

Тема 11. Особливості розвитку, навчання та виховання дітей із затримкою психічного розвитку

План

1. Сутність, етіологія та класифікація затримки психічного розвитку
2. Психолого-педагогічна характеристика дітей із ЗПР
3. Навчання і виховання дітей із ЗПР у школах та класах інтенсивної педагогічної корекції
4. Корекційні прийоми реалізації індивідуального підходу до дітей із ЗПР в умовах інтегрованого навчання
5. Діагностика затримок психічного розвитку у дітей та особливості корекційно-виховної роботи з ними

Завдання для самостійної роботи:

1. Дайте відповідь на питання:
 - Якою є роль вихователя дошкільних закладів у виявленні та подоланні затримки психічного розвитку у дошкільників? / У чому полягають особливості роботи вчителя загальноосвітньої школи із дітьми, що мають затримку психічного розвитку?
 - Які умови виховання дитини слід створити у сім'ї, щоб не допустити затримки психічного розвитку?
2. Пройти тестування з теми.
3. Розробити рекомендації для педагогів щодо роботи з дітьми ізЗПР.

Література

1. Ілляшенко Т.Д., Рождественська М.В. Допоможіть дитині розвиватися. – Кам'янець-Подільський: Абетка, 1998. – 104 с.
2. Ілляшенко Т.Д., Стадненко Н.М. Аномальна дитина в школі: Навчально-методичний посібник. – К.: ІСДО, 1995. – 120 с.
3. Ілляшенко Т.Д. Чому їм важко вчитися. Методичний посібник. – К.: Початкова школа, 2003. – 128 с.
4. Положення про спеціальну загальноосвітню школу (школу-інтернат) для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку. – К. - 2008. – 24 с.
5. Сташків Б.І. Право соціального обслуговування. – К.: Знання, 2007. – 567 с.

1. Сутність, етіологія та класифікація затримки психічного розвитку

Діти, які за своїми психофізичними показниками не відповідали дітям з нормальним психофізичним розвитком і в той же час не належали до розумово відсталих, почали привертати увагу спеціалістів порівняно недавно. Зокрема, на початку ХХ століття відомі дослідники дитячого інтелекту А.Біне і Т.Сімон виділили групу «псевдоненормальних дітей», які не були розумово відсталими і водночас не могли бути віднесені до норми. Вони описувались як «субнормальні», діти «граничної межі», «малограмотні», «ненормальні». Незалежно від використовуваної термінології для більшості закордонних дослідників притаманний неклінічний підхід до даної проблеми. Не дивлячись на опис різних розладів, які спостерігаються при граничній інтелектуальній недостатності, у більшості праць клініко-патопсихологічний аналіз тих чи інших форм даної патології замінюється лише кількісним психометричним визначенням рівня інтелектуального розвитку.

Систематичне дослідження цих дітей на території Радянського Союзу було розпочато Г.Є.Сухаревою у 50-і роки, продовжено Т.А.Власовою та М.С.Певзнер у 60-70-і роки. Вони запропонували термін «тимчасова затримка психічного розвитку», який вказував на те, що через певний проміжок часу ця затримка компенсується, дитина досягне рівня своїх однолітків і її розвиток увійде у нормальне русло. Введення цього підходу на тривалий час визначило основні підходи до корекції і діагностики значного про шарку цих дітей. Затримка психічного розвитку розумілась як сповільнення темпу психічного розвитку.

На відміну від розумової відсталості, де провідною симптоматикою виступає недорозвиток вищих психічних функцій, при граничній інтелектуальній недостатності страждають передусім увага, пам'ять, працездатність, емоційно-вольова сфера, що заважає повноцінному використанню і розвитку інтелектуальних можливостей дитини.

Психічний недорозвиток у дітей не обов'язково набуває характеру одночасного відставання у дозріванні всіх психічних процесів. Часто він має характер асинхронного, коли одні сторони особистості розвиваються нормально, а з боку інших спостерігається відставання і викривлення за структурою.

Під *затримкою психічного розвитку* розуміють збірну за клінічними ознаками групу різних варіантів відставання у психічному розвитку, які не характеризуються загальним психічним недорозвитком (як це має місце при олігофренії), але які мають такі особливості інтелекту й особистості, які передусім не дозволяють дітям своєчасно і якісно оволодіти елементарними шкільними знаннями.

