

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

КОРЕКЦІЙНА ПЕДАГОГІКА

Конспект лекцій
для здобувачів вищої освіти першого (бакалаврського) рівня
денної та заочної форм здобуття освіти за спеціальністю
015 «Професійна освіта (за спеціалізаціями)»

Електронний ресурс

УДК 376.013.42(075.5)
К 66

Рецензенти:

Н. Ю. Шемигон – кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри педагогіки, методики та менеджменту освіти Навчально-наукового інституту «Українська інженерно-педагогічна академія» Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна;

Н. В. Науменко – кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри здоров'я людини, реабілітології і спеціальної психології Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди.

*Затверджено до розміщення в мережі Інтернет рішенням Науково-методичної ради
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна
(протокол № 11 від 25 червня 2025 року)*

Корекційна педагогіка : конспект лекцій для здобувачів вищої освіти першого
К 66 (бакалаврського) рівня денної та заочної форм здобуття освіти за спеціальністю
015 «Професійна освіта (за спеціалізаціями)» / уклад. Л. Г. Бакуменко. – Харків : ХНУ
імені В. Н. Каразіна, 2025. – (PDF 166 с.)

Конспект лекцій з «Корекційної педагогіки», дає можливість ознайомитися з основними поняттями, видами порушень розвитку, особливостями педагогічної роботи з категорією дітей з особливими потребами та їх батьками, особливостями девіантної поведінки дітей та методами і методиками профілактики девіантної поведінки.

Видання призначено для студентів денної та заочної форми навчання.

УДК 376.013.42(075.5)

© Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна, 2025
© Бакуменко Л. Г., уклад., 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
МОДУЛЬ 1. ЗАГАЛЬНІ ОСНОВИ КОРЕКЦІЙНОЇ ПЕДАГОГІКИ	
Лекція 1. Загальні основи корекційної педагогіки.....	6
Лекція 2. Поняття норми та аномалії розвитку.....	12
Лекція 3. Особливості процесу навчання дітей з порушеннями психофізичного розвитку	19
МОДУЛЬ 2. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УЧНІВ З ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ.....	
Лекція 4. Особливості розвитку, навчання та виховання особистості при глибоких порушеннях зору.....	25
Лекція 5. Особливості розвитку, навчання та виховання особистості при глибоких порушеннях слуху.....	35
Лекція 6. Психолого-педагогічна характеристика дітей із затримкою психічного розвитку.....	43
Лекція 7. Психолого-педагогічна характеристика дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.....	51
Лекція 8. Психолого-педагогічна характеристика дітей з мовленнєвими порушеннями.....	58
Лекція 9. Психолого-педагогічна характеристика дітей з розладами аутичного спектру та особливості їх навчання.....	64
Лекція 10. Основні підходи до корекції порушень аутичного спектру.....	71
Лекція 11. Складові, фактори розвитку та базові моделі впровадження інклюзивної освіти.....	79
Лекція 12. Особливості професій діяльності педагога в роботі із сім'ями, що виховують дітей з особливими потребами.....	88
МОДУЛЬ 3. Психолого–педагогічні особливості навчання учнів з порушеннями соціального розвитку	
Лекція 13 Основні концепції девіантної поведінки.....	96
Лекція 14. Основні механізми формування девіантної поведінки.....	103
Лекція 15. Види девіантної поведінки. Прояви. Агресія. Суїцидальна поведінка.....	110
Лекція 16. Види девіантної поведінки. Адиктивна поведінка. Делінквентна поведінка.	118
Лекція 17. Девіантна поведінка у соматично хворих.....	127
Лекція 18. Особливості навчання та виховання учнів з порушенням соціальної поведінки.....	133
Лекція 19. Основні методи профілактики девіантної поведінки.....	141
Лекція 20. Методи корекції девіантної поведінки. Форми профілактичної роботи.....	150
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА	
.....	160

ВСТУП

Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю (Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD), ухвалена Генеральною Асамблеєю ООН 13 грудня 2006 року, є основним міжнародним документом, що визначає права осіб з інвалідністю на: рівність перед законом, доступність, освіту, охорону здоров'я, працю, незалежне життя та участь у суспільстві, доступ до правосуддя, захист від насильства та експлуатації. Україна ратифікувала Конвенцію 16 грудня 2009 року, що зобов'язує державу дотримуватись її положень. Після ратифікації Конвенції Україна прийняла низку законодавчих змін, зокрема: Закон України «Про освіту» (2017) закріпив право на інклюзивну освіту; впроваджено концепцію «Нова українська школа» (НУШ), що передбачає інклюзію; державна програма безбар'єрності передбачає адаптацію громадського простору та транспорту; для підтримки дітей з особливими потребами передбачено розвиток інклюзивно-ресурсних центрів (ІРЦ); запроваджено збільшення соціальних гарантій для людей з інвалідністю (зокрема, програми працевлаштування та доступного житла).

Конвенція визнає людей з інвалідністю рівноправними членами суспільства та є важливим кроком до формування інклюзивного суспільства, де люди з інвалідністю мають рівні можливості для навчання, роботи та активного життя.

Корекційна педагогіка – це галузь педагогічної науки, що досліджує особливості навчання, виховання та соціалізації дітей з особливими освітніми потребами (ООП). Вона спрямована на створення умов для повноцінного розвитку кожної дитини незалежно від її індивідуальних труднощів. У сучасному світі корекційна педагогіка відіграє ключову роль у формуванні інклюзивного суспільства, де кожен має рівні можливості для навчання та самореалізації. Вона поєднує досягнення педагогіки, психології, медицини, логопедії та соціальної роботи, використовуючи інноваційні методики та підходи.

Цей курс допоможе майбутнім педагогам, психологам та спеціалістам із корекційної освіти зрозуміти основи роботи з дітьми, які мають різні форми порушень розвитку, навчитися адаптувати освітнє середовище та розробляти індивідуальні програми підтримки.

Метою курсу є формування у здобувачів вищої освіти компетентного, гуманного та професійного підходу до роботи з дітьми, які потребують особливої уваги та підтримки; навчити студентів здійснювати корекційно-педагогічну роботу в процесі навчально-виховної діяльності; надати студентам базові знання з курсу корекційної педагогіки.

Завданнями курсу є:

- ознайомити здобувачів вищої освіти з цілями і завданнями корекційної роботи в професійно-технічних навчальних закладах загального і спеціалізованого типів;
- ознайомити з основними поняттями, принципами корекційної педагогіки, класифікацією порушень розвитку, характером і причинами виникнення девіантної поведінки та її видів, методами діагностики та корекції, особливостями організації навчального процесу для дітей з особливими освітніми потребами (ООП), моделями інклюзивної освіти;
- навчити здійснювати планування навчально-виховного процесу з урахуванням вимог його корекційної спрямованості;
- сформувати вміння здійснювати навчально-виховний процес у інклюзивному освітньому середовищі враховуючи особливості студентів з різними видами розладів.

МОДУЛЬ 1. ЗАГАЛЬНІ ОСНОВИ КОРЕКЦІЙНОЇ ПЕДАГОГІКИ

ЛЕКЦІЯ 1. ЗАГАЛЬНІ ОСНОВИ КОРЕКЦІЙНОЇ ПЕДАГОГІКИ

Мета: ознайомити з сутністю дисципліни, етапами розвитку, основними завданнями та поняттями основ корекційної педагогіки. Розкрити принципи корекційно-педагогічної діяльності.

План:

- 1.1. Предмет, мета, завдання, структура курсу «Корекційна педагогіка».
- 1.2. Основні поняття та педагогічні категорії корекційної педагогіки.
- 1.3. Принципи і зміст корекційно-педагогічної діяльності.
- 1.4. Галузі корекційної педагогіки.
- 1.5. Методи корекційної педагогіки.

1. Предмет, мета, завдання, структура курсу «Корекційна педагогіка»

Корекційна педагогіка (дефектологія) – наука про психофізіологічні особливості розвитку дітей із фізичними та психічними вадами, закономірності їхнього виховання, освіти та навчання. Згідно з державною класифікацією наукових спеціальностей в Україні корекційна педагогіка є самостійною галуззю педагогічних наук і складається з низки спеціальних педагогічних дисциплін, кожна з яких вивчає педагогічні проблеми конкретних категорій дітей з обмеженими можливостями [47; 22; 24].

Спеціальна (корекційна) педагогіка – це багатогалузева наука, що вивчає психофізіологічні особливості розвитку дітей з обмеженими можливостями та займається розробленням проблем їхнього виховання, навчання й корекції онтогенетичних недоліків. Вона забезпечує наукові основи роботи спеціальних освітніх корекційних шкіл і дошкільних установ, класів корекції (класів вирівнювання, компенсуючого навчання), логопедичних пунктів, спеціальних дошкільних груп при масових школах і дитячих дошкільних установах, які займаються вирішенням як загальних педагогічних завдань (всебічний розвиток і гуманістичне виховання особистості, навчання, трудове навчання, профорієнтація), так і специфічних: корекція порушень розвитку; корекційне навчання й виховання; лікувально-профілактична робота; професійна підготовка за доступною спеціальністю; соціокультурна реабілітація [22; 24].

Предметом дослідження корекційної педагогіки, як галузі наукового пізнання, є процес диференціації навчання, виховання й розвитку дітей із фізичними та психічними вадами, визначення найрезультативніших шляхів,

способів та засобів, спрямованих на своєчасне виявлення, попередження й подолання відхилень у розвитку та поведінці в даних дітей і підлітків. Залежно від характеру порушень одні дефекти в розвитку дітей можуть повністю долатися, інші – лише коригуються, а деякі – компенсуються.

Мета та завдання виховання дитини з порушеннями психофізичного розвитку – підготовка до активного суспільно корисного життя, визначаються загальними принципами педагогіки але реалізуються вони в доступному обсязі методами та засобами, які відповідають ступеню та структурі дефекту. Залежно від характеру порушення висуваються спеціальні завдання, пов'язані з подоланням його наслідків [22; 24].

1.2. Основні поняття та педагогічні категорії корекційної педагогіки

Корекційна педагогіка має власний понятійний апарат, свою термінологію, що відображає її специфіку як наукової дисципліни. У корекційній педагогіці провідними категоріями є корекція, компенсація, адаптація, реабілітація.

Корекційна освіта – освіта у спеціальних закладах (школи, класи, реабілітаційні центри), яка надається фахівцями і містить навчальний, виховний і корекційний компоненти.

Спеціальна освіта – дошкільна, загальна та професійна освіта, для отримання якої особам з обмеженими можливостями здоров'я створюються спеціальні умови. Практична значущість проблеми пов'язана з визначенням такого змісту освіти, типів освітньо-виховних закладів, форм організації та методів диференційованого навчання різних категорій дітей із порушеннями в розвитку, такої реалізації в цьому процесі системи дидактичних принципів, які дозволяли б корекційному навчанню максимально сприяти розвитку психічних та фізичних сил кожної дитини, корекції недоліків, формуванню її особистості, готовності до виконання різноманітних соціальних функцій. [22; 24].

Корекція (від лат. correctio – поліпшення, виправлення) – розглядається як педагогічна дія, спрямована на виправлення (ліквідацію) не тільки окремих порушень, але й на формування особистості всіх дітей з відхиленнями в розвитку. Під корекцією розуміється як виправлення окремих дефектів (наприклад, корекція вимови або зору), так і цілісний вплив на особистість дитини з порушеннями в розвитку з метою досягнення позитивного результату у процесі її навчання, виховання та розвитку [47; 22; 24].

Компенсація (від лат. compensatio – урівноваження, зрівнювання) – відновлення недорозвинених чи порушених психофізичних функцій шляхом

використання збережених чи перебудови частково порушених функцій [47]. Заміщення або перебудова порушених або недорозвинених функцій організму. Вища форма компенсації означає всебічний розвиток особистості дитини, проте для деяких форм порушеного розвитку компенсація є обмеженою. Сутність формування процесів компенсації в людини полягає не стільки у біологічній пристосованості організму, скільки у формуванні способів дії та засвоєнні соціального досвіду в умовах свідомої цілеспрямованої діяльності. Головну роль у процесах компенсації відіграє свідомість, яка зумовлена соціальними відносинами. У дітей з вадами розвитку в процесі компенсації відбувається формування нових динамічних систем умовних зв'язків, виправлення порушених або ослаблених функцій, розвиток їхньої особистості.

Реабілітація (у медико-педагогічному значенні, лат. *rehabilitation* від лат. *re* – проти, *habilitas* – здатність) – повернення хворого до нормального життя і праці в межах психофізичних можливостей. Це комплексна, багатоетапна система медичних, соціально-психологічних, педагогічних заходів, спрямованих на усунення чи пом'якшення вад розвитку дітей-інвалідів та дітей з обмеженими фізичними і розумовими можливостями, інтеграцію в соціальне середовище, залучення до громадського життя і праці [47]. Завдання реабілітації розв'язуються в системі спеціальних навчально-виховних закладів для різних категорій дітей із психофізичними вадами, у яких особливості навчального процесу визначаються специфікою розвитку. і нині до комплексної реабілітації відносять кілька її видів, які тісно пов'язані між собою і доповнюють один одного. Серед них виділяють медичну, педагогічну, соціальну, психологічну, побутову, професійну, спортивну, оздоровчу, фізичну реабілітації.

Абілітація (від лат. *habilitation* – вплив, діяння) – система лікувальних і психолого-педагогічних заходів, спрямованих на попередження, лікування, розвиток та корекцію патологічних станів і психологічних порушень у дітей, ще не адаптованих до соціального середовища, що призводять до стійкої втрати здатності навчатися, працювати (на відміну від реабілітації – відновлення життєвого і трудового досвіду). Тобто це – комплекс заходів, спрямованих на формування та покращення фізичних, психічних, соціальних функцій та навичок, коли дитина має навчитись тому, чого від народження не вміла.

Соціальна адаптація (від лат. *adaptatio* – пристосування, *socialis* – суспільний) – процес пристосування людини до нового для неї соціального середовища, а також наслідки цього процесу. Вона визначається як активне

засвоєння особистістю або групою людей нового для неї соціального оточення, тобто формування певного способу життя, основною характеристикою якого є вільна активна діяльність усіх членів суспільства, у тому числі людей з особливими потребами. [22].

Інклюзія – це концепція, яка створює сприятливе середовище для всіх учнів незалежно від їхньої індивідуальної специфіки та особливостей. Інклюзивна освіта спрямована на забезпечення доступу до навчання всім дітям, у тому числі з особливими освітніми потребами (ООП), у навчальних закладах. Вона передбачає створення умов для повноцінного розвитку кожної дитини, незалежно від її можливостей. *Інклюзивність* – це цінність, яка передбачає, що всі люди мають рівні права та можливості для повноцінного життя [19].

Інклюзивне навчання – система освітніх послуг, гарантованих державою, що базується на принципах недискримінації, врахуванні багатоманітності людини, ефективного залучення та включення до освітнього процесу всіх його учасників. *Інклюзивна освіта* – це створення в спільному просторі особливого підходу до навчання дитини з особливими освітніми потребами [17].

1.3. Принципи і зміст корекційно-педагогічної діяльності

Під принципами в корекційній педагогіці розуміють найбільш загальні теоретичні положення, які об'єктивно відображають сутність і фундаментальні закономірності навчання, виховання та всебічного розвитку особистості.

Загальнопедагогічні принципи:

- Цілеспрямованості педагогічного процесу;
- Цілісності та системності педагогічного процесу;
- Гуманістичної спрямованості педагогічного процесу;
- Поваги до особистості дитини в поєднанні з розумною вимогливістю до неї;
- Опори на позитивне в людині, на сильні сторони його особистості;
- Свідомості і активності особистості в цілісному педагогічному процесі;
- поєднання прямих і паралельних педагогічних дій (спрямованості на соціально значущі сили).

Спеціальної корекційно-педагогічної діяльності:

- Системності корекційних, профілактичних і розвиваючих завдань;
- Єдності діагностики та корекції, що забезпечує цілісність педагогічного процесу;

- Урахування індивідуальних і вікових особливостей дитини;
- Діяльний принцип корекції;
- Комплексного використання методів і прийомів корекційно-педагогічної діяльності;
- Інтеграції зусиль найближчого соціального оточення [22].

Практична корекційна діяльність передбачає цілісне використання принципів, оскільки всі вони взаємопов'язані між собою (таблиця 1).

Таблиця 1.

Принципи корекційної діяльності

Соціальні принципи корекційної діяльності	Загальнометодичні принципи корекційної діяльності	Спеціальнометодичні принципи корекційної діяльності
• гуманістичної спрямованості; • безперервності педагогічної освіти; • соціалізації; • інтеграції; • пріоритетної ролі мікросоціуму.	• науковості; • свідомості та активності; • наочності; • доступності; • систематичності та послідовності; • міцності.	• діагностування; • ранньої педагогічної допомоги; • диференціації та індивідуалізації; • корекційно-розвивальної спрямованості; • компенсаторної спрямованості; • урахування вікових особливостей; • адекватності, оптимальності та варіативності.

1.4. Галузі корекційної педагогіки

На сучасному етапі розвитку корекційної педагогіки як самостійні теорії й педагогічні системи спеціальної корекційно-реабілітаційної освіти виокремилися такі її галузі (В.М. Синьов, 2007):

- навчання і виховання дітей із затримкою психічного розвитку;
- навчання, виховання і корекція розвитку дітей з емоційними порушеннями (зокрема, при аутизмі та аутистичних рисах особистості);
- навчання і виховання дітей зі складними, комплексними порушеннями розвитку;

- навчання і виховання дітей із вираженою девіантною поведінкою.

Корекційна педагогіка включає також спеціальну психологію, яка вивчає психологічні особливості дітей з обмеженими можливостями [22].

1.5. Методи корекційної педагогіки

Методи корекційної педагогіки спрямовані на розвиток і підтримку осіб із особливими освітніми потребами, враховуючи їх індивідуальні особливості, потреби та труднощі. Вони базуються на комплексному підході, що включає педагогічні, психологічні, соціальні та медичні аспекти.

Навчальні методи. Ці методи спрямовані на формування знань, умінь і навичок у дітей із особливими потребами:

- *Пояснювально-ілюстративний метод:* використовується наочність, аудіовізуальні засоби, які допомагають краще сприймати інформацію.
- *Практичні вправи:* повторювані завдання для закріплення знань, формування нових навичок або подолання труднощів (наприклад, розвиток дрібної моторики через спеціальні вправи).
- *Ігрові методи:* стимулюють увагу, мислення, моторику (наприклад, дидактичні ігри).

Розвивальні методи. Вони спрямовані на розвиток когнітивної сфери, емоційної стійкості та соціальних навичок:

- *Корекція мислення та мовлення:* робота над логічним мисленням, структурою мовлення, розвитком словникового запасу.
- *Методи сенсорного розвитку:* використання вправ для тренування зорового, слухового, тактильного і просторового сприйняття.
- *Розвиток емоційно-вольової сфери:* ігри та вправи, що допомагають дитині контролювати емоції та адекватно реагувати на стресові ситуації.

Терапевтичні методи. Ці методи мають корекційний і оздоровчий характер:

- *Логопедична терапія:* робота з дітьми, що мають порушення мовлення (артикуляційні вправи, постановка звуків).
- *Арт-терапія:* використання мистецтва для емоційного розвитку (малювання, музика, ліплення).
- *Музикотерапія:* покращення емоційного стану через музику.
- *Ігрова терапія:* зняття напруги, розвиток комунікаційних навичок через гру.

