з активним гальмуванням афекту. Не

стимулюється розвиток і пізнавальної діяльності, інтелектуальних інтересів і установок.

Тому риси патологічної незрілості емоційно-вольової сфери у вигляді афективної лабільності, імпульсивності, підвищеної навіюваності у цих дітей часто поєднуються з недостатнім рівнем знань і представлень, необхідних для засвоєння шкільних предметів.

*Варіант аномального розвитку особистості за типом "кумира сім'ї"* обумовлений, навпаки, гіперопікою - неправильним вихованням, при якому дитині не прищеплюються риси самостійності, ініціативності, відповідальності, що зніжує. Для дітей, що мають цей тип ЗПР, на тлі загальної соматичної ослабленої характерне загальне зниження пізнавальної активності, підвищена стомлюваність і виснажуваність, особливо при тривалих фізичних і інтелектуальних навантаженнях.

Вони швидко втомлюються, їм потрібно більше часу, щоб виконати які-небудь учбові завдання. Пізнавальна (і учбова) діяльність страждає повторно внаслідок зниження загального тону організму. Для цього типу психогенного інфантилізму, разом з малою здатністю до вольового зусилля, характерні риси егоцентризму і егоїзму, нелюбов до праці, установка на постійну допомогу і опіку.

*Варіант патологічного розвитку особистості за невротичним типом* частіше спостерігається у дітей, в сім'ях яких мають місце грубість, жорстокість, деспотичність, агресія до дитини, інших членів сім'ї. У такій обстановці нерідко формується особа боязка, боязлива, емоційна незрілість якої проявляється в недостатній самостійності, нерішучості, малій активності і відсутності ініціативи. Неприятливі умови виховання приводять до затримки розвитку і пізнавальної діяльності.

*ЗПР церебрально-органічного походження.* Цей тип ЗПР займає основне місце в цій поліморфній аномалії розвитку. Він зустрічається частіше за інші вищеописані типи, нерідко має більшу стійкість і вираженість порушенні як в емоційно-вольовій сфері, так і в пізнавальній діяльності.

Загальною для цієї форми ЗПР є наявність так званої легкої дисфункції головного мозку (близькі за значенням терміни "мінімальне ушкодження мозку", "легка дитяча енцефалопатія", "гіперкінетичний хронічний мозковий синдром"). Під легкою дисфункцією мозку (ЛДМ) розуміється синдром, що відбиває наявність легких порушень розвитку, що виникли в основному в перинатальному періоді, характеризується дуже строкатою клінічною картиною.

Спеціальні дослідження ЛДМ показали, що *чинниками ризику* є:

- пізній вік матері, зростання і маса тіла жінки перед вагітністю, що виходять за межі вікової норми, перші пологи
- патологія попередніх вагітностей; хронічні захворювання матері, особливо діабет, резус-конфлікт, передчасні пологи, інфекційні захворювання під час вагітності;
- такі психосоціальні чинники, як небажана вагітність, чинники ризику великого міста (щоденна довга дорога, міські шуми і так далі);

- наявність психічних, неврологічних і психосоматичних захворювань в сім'ї;
- низька або, навпаки, надмірна (більше 4000 г) маса дитини при пологах;
- патологічні пологи з накладенням щипців, кесаревим розтином і тому подібне.

Церебрально-органічна недостатність передусім накладає типовий відбиток на структуру самої ЗПР - як на особливості емоційно-вольової незрілості, так і на характер порушень пізнавальної діяльності.

Емоційно-вольова незрілість представлена органічним інфантилізмом. При цьому інфантилізмі у дітей відсутня типова для здорової дитини жвавість і яскравість емоцій. Хворі діти характеризуються слабкою зацікавленістю в оцінці, низьким рівнем домагань. Навіюваність у них має грубіший відтінок і нерідко відбиває органічний дефект критики. Ігрову діяльність характеризує бідність уяви і творчості, певна монотонність і одноманітність, переважання компонента рухової розгальмованості.

Саме прагнення до гри нерідко виглядає швидше як спосіб відходу від утруднень в завданнях, чим первинна потреба: бажання грати часто виникає саме в ситуаціях необхідності цілеспрямованої інтелектуальної діяльності, приготування уроків.

Залежно від переважаючого емоційного фону можна виділити два основні види органічного інфантилізму:

- *нестійкий* - з психомоторною розгальмованістю, ейфоричним відтінком настрою і імпульсивністю, що імітують дитячу життєрадісність і безпосередність. Характерні мала здатність до вольового зусилля і систематичної діяльності, бідність уяви;

- *гальмівний* - з переважанням зниженого фону настрою, нерішучістю, безініціативністю, часто боязливістю, які можуть бути відображенням природженої або придбаної функціональної недостатності вегетативної нервової системи за типом невропатії. При цьому можуть спостерігатися порушення сну, апетиту, диспепсичні явища, судинна лабільність.