Також можна дати ще одне визначення цієї патології: *затримка психічного розвитку – це синдром відставання дозрівання психіки дитини в цілому або окремих її функцій (пам'яті, уваги, розумових процесів, емоційно-вольової сфери, мовлення тощо), уповільненого темпу реалізації закодovаних у генотипі якостей організму, які є наслідком незначних негативних факторів (наявність ранньої*

деприваційної ситуації, недостатнього догляду за дитиною, мінімальна мозкова патологія тощо), *набувають тимчасового характеру і можуть бути скоригованими.*

Етіологія затримки психічного розвитку є досить багатогранною. З одного боку, в генезі їх можуть відігравати роль різні біологічні фактори, в тому числі *інтоксикації, інфекції, обмінно-трофічні розлади, травми, які призводять до нерізко виразних порушень темпу розвитку мозкових механізмів і викликають легкі церебрально-органічні порушення*; з іншого – соціальні, зокрема: *несприятливі умови виховання, дефіцит інформації, недостатність відповідних стимулів у сенситивні періоди розвитку* тощо.

Патогенез затримки психічного розвитку вивчений недостатньо. Вважається (Т.А.Власова, В.В.Лебединська, М.М.Певзнер), що основним механізмом затримки психічного розвитку є порушення дозрівання і функціональна недостатність більш молодих і складних систем мозку, які відносяться головним чином до лобних відділів кори великих півкуль головного мозку і забезпечують проведення усвідомлених актів поведінки і діяльності суб'єкта. В одних випадках переважає механізм затримки темпу розвитку більш молодих функціональних систем мозку, в інших (з більш стійкою інтелектуальною недостатністю) – механізми негрубого органічного порушення мозку з випаданням структурних і функціональних елементів, необхідних для виконання більш високого рівня інтелектуальних процесів.

На теперішній час існує багато класифікацій затримок психічного розвитку, де за основу береться психічних розвиток, педагогічна характеристика, клінічні ознаки, етіологія, патогенез розвитку різних груп дітей.

Традиційною є класифікація на основі етіологічного принципу, в основу якої покладено виділення чотирьох основних варіантів затримки психічного розвитку:

- конституційного походження;
- соматогенного походження;
- психогенного походження;
- церебрально-органічного походження.

У клініко-психологічній структурі кожного з перерахованих варіантів затримки психічного розвитку є специфічне поєднання недорозвитку емоційно-вольової та інтелектуальної сфери.

При **ЗПР конституційного походження** (від лат. слова *constitution* – побудова – індивідуальні анатомічні і фізіологічні особливості людини, які складаються в певних соціальних і природних умовах і проявляються в її реакції на різні (в тому числі і хвороботворні) впливи) спостерігається поєднання недорозвитку емоційно-вольової, психічної сфер з інфантильним типом тілобудови, недостатністю моторного розвитку, мовлення, дитячістю пластичності міміки. Ці діти мають менший зріст, меншу вагу, недорозвиток рухової сфери, які притаманні нормальному розвитку дітей молодшого віку. Так,

дитина з конституційною ЗПР 6-7-ми років за своїми емоційно-вольовими параметрами подібна на дитину з нормальним психофізичним розвитком 4-5-ти років. Ці діти є невтомними під час гри, в якій проявляють багато творчості й видумки і водночас швидко стомлюються під час цілеспрямованої інтелектуальної діяльності. Тому на початку шкільного навчання у них виникають конфлікти і через недостатню спрямованість на сам процес оволодіння знаннями, і через невміння підпорядковуватись правилам шкільної поведінки й дисципліни. Ця — гармонійність розвитку особистості утруднює їхню соціальну адаптацію, а несприятливі умови життя сприяють патологічному формуванню особистості за нестійким типом.

Як синонім ЗПР конституційного походження вживають термін психічний або психофізичний гармонійний інфантилізм.