Соціально-педагогічні методи. Допомагають дитині інтегруватися в соціум:

- *Соціалізація через спілкування:* формування навичок взаємодії з однолітками.

- *Колективні вправи*: робота в групах для розвитку комунікативних і командних навичок.

- *Розвиток самостійності*: вправи, які стимулюють самообслуговування, планування діяльності.

Методи фізичної корекції. Фізичний розвиток відіграє важливу роль у гармонійному розвитку дитини:

- *Лікувальна фізкультура (ЛФК)*: спеціальні вправи для корекції моторики.

- *Масаж*: використовується для стимуляції або релаксації м'язів.

- *Гідротерапія*: заняття у воді для розвитку координації та зняття м'язового напруження.

Комп'ютерні та інтерактивні методи. Сучасні технології допомагають зацікавити дітей і полегшити процес навчання:

- *Спеціальні програми для розвитку мовлення, мислення, сенсорного сприйняття.*

- *Інтерактивні ігри, які враховують індивідуальні потреби.*

Методи стимуляції мотивації.

- *Позитивне підкріплення*: заохочення (словесне, матеріальне) для підвищення інтересу до навчання.

- *Методи емоційного впливу*: використання ситуацій успіху, які стимулюють самовпевненість у дитини.

Принципи вибору методів:

1. *Індивідуальний підхід*: залежно від потреб дитини та рівня її розвитку.

2. *Комплексність*: поєднання різних методів для досягнення оптимальних результатів.

3. *Систематичність і поступовість*: регулярність занять і поступове ускладнення завдань.

Корекційна педагогіка допомагає не лише подолати труднощі у навчанні та розвитку, але й покращити якість життя дітей, сприяючи їхній соціалізації.

ЛЕКЦІЯ 2. ПОНЯТТЯ НОРМИ ТА АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ

Мета: сформулювати уявлення про фізіологічну та статистичну норми фізіологічного розвитку; види фізіологічних порушень та основні причини, що призводять до порушень розвитку.

План:

- 2.1. Поняття норми та її варіанти.

- 2.2. Класифікація порушень психофізичного розвитку.

2.3. Основні причини, що приводять до порушень психічного та фізичного розвитку.

2.1. Поняття норми та її варіанти

Існує проблема норми та її варіантів. Проблема визначення межі «нормального розвитку» людини завжди була і є надзвичайно складною, відповідальною і багатоаспектною. На сьогоднішній день стратегічним вважається особистісно-орієнтований підхід, який передбачає забезпечення індивідуальної траєкторії розвитку не тільки так званої середньостатистичної нормальної дитини, а й такої, яка відрізняється від інших у межах від обдарованості до тяжких вад розвитку.

Середньостатистична норма – це такий рівень психосоціального розвитку людини, який відповідає середнім якісно-кількісним показникам, отриманим під час обстеження представницької групи популяції людей однакового віку, статі, культури тощо. Орієнтування на статистичну норму розвитку тих чи інших психічних якостей є особливо важливими на етапі первинної діагностики психічного стану дитини у процесі визначення характеру основного дефекту, його тяжкості. Зазвичай статистична норма – певний діапазон значень розвитку будь-якої якості (рівень інтелектуального розвитку або його складових; шкала самооцінки; рівень мовленнєвого розвитку; зріст, вага тощо), що знаходяться навколо середнього арифметичного. Зона середньої статистичної норми означає рівень розвитку, притаманний не менше ніж 68% осіб цієї вікової категорії, статі. Якісно-кількісні нормативи вікового розвитку, забезпечені відповідною системою діагностичних методів, дають змогу точно кваліфікувати особливості дитячого розвитку або як індивідуальні варіанти нормального розвитку, або як відхилення. Орієнтація на статистичну норму важлива, передусім, на етапі виявлення недоліків у розвитку і визначення міри патології, що потребують корекційної психолого-педагогічної, а часто і медичної допомоги [24].

На практиці найбільш часто застосовується статистична оцінка відповідності норми учня – порівнюється чи відповідає учень даного віку рівню розвитку, характерному для більшості учнів цього віку.

Функціональна норма (або індивідуальна норма). Основу концепції функціональної норми становить уявлення про неповторність шляху розвитку кожної людини, а також про те, що будь-яке відхилення можна вважати відхиленням, тільки зіставляючи його з індивідуальним шляхом розвитку кожної людини. Тобто це індивідуальна норма розвитку, яку можна вважати відправною точкою й одночасно метою реабілітаційної роботи з людиною, незважаючи на характер порушень. З цього погляду досягнутий

стан можна тільки тоді вважати нормою, якщо в результаті цілеспрямованої психокорекційної роботи буде досягнуто гармонійний баланс між можливостями, бажаннями і вміннями з одного боку, й тими вимогами, що ставить соціум, маються на увазі вік, стать, рівень психосоціального розвитку – з іншого [11].

Ідеальна норма – це найкращий спосіб існування особистості в оптимальних соціальних умовах. Така норма є зразком, ідеалом, якого досягти неможливо, а можна тільки прагнути наближення.

Отже, *норма* – встановлена міра, середня величина чого-небудь. Норму треба розуміти як процес самореалізації особистості в конкретних суспільних і природних умовах [35].

Аномалія – відхилення від норми, від загальної закономірності, неправильність у розвитку. Аномалія може розглядатися лише на тлі норми.

Існують *критерії розмежування понять «норма» – «аномалія»*, що допомагають визначити педагогу ступінь складності порушення в психічному й особистісному розвитку дитини. Різні вчені пропонують в основу критеріїв класти різні ознаки. Найбільш докладно описав критерії норми-аномалії англійський психіатр М. Раттер.

1. *Врахування вікових особливостей і статевої приналежності дитини.* Деякі особливості поведінки властиві тільки дітям певного віку. Так, хворобливе переживання розлуки з батьками властиве малятам, для дітей інших вікових груп – це сигнал для занепокоєння. Наявність ознак жіночої поведінки в хлопчиків, а чоловічої – у дівчаток є аномалією, симптомом того, що з віком у них можуть з'явитися сексуальні порушення в поведінці, а саме гомосексуалізм.

2. *Врахування тривалості збереження розладу.* Усі діти завжди знаходяться у певному стані, наприклад, пригніченість, радість, небажання йти до школи, страх, бажання чого-небудь або туга за ким-небудь. Це може продовжуватися від одного дня до декількох тижнів. Якщо ж такий стан є характерним для особи протягом кількох місяців або років, – це ознака аномалії в розвитку.

3. *Врахування життєвих обставин.* Життєві обставини можуть впливати на поведінку й емоційний стан дітей: наприклад, поява в родині молодшої дитини, смерть близьких, зміна школи або класу, переїзд тощо.

4. *Врахування безпосереднього культурного середовища, у якому зростає і виховується дитина.* Так, у християн і мусульман по-різному виховують дівчаток і хлопчиків. А, отже, деякі ознаки жіночої або чоловічої поведінки у мусульманських родин не можна розглядати як аномальні.

5. *Врахування ступеня порушення.* Окремі симптоми зустрічаються частіше, ніж цілий комплекс симптомів. Тому важливо звертати увагу на множинні емоційні або поведінкові розлади, особливо якщо вони одночасно стосуються різних сторін психічного життя.

6. *Врахування важкості і частоти симптомів.* Для дітей в основному характерні помірні, зрідка виникаючі порушення. Це норма. Аномалія – серйозні розлади, що часто повторюються.

7. *Врахування ознак, що характерні для поведінки і розвитку конкретної дитини.* Варто уважно поставитися до проявів порушень, які важко пояснити законами нормального дозрівання і розвитку.

8. *Врахування ситуаційної специфічності симптому.* Варто звертати увагу на ситуацію, у якій спостерігається порушення поведінки. Вирішуючи питання про «норму-аномалію» розвитку дитини, необхідно враховувати всі критерії. Визначення «ненормальність» слід співвідносити з тим, наскільки відхилення від норми сповільнює розвиток. Важливо пам'ятати, що визначення «норма» – «аномалія» у кожному конкретному випадку – це дуже складна робота, що передбачає встановлення характеру порушення розвитку конкретної дитини [35].

Аномальними (від грец. *anomalos* – неправильний) вважаються діти, які мають істотні відхилення від нормального фізичного чи психічного розвитку, зумовлені вродженими та набутими дефектами, і потребують спеціальних умов навчання й виховання, аномальними вважаються діти з порушенням психічного розвитку внаслідок дефекту, які потребують спеціального навчання й виховання [47].

Порушенням розвитком називається процес, у ході якого мають місце відхилення у фізичному або психічному розвитку організму, викликані різними за характером та часом виникнення причинами. Фізичний недолік – підтверджений в установленому порядку тимчасовий або постійний недолік у розвитку та (або) функціонуванні органу людини або хронічне соматичне чи інфекційне захворювання [22].

Психічний недолік – підтверджений в установленому порядку тимчасовий або постійний недолік у психічному розвитку людини, у т.ч. порушення мовлення, емоційно-вольової сфери, зокрема аутизм, наслідки ушкодження мозку, зокрема розумова відсталість, затримка психічного розвитку, які створюють труднощі в навчанні.

На сьогоднішній день у роботі з дітьми з проблемами розвитку, при обговоренні нормальності їх поведінки слід виходити з їх можливостей і здібностей, оскільки саме їх діапазон і є для них нормою, а всі відхилення від

нього – прогресом або регресом в розвитку. В цілому, оцінюючи рівень розвитку індивіда з точки зору індивідуальної норми, необхідно враховувати його власний особливий шлях розвитку і будь-яке відхилення вважати за відхилення від норми тільки у зіставленні з цим шляхом.

Поняття «відхилення» використовується для позначення розбіжності з деякою нормою в поведінці, установках, цінностях, що розглядаються як прояви аномальної психіки. Якщо мова йде про нормальну психіку, то «відхилення» – це невідповідність рівня розвитку і поведінки дитини системі запропонованих їй соціальних вимог і очікувань, що не виходить за межі норми і не обумовлена органічними поразками центральної нервової системи.

Види відхилень від норми:

Затримка – це зниження темпу психічного розвитку в порівнянні з більшістю дітей даної вікової групи, що не виходить за межі вікової норми. Вона може мати тотальний або парціальний характер, в останньому випадку розвиток набуває дисгармонійного характеру, перевищуючи межі гетерохронії.

Порушення – це формування негативних особистісних комплексів, що виявляються в порушеннях поведінки, спілкування, діяльності, не сумісних із соціальними нормами.

Недолік, порушення або ушкодження, втрата або відсутність якого-небудь органа називається *дефектом*.

За походженням дефекти можуть бути органічними і функціональними.

Органічний дефект – це порушення, відсутність або недолік якого-небудь органа або його частини. Органічні дефекти можуть бути: генералізованими (розумова відсталість) та ізольованими (затримка психічного розвитку, сліпота, глухота, порушення рухів і мовлення). Причини: спадкові, серцево-судинні захворювання, паралічі, травми.

Функціональний дефект – це порушення функцій органу або загальних функцій всього організму без порушення тканини органу. Прикладом можуть слугувати неврози, психоневрози, психопатія психози порушення поведінки. Причини: порушення соціальних зв'язків індивіда. Дефект може виявлятися й у темпі розвитку. Розрізняють два варіанти: акселерацію – прискорений розвиток, і ретардацію (затримку) – відставання в розвитку.

2.2. Класифікація порушень психофізичного розвитку та їх причини

Більшість дослідників, які займалися вивченням проблем дітей з відхиленнями в розвитку, виділяють серед них 10 категорій. До них належать діти з порушеннями одного з аналізаторів:

1. Повною (тотальною) або частковою втратою слуху – нечуючі (глухі), слабочуючі (туговухі) або зору – незрячі (сліпі), слабозорі;
2. Із специфічними розладами мовлення (алалія, загальний недорозвиток мовлення, заїкання та ін.);
3. З порушеннями опорно-рухового апарату (церебральний параліч, наслідки травм хребта або перенесеного поліомієліту);
4. З розумовою відсталістю і з різним ступенем вираженості затримки психічного розвитку (різні форми психічного недорозвинення з переважною несформованістю інтелектуальної діяльності);
5. Зі складними порушеннями (незрячі розумово відсталі, сліпоглухі, сліпоглухі з розумовою відсталістю, сліпі з порушеннями мовлення), аутичні (які активно уникають спілкування з оточуючими) [22].

В. В. Лебединський (1985), диференціював такі варіанти психічного дизонтогенезу:

1. *Загальне стійке недорозвинення.* Для цього варіанту типовий ранній час ураження, коли спостерігається виражена незрілість мозкових систем. Типовий приклад стійкого недорозвинення – олігофренія.

2. *Затриманий розвиток.* Характеризується сповільненим темпом формування пізнавальної діяльності та емоційної сфери з тимчасовою фіксацією на більш ранніх вікових етапах. Варіанти затриманого розвитку: конституційний, соматогенний, психогенний, церебральний (церебрально-органічний).

3. *Ушкоджений розвиток.* В етіології ушкодженого розвитку мають місце спадкові захворювання, внутрішньоутробні, пологові й післяпологові інфекції, інтоксикації та травми центральної нервової системи, але патологічна дія на мозок виявляється на більш пізніх етапах онтогенезу (після 2–3 років). Характерна модель ушкодженого розвитку – органічна деменція.

4. *Дефіцитарний розвиток.* Цей вид пов'язаний з важкими порушеннями систем аналізаторів (зору, слуху, мовлення, опорно-рухового апарату).

5. *Викривлений розвиток.* У даному випадку мають місце складні поєднання загального недорозвинення, затриманого, ушкодженого та прискореного розвитку окремих психічних функцій. Характерним прикладом є ранній дитячий аутизм. Аутизм виявляється у відсутності або значному зниженні кількості контактів, у «зануренні» у свій внутрішній світ.

6. *Дисгармонійний розвиток.* Він характеризується вродженою або рано набутою стійкою диспропорційністю психічного розвитку в емоційно-

вольовій сфері. Характерна модель дисгармонійного розвитку – психопатія та патологічне формування особистості [22].

Характерною ознакою аномального розвитку є *вада* (порок) – негативна риса, особливість, недолік, дефект.

2.3. Основні причини, що приводять до порушень психічного та фізичного розвитку

Порушення розподіляють на *біологічні* та *соціальні*. Порушення в залежності від часу виникнення розділяються на *ендогенні* та *екзогенні* [24].

До причин *ендогенних* (вроджених) порушень відносять різні патогенні фактори, що викликають захворювання матері у період вагітності: токсикози, інтоксикації, порушення обміну речовин, травми, прийом антибіотиків, інфекції, спадкові генетичні порушення. Існує зв'язок між часом патогенного впливу на організм, що розвивається – чим раніше пошкоджується мозок ембріону тим більш вираженими є наслідки шкідливих впливів.

Екзогенні (набуті порушення починають з входження людини у світ, тобто з пологів). Пологові та після пологові ураження організму, асфіксія, внутрішньочерепні родові травми. Екзогенні порушення є наслідком інфекційних захворювань перенесених у ранньому дитячому віці (менінгіти, енцефаліти, поліомієліт). Менінгіт – запалення мозкових оболонок може призвести до гідроцефалії, глухоти, рухових розладів, затримки фізичного розвитку. Енцефаліт – запалення головного мозку у ранньому віці може стати причиною глибоких затримок психічного розвитку, травм. Черепно-мозкові травми.

Крім таких біологічних є ще соціальні порушення. *Соціально обумовлені* відхилення визначаються депривацією. До таких порушень відносять різні типи патогенних явищ у характері, емоційно-вольовій сфері. Ці порушення зумовлені тривалими несприятливими умовами виховання. Це психічна депривація (недостатність задоволення сенсорних та емоційних потреб).

Й. Лагмйєр, З. Матейчек зазначають: «*Депривація* – це психічний стан, коли суб'єкт не має змоги задовольняти деякі свої основні (життєві) психічні потреби достатньою мірою впродовж тривалого часу»...Тимчасова або постійна, повна або часткова, штучна або зумовлена життєдіяльністю ізоляція людини від взаємодії її внутрішнього психічного із зовнішнім психічним [5].

На відхилення у розвитку впливають такі фактори, як забруднення оточуючого середовища. Також сюди можна віднести розвиток науки та цивілізації.

ЛЕКЦІЯ 3.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСУ НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

Мета: розкрити сутність основних концепцій Л. Виготського та їх значимість для розвитку корекційної педагогіки.

План:

- 3.1. Концепція Л. Виготського про первинний та вторинний дефект.
- 3.2. Зона «найближчого» та «актуального» розвитку, значення для корекційного розвитку учнів з порушенням розвитку.

3.1. Концепція Л.Виготського про первинний та вторинний дефект

У 30-ті роки Л. С. Виготський висунув тезу про спільність закономірностей розвитку нормальної й аномальної дитини, що було підтверджене цілою низкою досліджень, проведених пізніше.

Динаміка розвитку нормальної й аномальної дитини підпорядковується єдиним закономірностям, при цьому кожен вид аномального розвитку характеризується своїми специфічними особливостями [22].

Л. С. Виготський розробив теорію складної структури аномального розвитку дитини з дефектом. Ця теорія відкинула уявлення, що існувало раніше, про ізольоване «випадіння» однієї з функцій унаслідок ураження якого-небудь аналізатора або захворювання дитини. Дефект аналізатора або інтелектуальний дефект викликає низку відхилень, створює цілісну складну картину атипового, аномального розвитку.

Суть дефекту та його вплив на психічний розвиток дитини були проаналізовані Л. С. Виготським в роботі «Основні проблеми сучасної дефектології», де він піддав критиці погляди вчених того часу на суть дефекту, як ««чисто кількісної обмеженості розвитку», і визначив основну тезу сучасної дефектології про те, що дитина, розвиток якої: ускладнений дефектом, не просто менше розвинена, ніж її нормальні однолітки, а інакше розвинута: дефективна дитина являє собою якісно інший, своєрідний тип розвитку». Л. С. Виготський підкреслював, з одного боку дефект – це мінус, недолік, з іншого – плюс, тому, що він створює стимули до розвитку і саме в цьому криються величезні сили компенсації: «...дефект не є лише недолік, слабкість, але і плюс, джерело сили і здібностей, в ньому є позитивний смисл!» [24].

Найважливішим положенням, яке характеризує суть аномального розвитку, є вчення про його складну структуру, висунуте в тридцяті роки ХХ століття Л. С. Виготським. Його теорія означає, що дефект не призводить до

випадіння чи порушення якоїсь однієї функції, а відображається на всьому розвитку дитини, призводить до цілого ряду змін, що формують цілісну картину своєрідного атипового розвитку. Структура аномального розвитку складається із первинного дефекту (ядра), викликаного певним хворобливим фактором, і вторинних та супутніх порушень, що виникають під впливом первинного дефекту у процесі розвитку дитини. Інтелектуальна недостатність, що виникла в результаті первинного дефекту – органічного ураження головного мозку, породжує вторинне порушення вищих пізнавальних процесів, що визначають соціальний розвиток дитини. Вторинне недорозвинення властивостей особистості розумово відсталой дитини проявляється в примітивних психологічних реакціях, неадекватно завищеною самооцінкою, негативізмі, несформованості волевих якостей. Згідно з цією теорією, у дитини внаслідок *первинного* дефекту (при сліпоті або слабозорості це порушення зорового сприймання) виникають вторинні відхилення у розвитку – зміни процесів сприймання, своєрідність запам'ятовування, порушення особистісного розвитку (волі, впевненості, самооцінки, самостійності та ін.) [22; 24].