У дітей з органічним інфантилізмом цього виду астеничні і неврозоподібні особливості супроводжуються відчуттям фізичної слабкості, боязкістю, невмінням постояти за себе, несамостійністю, надмірною залежністю від близьких.

У формуванні ЗПР церебрально-органічного генезу значна роль належить і порушенням пізнавальної діяльності, обумовленим недостатністю пам'яті, уваги, інертністю психічних процесів, їх повільністю і зниженою перемикаючою, а також дефіцитарністю окремих кіркових функцій.

Психолого-педагогічні дослідження констатують у цих дітей нестійкість уваги, недостатність розвитку фонемного слуху, зорового і тактильного сприйняття, оптико-просторового синтезу, моторної і сенсорної сторони мови, довготривалої і короткочасної пам'яті, зорово-моторної координації, автоматизації рухів і дій. Нерідко виявляються погане орієнтування в просторових поняттях "право-ліво", явища дзеркальності в листі, утруднення в диференціюванні схожих графем.

Залежно від переважання в клінічній картині явищ або емоційно-вольової незрілості, або порушень пізнавальної діяльності ЗПР церебрального генезу можна умовно розділити на два основні варіанти:

- 1) органічний інфантилізм;
- 2) затримка психічного розвитку з переважанням функціональних порушень пізнавальної діяльності.

Як правило, різні види органічного інфантилізму є легшою формою ЗПР церебрально-органічного генезу, при якому функціональні порушення пізнавальної діяльності обумовлені емоційно-вольовою незрілістю і негрубими церебрастенічними розладами. Порушення вищих кіркових функцій мають динамічний характер, обумовлений їх недостатньою сформованістю і підвищеною виснажуваністю. Регуляторні функції особливо слабкі в ланці контролю.

При другому варіанті - домінують симптоми пошкодженості: виражені церебрастенічні, неврозоподібні, психопатоподібні синдроми. Неврологічні дані відбивають вираженість органічних розладів і значну частоту осередкових порушень. Спостерігаються також важкі нейродинамічні розлади, дефіцитарність кіркових функцій, у тому числі їх локальні порушення. Дисфункція регуляторних структур проявляється в ланках і контролю, і програмування.

Цей варіант ЗПР представляє важчу форму цієї аномалії розвитку. По суті своїй ця форма нерідко виражає стан, пограничний з розумовою відсталістю.

У онтогенезі у них відзначається більше виражена позитивна динаміка електрокіркових показників, що вказує на формування кірково-підкіркових стосунків, властивих одноліткам, що нормально розвиваються.

Незрілість емоційної сфери й недорозвинення пізнавальної діяльності будуть мати й свої якості особливості, обумовлені типом даної аномалії розвитку.

В етіології затримки психічного розвитку відіграють роль конституціональні фактори, хронічні соматичні захворювання, тривалі несприятливі умови виховання й головним чином органічна недостатність нервової системи.

При систематизації затримки психічного розвитку *Т. А. Власова й М. С. Певзнер розрізняють дві її основні форми*:

- 1) затримку психічного розвитку, обумовлену психічним і психофізичним інфантилізмом (неускладненим і ускладненим недорозвиненням пізнавальної діяльності й мови, де основне місце займає недорозвинення емоційно-вольової сфери)

- 2) затримку психічного розвитку, обумовлену тривалими астенічними и церебрастенічними станами.

### ***Діагностика ЗПР та особливості корекційної роботи***

Відрізнити дитину із затримкою психічного розвитку від розумово відсталої — нелегка справа, яка під силу лише компетентній медико -

педагогічній комісії, укомплектований висококваліфікованими фахівцями медичного, психологічного, педагогічного, спеціального дефектологічного профілів. Педагогам масових дошкільних установ та початкових класів загальноосвітніх шкіл досить часто доводиться мати справу з дітьми із затримкою психічного розвитку. Тому слід враховувати виявлені в спеціальних дослідженнях особливості їх психічної діяльності та специфіку оволодіння ними шкільними дисциплінами.