ЗПР соматогенного походження (від гр. *sōma* – тіло, *genos* – рід, походження) характеризується емоційною незрілістю, обумовленою тривалими, хронічними захворюваннями, які призводять не лише до зниження фізичної, а й інтелектуальної працездатності, ослаблюючи клітини головного мозку. До таких захворювань відносяться вроджені й набути пороки соматичної сфери (серця, органів дихання, кишково-шлункового тракту тощо). Хронічні фізична і психічна астения гальмують розвиток активних форм діяльності, що сприяє формуванню таких рис особистості, як нерішучість, боязкість, невпевненість у своїх силах. Ці ж якості значною мірою обумовлюються і створенням для хворої або фізично ослабленої дитини спеціального режиму заборон, який обмежує її й так недостатню активність і самостійність. Таким чином, до цієї затримки додається і штучно створена інфантилізація, обумовлена фактором гіперопіки.

ЗПР психогенного походження (від гр. *psychē* – душа, *genos* – рід, походження) обумовлена несприятливими умовами соціального оточення, в якому перебуває дитини, неправильністю її виховання. Вже доведено, що несприятливі умови соціального середовища, які починають рано впливати на дитину і мають тривалий, затяжний вплив на психіку дитини, призводять не лише до відставання в отриманні знань та інформації про навколишній світ, але й до стійких порушень її нервово-психічної сфери, обумовлюючи патологічний розвиток психіки.

Залежно від несприятливого соціального впливу виділяють ЗПР психогенного походження, обумовлену:

- по типу психічної нестійкості або фактором гіпоопіки (недостатністю соціальної допомоги та соціального керівництва в отриманні інформації про навколишній світ) – призводить до невміння гальмувати свої емоції і бажання, імпульсивності, відсутності почуття відповідальності. Тому риси патологічної незрілості емоційно-вольової сфери, підвищеної навіюваності у цих дітей часто поєднуються з недостатнім рівнем знань і уявлень, необхідних для засвоєння навчальних предметів на початку і в процесі шкільного навчання;

- фактором гіперопіки (надлишком уваги до дитини, що не дозволяє їй самостійно оволодівати соціально-ціннісними формами і правилами поведінки) – призводить до формування егоцентричних та егоїстичних установок, нездатності до вольового зусилля, праці, спрямованість на постійну допомогу і опіку;

- фактором неправильного виховання по типу Попелюшки (явного або прихованого відторгнення дитини батьками або одним із членів сім'ї);

- фактором неправильного виховання по невротичному типу (це зустрічається в сім'ях, де культивується агресивне, жорстоке ставлення до дітей або до членів родини) – призводить до відсутності ініціативи і самостійності, нерішучості, низької активності, невпевненості.

Крім несприятливих умов виховання заслуговує на увагу і ще один негативний середовищний фактор, який приєднується пізніше. Це, зокрема, прихотравмуюча ситуація, пов'язана з проблемами шкільного навчання. Н.Л.Білопольська зазначає, що відчуття власної неповноцінності пов'язано не лише з об'єктивними труднощами, але й з несприятливою емоційною атмосферою, яка створюється у класі навколо невстигаючих у навчанні дітей. Низька оцінка однолітками їхніх інтелектуальних здібностей неправомірно поширюється й на їхню зовнішність, моральні якості. Довготривала психотравмуюча ситуація призводить до невротичних утворень і викликає у дітей із ЗПР різного генезу негативне ставлення до школи, часто наштовхує на неправильні шляхи самоствердження і сприяє формуванню цілого ряду асоціальних форм поведінки у підлітковому віці (Т.А. Власова, М.С. Певзнер, К.С. Лебединська та ін.).

ЗПР церебрально-органічного походження (від лат. *cerebrum* – мозок, гр. *organon* – знаряддя, інструмент). Цей тип затримки посідає провідне місце у поліморфній групі цієї аномалії розвитку. Він зустрічається частіше інших варіантів, має більшу стійкість і виразність порушень як у емоційно-вольовій сфері по типу органічного інфантилізму, так і у пізнавальній діяльності. Для цієї форми затримки притаманне уповільнення зміни вікових фаз психічного розвитку.

Уповільнення темпу формування пізнавальної сфери у цих дітей значною мірою пов'язане з нейродинамічними розладами. Емоційно-вольова незрілість проявляється у вигляді органічного (церебрально-органічного) інфантилізму. Він характеризується передусім підвищеною стомлюваністю, яка впливає на порушення працездатності, пам'яті, уваги, інших вищих психічних функцій, уповільненням темпу інтелектуальної діяльності з швидким настанням виснаженості. У цих дітей відсутні жвавість і яскравість емоцій, їм притаманна слабка диференційованість, відсутність зацікавлення в оцінці, низький рівень домагань. Навіюваність має більш грубий відтінок і часто відображає органічний дефект критики. Ігрова діяльність характеризується малою творчістю, уявою, певною монотонністю і одноманітністю, перевагою компонентів

розгальмованості. Саме прагнення до гри часто набуває характеру опосередкованого втікання від цілеспрямованої інтелектуальної діяльності, яка викликає в них негативні емоційні переживання.