Виділення первинного дефекту та вторинних відхилень допомагає розібратись в складній структурі розвитку такої дитини. Так, вже відмічалось, що при сліпоті та слабозорості первинним дефектом є більше або менше виражені порушення функції зорового сприймання, обумовлені хворобливими впливами на орган зору, при цьому в розвитку дітей виникають: вторинні, третинні тощо відхилення – недостатність орієнтування в просторі; обмеженість та порушення адекватності предметних уявлень про оточуючий світ; своєрідність ходи, міміки обличчя; деякі особливості характеру.

Дефектологи звернули увагу на наявність взаємодії між первинним дефектом та вторинними відхиленнями у розвитку. Те, що первинний дефект викликає вторинну симптоматику, але і вторинні ознаки можуть у зворотному порядку впливати на первинний дефект. Всі структурні компоненти є взаємозалежними, також вторинні ускладнення пов'язані з дією факторів середовища у розвитку психіки дитини.

У складній структурі аномального розвитку вчені виділяють такі закономірності:

- на рівень розвитку дитини суттєво впливає ступінь і якість первинного дефекту (тотальне чи часткове, органічне чи функціональне ураження);

- від ступеня вираження та якості первинного дефекту залежить не лише кількісна, а і якісна своєрідність вторинних відхилень у розвитку аномальної дитини;

- своєрідність розвитку аномальної дитини залежить від часу виникнення первинного дефекту: чим раніше діє хворобливий фактор, тим важчим є ступінь порушення;

- особливості розвитку аномальної дитини визначаються факторами середовища, особливо педагогічними умовами;

- чим далі від першопричини знаходиться порушення, тим більше воно піддається виховному і лікувальному впливу [24].

«В умовах дефектного розвитку, як вказував Л. С. Виготський, виникає «дивергенція», розходження обох планів розвитку (тобто біологічного та соціального), злиття яких характерне для нормальної дитини». Саме такий збіг біологічних передумов розвитку та впливів середовища на дитину з порушенням зором викликає пристосування, які розглядаються у тифлопсихології як вторинні своєрідності.

Дивергенція – це:

- свого роду неординарність сприйняття, мислення й підходу до вирішення завдань;

- здатність залучати й використовувати інформацію одночасно з різних галузей знань, часто несумісних на перший погляд;

- в тому числі й нестандартне, гнучке мислення, що виходить за межі загальноприйнятих стереотипів.

Джерелом пристосування дітей з порушеннями в розвитку до навколишнього середовища є *функції*, які підлягають зберіганню.

Функції порушеного аналізатора замінюються (компенсуються) інтенсивним використанням тих, які підлягають зберіганню. Глуха дитина активніше, ніж інші, використовує зоровий та руховий аналізатори. Сприйняттю мовлення оточення глуху дитину навчають за допомогою зору – так званого читання з губ. Постановка звуків мовлення й навчання контролю за власним мовленням здійснюються за допомогою використання кінестетичного аналізатора. Для сліпої дитини провідними стають слуховий аналізатор, дотик, нюх.

Психіка людини формується й функціонує як єдина, дуже складна система, у якій усі складові її ланки як найтісніше зв'язані одна з одною.

Л. С. Виготський сформулював основні правила розвитку вищих психічних функцій. Він зазначає, що в онтогенезі біологічна й соціальна (історична) лінії розвитку функцій складно переплетені:

1. Історія розвитку кожної психічної функції не є прямим продовженням та вдосконаленням відповідної елементарної функції, а припускає корінну зміну напрямку розвитку в абсолютно новому плані. Іншими словами, кожна вища психічна функція є специфічним новоутворенням.

2. Вищі психічні функції не надбудовуються над елементарними процесами, як другий поверх, а уявляють собою нові психологічні системи, які складаються зі складного сплетіння елементарних функцій, що при включенні в таку систему самі починають діяти за новими законами. Таким чином, кожна вища психічна функція визначається не тільки своєрідним поєднанням низки більш елементарних функцій, але й новим рівнем їх функціонування.

3. При виникненні порушень у розвитку в першу чергу страждає зв'язок елементарних та вищих психічних (натуральних і символічних) функцій. Це призводить до того, що елементарні процеси починають діяти як самостійні психологічні структури, що викликає повернення до більш примітивних форм поведінки. Психічний розвиток в онтогенезі, таким чином, являє собою низку якісних переходів від одного ступеня розвитку до іншого, де кожен попередній ступінь є генетичною основою наступних ступенів або стадій розвитку [22].

Основні закономірності нормального й аномального розвитку єдині, хоча кожен вид відхилення додає просуванню дитини специфічний характер, уповільнюючи та істотно змінюючи його. Положення про ідентичність основних закономірностей нормального й аномального розвитку дає підстави говорити про певну спільність багатьох чинників, які обумовлюють цей процес, а також про їх значущість.

Є всі підстави поділити чинники, які впливають на розвиток дитини з обмеженими можливостями, як і дитини, яка не має певних відхилень, на три великі групи, виділивши біологічні та соціальні чинники, а також власну психічну активність дитини.

До *біологічних чинників*, що визначають можливості розвитку дітей з порушеннями психофізичного розвитку, належать:

- *характер дефекту*, який має першорядне значення, оскільки він обумовлює основні зміни, що мають місце в загальній картині психічного розвитку дитини;
- *вираженість дефекту*, від якої залежить інтенсивність прояву психологічних особливостей дитини з відхиленнями в розвитку;
- *час придбання дефекту*, який істотно впливає на весь подальший перебіг розвитку дитини;

- *стан здоров'я дитини*, що має дуже велике значення для її фізичного й психічного розвитку.

До *соціальних чинників* належать:

- *навчання, що не організовано, яке відбувається стихійно*. Це перш за все вплив соціального середовища, що оточує дитину: сім'ї, вулиці, знайомих дорослих і дітей, прослуховування радіопередач, перегляд телепередач і кінофільмів;

- *організоване навчання, яке здійснюється нефахівцями*. Це систематичні заняття батьків із дитиною, що проводяться без урахування відхилень, які в неї є, перебування у звичайних дитячих садках та школах загального призначення;

- *спеціально організоване навчання та виховання дитини з відхиленнями в розвитку може проводитися в спеціальному дитячому садку або в групах звичайного дитячого садку, у спеціальній школі та в спеціальних класах, які організовуються при школах загального призначення*. Спеціальне навчання найбільшою мірою відповідає потребам дитини з відхиленнями в розвитку, сприяє становленню її пізнавальної діяльності та особистості [22].

Корекційний вплив ґрунтується на максимальному використанні позитивних можливостей дитини з порушеннями психофізичного розвитку й поступово створює можливості для активізації порушених функцій. У результаті такого навчання в дитини з відхиленнями в розвитку накопичуються знання, виробляються практичні вміння та навички, потрібні для життя. Крім того, відбувається корекція та компенсація дефектів, які має дитина.

Власна психічна активність дитини – її інтереси, схильності, емоції, сформованість довільних процесів. Саме тому таким важливим є виховання активної життєвої позиції у дитини з порушеннями психофізичного розвитку.

На своєрідність дитини з обмеженими можливостями активно впливають умови навколишнього середовища, особливо педагогічні.

Для розумово відсталої дитини якнайкращими умовами, які стимулюють її розвиток, будуть посилені завдання пізнавальної та трудової діяльності, які розвивають самостійність, емоційно-вольову сферу, характер.

На початкових етапах розвитку дитини з порушеннями в розвитку головною перешкодою до її навчання й виховання є первинний дефект. За відсутності корекційної дії надалі провідного значення починають набувати вторинні порушення (відхилення), і саме вони ускладнюють соціальну адаптацію дитини. Унаслідок цього виникають педагогічна занедбаність, розлад емоційно-вольової сфери та поведінки. Це обумовлене емоційно-

особистісними особливостями на фоні дефіциту спілкування, комфортності і відчуттями неспіху. Важливість корекційних дій у цьому сенсі беззаперечна.

3.3. Зона « найближчого» та «актуального» розвитку, значення для корекційного розвитку учнів з порушенням розвитку

Л. С. Виготським були здійснені експериментальні дослідження відносини між навчанням і розвитком. Це вивчення життєвих і наукових понять, дослідження засвоєння рідної та іноземної мов, зони найближчого розвитку.

Зона найближчого розвитку – це відстань між рівнем актуального розвитку дитини, яке визначається самостійними досягненнями дитини, і рівнем можливого розвитку, визначеним за допомогою завдань, що вирішуються під керівництвом дорослих. Як пише Л. С. Виготський, «зона найближчого розвитку визначає функції, не дозрілі ще, але які знаходяться у процес дозрівання; функції, які можна назвати не плодами розвитку, а бруньками розвитку, квітами розвитку». «Рівень актуального розвитку характеризує успіхи розвитку, підсумки розвитку на вчорашній день, а зона найближчого розвитку характеризує розумовий розвиток на завтрашній день». Поняття зони найближчого розвитку має важливе теоретичне значення і пов'язане з такими фундаментальними проблемами дитячої та педагогічної психології, як виникнення і розвиток вищих психічних функцій, співвідношення навчання і розумового розвитку, рушійні сили і механізми психічного розвитку дитини. *Зона найближчого розвитку* – логічний наслідок закону становлення вищих психічних функцій, які формуються спочатку у спільній діяльності, у співпраці з іншими людьми і поступово стають внутрішніми психічними процесами суб'єкта. Коли психічний процес формується у спільній діяльності, він знаходиться в зоні найближчого розвитку; після формування він стає формою актуального розвитку суб'єкта [15]. *Феномен зони найближчого розвитку* свідчить про провідну роль навчання в розумовому розвитку дітей і має велике значення для корекційної педагогіки оскільки виховна робота з аномальною дитиною має проводитися з урахуванням і індивідуальних і вікових особливостей і повинна бути спрямована на формування у неї самостійності, навичок самообслуговування, праці й культур: поведінки, уміння жити й працювати в колективі.

Таким чином, виховання й навчання мають носити розвиваючий характер, з огляду на зону найближчого розвитку.

Поняття зони найближчого розвитку має важливе теоретичне значення і пов'язане з такими фундаментальними проблемами дитячої та педагогічної психології:

- виникнення і розвиток вищих психічних функцій;
- співвідношення навчання і розумового розвитку;
- рушійні сили і механізми психічного розвитку дитини.

МОДУЛЬ 2.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УЧНІВ З ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ

ЛЕКЦІЯ 4.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ, НАВЧАННЯ ТА ВИХОВАННЯ ОСОБИСТОСТІ ПРИ ГЛИБОКИХ ПОРУШЕННЯХ ЗОРУ

Мета: розкрити особливості психічного розвитку дітей з порушенням розвитку зору.

План:

- 4.1. Загальна характеристика дітей з порушенням зору.
- 4.2. Причини порушень зору.
- 4.3. Особливості психічного розвитку дітей з порушенням зору.

4.1. Загальна характеристика дітей з порушенням зору

Здатність бачити, тобто відчувати, сприймати навколишню дійсність за допомогою зорового аналізатора називається зором. Зір є визначальним у формуванні уявлень про реально існуючі предмети і явища. За допомогою зору пізнаються істотні ознаки різноманітних об'єктів (світло, колір, величина), здійснюється орієнтування в просторі, сприймається образотворче та архітектурне мистецтво, спостерігаються складні зміни в природі. Зір відіграє величезну роль не тільки в розвитку власне зорових сприйнять, але і в розвитку просторових уявлень (просторове орієнтування в навколишньому середовищі), рухової сфери, оскільки рухи розвиваються під зоровим контролем. Зір тісно взаємодіє з руховим, тактильним, нюховим, слуховим аналізаторами, утворює з ними складні динамічні системи зв'язків. З цієї причини зорова функція впливає на діяльність інших функцій і комплексно вони формують складні, синтетичні образи, що відображають предмети та реальний світ [24; 10]. Втрата функцій зору приводить до значних змін у розвитку людини.

Ступінь порушення функції зорового аналізатора визначається зниженням гостроти зору. Гострота зору перевіряється за таблицями, складеними з 10–12 видів літер або знаків. Для перевірки гостроти зору в дітей використовуються таблиці із зображенням різних добре відомих предметів. Кожен наступний ряд знаків порівняно з попереднім позначає відповідну різницю в гостроті зору на 0,1 D. Гострота зору більшості людей, яка характеризується здатністю визначати літери або знаки десятого рядку таблиці на відстані 5 м, дорівнює 1,0 і вважається нормальною. Пацієнт, який визначає на цій 94 відстані літери й знаки 5 рядку, має гостроту зору 0,5, а першого рядку – 0,1. Якщо гострота зору нижча ніж 0,1, використовується рахунок пальців. Дитина, яка рахує пальці руки на відстані 5 м, володіє гостротою зору, що дорівнює 0,09. Той же рахунок пальців рук на відстані 2 м приблизно відповідає гостроті зору 0,04, на відстані 0,5 м – 0,01, а з відстані 30 см – 0,005. Гострота зору, при якій дитина не розрізняє пальців, а бачить лише світло, дорівнює світловідчуттю. Якщо дитина не може відрізнити світла від темряви, гострота зору дорівнює нулю. Дітей зі стійкими дефектами зору поділяють на сліпих та слабозорих.

Сліпими є діти, у яких повністю відсутні зорові відчуття або збережені відчуття світла чи залишковий зір. *Сліпота* – двостороння втрата зору, яка не виліковується. Розрізняють різні ступені втрати зору: *абсолютна (тотальна) сліпота*, при якій повністю відсутні зорові сприйняття (відчуття світла та розпізнавання кольору); *практична сліпота*, при якій зберігається або відчуття світла на рівні розрізнення світу або темряви, або залишковий зір, який дозволяє рахувати пальці рук біля обличчя, розрізняти контури, силуети та колір предметів безпосередньо біля очей. Більшість сліпих дітей мають залишковий зір. За часом виникнення зорового дефекту сліпих поділяють на *сліпонароджених* (якщо зір втрачено до народження та у віці до трьох років) та *осліплених* (тих, що втратили зір у подальшому житті й зберегли в пам'яті певні зорові образи) [24; 10].

4.2. Причини порушень зору

Аналіз спеціальної літератури дозволяє порушення зору умовно розділити на *глибокі* та *неглибокі*. Залежно від глибини та ступеня порушень, може наступати *сліпота* або *слабозорість*.

До *неглибоких зорових порушень* належать: порушення окорухових функцій (косоокість, ністагм); порушення розрізнення кольору (дальтонізм, дихромазія); порушення характеру зору (порушення бінокулярного зору); порушення гостроти зору, які пов'язані з розладами оптичних механізмів зору (міопія, гіперметропія, астигматизм, амбліопія).

У дітей шкільного віку можна виділити найхарактерніші порушення зору, зорових захворювань різної складності [24; 8]:

Короткозорість (міопія) характеризується недоліком заломлюючої сили ока, у результаті якого діти погано бачать предмети, дії, які віддалені а також те, що написане на класній дошці. При читанні учні наближають книгу до очей, сильно схиляють голову під час письма, прищулюють очі при розгляді предметів – це перші ознаки розвитку міопії. Зорові можливості дітей з міопією при роботі поблизу відносно великі. Розрізняють три ступені міопії: слабкий ступінь – до 3 D (діоптрій); середня – від 3 до 6 D; високий ступінь – понад 6 D. При високому ступені міопії спостерігається відшарування сітчастої оболонки ока. Часто причиною відшарування сітківки є травма, надмірне фізичне навантаження, струс тіла і ін.

Далекозорість (гіперметропія) характеризується тим, що фокус паралельних променів після їх заломлення в оці опиняється лежачим позаду сітківки. У новонароджених очі, як правило, далекозорі. В результаті зростання ока розмір очного яблука збільшується, і до 10 років очі стають відповідними, а якщо розвиток ока відстає, то він стає далекозорим. При цьому функціональні можливості зорової системи при роботі поблизу гірші, ніж у короткозорих. Далекозорим дітям доводиться надмірно напружувати свій апарат акомодатції, напружена зорова робота викликає у них зорове стомлення, яке виявляється у вигляді головного болю, важкості в очах, у області лобу, а іноді в запамороченні, букви при читанні зливаються, стають неясними. Всі ці явища обумовлені перевтомою війкового м'язу. Розрізняють три ступені далекозорості: слабкий ступінь – до 3 D, середня – від 3 до 6 D, висока – більше 6 D. Гострота зору при слабкому та середньому ступені у більшості випадків буває нормальною. Але при високому ступені далекозорості у дітей наголошується поганий зір як вдалину, так і поблизу, зіниця звужена, розміри ока зменшені. При високому ступені далекозорості часто розвивається косоокість, що сходиться. Далекозорість коригується оптичними лінзами.

Косоокість характеризується відхиленням одного з очей від загальної точки фіксації. У цих дітей спостерігається периферичний зір, зниження гостроти зору ока, яке косить, значно знижена або порушена сприйнятливості предметів двома очима та здатність зливати їх зображення в єдиний зоровий образ. Прийнято розрізняти співдружню та паралітичну косоокість. При співдружній косоокості рухливість очних яблук не обмежена. Цей вид косоокості зустрічається значно частіше, ніж паралітичний. Вона може бути постійною або періодичною, сходиться (очне яблуко відхилено до носу),

розходитись (очне яблуко відхилено до скроні), однобічним (монокулярним), перемінним (відхиляється поперемінно то одне, то інше око). Співдружнтя косоокість з'являється у більшості випадків у віці від двох до чотирьох років. Паралітична косоокість обумовлена паралічем або парезом однієї або декількох окорухових м'язів. Вона характеризується обмеженням або відсутністю рухливості ока, який косить, у бік паралізованого м'яза.

Астигматизм – поєднання в одному оці різних видів рефракцій або різних ступенів рефракції одного виду. Симптоми астигматизму: виражені явища зорового стомлення, головні болі, рідше – хронічне запалення країв вік. Причинами розвитку астигматизму можуть бути: поранення ока, оперативні втручання на очному яблуці, хвороби рогівки. Око людини має два окових взаємно перпендикулярних меридіана: з найбільшою здатністю до заломлювання і з якнайменшою здатністю до заломлювання. За силою заломлення впродовж меридіану розрізняють: а) правильний астигматизм – має однакову заломлюючу силу впродовж всього меридіану, у більшості випадків – це вроджена або спадкова патологія; б) неправильний астигматизм – розвивається за рахунок причин, які перераховані вище, характеризується змінами на різних відрізках одного меридіану, практично не піддається корекції. Відомі три види правильного астигматизму: простій – поєднання нормального зору в одному меридіані з аномалією рефракції (міопія, гіперметропія) в іншому меридіані; складний – наявність в обох меридіанах рефракції одного характеру (міопія або гіперметропія), але різного ступеня; змішаний – поєднання міопії в одному меридіані з гіперметропією в іншому. Розрізняють також астигматизм: слабкого ступеня – до 3 D; середнього ступеня – від 3 до 6 D; високого ступеня – більше 6 D.