Основні показники затримки психічного розвитку дитини, які відрізняють дітей цієї категорії від нормальних однолітків, а саме:

- знижена працездатність,
- швидка втомлюваність;
- уповільненість сприймання та переробки інформації, навіть при сенсорному її сприйманні;
- обмеженість кола загальних життєвих уявлень;
- збіднений словниковий запас;
- наявність окремих недоліків вимови, хоча в цілому мова не має грубих порушень лексики та граматичної будови;
- переважання у мисленні наочно-дійових форм над словесно-логічними операціями (аналізом, порівнянням, синтезом, узагальненням, встановленням логічних зв'язків у інформації, введений словесно);
- погана пам'ять, невміння використовувати допоміжні засоби при запам'ятовуванні матеріалу;
- знижений рівень самоконтролю, критичності, мислення;
- незрілість емоційно-вольової сфери;
- недостатня сформованість усіх видів діяльності, в тому числі ігрової.

Звичайно, всі ці недоліки характерні й для розумово відсталих дітей, але порівняно з дітьми з затримкою психічного розвитку в олігофренів вони виражені більш явно і мають певну якісну специфіку.

На відміну від розумово відсталих дітей при затримках психічного розвитку дитина значно краще використовує сторонню допомогу. Тому при медико - педагогічному обстеженні для диференціальної діагностики затримок психічного розвитку найпоказовішим є *метод навчального експерименту*. Особливості його полягають у тому, що спочатку обстежуваній дитині пропонують виконати завдання самостійно, а потім послідовно надають певні «порції» педагогічної допомоги. Діагностичним показником є те, скільки таких «порцій» знадобиться дитині, щоб успішно впоратися із завданням. При цьому аналізують якісний бік діяльності: її *усвідомленість, довільність, цілеспрямованість, ставлення до допомоги*.

При обстеженні дитини з метою розпізнання затримки психічного розвитку від розумової відсталості обов'язково звертають увагу на позитивні риси, і наявні у дітей першої категорії:

- кращу здатність до використання зовнішньої допомоги,
- пристосування виробленого способу виконання завдання до нових умов, аналогічних ситуацій,

- більш продуктивну, усвідомлену та цілеспрямовану діяльність тощо.

Якщо в дитини виявлено затримку психічного розвитку, її направляють до школи чи класу спеціального типу. Це має велике практичне значення: створення адекватних педагогічних, лікувальних та охоронних умов, які відповідають особливостям стану здоров'я та розвитку дитини, допомагає боротися з шкільною неуспішністю, запобігає виникненню вторинних ускладнень розвитку, зокрема негативних рис характеру, які певною мірою відбиваються на соціальній поведінці особистості.

У спеціальних школах для дітей ЗПР створено систему лікування та профілактики погіршення їхнього здоров'я, застосовується щадний медико - педагогічний режим, санітарно-гігієнічний контроль умов навчання, праці, відпочинку учнів. Зокрема, для учнів молодших класів передбачено обов'язковий денний сон (а за рекомендацією лікаря і для окремих старшокласників), під час уроку проводиться фізкультурні паузи тощо.

Зміст навчання в спецшколах для дітей із ЗПР базується на програмах масової школи, навчальний процес має свої особливості:

- значна увага приділяється пропедевтичним періодам, протягом яких учнів готують до вивчення наступного матеріалу з основних предметів,
- збагачують досвід, усувають прогалини в знаннях, навичках організації та здійснення навчальної діяльності;
- помітне місце відведено спеціальним урокам повторення, що сприяє кращому засвоєнню знань, а це є особливо важливим, якщо враховувати послаблену пам'ять дітей;
- передбачено додаткові спеціальні корекційні заняття для усунення недоліків мовного чи фізичного розвитку, моторної сфери.

Корекційна робота ведеться на кожному уроці. Важливою вимогою до корекційної роботи в школах цього типу *є запобігання виникнення втоми*, для чого використовують такі педагогічні засоби та методичні прийоми, як:

- подання навчального матеріалу невеликими дозами,
- чергування розумових та практичних видів діяльності,
- використання цікавого дидактичного матеріалу, яскравої наочності,
- проведення фізкультпауз
- активізація та формування пізнавальних інтересів дітей, їхньої мислительної діяльності, зокрема введенням в урок ігрових моментів тощо.

Неабияку роль у *корекційній роботі* відіграє *заохочення дитини* навіть за найменші успіхи, педагогічний такт, уважність та доброзичливість з боку вчителів та вихователів, готовність прийти на допомогу, наполегливе формування в учнів впевненості у власних можливостях.

Особливу увагу слід приділяти озброєнню дітей уміннями користуватися *узагальненими способами* виконання навчальної діяльності, що дає їм змогу здійснити її більш самостійно та ефективно, одержуючи задоволення від зростання успіхів у своїх шкільних справах.