Ця форма затримки передбачає наявність органічних порушень у корі головного мозку. Саме через це її найскладніше відмежувати від розумової відсталості легкого ступеня. Проте органічні порушення при цій формі ЗПР не лише характеризуються меншою важкістю ушкодження нервової системи, але й іншою клініко-психологічною структурою дефекту. Більш пізні ушкодження призводить до практично обов'язкової наявності порушень систем з більш коротким терміном розвитку. На відміну від олігофреній з тотальним недорозвитком при ЗПР церебрально-органічного походження спостерігається вибірковість порушень.

2. Психолого-педагогічна характеристика дітей із затримкою психічного розвитку

ЗПР, особливо нескладних форм, важко диференціюється до початку шкільного навчання. Це обумовлюється рядом причин, і передусім тим, що, по-перше, батьки не помічають якихось —незначних|| відхилень у розвитку дитини. Вона грається, трохи пізніше починає говорити (але таке буває у багатьох дітей), товариська; за порушеннями емоційно-вольової сфери вони не вбачають якихось значних негараздів. Так, їхня дитина не оволодіває тими знаннями, якими оволодівають більшість дітей дошкільного віку, але вони це відносять до, скоріше, відсутності у них педагогічного досвіду, необхідних навичок організації навчання. Вони думають, що дитина прийде до школи і там вчитель, який володіє необхідними методичними прийомами, краще за них навчить їхню дитину. По-друге, як би ми не говорили, для кожного батька та матері їхня дитина є найкращою у світі. І саме тому більшість негараздів у поведінці, інтелектуальному, особистісному розвитку батьки просто не хочуть помічати. Крім того, вони не мають зразків для порівняння, в кращому випадку порівнюють її зі своєю старшою дитиною чи сусідською. І знову ж таки певні труднощі, притаманні молодшому синові або доньці, ними відносяться до відсутності достатнього часу, своєї підвищеного завантаженості, певною вседозволеністю по відношенню до меншої дитини. Знову ж таки, дитина піде до школи, де є дисципліна, проводяться уроки і дитина отримає необхідні навички поведінки і відповідну базу знань.

Що ж помічають вчителі, коли така дитина приходить до школи?

По-перше, це меншу підготовленість до шкільного навчання. Більшість дітей у першому класі вже володіють певними навичками рахунку, обчислення у межах десяти, знають літери і можуть їх показати або записати чи прочитати. Вони у дошкільному віці вивчали віршики, запам'ятовували казки, розповіді про навколишній світ і певною мірою обізнані з його правилами та умовами життя.

У дітей з ЗПР такі знання відсутні, або перебувають на дуже низькому рівні. Вони не володіють навичками рахунку (у кращому випадку технічно завчили цифровий ряд без його усвідомлення), не знають літер, на вміють їх показати. Відсутність достатньої поінформованості про навколишній світ не дає їм можливості адекватно реагувати на певні зміни їхнього соціального статусу, пов'язаного з навчанням у школі; багато речей, про які розповідає вчитель, для них є не зрозумілими.

По-друге, у цих дітей спостерігається відсутність або недостатнє розуміння їхнього нового соціального статусу – статусу учня. Вони не розуміють правил шкільного життя, їм важко всидіти на уроці, дотримуючись при цьому відповідних правил поведінки. Вони можуть встати, ходити по класу, залізти під парту; відмовляються відповідати на запитання вчителя або викрикують відповіді тоді, коли їх не викликають. Накопичення втоми на уроках призводить до зривів у їхній нервово-психічній діяльності: вони починають плакати, сміятись, викрикувати, стають неврівноваженими. Надмірна втома призводить до виникнення ейфорійного, або дисфорійного стану, які легко змінюються і переходять з одного в інший.