Ністагм (тремтіння очей) – мимовільні коливальні рухи очних яблук. За напрямом він може бути горизонтальним, вертикальним і обертальним; за виглядом – маятникоподібний, поштовхоподібний та змішаний. Причини виникнення ністагму: ураження таких ділянок мозку, як мозочок, гіпофіз, довгастий мозок та ін. Ністагм, як правило, не доставляє занепокоєння дітям, але вони випробовують нечіткість сприйняття навіть при достатньо високій гостроті зору, слабкість зору, яка погано піддається виправленню. Терапія ністагму здійснюється за допомогою корекції окулярами (за наявності аномалій рефракції), медикаментозного лікування, яке може призвести до часткового зниження амплітуди ністагму, підвищення зорових функцій.

Амбліопія – зниження зору без видимих причин, яке виражається у зниженні гостроти центрального зору. Часто виникає унаслідок вимушеної бездіяльності ока при косоокості та порушенні бінокулярного зору. При

амбліопії не спостерігаються органічні порушення, проте в деяких випадках вона може призвести до амоврозу (повній сліпоті). У незрячих дітей найчастіше зустрічаються часткова атрофія зорового нерву або повна атрофія зорового нерву.

Катаракта – помутніння кришталика ока, що призводить до значного зниження гостроти зору.

Глаукома – підвищення внутрішньоочного тиску, який, у свою чергу, призводить до підвищення внутрішньочерепного тиску.

Ретролентальна фіброплазія – захворювання, при якому за кришталиком утворюється щільна мембрана із сполучної тканини та сітківки, яка відшаровується, у результаті токсичної дії 80-100% кисню, який дають недоношеним дітям, що викликає часткове або повне відшарування сітківки. Найчастіше ретролентальна фіброплазія закінчується сліпотою. Це захворювання на сучасному етапі займає друге місце із загального числа очних захворювань у дітей.

У незрячих дітей також наголошуються такі порушення зору, як зниження функцій зорового аналізатора, ураження органу зору або ока в цілому, пухлини мозку або ока (ретинобластома) та ін.

До аномалій розвитку *спадкового* походження належить *мікрофтальм* – груба структурна зміна ока, яке характеризується зменшенням розмірів одного або обох очей у різних ступенях виразності та значним зниженням зору. У виняткових випадках трапляється *анофтальм* – вроджена відсутність очей. Найбільш поширеною формою вродженої зміни органу зору є *катаракта*. Вродженим захворюванням є *пігментна дистрофія (дегенерація)* сітківки, яка характеризується звуженням поля зору до повної його втрати, та *астигматизм*.

Набуті зорові аномалії можуть бути викликані: внутрішньочерепними та внутрішньо-очними крововиливами, травмами голови, ускладненими пологам, різноманітними травматичними ушкодженнями мозку (удари або поранення голови) та очей у післяпологовий період, які можуть призвести до порушення зору. Набута катаракта нерідко буває травматичного походження. Тяжким захворюванням є глаукома, яка призводить до втрати зору; атрофія зорового нерву – захворювання, яке характеризується порушенням зв'язку між сітківкою ока й зоровими центрами; захворювання центральної нервової системи (менінгіт, менінгоенцефаліт). Ускладнює наслідки багатьох аномалій прогресуючий характер зорового аналізатора.

До прогресуючих порушень зору належать і такі види порушень заломлюючої здатності ока, як *короткозорість* або *далекозорість*, які

обумовлюють значне зниження зору. *Далекозорість* трапляється в дітей значно рідше, ніж короткозорість. Кількість дітей з короткозорістю має тенденцію до збільшення. Це, звичайно, відбувається при порушенні санітарно гігієнічних норм навчального процесу (недостатнє освітлення, перевантаження зорового аналізатора). У разі прогресуючої короткозорості погіршується зір і загальний стан організму (наприклад, послаблення опорного-рухового апарату).

До *не прогресуючих дефектів зорового аналізатора* належать деякі вроджені вади (астигматизм, катаракта). Причинами цих дефектів можуть стати також наслідки захворювань і очних операцій. Основні причини дитячої сліпоти визначаються здебільшого рівнем соціально-економічного розвитку країни та можливостями профілактичних і лікувальних засобів. У розвинених країнах основними причинами є захворювання сітківки ока, зорового нерву та збільшення відрізків зорового шляху в результаті генетичних факторів та ін. [24; 8].

Вплив порушення зору на розвиток дитини залежить від ступеня зниження зору, типу розладу, віку, коли почалося погіршення, та загального рівня розвитку дитини. Багато дітей, які мають психофізичні порушення, можуть мати також і розлади зору, що затримуватиме моторний, розумовий та/або соціальний розвиток.

Маленька дитина з порушеннями зору не має змоги повноцінно ознайомлюватися з цікавими предметами, які її оточують, (власне, як і немає в цьому необхідності) і, таким чином, позбувається можливостей набутти досвід та навчитися. Така ситуація може тривати доки навчання не стане мотивацією або не почнеться втручання.

Внаслідок того, що дитина не має змоги бачити батьків або ровесників, вона не має можливості імітувати соціальну поведінку або розуміти невербальні знаки (якими люди зазвичай користуються під час спілкування). Проблеми, пов'язані зі зниженням зору, можуть перешкоджати становленню незалежності дитини.

Дітям, які мають порушення зору, якомога раніше потрібно надати допомогу, аби вони отримали користь від ранніх програм втручання. Комп'ютерні технології, оптичні та відео засоби можуть допомогти дітям з порушеннями зору різної складності під час звичайних шкільних занять. Для них існують друковані великим шрифтом навчальні матеріали, книжки зі шрифтом Брайля та на плівці.

Учням з порушеннями зору може знадобитися додаткова допомога як то: спеціальне обладнання, розвиток навичок слухання, комунікації,

орієнтування, мобільності, допомога у професійному становленні, у повсякденному житті.

Учням зі зниженим зором або майже сліпим може знадобитися допомога у розвитку навичок використання залишків зору.

Учні, які окрім порушень зору мають інші розлади, більшою мірою потребують удосконалення навичок самообслуговування.

Існують загальні рекомендації щодо організації навчання та виховання дітей з порушеннями зору:

1. Через кожні 10-15 хвилин учень має 1-2 хвилини перепочити, роблячи спеціальні вправи.
2. Освітлення робочого місця учня має бути не менш 75-100 кд/м².
3. Приберіть усі перешкоди на шляху до робочого місця учня.
4. В унаочненні доцільно використовувати більший шрифт, фон зробити не білим, а світло-жовтим чи світло-зеленим.
5. Пишучи на класній дошці, намагайтеся розташовувати матеріал так, щоб в учня він не зливався в суцільну лінію. З'ясуйте, написи, яким кольором крейди учень бачить краще.
6. Давайте можливість учням підійти до дошки чи унаочнення, щоб краще роздивитися написане.
7. Озвучуйте все, що пишете.
8. Намагайтеся все, що пишете на дошці, продублювати роздатковим матеріалом.
9. Зверніть увагу на якість роздаткового матеріалу: має бути матовий, а не глянцева папір, шрифт великим і контрастним.
10. Учневі з порушенням зору потрібно більше часу на виконання вправ, читання тексту. Не переобтяжуйте учня читанням великих текстів під час самостійного опрацювання матеріалу, краще поясніть ще раз усно, переконайтеся, що він все зрозумів.
11. З таких предметів як література, історія, географія тощо можна використовувати аудіозаписи. Не переобтяжуйте учня читанням великих текстів під час самостійного опрацювання матеріалу, краще поясніть ще раз усно, переконайтеся, що він все зрозумів.
12. Доцільно переглянути вимоги до письмових робіт. Іноді слабозорому учневі необхідно писати з використанням трафарету. Щоб правильно розташувати текст на сторінці та дотримуватися рядків.
13. Стежте за поставою учня, водночас, не обмежуйте його, коли він надто близько підносить тексти до очей.

14. Не робіть зайвих і не затуляйте учневі джерело світла, не використовуйте невербальні засоби спілкування (кивання головою, рухи рук тощо) [8].

Необхідно звернути увагу на особливості навчання дітей з вадами зору.

Зниження зору впливає не тільки на процес вивчення навколишнього світу, але і на розвиток мовлення, уяви дитини і його пам'яті. Діти з порушенням зору часто не здатні правильно розуміти слова, враховуючи слабке співвідношення слів з реальними об'єктами. Тому без допомоги логопеда обійтися досить складно.

Фізична діяльність – важлива складова лікування і розвитку. А саме рухливі ігри, які необхідні для стимуляції зору, зміцнення мускулатури, розвитку координації руху, навчання потрібним навичкам. Звичайно, тільки з урахуванням рекомендацій офтальмолога і діагнозу малюка, щоб уникнути зворотного ефекту.

Обов'язково навчання правильної орієнтації в просторі за рахунок виконання певних завдань/вправ.

При навчанні дитини якій-небудь дії, його повторюють багато разів до тих пір, поки його виконання не дійде до автоматизму. Супроводжується навчання словами та коментарями для того, щоб малюк розумів – що саме він робить і навіщо.

Що стосується іграшок – вони повинні бути великих розмірів і неодмінно яскравими (не отруйно-яскравими). Бажано не забувати про музичних іграшках і тих, що призначені для стимуляції тактильних відчуттів.

Всередині сім'ї батьки повинні залучати дитину в реалізацію обов'язків по дому. Обмежувати спілкування дитини з дітьми, які не мають проблем із зором, не слід.

В освіті, як у шкільному, так і в дошкільному, потребують усі діти. А діти з порушеннями зору – у спеціальній освіті. Звичайно, якщо порушення не надто серйозні, то дитина може навчатися і у звичайному садку (школі), як правило – користуючись окулярами або контактними лінзами для корекції зору. Щоб уникнути різних неприємних ситуацій, інші діти повинні бути інформовані про особливості здоров'я слабозорої дитини.

Загальні ознаки захворювань очей у дітей наступні:

- Дитина швидко втомлюється під час занять, що вимагають зорових навантажень, скаржиться на головний біль, тріє очі під час читання;
- Її очі часто виглядають почервонілими;

- Занадто близько підносить до обличчя іграшку або книгу, нахиляє голову при спробі щось розглянути; або навпаки — відсуває предмет подалі;
- Очі дитини дивляться в різних напрямках (цей може бути слабо виражене або проявлятися в моменти перевтоми і стресу);
- Дитина примружує очі, закриває одне око або часто моргає, щоб розглянути дрібні деталі;
- Прагне сісти ближче до телевізора, нахиляється вперед під час гри за комп'ютером;
- У дитини є проблеми з переміщенням в просторі (вона ударяється об стоячі предмети, упускає речі на підлогу).

4.3. Особливості психічного розвитку дітей з порушенням зору

Для сліпих дітей характерна своєрідна орієнтовна реакція на звук, бо звук є основним фактором їх орієнтування. Глибокі дефекти зору негативно впливають на формування рухових навичок сліпонародженої дитини. Невдачі та труднощі, які виникають у процесі навчання ходіння закріплюються у вигляді неприємних переживань і призводять до різкого обмеження рухових функцій у сліпих дітей. Розвиток вищих форм пізнавальних процесів (увага, логічне мислення, вимова, пам'ять) у сліпонароджених дітей практично відбувається нормально. Разом із тим, порушення взаємодії чуттєвих та інтелектуальних функцій виявляється в деякій своєрідності їх розумової діяльності. *Для дітей з порушеннями зору, навіть при значному ступені порушення, зір залишається! основним засобом сприйняття.* Зоровий аналізатор використовується ведучий у навчальному процесі (читання, письмо), як і у дітей, що нормально бачать. Тобто, інші аналізатори не замінюють зорових функцій, як відбувається у сліпих [24].

Зоровий дефект, особливо тотальна сліпота, руйнівню позначається соціальною перцепцією, зумовлюючи значний дефіцит чуттєвого досвіду, призводить до вибіркового сприйняття учнями підліткового віку окремих сигналів. Аналіз вітчизняних дослідників переконує у тому, що мають місце суттєві відмінності у сприйманні сигнального комплексу сліпими та нормальнозорими підлітками. Так, у нормі, серед сигналів, що сприймаються, домінує *міміка* (45,0%), друге місце посідає *пантоміміка* (27,5%), третє – *голос* (25,0%), четверте – *запах* (2,5%).

Інше співвідношення сигналів спостерігається у сліпих учнів. Тотально сліпими сприймається лише два сигнали: *голос* (82,4%) та *запах* (17,6%). Дітям із залишками зору є доступним увесь сигнальний комплекс, але при

сприйманні в ньому домінує *голос* (65,7%). *Міміка* становить – 25,7%, *запах* – 7,2%, *пантоміміка* – лише 1,4% [24].

Велике значення для розвитку психіки незрячої людини має час настання сліпоти. Психічний розвиток сліпої чи слабозорої особи має свої особливості. Сліпі особи не можуть безпосередньо сприймати візуальні й просторові ознаки об'єктів і явищ навколишньої дійсності, що серйозно збіднює їх чуттєвий досвід, ускладнює орієнтування в просторі, перешкоджає образному мисленню. Сліпота також негативно впливає на формування моторно-рухової сфери людини.

На розвитку вищих форм пізнавальної діяльності (логічного мислення, мови, довільного запам'ятовування, цілеспрямованої уваги) сліпота, по суті, не відбивається. Однак певна дисгармонія у взаємодії чуттєвих та інтелектуальних (пов'язаних з абстрактно-логічним мисленням) функцій у них нерідко має місце. Наприклад, перевагою словесно-логічної форми пізнання над чуттєвою можна пояснити те, що сліпі особи іноді володіють досить широким запасом абстрактно-словесних конструкцій, не наповнених, однак, адекватним конкретно-предметним змістом. Спостерігається у них і деяке відставання у розумінні слів з конкретним значенням.

Сліпота, яка затримує формування руху, виявляється також на заняттях фізкультурою. З метою компенсації цього недоліку застосовують прийоми, за допомогою яких у сліпих дітей формуються навички контролю за власними рухами на основі слухових і шкіряних відчуттів. Цілеспрямовані та дозовані фізичні вправи є могутнім засобом корекції повторно порушених рухових функцій сліпих дітей.

Важливу роль у процесі компенсації сліпих відіграє мовлення. Використання систем умовних позначень дозволяє навчати сліпих читанню або письму за рельєфною системою Брайля. Ця система являє собою рельєфно-точковий шрифт, кожна літера якого складається із випуклих точок. Різноманітні комбінації цих точок дають можливість отримати кількість знаків, достатню для позначення всіх літер абетки, цифр, знаків пунктуації та ін. Ефективним засобом, який компенсує дефекти зору сліпих дітей, є використання звукового умовного кодування. Застосовуючи різноманітні тифлопристрої на основі умовної звукової сигналізації, сліпі можуть сприймати звукові ознаки навколишнього світу та явищ. У процесі навчання педагогам і батькам слід виходити з того, що компенсація сліпоты починається в дитини з перших місяців її життя.

Дефекти зору впливають на своєрідність емоційно-вольової сфери та характеру. Труднощі в навчанні, грі, оволодінні професією, побутові

проблеми викликають складні хвилювання й негативні реакції. В одних випадках своєрідність характеру й поведінки виявляється в невпевненості, пасивності, схильності та самоізоляції, в інших – у роздратуванні, збудливості і навіть агресивності. Успіх компенсаторних процесів залежить також від таких факторів, як час і ступінь ураження зорової функції, причин, які викликають сліпоту. Завдяки компенсації, звичайно, не відбувається повної нейтралізації дефектів. Важче за все піддаються компенсації ті психічні процеси, які найбільш тісно пов'язані з ураженим аналізатором.

ЛЕКЦІЯ 5. ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ, НАВЧАННЯ ТА ВИХОВАННЯ ОСОБИСТОСТІ ПРИ ГЛИБОКИХ ПОРУШЕННЯХ СЛУХУ

Мета: надати знання про особливості психофізіологічного розвитку дітей з порушенням слуху, та види порушень слуху.

План:

- 5.1. Причини порушення слухового аналізатора.
- 5.2. Загальна характеристика дітей з порушенням слуху.
- 5.3. Особливості психічного розвитку дітей з порушенням слуху.

5.1. Причини порушення слухового аналізатора

Вади слуху – повна або часткова нездатність чути. Полягає у неправильній передачі або сприйнятті органом слуху звуків.

Часткова глухота полягає у втраті здатності чути деякі частоти або розрізняти звуки з низькою амплітудою.

Повна глухота – цілковита втрата слуху або таке його пониження, при якому неможливе розбірливе сприйняття мови.

Вроджене порушення слуху виникає як наслідок впливу на плід, що розвивається, різноманітних шкідливих факторів з боку організму матері. До них належать вірусні інфекції (кір, грип), особливо у випадку їхнього виникнення в матері в перші три місяці вагітності, внутрішньоутробні інтоксикації хімічними, лікарськими речовинами, алкоголем, перенесення жовтяниці й неврологічних розладів [24].

Слуховий аналізатор може бути уражений внаслідок травми плода.

Вроджена глухота – це втрата слуху, коли людина не сприймає звуки з гучністю до 90 дБ. Патологія проявляється після народження або в ранньому дитячому віці, ще до того, як дитина почала освоювати мову.

Набуті порушення слуху трапляються частіше, ніж уроджені. Серед причин, які викликають набуті недоліки слуху, основне місце займають:

- *Інфекційні захворювання* – менінгіт, кір, скарлатина, паротит, пневмонія. При менінгіті порушення слуху виникає внаслідок ураження апарату, який сприймає звуки, при інших інфекціях слухова функція може постраждати як у результаті враження середнього вуха, так і в результаті захворювання нервового апарату, який сприймає звуки. Захворювання апарату, який сприймає звуки, спричиняє, як правило, більш важкі порушення слуху, ніж захворювання середнього та зовнішнього вуха. Ці, переважно дитячі, хвороби останніми роками трапляються рідше завдяки покращенню профілактичних заходів, застосуванню нових ефективних засобів і методів лікування;

- *хронічна вушна інфекція* (наприклад, хронічний середній отит є поширеною причиною втрати слуху серед дітей);

- *скупчення ексудату (рідини) в вусі (середній отит);*

- *використання деяких лікарських засобів* (наприклад, препаратів для лікування неонатальних інфекцій, малярії, мультирезистентного (стійкого до ліків) туберкульозу та онкологічних захворювань);

- *травми голови або вуха;*

- *надмірний шум* (наприклад, від обладнання на робочих місцях, вибухів);

- *негативний вплив гучних звуків* (наприклад, при використанні аудіо пристроїв, регулярному відвідуванні концертів, нічних клубів, спортивних заходів тощо);

- *старіння;*

- *вушна сірка або сторонні предмети, що блокують зовнішній слуховий прохід.*

5.2. Загальна характеристика дітей з порушенням слуху

До категорії *глухих* належать діти, слух у яких пошкоджений так, що вони самостійно не можуть використати його для розвитку мовлення. Найхарактернішою рисою їхнього розвитку є те, що вроджене або набуте в ранньому (домовному) періоді різке ураження слуху унеможливорює сприйняття мовлення інших і призводить до глухонімоти, тобто дитина не оволодіває звуковим мовленням без спеціального навчання, оскільки не може сприймати й наслідувати мовлення оточуючих. Навіть якщо в глухої дитини до моменту втрати слуху був сформований певний мовленнєвий запас (наприклад, при настанні глухоти в дворічному віці), за відсутності

спеціальних прийомів навчання й виховання він досить швидко втрачається. Загальний темп психічного розвитку в глухих дітей уповільнюється. Однак створення спеціальних корекційних умов виховання, які активізують компенсаторні процеси, дає змогу поступово вирівняти їх психічний розвиток [24].

Серед глухих людей розрізняють:

а) *глухих без мовлення (ранооглухлі);*

б) *глухих, які зберегли мовлення тією чи іншою мірою (пізнооглухлі).*

Пізнооглухлі – це категорія дітей, які втратили слух після того, як мовлення в них вже сформувалося, і тому збереглося тією чи іншою мірою. У пізнооглухлих дітей внаслідок відсутності або різкого послаблення можливості слухового контролю за власним мовленням виявляються ті чи інші дефекти вимови. У пізнооглухлих може бути різний ступінь порушення слуху й різний рівень збереження мовлення (оскільки після виникнення порушення слуху без спеціальної педагогічної підтримки словесне мовлення починає розпадатися), але всі вони мають навички словесного спілкування, словесно-логічне мислення, яке сформувалося на тому чи іншому рівні. Для таких дітей на момент вступу до спеціальної (корекційної) школи (для слабочуючих) першочерговим завданням є засвоєння навичок зорового або (слухозорового) сприйняття мовлення, яке до них звернене.

Слабочуючими (туговухими) є діти з частковою недостатністю слуху, що призводить до порушення мовленнєвого розвитку; до цієї групи належать діти зі зниженим слухом від 15 до 75 дБ; порівняно з глухими дітьми, слабчочуючі діти мають такий слух, який допомагає їм на основі слухового сприйняття мовлення оточуючих засвоїти мінімальний, хоча й неповноцінний за своїм фонематичним оформленням, запас слів.

За часом виникнення розрізняють *ранню* та *пізню глухоту*. *Рання глухота* – ураження слуху, яке виникло в дитини в домовному періоді або на початку формування мовлення. *Пізньою* вважається глухота, що вразила дитину, яка вже володіла мовленням. У багатьох глухих має місце порушення функцій вестибулярного апарату, що найчастіше виникає при набутому враженні слухової функції. Відчуваючи потребу в спілкуванні з тими, хто оточує, глухі користуються міміко-жестовою мовою, тобто своєрідним засобом передачі інформації за допомогою міміки та жестів, кожен з яких має своє значення. У спілкуванні глухих зі спеціально не підготовленими людьми, які чують, використання міміко-жестової мови є вкрай обмеженим [24].

Тому найважливішу роль у вихованні глухих дітей відіграє формування у них словесного мовлення. У навчанні глухих використовується дактильна форма мовлення – ручна азбука. Вона замінює собою усне мовлення при спілкуванні між собою грамотних людей, що нечують. Дактильні знаки замінюють собою букви. У дактилології звичайно стільки ж знаків скільки букв є в рідній мові дитини. *Дактилологія* – важливий засіб формування словесного мовлення та спілкування глухих. Вона має наочний характер, легко сприймається й відтворюється дітьми. Дактилологія полегшує дітям з порушенням слуху засвоювати усне й письмове мовлення. Вона використовується і на заняттях, і в побуті.

В Україні щорічно народжується 500 тисяч дітей. За статистикою, з них 0,3%, тобто, 1500 немовлят, мають вроджені слухові порушення. З них – 500 мають важку втрату слуху [40].

Порушення слуху у дітей старших вікових груп збільшується і становить до 3% серед дітей віком 3-17 років. За даними американських дослідників, поширеність порушень слуху у старшокласників може сягати 15-17% через прослуховування гучної музики та відвідання рок-концертів.

Вже незначне зниження слуху, вроджене або набуте в ранньому віці, призводить до затримки мовного розвитку дитини, яка вчиться говорити. У дітей з порушенням слуху також спостерігаються послаблені соціальні навички, труднощі в навчанні, зміни у характері.

Діти навчаються усному мовленню через слухання. Діти з порушеннями слуху мають труднощі в опануванні мовленням та, відповідно, відстають у мовному розвитку, або, усне мовлення та мова у них взагалі не розвивається.

Порушення слуху впливає на розвиток дитини так:

- Затримує розвиток мовлення: дитина не промовляє принаймні 50 окремих слів та прості речення у двохлітньому віці;
- Словниковий запас поповнюється дуже повільно. Різниця між словниковим запасом дитини з порушеним слухом і добре чуючої дитини збільшується з віком;
- Діти з втратою слуху неправильно вимовляють звуки мовлення, особливо такі, як «с», «ш», «ф», «т», «к»;
- Є труднощі при складанні складних речень;
- Часом нечують власного голосу, що вимушує їх розмовляти дуже голосно або дуже тихо;
- Мають незадовільні навчальні успіхи;
- Проблеми спілкування призводять до соціальної ізоляції й ще більшої затримки мовного розвитку [40].

Немовля з порушенням слуху:

- Не реагує на голосні звуки.
- Не повертає голову в напрямку звуку.
- Не промовляє хоча б декілька слів у віці 12 місяців.

Дитина молодшого віку з порушенням слуху:

- Відстає у мовленнєвому розвитку.
- Мовлення звучить не чисто.
- Не виконує прохання, вказівки.
- Просить повторити, що було сказано.
- Включає голосно музику та телевізор.

У дошкільному та молодшому шкільному віці унаслідок порушення слуху відбувається:

- Спостереження, висновки родичів, вихователів та вчителів, що дитина повільно опановує мовлення.
- Відставання дитини в мовному розвитку від своїх однолітків; така розбіжність може бути виявлена вдома, в дитячому садку, в школі.
- Труднощі в концентрації, розсіяна увага, неадекватна поведінка.
- Труднощі в навчанні.
- Неадекватна, затримана, або відсутня реакція на звуки та мовлення, тихі та/або середньої гучності.
- Часте вживання вигуків «Що?», «Як?» , «А?».
- Постійне спостереження за обличчям співрозмовника.
- Труднощі розуміння мовлення на тлі шуму та гамору.
- Присування близько до телевізора в той час, коли гучність для інших дуже голосна, неадекватне підвищення гучності телевізора та інших.
- Утруднене спілкування по телефону.
- Неадекватно низька або відсутня реакція на голосні звуки.
- Труднощі у локалізації джерела звуків.

Наслідками некорегованої втрати слуху у дітей дошкільного віку є:

- Відставання у психофізичному розвитку в середньому на 1 – 3 роки від однолітків.
- Недостатня рухова активність.
- Порушення координації рухів и низький рівень просторової орієнтації.
- Сповільнення виконання окремих рухів та темпу рухової діяльності в цілому.
- Труднощі в переключенні уваги.
- Весь процес запам'ятовування базується на зорових образах.

- Чутливість до зміни кліматичних умов.
- Сповільнення процесу засвоєння інформації, труднощі спілкування з оточуючими.
- Труднощі взаємодії з іншими дітьми можуть привести до формування таких рис характеру, як агресивність і замкненість [40].

Дитина з порушенням слуху здатна опанувати специфічні знання та вміння, якими не володіє слабочуюча дитина, зокрема це читання з губ, здатність обробляти мовленнєву інформацію лише за окремими фрагментами звукового потоку (фонемами, складами, окремими словами), розпізнавати мовлення за тактильно-вібраційними сигналами тощо.

Глуха дитина здатна сприймати специфічне звучання мовлення та ідентифікувати з конкретними фонемами лише третю частину, а в окремих текстах лише четверту частину всіх звуків, які містить звернене до неї усне повідомлення (текст). Саме за цією обмеженою кількістю доступних слуховому сприйманню звуків їй необхідно зрозуміти звернене до неї мовлення.

Ось чому завдання фахівців, батьків полягає у тому, щоб забезпечити дитині доступність сприймання якомога більшої кількості звуків та їх ідентифікації з фонемами, що забезпечить якісніше сприймання, аналіз і розуміння мовлення. Педагоги повинні пам'ятати, що сприймання та розуміння глухою дитиною усного словесного мовлення є складною аналітико-синтетичною діяльністю, від якої вона швидко втомлюється.

Оскільки у дитини, яка погано чує, порушена чи відсутня акустична складова, то всі види сприймання в залежності від ступеня порушення слухового аналізатора розвиваються у зміненому вигляді.

У дитини з вадами слуху спостерігається *недостатній рівень розвитку слухового сприймання*, який є природним каналом сприймання звуків (шумів) навколишнього середовища, що несуть важливу інформацію про простір, час, предмети (об'єкти), їх характеристики, та сприймання мовлення як інших людей, так і власного. Порушення функції слухового сприймання мовлення як інших людей, так і власного. Порушення функцій слухового сприймання призводить до уповільненості розвитку здатності до наслідування мовлення та оволодіння ним [33].

У дітей з порушеннями слуху рухова чутливість є менш розвинутою, водночас зорове сприймання і вібраційна чутливість – більш розвиненими. Тактильні відчуття відіграють велику роль під час пізнання довкілля, в організації зорового сприймання предметів при їх тактильному обстеженні, у запам'ятовуванні слів у процесі обстеження та пізнання предметів, їх

деталей, у формуванні аналітичного й синтетичного сприймання та мислення. Розвиток тактильного сприймання, використання тактильних відчуттів як сигналів для називання предметів та їх деталей трактується як засіб формування пізнавальної активності, ініціативності при з'ясуванні та запам'ятовуванні словесних позначень предметів, деталей. Дослідження предметів неминуче призводить дитину до потреби ставити запитання про призначення предмета, його деталей. Отже, пізнання предметів докільля з опорою на тактильне (тактильно-зорове, тактильно-зоро-слухове) сприймання є засобом формування у дитини з вадами слуху пізнавальної активності, реалізації пізнавальних інтересів.

Проблеми з глухими дітьми в умовах інклюзивного навчального середовища є значно складнішими, аніж у роботі зі слабочуючими дітьми. Тому, як правило, для глухих дітей більш ефективними є інтегроване навчання (у спеціальному класі в умовах загальноосвітнього навчального закладу) або навчання у звичайному класі, але з обов'язковими індивідуальними додатковими заняттями з основних предметів і корекційно – розвивальними заняттями із сурдопедагогом.

Важливо правильно розміщувати учнів зі зниженим слухом у класі. Вони повинні сидіти близько до вчителя (на відстані 1,5-2 м). Під час пояснення вчитель мусить знаходитись у статичному положенні, краще біля столу. Учням легше «зчитувати» з обличчя тоді, коли воно знаходиться на рівні очей дитини. Дитина засвоює неспішне мовлення, чітку артикуляцію, слідує за хорошим освітленням обличчя. Учитель повинен урахувати, що у дітей із глибокими порушеннями слуху переважає конкретне мислення, тому при виникненні труднощів при освоєнні завдань на абстрактно-логічному рівні важливо використовувати наочність. У роботі з дітьми зі зниженим слухом важливо чітко структурувати навчальний матеріал, використовувати структурно-логічні схеми, опорні конспекти [33].

Для того, щоб привернути увагу дитини до себе, замість слів можна використовувати умовні жести, стукання по столу, удар підбором по підлозі. Можна попросити дитину, яка сидить поруч, привертати увагу дитини з порушенням слуху. Варто використовувати й жести, які означають підтримку, інформують про успіхи та досягнення дитини.

5.3. Особливості психічного розвитку дітей з порушенням слуху

Уся різноманітність порушень у розвитку дитини, яка не чує, не є наслідком тільки обмеженого доступу звукових подразників. Прямим наслідком останнього є лише порушення мовленнєвого розвитку. *Мовлення* виступає як засіб взаємозв'язку людей із навколишнім світом. Порушення

такого зв'язку призводить до зменшення інформації, яку одержують, що позначається на розвитку всіх пізнавальних процесів [24].

Своєрідно відбувається розвиток пізнавальної сфери дітей, що нечують. У них не формується з народження слухова увага. Деяка компенсація цього пропуску залежить від ступеня порушення слухового аналізатора, активізація якого можлива тільки за умови тривалої й систематичної роботи з розвитку слухового сприйняття. У багатьох дітей дуже рано виникає концентрація уваги до губ того, хто говорить, що свідчить про пошук самою дитиною компенсаторних засобів, роль яких бере на себе зорове сприйняття. Стійкість уваги може змінюватися залежно від видів діяльності. Загальним недоліком для всіх дітей є труднощі у переключенні уваги. Своєрідність розвитку уваги, сприйняття дітей, які мають порушення слуху, помітно впливає на діяльність пам'яті. У дітей домінує зорове сприйняття, тому весь процес запам'ятовування в основному будується на зорових образах, тоді як у тих, щочують, цей процес слухозоровий та спирається на активне звукове мовлення.

Відставання в *сенсорному* розвитку дітей, що нечують, пов'язане з вторинними дефектами: недорозвиненням наочної діяльності, відставанням у розвитку спілкування з дорослими, як мовленнєвого, так і невербального. Цим дітям недоступні самостійний аналіз ситуації, виділення властивостей і відносин об'єктів, істотних для виконання даної діяльності. Тільки на третьому році життя в діяльності дітей починає складатися практичне орієнтування на властивостях об'єктів, яке виявляється переважно в діях з дидактичними іграшками. Наочна діяльність не стає провідною в дітей у ранньому віці. Відставання в розвитку наочної та орудійної діяльності не тільки позначається на формуванні чуттєвої основи, але й відображається на рівні розвитку наочного мислення в дітей з порушеннями слуху. Вивчення стану наочних форм мислення в дітей свідчить про відставання не тільки в розвитку наочно-образного, але й наочно-дієвого мислення. Формування наочно-дієвого, практичного мислення в них відбувається зі значним відставанням у часі й з деякими кількісними та якісними відмінностями від його становлення в дітей, що нормально розвиваються, незважаючи на наявність загальних тенденцій розвитку [24].

Істотною якісною відмінністю в діях дітей з порушенням слуху є те, що *мовлення* в них не бере участі в процесі вирішення наочних завдань, відсутня функція мовлення, яка планує. Процес формування мовлення тісно пов'язаний із розвитком багатьох інших здібностей, які є передумовами для його виникнення і успішного розвитку. Мовлення передбачає сприйняття,

розуміння, перекодування, програмування висловів, відтворення (моторну реалізацію). Сприйняття та розуміння супроводжуються прогнозуванням, тобто передбаченням змісту інформації. Усе це впливає на вибір мовленнєвих засобів, на форму вислову. Порушення слуху перш за все позначається на психіці дитини, своєрідності її спілкування з людьми та навколишнім наочним світом. Відсутність внутрішнього мовлення та словесного опосередкування обмежують обсяг зовнішньої інформації і завжди супроводжуються сповільненістю та зниженням сприйняття, мислення, уваги, пам'яті, уявлення та всієї пізнавальної діяльності в цілому.

ЛЕКЦІЯ 6.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

Мета: розкрити сутність затримки психічного розвитку, та вплив даного порушення на розвиток дитини.

План:

- 6.1. Поняття про затримку психічного розвитку та її класифікація.
- 6.2. Загальна психолого-педагогічна характеристика дітей із затримкою психічного розвитку.
- 6.3. Організація та зміст корекційно-розвивального навчання дітей із затримкою психічного розвитку.

6.1. Поняття про затримку психічного розвитку та її класифікація

До категорії дітей із труднощами в навчанні належать діти, які мають через різні біологічні та соціальні причини стійкі ускладнення у засвоєнні освітніх програм за відсутності виражених порушень інтелекту, відхилень у розвитку слуху, зору, мовлення, рухової сфери. *Діти цієї категорії мають негрубі (слабо виражені) відхилення у функціонуванні центральної нервової системи (ЦНС), які негативно впливають на шкільну та соціальну адаптацію дитини.*

У дітей даної групи педагоги та психологи зазначають, у першу чергу, недостатню готовність до школи (інтелектуальну, емоційну та соціальну). до зазначеної категорії не входять діти, які не засвоюють масові програми через виражені відхилення у розвитку (розумова відсталість, грубі порушення мовлення, зору, слуху, рухової сфери, виражені порушення спілкування у формі раннього дитячого аутизму) [24].

Відповідно до соціально-педагогічного підходу до класифікації дітей із труднощами в навчанні таких школярів називають «діти групи ризику».

Основним критерієм для віднесення дитини до «групи ризику» педагогічного напрямку вважають її недостатню готовність до початку шкільного навчання. У спеціальній психології і корекційній педагогіці як самостійна виділяється типологічна група – *«діти з труднощами у навчанні, які обумовлені затримкою психічного розвитку»*. Для визначення цієї типологічної групи використовуються поняття: *«діти із затримкою психічного розвитку (ЗПР)»*, *«тимчасова затримка психічного розвитку у дітей»*, *«ЗПР конституціонального тenezу»*, *«ЗПР соматогенного походження»*, *«ЗПР психогенного походження»*, *«ЗПР церебрально-органічного тenezу»*, а також *«діти з труднощами у навчанні»* з обов'язковою вказівкою клініко-психологічних критеріїв даного стану (астено-невротичний синдром, синдром гармонійного інфантилізму, церебрастенічний синдром та ін.).

Ця класифікація дозволяє не тільки визначати стан (діагностика відбору), але й планувати комплекс корекційно-розвивальних, лікувально- та соціально-профілактичних заходів. Висновок про затримку психічного розвитку у дитини можуть надати психолого-медико-педагогічна консультація, медикопедагогічна комісія, інші консультативно-діагностичні служби. Шкільний психолого-медико-педагогічний консилиум веде динамічне спостереження за розвитком дитини, тобто здійснює діагностику розвитку та планує комплекс необхідних заходів.

Основним мотивом, щоб сумніватися в повноцінності інтелекту дитини є її *неуспішність*, яка виявляється в процесі навчання. Одна з найпоширеніших причин неуспішності – це *непідготовленість дітей до шкільного навчання, несформованість передумов до нього та навичок діяльності*. У тих випадках, коли дитина потрапляє в клас з низьким рівнем організації навчально-виховного процесу, її неуспішність переростає в *педагогічну занедбаність* [24].

Педагогічна занедбаність – стійке відхилення у свідомості та поведінці дітей, яке обумовлене негативним впливом середовища й недоліками виховання. Педагогічно запущених дітей нерідко називають важкими. Але це визначення швидше стосується не самих дітей, а умов, у яких вони виховуються: відсутність контролю та допомоги у навчанні з боку батьків, конфліктна ситуація в сім'ї, відсутність емоційно-позитивного контакту з батьками, іншими дорослими та дітьми; тривале знаходження в установах інтернатного типу, лікарнях та ін. Такі діти мають низький запас знань та здібностей, ніж їхні однолітки.

Допомога у навчанні соціально та педагогічно запущеним дітям надається в умовах масової, а не спеціальної (корекційної) школи.