Діти із ЗПР спочатку шкільне навчання, як і їхні однолітки, сприймають з задоволенням. Вони дуже хочуть іти до школи, адже всі їхні друзі навчаються. І тому нові покупки, які роблять батьки перед початком шкільного навчання (шкільна форма, портфель, шкільне приладдя, спортивна форма тощо) викликають у них задоволення. Проте коли починається навчання, нові «іграшки» (ті ж самі підручники, олівці, ручки, ранець) швидко набридають. Діти починають приносити на уроки свої іграшки, вже справжні, і, уникаючи негативних емоцій від навчання, починають ними гратися. Вони залазять з ними під парту, граються на підвіконнях. Це провокує конфлікти між вчителем і такою дитиною, між самими дітьми. Через брак знань про навколишній світ пояснення вчителя не розуміються ними, і, як наслідок, не виконуються. Такі діти випадають з загального темпу роботи, поступово накопичуються прогалини у знаннях вже на початку шкільного навчання.

По-третє, в них спостерігається низька пізнавальна активність. У зв'язку з певними хворобливими змінами у функціонування нервової системи, зниженням працездатності діти із ЗПР відрізняються від більшості однолітків значно нижчою пізнавальною активністю, яка є суттєвим показником загального розвитку дитини.

Діти із ЗПР є недопитливими і задовольняються першою ж почутою відповіддю на поставлене запитання. Вони не проявляють настирності у отриманні відповіді. Часто такі діти ставлять багато запитань, але при цьому вони поверхові, не стосуються сутності предмета або явища і свідчать про обмеженість інтересів, невміння спостерігати. Знижена пізнавальна активність відображається на всіх пізнавальних процесах і, як наслідок, позначається на всій діяльності дитини із ЗПР.

По-четверте, цим дітям значною мірою притаманні розлади працездатності і поведінки. Причиною цього є надмірна виснаженість нервових процесів, їхня інертність, неврівноваженість. У таких дітей час продуктивної роботи є надзвичайно коротким – 15-20 хв., після чого настає втома. Прояви її різноманітні: одні діти стають апатичними, безініціативними, бліднішають, лягають на парту, стають сонливими, інші – навпаки, розгальмовуються, переключаються з однієї діяльності на іншу, зачіпають товаришів, не реагують на зауваження, зухвало на них відповідають.

Працездатність характеризується і темпом роботи, і здатністю переключатись на інші види діяльності. Деякі діти відрізняються підвищеною імпульсивністю, переходять від виконання однієї діяльності до іншої не закінчивши першу, потім так само швидко кидають її і починають робити щось іще. Надмірна інертність нервових процесів у деяких дітей цієї групи зумовлює труднощі переходу від однієї діяльності до іншої. Такі діти не можуть працювати разом з класом, відволікаються, не знають, з чого почати, по декілька разів перепитують про це вчителя. Інертність таких дітей є особливо помітною на уроках фізкультури і ритміки: їм важко переключитись з виконання одного руху на інший.

Іноді буває, що розлади працездатності виступають головною причиною, яка перешкоджає дитині вчитися і нормально розвиватися. Такі діти привертають увагу своєю виразною фізичною і психічною ослабленістю, астеничністю, яка пронизує всю їхню діяльність.

Функціональний розлад нервової системи у дітей із ЗПР позначається не лише на їхній працездатності, а й на поведінці в цілому. У окремих дітей помітною є виразність переваги процесів збудження над процесами гальмування, їм важко володіти своєю поведінкою, вони ні на чому не зосереджуються, постійно крутяться, відволікаються, заводять сварки, зачіпають інших дітей.

Хворобливий стан нервової системи цих дітей, її недостатня витривалість до навантажень і напруження призводять до того, що вони недостатньо володіють своєю поведінкою і у конфліктних ситуаціях демонструють бурхливі реакції: плачуть, падають на підлогу, б'ються.

Завданням вчителя є вчасно помітити особливості навчальної та ігрової діяльності цих учнів, їхньої поведінки, поспостерігати за дітьми самому й водночас направити їх до шкільного психолога для всебічного обстеження і встановлення проблем, що призводять до відставань у психофізичному розвитку та труднощів у навчанні.

3. Навчання і виховання дітей із ЗПР у школах та класах інтенсивної педагогічної корекції

Перша школа для дітей із затримкою психічного розвитку відкрилася у 1982 році в Ленінграді, а з 1985 року система шкіл інтенсивної педагогічної корекції починає розвиватись і в Україні.