Затримка психічного розвитку у дітей (захворювання часто позначається як ЗПР) – повільний темп вдосконалення деяких психічних функцій: мислення, емоційно-вольової сфери, уваги, пам'яті, який відстає від загальноприйнятих норм для конкретного віку [14]. Затримка психічного розвитку (ЗПР) – прояв незрілості психічних і психомоторних функцій у результаті сповільненого дозрівання морфофункціональних систем мозку під впливом різних несприятливих чинників. Це особливий вид аномалії, який виявляється в порушенні нормального темпу психічного розвитку дитини. Особливо помітною ЗПР є на початку шкільного навчання, коли виявляються недостатність знань і уявлень про навколишній світ, незрілість емоційної сфери та мотивації (відсутність пізнавальних і переважання ігрових мотивів), несформованість довільної поведінки, відставання в розвитку мовлення. У появі синдрому ЗПР істотну роль відіграють конституціональні чинники, органічна недостатність нервової системи генетичного походження, тривалі несприятливі умови виховання. Несприятливі соціальні чинники посилюють відставання в розвитку, проте не є єдиною або головною причиною ЗПР.

Причинами ЗПР є: низький темп психічної активності (коркова незрілість), дефіцит уваги з гіперактивністю (незрілість підкіркових структур), енергетичне виснаження нервових клітинок (на фоні хронічного стресу), вегетативна лабільність (нестійкість) на фоні соматичної ослабленості.

Причини ЗПР поділяють на *біологічні і соціальні*.

Біологічні:

- патології вагітності: важкий токсикоз, інтоксикація, інфекції, травми;
- недоношеність;
- внутрішньоутробна гіпоксія плоду;
- асфіксія при пологах;
- інфекційні, токсичні, травматичні захворювання в ранньому віці;
- генетична схильність;
- травми при пологах;
- відставання від однолітків у фізичному розвитку;
- соматичні захворювання (порушення в роботі різних органів);
- ураження окремих ділянок центральної нервової системи.

Соціальні:

- обмеження життєдіяльності протягом тривалого часу;
- психічні травми;

- несприятливі умови життя;
- педагогічна занедбаність [14].

В залежності від факторів, які призвели в підсумку до затримки психічного розвитку, виділяють декілька видів захворювання, на підставі чого складено ряд класифікацій.

Види затримки психічного розвитку за К. С. Лебединською:

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

Конституціональна ЗПР визначається спадковістю.

Соматогенна ЗПР набувається в результаті перенесеного захворювання, яке вплинуло на мозкові функції дитини: алергія, хронічні інфекції, дистрофія, дизентерія, стійка астения та ін.

Психогенна ЗПР визначається соціально-психологічним фактором: такі діти виховуються в несприятливих умовах: одноманітна середовище, обмежене коло спілкування, брак материнської любові, бідність емоційних відносин, вони почуваються обділеними.

Церебрально-органічна ЗПР спостерігається в разі серйозних, патологічних відхилень у розвитку мозку і визначається найчастіше ускладненнями в період вагітності (токсикоз, вірусні захворювання, асфіксія, алкоголізм або наркоманія батьків, інфекції, пологові травми тощо).

Кожен з видів по даній класифікації відрізняється не тільки причинами захворювання, але і симптоматикою і курсом лікування [14].

До ЗПР конституціонального походження відносять:

Інфантильність психіки часто поєднується з інфантильним типом статури людини, що вирізняється дитячою пластичністю міміки й моторики. Емоційна сфера таких дітей ніби перебуває на більш ранньому щаблі розвитку, відповідаючи психічному складу дитини молодшого віку : яскравість, жвавість емоцій, переживання емоційних реакцій у поведінці, у прояві ігрових інтересів, недостатній самостійності. Ці діти невтомні в грі, у якій проявляють чимало творчості й вигадки, але водночас швидко пересичуються інтелектуальною діяльністю. Школа для них є продовженням гри, вони приносять із собою іграшки, залізаючи з ними під парту. Психологи радять батькам таких дітей не віддавати їх рано до школи, дати їм можливість «догратися». Слід пам'ятати, що незрілість емоційної сфери ускладнює соціальну адаптацію.

До ЗПР соматогенного походження відносять:

ЗПР соматогенного походження з явищами стійкої соматичної астенії і соматичною інфантилізацією. Дана форма виникає внаслідок тривалої соматичної недостатності різного генезу (хронічні інфекції, алергійні стани, уроджені і придбані пороки внутрішніх органів і ін.). При виникненні ЗПР у цієї групи дітей велика роль належить стійкої астенії, що знижує не тільки загальний, але і психічний тонус. Велике значення мають соціальні фактори, що призводять до появи різних невротичних нашарувань (непевність, боязкість, примхливість, відчуття фізичної неповноцінності). Погіршує стан дитини режим обмежень і заборон, у якому він постійно знаходиться.

До ЗПР психогенного походження відносять:

ЗПР психогенного походження зв'язана з несприятливими умовами виховання: 1) асоціальна родина, 2) виховання за типом гіперопіки або гіпоопіки. Несприятливі соціальні умови, що травмують психіку дитини, сприяють виникненню стійких відхилень у його нервово-психічній сфері. Цю форму ЗПР треба вміти відрізнити від педагогічної занедбаності, що виявляється, насамперед в обмежених знаннях і уміннях дитини внаслідок недоліку інтелектуальної інформації. Дана форма ЗПР спостерігається при аномальному розвитку особистості за типом психічної нестійкості, обумовлена явищами гіпоопіки і гіперопіки. У дитини в умовах бездоглядності (гіпоопіки) не формується довільна поведінка, не стимулюється розвиток пізнавальної активності, не формуються пізнавальні інтереси.

Патологічна незрілість емоційно-вольової сфери сполучиться з недостатнім рівнем знань і бідністю уявлень. Розвиток дитини в умовах гіперопіки (надмірної, зайвої опіки) веде до виникнення в нього таких негативних рис особистості, як відсутність або недостатність самостійності, ініціативності, відповідальності. Діти з такою формою ЗПР не здатні до вольового зусилля, у них відсутня довільна форма поведінки. Усі ці якості призводять до того, що дитина виявляється непристосованою до життя.

Патологічний розвиток особистості за невротичним типом спостерігається в дітей, що виховуються в умовах, де панують брутальність, деспотичність, жорстокість, агресивність. Дана форма ЗПР часто зустрічається в дітей, позбавлених родини. У них відзначається емоційна незрілість, мала активність. Психічна нестійкість поєднується з затримкою формування пізнавальної діяльності [14].

До ЗПР церебрально-органічного генезу відносять:

ЗПР церебрально-органічного генезу (мінімальна мозкова дисфункція – що виникає у результаті ураження мозку) займає основне місце в

поліморфній групі затримки психічного розвитку. Діти з даною формою ЗПР характеризуються стійкістю і виразністю порушень в емоційно-вольовій сфері і пізнавальній діяльності. Функціональні розлади ЦНС накладають відбиток на психологічну структуру цієї форми ЗПР.

Залежно від особливостей прояву затримки психічного розвитку будується корекційна робота.

6.2. Загальна психолого-педагогічна характеристика дітей із затримкою психічного розвитку

У дітей із затримкою психічного розвитку спостерігається низький (порівняно з однолітками, які розвиваються нормально) рівень розвитку *сприйняття*. Це виявляється в необхідності більш тривалого часу для прийому та переробки сенсорної інформації; у недостатності, обмеженості, фрагментарності знань цих дітей про навколишній світ; в утрудненнях при впізнаванні предметів, які знаходяться в незвичному положенні, контурних і схематичних зображень. Ці діти не завжди впізнають і часто змішують схожі за зображенням літери та їх окремі елементи; часто помилково сприймають поєднання літер та ін. На думку деяких психологів, таке відставання в розвитку зорового сприйняття є однією з причин труднощів, які ці діти зазнають у навчанні [24].

У дітей цієї групи недостатньо сформовані і просторові уявлення: орієнтування в напрямках простору здійснюється на рівні практичних дій; часто виникають труднощі при просторовому аналізі та синтезі ситуації. Так, дитині дуже важко оцінювати форму предметів, які сприймаються нею за допомогою дотику та зору, вона також відчуває утруднення при відтворенні ритму, який сприймається на слух, а також графічно або моторно. Розвиток та формування просторових уявлень у дітей із затримкою психічного розвитку також має свої особливості. Наприклад, при складанні складних геометричних фігур та візерунків діти із ЗПР часто не можуть виконати повноцінний аналіз форми, установити симетричність, тотожність частин зконструйованих фігур, розташувати конструкцію на площині, з'єднати її в єдине ціле. У той же самий час, на відміну від розумово відсталих, діти цієї категорії правильно виконують порівняно прості візерунки.

Більш характерними для дітей із ЗПР вважають такі особливості уваги: нестійкість, неуважність, низьку концентрацію, труднощі переключення. Нестача уваги обумовлюється слабким розвитком інтелектуальної активності дітей, недосконалістю навичок та умінь самоконтролю. Характерною особливістю дітей із ЗПР є виражене порушення у більшості з них функції активної уваги. Розсіяність уваги, яка посилюється в міру виконання

завдання, свідчить про підвищену психічну виснаженість дитини. Для багатьох дітей із ЗПР характерний обмежений обсяг уваги, його фрагментарність. Дитина сприймає лише окремі фрагменти інформації, яка їй надається. Ці порушення уваги спричиняють затримку процесу формування понять.

Ще однією характерною ознакою ЗПР є відхилення в розвитку пам'яті. У дітей із ЗПР трапляються недоліки пам'яті, причому це стосується всіх видів запам'ятовування: мимовільного й довільного, короточасного й довготривалого. Ця особливість поширюється на запам'ятовування як наочного, так і словесного матеріалу, що позначається на рівні успішності. У дітей цієї категорії недостатньо сформовані основні розумові операції – аналіз, синтез, порівняння, узагальнення. При аналізі предмету або явища діти називають лише поверхневі, несуттєві якості з недостатньою повнотою та точністю. У результаті діти із ЗПР виділяють в зображенні майже вдвічі менше ознак, ніж їхні однолітки, що нормально розвиваються [24].

Діти з ЗПР демонструють високий порівняно з розумово відсталими дітьми рівень розумової діяльності, особливо під час розв'язання наочно-дієвих і наочно-образних завдань. Доволі високі показники спостерігаються під час виконання завдань за наочним зразком. Особливості розумової діяльності найбільш яскраво виявляються в словесно-логічному мисленні: відсутність готовності до рішення, недостатня виразність орієнтовного етапу в їхньому розв'язанні, невміння контролювати себе в процесі виконання завдання, низький рівень розвитку головних розумових операцій.

Симптоми ЗПР:

- відставання умінь і здібностей від однолітків: дитина не може здійснювати прості дії, характерні для його віку (обування, одягання, навичок особистої гігієни, самостійної їжі);
- відлюдкуватість і надмірна замкнутість: якщо вона цурається інших дітей і не бере участі у загальних іграх, це повинно насторожити дорослих;
- нерішучість;
- агресивність;
- тривожність;
- в період дитинства такі діти пізніше починають тримати голівку, робити перші кроки, говорити [14].

При затримці психічного розвитку у дітей однаково можливі прояви розумової відсталості та ознаки порушення в дуже важливій для дитини емоційно-вольовій сфері. Нерідко зустрічається їх комбінація. Бувають випадки, коли дитина з ЗПР практично не відрізняється від однолітків, але

найчастіше відсталість є досить помітною. Остаточний діагноз ставиться дитячим неврологом при цілеспрямованому або профілактичному огляді.

Відмінності ЗРП від розумової відсталості (РВ):

- при РВ психічний та інтелектуальний недорозвиток має незворотний характер, при ЗРП все поправно при належному підході;
- діти з ЗРП відрізняються від розумово відсталих здатністю використовувати допомогу, яка їм надається, самостійно переносити її на нові завдання;
- дитина з ЗРП намагається зрозуміти прочитане, тоді як при РВ таке бажання відсутнє [14].

6.3. Організація та зміст корекційно-розвивального навчання дітей із затримкою психічного розвитку

Реалізація системи корекційно-розвивального навчання дітей із ЗРП припускає організацію та здійснення основних напрямів: діагностико-консультативного, корекційно-розвивального, навчально-виховного, лікувально-профілактичного та соціально-трудоного. У загальноосвітніх школах створюються психолого-медикопедагогічні консилиуми, які здійснюють діагностику учнів та консультування батьків і педагогів з питань профілактики, лікування, організації допомоги та педагогічної підтримки дітям з труднощами у навчанні, готують документи на психолого-медико-педагогічну консультацію в разі спірного діагнозу або за відсутності позитивної динаміки в навчанні та вихованні дитини.

Поліпшення корекційної допомоги дітям із затримкою психічного розвитку потребує системи заходів, які можна розділити на *блоки*:

Діагностичний;

Оздоровчий;

Корекційний;

Виховний;

Освітній [14].

Навчання та виховання дітей із ЗРП вимагає специфічної корекційної спрямованості. Узагальнені правила та принципи цієї роботи є такими:

- необхідно здійснювати індивідуальний підхід до кожної дитини у всіх видах діяльності;
- слід запобігати виникненню стомлення, використовуючи для цього різноманітні засоби;

- необхідно використовувати методи, які максимально активізують пізнавальну діяльність дітей, розвивати їх мовлення й навички навчальної діяльності;
- слід проводити попередні (пропедевтичні) заняття до засвоєння того або іншого розділу програми;
- потрібно заохочувати успіхи дітей, розвивати в них віру у власні сили та можливості.

ЛЕКЦІЯ 7. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Мета: сформувати уявлення про види порушень опорно-рухового апарату, причини їх виникнення, та особливості розвитку та навчання даної категорії дітей.

План:

- 7.1. Види порушень опорно-рухового апарату.
- 7.2. Загальна характеристика дітей з дитячими церебральними паралічами.
- 7.3. Зміст корекційної роботи при ДЦП.

До категорії ДЦП (дитячий церебральний параліч) належить цілий ряд серйозних хвороб головного мозку, які виникають під час його пошкодження або порушення розвитку. Як правило, це стається під час пологів або в період вагітності. Прояви ДЦП в дітей можуть бути різні, починаючи від психічних розладів і до серйозних рухових вад. Іншими словами, дитячий церебральний параліч належить до хвороб генетичного походження, хоча на сьогоднішній день деякі лікарі вважають, що на ймовірність в даному випадку все-таки впливає фактор спадковості.

Основними причинами розвитку ДЦП в дітей є:

- пошкодження клітин головного мозку під час тривалого кисневого голодування, яке може бути спровоковане асфіксією, травмою або гіпоксією, які мали місце у період вагітності або після пологів;
- ендокринні або інфекційні захворювання матері під час виношування дитини, а також передчасне відшаровування плаценти, підвищений радіаційний фон та ряд інших факторів. [4].

Як свідчить лікарська статистика, серед дітей, що страждають на ДЦП, майже 50 % народжені недоношеними.

В окремих випадках симптоми ДЦП в дитини лікарі помічають зразу після її народження. Але в більшості дітей ознаки захворювання починають

виникати поступово і дуже важливо виявити їх якомога раніше. Серед поширених ознак ДЦП найбільш очевидними є:

- порушення рухової активності. Наприклад, при наявності ДЦП значно пізніше дитина починає сидіти і повзати, самотійно перевертатися, утримувати голову і ходити. Слід зазначити, що в таких дітей значно довше зберігаються рефлекси грудних дітей. В дітей з церебральним паралічем м'язи можуть бути надто розслаблені або надто напружені, залежно від конкретного випадку. Незалежно від того чи іншого стану м'язів, кінцівки дітей, у зв'язку з неправильним навантаженням, змінюють своє природне положення.

- судомний синдром (спостерігається приблизно у 25 - 30 % дітей з ДЦП). Характерно те, що судоми зазвичай починають виникати не в ранньому віці, а значно пізніше, коли дитина трохи підросте.

- порушення мови, зору, слуху, неправильне сприйняття навколишнього простору, дезорієнтація в просторі, затримка психоемоційного розвитку та епілепсія – один з найбільш небезпечних симптомів. Дітям з ДЦП важко адаптуватись в суспільстві, в них виникають проблеми з навчанням, їх часто турбують функціональні розлади сечостатевої та кишково-шлункової систем [4].

Відразу після народження встановити діагноз ДЦП в дитини досить важко. Однак батькам потрібно негайно звернутися до дитячого невролога, якщо:

- на 1 місяці життя дитина моргає при різких та гучних звуках;
- в 4 місяці малюк не реагує на звуки поворотом голови;
- на 4 місяці життя дитина не простягає руки до іграшки;
- в 7 місяців дитина не сидить без допомоги дорослих;
- річна дитина не може навчитись вимовляти слова;
- в 12 місяців малюк виконує всі рухи лише однією рукою;
- дитина в 1 рік ще не ходить;
- в дитини надто повільні або різкі рухи;
- проявляється косоокість;
- виникають судоми.

7.1. Види порушень опорно-рухового апарату

У нашій країні користуються наступною класифікацією:

- Спастична диплегія;
- Двобічна геміплегія;
- Гіперкінетична форма;

- Атонічно-астатична форма ДЦП;
- Геміпаретична форма ДЦП.

Спастична диплегія – форма ДЦП, яка характеризується центральними паралічами кінцівок з переважанням спастичного парепарезу (виникають деформації верхніх кінцівок: розвиваються привідні та внутрішньоротаційні контрактури в плечових суглобах, згинальні контрактури в ліктьових та променевоzap'ястних суглобах). Трапляється в 50% випадків. За поширеністю рухових порушень це тетрапарез (парез усіх чотирьох кінцівок), при якому ноги вражаються більше, ніж руки. Прогноз рухових можливостей менш сприятливий, ніж при геміпарезі. Лише 20–25% хворих ходять самостійно, без підручних засобів, близько 40–50% здатні пересуватися, використовуючи милиці або на візку. Ступінь соціальної адаптації може досягати рівня здорових при нормальному розумовому розвитку та гарній функції рук. Її ще називають (хвороба Літтла) – характерним є ураження частини мозку, яка відповідає за правильний рух кінцівок. Наслідком такої форми зазвичай є частковий або повний параліч ніг або рук [24; 4].

Двобічна геміплегія – найважча форма ДЦП із тотальним ураженням великих півкуль. При двобічній геміплегії рухові розлади виражені однаково в руках і ногах, або руки вражені сильніше, ніж ноги. Ланцюгові настановні випрямні рефлексі можуть не розвинутих взагалі. Довільна моторика різко порушена, діти не сидять, не стоять, не ходять, функція рук не розвинена. Мовленнєві порушення грубі, за принципом анартрії, у 90% має місце розумова відсталість, у 60% – судоми, діти не спроможні навчатися. Прогноз рухового, мовленнєвого та психічного розвитку несприятливий. Ця форма вважається найважчою, оскільки в даному випадку захворювання уражає великі півкулі мозку, що викликає ригідність м'язів. Такі діти не можуть самостійно тримати голову, сидіти, стояти і нормально рухатися.

Гіперкінетична форма – пов'язана з ураженням підкіркових відділів мозку. Причиною є білірубінова енцефалопатія (несумісність крові матері та плоду за резус-фактором). Характеризується порушенням координації рухів та рівноваги, м'язовою гіпотонією та затримкою темпу вікового психомоторного розвитку. При цій формі церебрального паралічу рухові розлади представлені гіперкінезами (насильницькі рухи) – атетозом, хореотетозом, торсіонною дистонією, які виникають мимовільно, посилюючись від хвилювання та стомлення. Гіперкінези мінімальні у спокої, зникають під час сну, посилюються при довільних рухах, провокуються емоціями, більш виражені в положенні на спині та стоячи. Вид

захворювання, при якому уражаються підкіркові ділянки мозку. Симптомами цієї форми є гіперкінези, або мимовільні рухи м'язів. Як правило, гіперкінетична форма ДЦП в дітей супроводжується спастичною диплегією.

Атонічно-астатична форма ДЦП - наслідок ураження мозочка в дитини. При цьому найбільше порушується відчуття балансу та координація рухів, які відбуваються на фоні м'язової атонії.

Геміпаретична форма ДЦП – виникає внаслідок ураження кіркових та підкіркових ділянок однієї півкулі мозку. Внаслідок цього в дитини спостерігається геміпарез кінцівок однієї сторони тіла. [24; 4].

7.2. Загальна характеристика дітей з дитячими церебральними паралічами

ДЦП за часом виникнення поділяють на *вроджений, припологовий та післяпологовий* [24].

Причинами *вродженого церебрального паралічу* можуть бути інфекції, інтоксикації, травми, перенесені вагітною, особливо в перші 3–4 місяці. Світова статистика свідчить про те, що вроджені причини виникнення ДЦП становлять 25% і пов'язані з генетичними вадами розвитку (мутації, хромосомна аберація), тератогенними чинниками (алкогольний синдром у зародка), інфекційними захворюваннями (краснуха, кір) та негативним впливом організму матері.

Припологові паралічі пов'язані з травматичними ураженнями головного мозку плоду та народженої дитини, порушенням мозкового кровообігу в результаті асфіксії тощо. Пологові причини становлять 50% і пов'язані з недоношеністю, травмами, лікарською помилкою.

Післяпологові паралічі пов'язані з травматичними ураженнями головного мозку плоду та народженої дитини, порушенням мозкового кровообігу в результаті асфіксії тощо. Післяродові причини становлять 5% й обумовлені інфекціями, травмами, лікарською помилкою.

Проте причина 20% випадків виникнення ДЦП залишається невідомою. ДЦП, як правило, не є спадковим захворюванням, *вони не визначені за часом*. При цьому в першу чергу вражаються рухові зони головного мозку, а також відбувається затримка та порушення його дозрівання в цілому. Тому в дітей, які страждають на ДЦП, мають місце різноманітні порушення: рухові, інтелектуальні, мовленнєві, розладнання інших вищих коркових функцій.

Гіперкінези (від грец. *hyper* – надмірно, *kinesis* – рух) – це безладні, зайві, недоцільні рухи (повороти, вигинання, тремтіння). Досить часто дитячий церебральний параліч поєднується з порушеннями функцій слухового та зорового аналізаторів, різними мовленнєвими аномаліями, викликаними

обмеженою рухливістю артикуляційного апарату. Усе це призводить до затримки загального розвитку дитини. Виявлення гіперкінезів у мовленнєвій мускулатурі грубо перекручує мовлення, порою робить його незрозумілим, а інколи і неможливим. Крім цього, у дітей можуть траплятися гіперкінези в м'язах діафрагми, міжреберних м'язах, що, у свою чергу, грубо порушує дихання, плавність мовлення, а у складних випадках призводить до появи вимушених викриків або стонів [24].

Рухові, мовленнєві та психічні порушення можуть бути різним за ступенем вираженості – від мінімальних до максимальних. Найважче страждають «молоді» відділи мозку – великі півкулі, які регулюють довільні рухи та мовлення. Для дітей із церебральним паралічем характерна своєрідна аномалія психічного розвитку, обумовлена органічним ураженням головного мозку та різними руховими, мовленнєвими та сенсорними дефектами. Важливу роль у генезі психічних порушень відіграє обмеження рухової діяльності, соціальних контактів, а також умов виховання та оточення.

Аномалії розвитку психіки при ДЦП охоплюють порушення пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери та особистості. У дітей з ДЦП знижений запас відомостей і уявлень про оточення. Це обумовлене кількома причинами: а) вимушеною ізоляцією, обмеженням контактів з однолітками та дорослими людьми через тривале знаходження без рухів або труднощів в пересуванні; б) ускладненням пізнання навколишнього світу, пов'язаного з проявом рухових розладів; в) порушенням сенсорних функцій.

При ДЦП відбувається порушення координованої діяльності різних систем аналізаторів. Патологія зору, слуху, м'язовосуглобного чуття істотно позначається на сприйнятті навколишнього світу в цілому, обмежує обсяг інформації, утруднює інтелектуальну діяльність дітей з церебральним паралічем. Більшість дітей відрізняється низькою пізнавальною активністю, яке виявляється у відсутності інтересу до завдань, поганій зосередженості, повільності та зниженому переключенні психічних процесів.

За рівнем розвитку інтелекту діти з церебральним паралічем є вкрай різномірною групою: одні з них мають інтелект в нормі або близький до норми, у інших спостерігається затримка психічного розвитку, у третіх має місце олігофренія. Діти без відхилень у психічному, зокрема інтелектуальному, розвитку трапляються досить рідко. Основним порушенням пізнавальної діяльності є затримка психічного розвитку (церебрально-органічного генезу). Для дітей із церебральним паралічем характерні розлади емоційно-вольової сфери. У одних вони виявляються у вигляді підвищеної емоційної збудливості, дратівливості, рухової

розгальмованості, в інших – у вигляді загальмованості, соромливості, боязливості. Схильність до коливань настрою часто поєднується з інертністю емоційних реакцій.

7.3. Зміст корекційної роботи при ДЦП

Спеціально організований комплекс заходів реабілітації й адаптації осіб з ураженням опорно-рухового апарату повинен бути спрямований на те, щоб особи даної категорії могли вести нормальне життя, працювати, займатися спортом і т. ін. Проте ці особи можуть залишатися в уразливому стані, який є підвищеним, що слід враховувати при роботі з ними.

Основні напрями корекційної роботи з формування рухових функцій пропонують комплексний, систематичний вплив, який передбачає медикаментозне, ортопедичне лікування, різноманітні засоби фізичної реабілітації, пов'язані з корекцією рухів, психотерапію [24].

Медикаментозне лікування спрямоване на нормалізацію м'язового тону, зменшення вимушених рухів (гіперкінезів), посилення активності компенсаторних процесів у нервовій системі. Заходи ортопедичного характеру передбачають, передусім, додержання ортопедичного режиму, розробленого для кожної дитини індивідуально, використання різноманітних ортопедичних пристроїв для ходи, корекції положення рук та пальців, стабілізації голови та ін. Лікування ДЦП в дітей загалом спрямовується на зменшення симптоматики. Більш коректно буде назвати цей процес не лікуванням, а реабілітацією дитини, яка спрямована на нормалізацію та відновлення функцій, що були порушені або втрачені в результаті захворювання. Одним з найбільш ефективних способів корекції ДЦП є масаж, за допомогою якого нормалізується тонус м'язів. Також під час реабілітації часто застосовується лікувальна гімнастика, яка допомагає відновити правильну координацію рухів дитини. Але гімнастика може забезпечити відчутний ефект тільки тоді, коли дитина нею займається тривалий час і продовжує виконувати вправи протягом всього життя. В останні роки признано дуже ефективними спеціальні тренажери для дітей з ДЦП.

Логопедична робота з дітьми з ДЦП спрямована на розвиток усіх аспектів мовленнєвої діяльності дитини, на попередження та подолання рухів, які одночасно виявляються в скелетній мускулатурі та особливо в пальцях рук і мимічній мускулатурі, на розвиток правильного дихання.

Фізіотерапевтичні процедури та засоби фізичної реабілітації спрямовані на зменшення спастичності, поліпшення кровообігу в м'язах. Якщо в дитини немає судом, тоді у якості додаткового лікування можна

застосовувати фізіотерапію, до якої належать електрофорез та міостимуляція. Ряд фахівців також рекомендують застосовувати для покращення активності нейронів головного мозку електрорефлексотерапію, після якої зменшується тонус м'язів, покращуються мова та координація рухів дитини. Не слід нехтувати й застосуванням медичних препаратів, які значно підсилюють реабілітаційний ефект за рахунок покращення роботи мозку.

Психотерапія спрямована на керування нервовою системою з метою формування адаптивних функцій. Вона повинна також нейтралізувати наслідки негативного впливу центральної нервової системи на моторику. Лікування дітей з ДЦП – процес дуже довготривалий, оскільки повністю дане захворювання практично не виліковується. Тим не менше, це абсолютно не означає, що дитячий церебральний параліч є для дитини вироком. Відомо, що більшість дорослих людей з ДЦП здатні вести цілком нормальне життя. Але загальний стан і прояви симптомів будуть залежати від того, наскільки вчасно та ефективно було прийнято необхідні міри в дитячому віці. Справа в тому, що найбільш активно мозок розвивається саме в дитинстві. В ранньому віці мозок дитини має набагато більший ресурс компенсації, ніж мозок дорослої людини. Тому більш ефективним буде лікування ДЦП, яке було розпочато в ранньому віці, як тільки проявились перші симптоми.

Навчання дітей з ДЦП в Україні проводиться у школах спеціального типу – школах-інтернатах для дітей з наслідками церебрального паралічу. До цих шкіл приймаються діти шкільного віку, які самостійно пересуваються та не потребують індивідуального догляду. У загальноосвітніх школах для дітей з церебральними паралічами організовуються спеціальні класи при школі. У міру відновлення здоров'я на підставі висновку медикопедагогічної комісії учні можуть бути переведені в масову школу або школу-інтернат загального профілю. Після закінчення школи випускнику надаються рекомендації щодо подальшого професійного навчання або працевлаштування. У багатьох країнах дітей із церебральним паралічем намагаються навчати у звичайних школах. Наприклад, в Італії особливо добре розвинута система шкільної та соціальної інтеграції хворих, в обов'язковому навчанні не існує диференціації, спеціалізованих шкіл там немає [24].

ЛЕКЦІЯ 8.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ З МОВЛЕННЄВИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Мета: сформуванати уявлення про види та наслідки порушень мовлення для психофізіологічного розвитку, особливості роботи з даною категорією дітей.

План:

- 8.1. Особливості розвитку при порушеннях мовлення.
- 8.2. Класифікація порушень мовлення .
- 8.3. Основні види логопедичної допомоги дітям, які мають мовленнєві порушення.

8.1. Особливості розвитку при порушеннях мовлення

Мовлення є основою комунікативної функції, яка здійснюється за допомогою тієї чи іншої мови. У тих випадках, коли в дитини збережений слух, не порушений інтелект, але мають місце значні мовленнєві порушення, які не можуть не позначитися на формуванні всієї її психіки, говорять про особливу категорію дітей з порушеннями в розвитку – дітей з мовленнєвими порушеннями.

Мовленнєві порушення, що виникли під впливом якого-небудь патогенного чинника, самі не зникають і без спеціально організованої корекційної роботи можуть негативно позначитися на всьому подальшому розвитку дитини. Серед причин, що викликають порушення мовлення, розрізняють *біологічні та соціально-психологічні чинники ризику* [24].

Біологічні причини розвитку мовленнєвих порушень є патогенними чинниками, які впливають у період внутрішньоутробного розвитку та пологів (гіпоксія плоду, родові травми та ін.), а також на перших місяцях життя після народження (мозкові інфекції, травми та ін.).

Соціально-психологічні чинники ризику пов'язані переважно із психічною депривацією дітей. Особливе значення має недостатність емоційного й мовленнєвого спілкування дитини з дорослими. Негативно впливати на мовленнєвий розвиток також можуть необхідність засвоєння дитиною молодшого дошкільного віку одночасно двох мовних систем, зайва стимуляція мовленнєвого розвитку дитини, неправильний тип виховання дитини, педагогічна занедбаність, тобто відсутність належної уваги до розвитку мовлення дитини, а також дефекти мовлення оточуючих.

При оцінюванні порушень мовлення в дітей важливо враховувати *критичні періоди*, коли відбувається найбільш інтенсивний розвиток тих або інших ланок мовленнєвої системи:

- *перший період (1–2 рік життя)* – формуються передумови мовлення й розпочинається мовленнєвий розвиток, складаються основи комунікативної поведінки, і рушійною її силою стає потреба в спілкуванні;

- *другий критичний період (3 роки)* – інтенсивно розвивається зв'язне мовлення, відбувається перехід від ситуативного мовлення до контекстного, що вимагає значної узгодженості в роботі центральної нервової системи (мовленнєворахового механізму, уваги, пам'яті);

- *третій критичний період (6–7 років)* – початок розвитку письмового мовлення. Зростає навантаження на центральну нервову систему дитини. У разі підвищених вимог можуть відбуватися «зриви» нервової діяльності з виникненням заїкання.

До появи патології можуть призвести такі фактори:

- Порушення внутрішньоутробного розвитку внаслідок тяжкого токсикозу, інтоксикації, різних захворювань жінки, резус-конфлікту матері та плода. Особливо небезпечним вважається період із 4 тижнів по 4 місяці вагітності. Саме на цьому етапі відбувається формування мовного апарату та при впливі несприятливих факторів можуть з'явитися різні патології (роздвоєна губа, ущелина піднебіння тощо). Якщо ж загрозливі фактори з'являються на останніх термінах вагітності, – може статися затримка у розвитку, що також негативно позначиться на вимові.

- Асфіксія або інші пологові травми, які можуть спровокувати крововилив у головному мозку.

- Перенесення деяких захворювань у дитинстві. Вони можуть спровокувати уповільнення розвитку головного мозку.

- Спадковість. Вплив цього фактора можливий лише за наявності інших критеріїв розвитку порушення.

- Несприятливі чинники соціального середовища. Сюди відносять несприятливу обстановку у ньому, глухоту чи порушення мовлення у батьків, психотравматичні ситуації тощо [20].

Зміни у мовленні поділяються на такі види розладів:

- порушення інтонації;
- розлад голосоутворення або звуковимови;
- порушення темпу вимови.

8.2. Класифікація порушень мовлення

Афазія є одним із найскладніших порушень мовлення: буває усна і писемна. Порушення пов'язані з втратою можливості використовувати засоби мовлення. Причиною такого стану можуть стати інфекційне ураження нервової системи або перенесена черепно-мозкова травма (ЧМТ). Одна із найскладніших мовних відхилень центрального, органічного походження. На відміну від інших відхилень, це порушення спричинене пошкодженням областей мозку, які відповідають за вимову. Найчастіше афазія розвивається у людей похилого віку, проте зустрічається і у молодих і навіть у дітей. При афазії може спостерігатися повна втрата або часткове порушення мови. У процесі вивчення афазії, вчені-медики, серед яких Е. С. Бєїн, А. Р. Лурія, В.М. Коган, виділили такі форми афазії:

сенсорна афазія – погіршення розуміння мови;

моторна афазія – втрата здатності говорити;

тотальна афазія – хворий не може ні розуміти, ні говорити.

Афазія має низку відмінностей від інших розладів мови:

- При афазії, на відміну від дизартрії, відсутні проблеми з артикуляційним апаратом. При дизартрії спостерігається постійна обмеженість артикулярного апарату.
- Туговухість являє собою зниження слуху, а при афазії слухові відхилення не відзначаються.
- При афазії, на відміну від дислалії, крім порушення вимови, людина втрачає здатність розуміти слова.
- У дитини з афазією відзначається затримка в психічному розвитку. Воно має вторинний характер, тому зазначене порушення із розумовою відсталістю плутати не варто [24; 20; 51].

Дисфонія. Це патологія, при якій мовлення повністю відсутнє або є сильно порушено через незворотні зміни у будові або функціонуванні голосового апарату. У цьому випадку голос може бути відсутнім або змінюється його тембр, сила та інші параметри. Порушення пов'язані з органічним чи функціональним ураженням голосового апарату. Вони можуть з'явитися у людини у віці.

Алалія. Патологія пов'язана з недостатнім розвитком або повною відсутністю мовлення. Причиною стає органічне ураження певних зон у головному мозку. Розлад формується ще на етапі внутрішньоутробного розвитку або у дитинстві. Такий дефект відносять до найскладніших, тому що мовна система не формується зовсім.

Афонія (від грецьк. а - заперечення + phone -звук, голос) - нездатність голосно говорити. Хворий може шепотіти. Нерідко спостерігається при невротичних станах.

Дизартрія – розлад артикуляції, що виявляється в нечіткому вимовлянні звуків (особливо приголосних), сповільненому або уривчастому мовленні, заїканні. Пов'язана з мінімальною іннервацією мовного апарату чи ураженням центральної нервової системи. Дизартрія часто зустрічається у пацієнтів із ДЦП. У дорослому віці може виникнути при інфекційному ураженні мозку. [24; 20].

Залежно від ступеня тяжкості, порушення словесного мовлення можуть спричиняти повні або часткові порушення письма і читання:

Дислексія – виявляється в грубому перекрученні слів, пропусках складів і літер, у нездатності сполучати літери та склади в слова. У цьому дитина може розпізнавати букви, тому неправильно їх вимовляє чи змінює черговість складів у словах. Це призводить до викривлення прочитаної інформації. Крайньою формою патології називають алексію чи нездатність читати взагалі.

Дисграфія – це часткове порушення процесу письма. Дитина може спотворювати, змішувати, пропускати або замінювати букви під час письма. Крайньою формою є аграфія, за якої дитина зовсім не здатна писати. Спостерігається при органічному ураженні певних відділів головного мозку. У виникненні розладів писемного мовлення можуть відігравати значну роль і психічні фактори. Наприклад, зміна особистості при шизофренії позначається на почерку, він стає незвично вигадливим.

Брадилалія – уповільнення вимови патологічного характеру. Розвивається воно у ситуації, коли процес гальмування більш виражений, ніж збудження. У пацієнта мовлення стає занадто сповільненим та нечітким, він розтягує слова при вимові.

Тахилалія – патологічно прискорений темп мовлення. При цьому граматична, фонетична та лексична сторони залишаються незмінними. Якщо людина часто робить паузи чи затримки, патологію називають полтерном.

Наслідком порушеного темпу мовлення є порушення плавності мовленнєвого процесу, виразності:

Заїкання – патологія, при якій відбувається порушення ритму і темпу мовлення через судомне скорочення м'язів мовного апарату. Заїкання також ділять на функціональне та органічне. Найчастіше його розвиток пов'язують із критичними періодами у розвитку дитини.

Діслалія – порушення звуковимови при нормальному слуху та збереженій іннервації мовленнєвого апарату (некоректна вимова звуків на тлі нормального слуху та іннервації мовного апарату). Виявляється у спотвореному вимовленні звуків, заміні звуків або їх змішуванні. Дефект може бути обумовлений тим, що в дитини не повністю сформувалася артикуляторна база (не засвоєний весь набір позицій артикуляції, необхідних для вимовляння звуків). Симптомом патології є спотворення звуків чи зміна їх послідовності. Окрім цього, фахівці виділяють ще й психолінгвістичний аспект дислалії. Він пов'язаний із порушенням сприйняття звуків. Такий тип розладу може сформуватися у віці.