В Україні існують спеціальні школи (школи-інтернати) для дітей із затримкою психічного розвитку I – II ступенів (спеціальні школи інтенсивної педагогічної корекції) (I ступінь - підготовчий клас, 1-4 класи; II ступінь – 5 – 9 класи). Направленню в ці школи підлягають діти 6 (7) років з уповільненим темпом психічного розвитку, але з потенційно збереженими можливостями інтелектуального розвитку. До цих шкіл зараховуються діти із такими клінічними характеристиками:

- затримка розвитку конституційного походження (гармонійний психічний і психофізичний інфантилізм);
- затримка розвитку соматогенного походження з явищами стійкої соматичної астенії, соматогенної інфантилізації;
- затримка розвитку психогенного походження у разі патологічного розвитку особистості невротичного характеру з явищами психічної загальмованості, психогенної інфантилізації.

Не підлягають направленню до спеціальної школи інтенсивної педагогічної корекції діти з такими клінічними формами і станами:

- розумова відсталість;
- органічна деменція різного походження;
- виразні порушення слуху, зору, опорно-рухового апарату;
- психопатія і психопатоподібні стани різного характеру;
- різні нервово-психічні розлади, що не зумовлюють порушень пізнавальної діяльності;
- педагогічна занедбаність, що не зумовлена порушеннями пізнавальної діяльності.

Учні із ЗПР, які навчаються у 1-4 класах, у міру відновлення здоров'я, досягнення стабільних успіхів у навчанні переводяться у загальноосвітню школу за висновком ІРЦ. Н

аповнюваність класів в школі інтенсивної педагогічної корекції – до 12 учнів. Тривалість уроку в школах інтенсивної педагогічної корекції: у підготовчому, 1-му класах – 35 хв., у 2-му і наступних – 45 хв. На кожному уроці після 20 хв. занять проводиться 5-ти хвилинна пауза з використанням розвантажувально - корекційних вправ. Для дітей, яким потрібно відновлення сил, передбачається денний відпочинок.

4. Корекційні прийоми реалізації індивідуального підходу до дітей з затримкою психічного розвитку в умовах інтегрованого навчання

Більшість дітей з тими чи іншими варіантами ЗПР навчаються в умовах загальноосвітньої школи, тому педагог має володіти хоча б елементарними знаннями про їхні особливості психофізичного розвитку і враховувати їх у навчанні й вихованні цієї категорії учнів. Покажемо особливості корекційної роботи у процесі навчання даної категорії дітей:

- оскільки основною характерною рисою дітей з ЗПР є недостатність знань про навколишній світ необхідно акцентувати увагу на розвитку у них спостережливості, досвіду практичної діяльності, формуванні навичок і вмінь самостійно оволодівати знаннями та користуватись ними;

- виявити найбільш типові прогалини у знаннях з метою їх поступового заповнення для недопущення посилення відставання цих учнів інших учнів класу;

знаючи про недостатню активність і несміливість дітей із ЗПР в оперуванні навіть наявними у них знаннями, максимально стимулювати їхню активність на уроках, підтримувати навіть незначні успіхи і акцентувати на цьому увагу інших школярів з метою створення навколо атмосфери позитивного і дружнього до них ставлення, й постійної підтримки;

- у процесі роботи враховувати недостатнє вміння засвоювати абстрактні знання, постійно, особливо на перших етапах навчання, використовувати наочність і докладне пояснення нових, навіть не досить складних алгоритмів;

- враховуючи труднощі запам'ятовування і порушення працездатності у процесі виконання практичних завдань додатково пояснювати навчальний матеріал, давати можливість виконувати завдання у повільнішому темпі, зменшувати їхню кількість, надавати додаткові запитання з метою глибшого розкриття змісту завдання, наводити вже відомі їм аналогії;

- труднощі орієнтування в завданні, використовувати поетапну інструкцію і поетапне узагальнення, поділяти завдання на складові, формувати вміння планувати свою діяльність у процесі його вирішення, словесно звітувати про виконання

- поступово підвищувати темп роботи і працездатність дитини;

- незважаючи на емоційне вікове відставання цих школярів, ігрові прийоми у процесі їхнього навчання зменшувати поступово, не використовуючи при цьому різких заборон, а поетапно формуючи загальноприйняті прийоми навчальної діяльності;

- підвищувати мотивацію навчальної і пізнавальної діяльності шляхом постійної підтримки і стимулювання, у випадку необхідності зменшувати кількість завдань, які даються на самостійне опрацювання, залучати до роботи з такими дітьми інших спеціалістів школи – логопеда, психолога, спеціаліста з лікувальної фізкультури тощо;

організувати співпрацю з батьками, пояснити їм особливості психічного розвитку цієї категорії школярів і показати основні напрямки спільної роботи батьків і школи з метою подолання у дітей затримки психічного розвитку.

5. Діагностика затримок психічного розвитку у дітей та особливості корекційно-виховної роботи з ними

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

- знижена працездатність, швидка втомлюваність;
- уповільненість сприймання та переробки інформації;
- обмеженість кола загальних життєвих уявлень;
- збіднений словниковий запас;
- наявність окремих недоліків вимови, хоча в цілому мова немає 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, введеній словесно);
- погана пам'ять, невміння використовувати допоміжні засоби при запам'ятовуванні матеріалу;
- знижений рівень самоконтролю, критичності мислення, переносу знань і умінь у нові ситуації і незрілість емоційно-вольової сфери;
- недостатня сформованість усіх видів діяльності, в тому числі ігрової.

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

Діти з ЗПР, зазнаючи труднощів у самостійному виконанні тих або інших завдань, значно результативніше, ніж олігофрени, використовують педагогічну допомогу; вони здатні розв'язувати завдання, якщо їм задають навідні запитання, демонструють відповідну наочність, фіксують їхню увагу на меті завдання. За таких умов показники виконання різноманітних завдань цими дітьми наближаються до показників їхніх нормальних ровесників. На відміну від дітей з ІІ, діти з ЗПР виявляють намагання розібратися в змісті завдання, добре його виконати, активніше шукають засобів досягнення мети. Вони частіше з власної ініціативи звертаються за допомогою, просять повторити інструкцію, розмірковують уголос, шукаючи підтвердження правильності своїх думок та висновків.

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: кращу здатність до використання зовнішньої допомоги, пристосування виробленого способу виконання завдання до нових умов, аналогічних ситуацій, її усвідомленість, довільність, цілеспрямованість, ставлення до допомоги.

Корекційна робота ведеться на кожному уроці. Вона здійснюється на основі ґрунтовного вивчення особливостей дітей з різними типами затримки психічного розвитку, диференційованого та глибоко індивідуального підходу до кожного з них з урахуванням цих особливостей.

Білоруська вчена В.В. Гладкая виділяє наступні три блоки в корекційній роботі з учнями, які мають затримку психічного розвитку:

1. Формування навчальної діяльності дітей та корекція її недоліків.
2. Розвиток психічних функцій, які забезпечують навчальну діяльність.
3. Формування базових уявлень та вмінь, які необхідні для успішного засвоєння шкільної програми.

Основні завдання корекційно-виховної роботи:

- потребують розвитку всі види сприймання; з розвитком сприймання збагачуються різноманітні знання про навколишній світ і розуміння зв'язків між предметами та явищами, отже, розвивається мислення й мовлення дітей;

- під час корекції, розвитку та навчання дитини необхідно дбати про зміцнення її працездатності, уміння зосереджувати увагу й цілеспрямовано працювати: ставити перед собою мету, усвідомлювати способи її досягнення, адекватно оцінювати результати;

- допомогти дітям з ЗПР оволодіти різноманітними знаннями про навколишній світ, розвивати в них спостереження і досвід практичного навчання, формувати вміння самостійно добувати знання і користуватися ними;

- проводити лікувально-оздоровчі заходи; міняти види діяльності на уроці з метою відпочинку;

- здійснювати індивідуальну допомогу;

- проводити динамічне спостереження за просуванням кожної дитини;

- під час навчання дитини звертати увагу на стан різних сторін його психічної діяльності: пам'яті, уваги, мислення, мовлення, темп роботи, вміння поборювати перешкоди;

- у разі необхідності учень повинен відвідувати логопедичні заняття та ін.

Корекційні прийоми (за Гавриловим О. В.):

1) оскільки основною характерною рисою дітей з ЗПР є недостатність знань про навколишній світ, необхідно акцентувати увагу на розвитку у них спостережливості, досвіду практичної діяльності, формуванні навичок і вмінь самостійно оволодівати знаннями та користуватися ними;

2) виявити найбільш типові прогалини у знаннях з метою їх поступового заповнення для недопущення посилення відставання цих учнів від інших учнів класу;

3) знаючи про недостатню активність і несміливість дітей із ЗПР в оперуванні навіть наявними у них знаннями, максимально стимулювати їхню активність на уроках, підтримувати навіть незначні успіхи й акцентувати на цьому увагу інших школярів з метою створення навколо атмосфери позитивного і дружнього до них ставлення й постійної підтримки;

4) у процесі роботи враховувати недостатнє вміння засвоювати абстрактні знання; постійно, особливо на перших етапах навчання, використовувати наочність і докладне пояснення нових, навіть не досить складних алгоритмів;

5) ураховуючи труднощі запам'ятовування і порушення працездатності у процесі виконання практичних завдань, додатково пояснювати навчальний матеріал, давати можливість виконувати завдання у повільнішому темпі, зменшувати їхню кількість, надавати додаткові запитання з метою глибшого розкриття змісту завдання, наводити вже відомі їм аналогії;

6) ураховуючи труднощі орієнтування в завданні, використовувати поетапну інструкцію і поетапне узагальнення, поділяти завдання на складові, формувати вміння планувати свою діяльність у процесі його вирішення, словесно звітувати про виконання;

7) поступово підвищувати темп роботи і працездатність дитини;

8) незважаючи на емоційне вікове відставання цих школярів, ігрові прийоми у процесі їхнього навчання зменшувати поступово, не використовуючи при цьому різких заборон, а поетапно формуючи загальноприйняті прийоми навчальної діяльності;

9) підвищувати мотивацію навчальної і пізнавальної діяльності шляхом постійної підтримки і стимулювання, у випадку необхідності зменшувати кількість завдань, які даються на самостійне опрацювання.

Усі ці корекційні завдання розв'язуються безпосередньо на уроці та в позакласній діяльності дитини. Цій меті підпорядковуються зусилля педагога, психолога, батьків

Поради вчителю:

- Зосередьте увагу на сильних сторонах учня і спирайтеся на них у процесі навчання. Водночас, будьте готові, що доведеться поступово заповнювати прогалини у знаннях, вміннях і навичках учня.

- Подавайте зміст навчального матеріалу невеликими частинами, використовуючи мультисенсорний підхід (слуховий, візуальний, маніпуляційний). Якомога більше повторюйте та закріплюйте вивчене.

- Заохочуйте учня, підтримуйте позитивну мотивацію навчання

- Дещо сповільніть темп навчання, зважаючи на знижені психічну витривалість і розумову працездатність учня. Будьте терплячими, якщо учневі необхідно пояснити чи показати щось багаторазово. Віднайдіть оптимальний варіант взаємодії з ним (поясніть новий матеріал до уроку, на занятті дайте письмовий тезовий план, алгоритм дій тощо).

- Розчленовуйте завдання на окремі невеликі частини. Якщо необхідно – складайте письмовий алгоритм поетапного виконання завдання. Усні інструкції давайте по одній, доки учень не навчиться утримувати у пам'яті одразу кілька.

- Практикуйте прикладне застосування набутих учнем знань.

- Спільно з учнем покроково аналізуйте виконання завдання.

- Урізноманітнюйте навчальну діяльність, однак, забезпечуйте плавний перехід від одних видів діяльності до інших.

- Завдання мають відповідати можливостям учнів та виключати відчуття стійких невдач.

- Надавайте учням достатньо часу для виконання завдання та практичного застосування нових умінь і навичок, водночас, надто тривале виконання однієї справи може стомити його.

- Не перекладайте подолання проблем у навчанні виключно на батьків.

- Допомагайте їм усвідомлювати найменші успіхи учня та закріплювати їх. Учні з труднощами у навчанні потребують не авторитарних підходів у сімейних стосунках, а виваженого, доброзичливого ставлення до дитини.

Подолання труднощів у навчанні – це результат спільної тривалої та копіткої роботи педагогів, психологів, батьків і навіть терапевтів.