Ринолалія – порушення тембру голосу та звуковимови, які обумовлені анатомо-фізіологічними дефектами мовленнєвого апарату внаслідок порушення нормальної участі носової порожнини в голосостворенні. Усі звуки стають надмірно назалізованими (носовими), спотворено звучать носові звуки [м], [н]; мовлення при цьому малорозбірливе, монотонне. У результаті відбувається резонанс, а мовлення виходить гугнявим, стає невиразним та монотонним. До ринолалії також відносять вроджене розщеплення піднебіння, у якому також спостерігається це порушення.

Відповідно до психолого-педагогічної класифікації всі відомі мовні порушення діляться такі *типи*:

- порушення засобів спілкування;
- розлад використання засобів спілкування.

Видами порушень засобів спілкування є:

- *Фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення.* Під цим терміном мається на увазі розлад процесу формування вимови у пацієнта через те, що порушено вимову та сприйняття на слух різних фонем. Може з'явитися на тлі ринолалії, дислалії чи стертої дизартрії.

- *Загальне недорозвинення мовлення.* У цьому випадку слух та інтелект не страждають або є системне недорозвинення мовлення у пацієнтів з розумовою відсталістю, коли відбувається розлад усіх компонентів мовної системи. Загальне недорозвинення мовлення найчастіше діагностується у дітей із риноалією, алалією, складною дислалією, дизартрією [20].

Видами порушень мовлення при використанні засобів спілкування є:

- *Заїкання.* Це порушення комунікативної функції на тлі засобів спілкування, що адекватно сформувалися. Іноді логоневроз розвивається разом із загальним недорозвиненням мовлення, хоча може спостерігатися і окремо.

- Мутизм, мовленнєвий негативізм. Пацієнт здатний розмовляти, добре розуміє мовлення оточуючих, але у своїй не відповідає питанням і загалом не виявляє будь-яких ознак про готовність вступити у діалог.

У пацієнтів з мовними порушеннями реабілітація націлена на:

- максимально можливе відновлення мовних функцій;
- допомогу у спілкуванні;
- пошук альтернативних способів спілкування.

8.3. Основні види логопедичної допомоги дітям, які мають мовленнєві порушення

У системі освіти діють спеціальні (логопедичні) групи, а також логопедичні пункти в дитячих садках загального типу. При масових школах існують логопедичні пункти, де логопед надає допомогу дітям, які мають порушення мовлення та труднощі у навчанні. Крім того, діють спеціальні (корекційні) школи для дітей із важкими порушеннями мовлення, які складаються з двох відділень. До першого відділення приймаються діти з важкими порушеннями мовлення, які перешкоджають навчанню в масовій школі (дизартрія, ринолалія, алалія, афазія). До другого відділення зараховуються діти, які страждають важким заїканням. Своєчасний корекційний розвиток дітей із важкими порушеннями мовлення забезпечує засвоєння ними в повному обсязі програм загальноосвітньої школи загального призначення при збільшенні термінів навчання [24].

Надання логопедичної допомоги здійснюється і в системі охорони здоров'я. При поліклініках та психоневрологічних диспансерах (дитячих та дорослих) є логопедичні кабінети, де надається логопедична допомога особам різного віку, які мають порушення мовлення. У системі охорони здоров'я організовані спеціалізовані ясла для дітей з мовленнєвими порушеннями, де надається допомога дітям із затримкою розвитку мовлення, а також дітям із заїканням. У системі охорони здоров'я надається допомога й дорослому населенню (особам, які страждають на афазію, дизартрію, заїкання), яка організована стаціонарно, напівстаціонарно, амбулаторно.

У системі соціального захисту є спеціалізовані будинки дитини, до завдань яких входять діагностика та виправлення мовлення в дітей. У дитячих дошкільних та шкільних психоневрологічних санаторіях надається допомога дітям, які страждають на різні неврологічні захворювання, дітям із загальним недорозвиненням мовлення, затримкою розвитку мовлення, заїканням.

Логопедична допомога, яку одержують особи з мовленнєвими порушеннями, незалежно від типу установи здійснюється тільки в умовах

комплексного медико-психолого-педагогічного впливу. Вона припускає участь у процесі реабілітаційної роботи цілої групи фахівців (логопеда, лікаря, психолога) відповідно до потреб дитини або дорослого, які мають мовленнєву патологію [24].

ЛЕКЦІЯ 9. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЇХ НАВЧАННЯ

Мета: сформуванати уявлення про сутність раннього дитячого аутизму (РДА), види порушень та поведінки.

План:

- 9.1. Поняття про синдром раннього дитячого аутизму (РДА) та причини його виникнення.
- 9.2. Клініко-психолого-педагогічна характеристика дітей з РДА.
- 9.3. Загальна характеристика дітей з порушеннями поведінки. Основні синдроми відхилення в дітей і підлітків.

9.1. Поняття про синдром раннього дитячого аутизму (РДА) та причини його виникнення

Аутизм – стан психіки, що характеризується відходом від реальності й порушенням комунікативності (якісні порушення соціальних взаємодій; якісні порушення вербального та невербального спілкування, уявлень, фантазії; помітне обмеження кола діяльності та інтересів). *Аутизм* – це своєрідне порушення психологічного розвитку, який, як правило, виявляється в перші 30 місяців життя. *Аутизм* – розлад, що виникає внаслідок порушення розвитку головного мозку і характеризується вираженим і всебічним дефіцитом соціальної взаємодії і спілкування, а також обмеженими інтересами і повторюваними діями, – говорить Вікіпедія.

Аутизм уперше був описаний Лео Каннером у 1943 р. Основною ознакою аутизму є порушення контакту дитини з навколишнім світом, і перш за все з людьми. Вона замкнена та сторониться колективу однолітків, у неї відсутні жива виразна міміка та жести, вона прагне не дивитися в очі оточуючим. Ці діти уникають також тілесних контактів, стороняться ласки близьких. Краще за все вони себе почувають, коли їх залишають у спокої. Дитина з аутизмом ніби не помічає інших людей; покинута на саму себе, вона може одноманітно повторювати одні й ті ж рухи, щось нашептувати, часом викрикувати окремі слова або звуки, позбавлені конкретного значення.

Якщо дорослий все ж таки намагається вступити з нею в контакт, вона збуджується, стає напруженою, може проявляти агресію до оточуючих [24].

РДА трапляється в 15–20 випадках на 10 тис. новонароджених, у хлопчиків у 4–4,5 разів частіше ніж у дівчаток. Причини аутизму до кінця не з'ясовані. Загальновизнаною є особлива роль генетичних факторів в етіології РДА. Механізм успадкування не з'ясований, але відомо, що розвиток РДА залежить не від одного гена, а від їх групи. Це означає, що генний комплекс є наслідком передачі не самої патології, а є передумовою її розвитку та реалізується лише за наявності фактору, що провокує, який може бути як екзогенним (травма, інфекція, інтоксикація), так і ендогенним (віковий криз, конституційні особливості).

Психогенний фактор розглядається в США та Західній Європі. Аутизм може виникати з різних причин: унаслідок раннього ушкодження головного мозку в поєднанні зі своєрідними особливостями психіки, які обумовлені спадковістю, а також у результаті емоційної депривації в ранньому дитинстві. Але в усіх випадках має місце спадкова схильність до подібної своєрідності психічного розвитку. Аутистичні риси поведінки можна побачити в багатьох дітей з відхиленнями в розвитку: при деяких формах розумової відсталості, які обумовлені спадковістю, наприклад, при фенілкетонурії, при ДЦП, у дітей з дефектами зору – сліпих та слабозорих, а також при деяких інших нервово-психічних захворюваннях. Близько 1/3 дітей з аутизмом мають різні неврологічні відхилення. У більшості випадків ризик народження другої хворої дитини незначний, особливо якщо в родоводі за обома лініями виключається діагноз шизофренії. Проте відомі випадки, коли в родині народжувалось двоє дітей з аутизмом, описані випадки аутизму в однойцевих близнят.

Ранні ознаки аутизму у немовлят і дітей молодшого віку:

- немає зорового контакту (наприклад, дитина не дивиться на вас під час годування);
- не посміхається у відповідь;
- не реагує на своє ім'я або звук знайомого голосу;
- не стежить за рухомими об'єктами;
- не використовує жести;
- не слідує за вашими рухами, коли ви показуєте їй щось;
- не шумить, щоб привернути твою увагу;
- не реагує на обійми;
- не імітує ваші рухи і вираз обличчя;
- не грає;

- не просить про допомогу і нічого не вимагає.

Ознаки аутизму по місяцях:

- 6 місяців: не посміхається і не висловлює радість;
- 9 місяців: не видає звуків, не посміхається і не міняє вираз обличчя;
- 12 місяців: не реагує на своє ім'я, не лепече, не жестикулює (не вказує пальцем на щось, не махає руками і т.д.);
- 16 місяців: не промовляє слова;
- 24 місяці: не промовляє короткі фрази, які не пов'язані з імітацією або повторенням.

Прояви аутизму у дитини, що дорослішає:

- У міру того, як дитина дорослішає, тривожні сигнали починають проявлятися яскравіше. У дитини немає певних соціальних навичок, вона відчуває мовні та невербальні труднощі, її поведінку складно назвати гнучкою.
- Діти зі спектром аутизму не зацікавлені тим, що відбувається навколо них; не виявляють бажання знаходити друзів і спілкуватися з людьми; не люблять, коли їх обіймають, гладять або цілують; не вміють висловлювати свої почуття; не слухають, коли до них звертаються.

9.2. Клініко-психолого-педагогічна характеристика дітей з РДА

Основними ознаками синдрому РДА є триада симптомів:

1. Аутизм із аутичними хвилюваннями.
2. Стереотипна, одноманітна поведінка з елементами одержимості.
3. Своєрідні порушення мовленнєвого розвитку.

Для поведінки дитини зі спектром аутизму характерний *феномен тотожності*: намагання зберегти постійні звички як протидію будь яким змінам середовища. Усі реакції зовні проявляються у страхах, агресії, гіперактивності, розладах уваги, зосередженні, виявляє себе у стійких стереотипах. Стереотипність виявляється у грі: одноманітне, бездумне повторення одних і тих самих дій (дитина крутить пляшку, переливає воду, грає із сипучими матеріалами). Іграшками не користується.

Нерівномірність розвитку виявляється в *особливостях моторики*: рухи в дітей грубі. Нерідко окремі складні рухи вони виконують успішніше, ніж легші, також інколи дрібна моторика розвивається раніше, ніж загальна.

Дуже рано проявляються *страхи*, які можуть бути дифузними, неконкретними, дитина боїться певних предметів та явищ, перелік яких нескінчений: парасольки, м'які іграшки, собаки, машини. У одних випадках причини страху – підвищена чутливість до звукових, світлових сенсорних

дій, у інших – об'єкт страху є джерелом небезпеки. При первинному, короткочасному й недостатньо кваліфікованому знайомстві дитина з РДА легко може бути оцінена як глибоко розумово відстала, що не розмовляє, або як та, що має грубі специфічні мовленнєві порушення, або як нечуюча і тому як та, що не реагує на мовлення дорослого. Проте при уважнішому вивченні вона проявляє властиві саме їй своєрідності.

Розумові здібності дітей, які страждають на аутизм, можуть бути різними. У одних випадках інтелект збережений, але розвинений негармонійно, в інших – має місце розумова відсталість, і, нарешті, серед таких дітей є й обдаровані. Проте у всіх випадках має місце своєрідна нерівномірність їх психомоторного розвитку.

Для дітей з аутизмом характерна *одноманітна, нібито нецілеспрямована рухова активність*, яка виявляється в стрибках, своєрідних рухах пальців рук біля зовнішніх кутів очей. Рухове занепокоєння може чергуватися з періодами загальмованості, застигання в одній позі.

Розвиток мовлення також відрізняється великою варіативністю: деякі діти за темпом та термінами розвитку мовлення випереджають здорових однолітків, інші відстають у мовленнєвому розвитку. Проте у всіх випадках спостерігається своєрідність мовлення дітей з аутизмом. Перш за все це порушення модуляції голосу: або вона дуже бідна, або гротескова, не адекватна значенню. Часто дитина особливо голосно й виразно вимовляє окремі звуки або склади. При аутизмі дуже своєрідний тембр голосу: високий, з наростанням його висоти до кінця фрази. Мовлення дітей з аутизмом часто містить набір штапованих фраз, іноді спостерігається прагнення до повторення малозрозумілих слів, які були почуті ними від оточуючих та по радіо. Особливістю мовлення дітей з аутизмом є мовлення про себе в іншій та третій особі. Мовлення дитини зі спектром аутизму не спрямоване на спілкування з оточуючими, а є своєрідним мовленням для себе [24].

Людей із аутизмом можуть стривожити такі прості побутові ситуації:

- проїзд у громадському транспорті;
- телефонна розмова;
- занадто сильні емоції;
- конфлікт, який відбувається поруч;
- непередбачувані зміни;
- вказування на помилки;
- нестача часу наодинці з собою;
- зовнішні подразники, які заважають виконувати завдання;

- нечіткі інструкції чи відсутність плану;
- незнайомі місця, люди, дії;
- перевантаження інформацією;
- коли ставлять багато запитань та поведуться вимогливо;
- надто яскраве світло та гучні звуки.

Людям з аутизмом допомагають врівноважити свій емоційний стан:

- речі, до яких вони звикли;
- виконання одноманітних рухів, як, наприклад, розгойдування, обертання на місці та ходіння колами. Таке явище називається «стимінг»;
- чіткий розпорядок дня та щоденні ритуали [2].

Важливе правило у спілкуванні з людьми у спектрі аутизму – це поважати особисті кордони та завжди питати дозволу! Будьмо толерантними! Адже понад усе – особистість, а вже потім її діагноз! Важливо правильно називати таких людей, вживаючи формулювання: людина/дитина у спектрі, людина з розладами спектра аутизму (РСА), людина з аутизмом, людина у спектрі аутизму. Не можна називати таких людей, вживаючи формулювання: аутист, інвалід, психічно хворий, особливі діти, люди дощу, люди з синдромом аутизму.

Варто наголосити, що аутизм не лікується. Але важливо допомогти дитині з таким розладом адаптуватися до життя в суспільстві – навчити комунікувати та відповідно поводитись. Для цього використовують такі *методики*:

прикладний аналіз поведінки (АВА-терапія) – допомагає сформувати функціональні навички дитини шляхом навчання в ігровій формі;

позитивні поведінкові втручання – аналіз причин негативної поведінки та пропозиція методів, спрямованих на сприяння позитивній поведінці;

метод навчання окремими блоками (DTT) – інтенсивна практика окремих реакцій за моделлю АВС (дія, поведінка, наслідок);

пакет пізнавально-поведінкових втручань – когнітивно-поведінкова терапія, змінена для людей з аутизмом;

мовна підготовка – спрямована на здатність комунікувати вербально;

моделювання – демонстрація цільової поведінки для спонукання до повторення;

навчання в природному середовищі – спрямоване на підвищення адаптивних навичок;

скриптинг – надання сценаріїв для використання як моделі в певних ситуаціях;

самокерування – навчання відстежувати свої результати під час виконання дій;

інтервенція на основі історій – поліпшення навичок сприйняття перспективи через історії.

Що можуть робити батьки при виявленні РДА у дітей:

- Передусім важливо дбати про власний стан, адже врівноваженість батьків матиме позитивний вплив і на дитину.
- За аутизму особливо важить налагоджений режим – прогулянки, ігри та їжа в той самий час.
- Потрібно винагороджувати дитину за всі докладені зусилля. Навіть словесна похвала за відвідування нового заняття буде дуже доречною.
- Крім того, не буде зайвим ділитися планами на найближче майбутнє. Якщо дитина знатиме, що їстиме або куди піде цього вечора, відчуватиме контрольованість усього.
- Не варто нехтувати допомогою фахівців. Вони можуть не лише допомогти дитині, а й проконсультувати батьків.
- Картка-попередження про аутизм. На випадок надзвичайної ситуації дитині з РСА варто зробити картку-попередження з контактами батьків/опікунів. Якщо дитина загубиться, їй зможуть допомогти.

9.3. Загальна характеристика дітей з порушеннями поведінки. Основні синдроми відхилення в дітей і підлітків

Наявні відхилення в розвитку дітей, шкільна неуспішність, негативні зміни в поведінці можуть бути пов'язані з тяжкими психічними переживаннями дитини. Звичайно, далеко не кожне з них призводить до порушення нормального розвитку.

Такі *реактивні стани* виникають як невротичні реакції на надмірні для психіки подразники та виявляються по-різному: у вигляді загальної депресії – пригніченого стану, при якому все уявляється в похмурих кольорах; у психомоторному збудженні, коли дитина стає розгальмованою, метушливою, робить безцільні рухи, здійснює невмотивовані вчинки; у розладах свідомості за типом сутінкових станів, що проявляється у раптовому, несподіваному більш чи менш тривалому запамороченні свідомості та призводить до порушення орієнтування в навколишньому середовищі, здійсненні дій та вчинків, яких дитина не усвідомлює й згодом не може про них згадати [24].

З реактивними станами пов'язане також виникнення заїкання. *Реактивні стани* можуть бути спричинені різними обставинами. До причин, що травмують психіку дитини, належать енурез (неутримання сечі), який

виникає у фізично ослаблених та нервових дітей внаслідок тривоги, переляку, тривалої психічної напруженості або соматичного захворювання, яке виснажує організм.

Психічна декомпенсація невротичного типу пов'язана переважно із хворобливим переживанням відчуття своєї інтелектуальної неповноцінності. У підлітків має місце важка психічна вразливість, невіра у свої можливості, страх перед майбутнім, перебільшене переживання невдач. Значно знижується продуктивність навчальної діяльності. Відчуття неповноцінності зумовлює виникнення в певної частини підлітків аутистичних схильностей. *Психічна декомпенсація* психопатоподібного типу виявляється в різних варіантах: емоційно-вольовій нестійкості, афективній збудливості та руховій розгальмованості, патології захоплень. Крім порушень шкільної дисципліни (невсидливості, дратівливості, схильності до невмотивованих конфліктів з учителями та товаришами по навчанню, агресії, систематичних прогулів), у цих підлітків спостерігається асоціальна поведінка (рання алкоголізація, крадіжки, схильність до нарко- і токсикоманії, сексуальні ексцеси).

Патологія захоплень у розумово відсталих підлітків, на відміну від розглянутих вище видів поведінки, які відхиляються від норми, має незборимий характер, що визначає весь спосіб їхнього життя і нерідко перешкоджає самому перебуванню в школі (інтернаті). У дівчаток цієї категорії основне місце займає підвищена сексуальність. Деякі з них самі розцінюють цю пристрасть як шкідливу, хворобливу, вважають себе «нещасними». Проте підпорядковують їй увесь спосіб життя. Багато хто пристає до антисоціальних компаній, швидко засвоюючи вдачі та звичаї цього середовища.

Корекційна робота, спрямована на виведення дитини з конфліктної ситуації та подолання вад її поведінки та характеру, що були зумовлені нею, передбачає:

- глибоке вивчення справжніх причин відхилень у поведінці,
- встановлення з дитиною тісного емоційного контакту,
- усунення чи максимальне послаблення дії факторів, що травмують психіку,
- залучення дитини до дитячого колективу, цікавої діяльності, яка сприяла б розширенню та збагаченню її інтересів [24].

ЛЕКЦІЯ 10

ОСНОВНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ

Мета: надати знання щодо основних підходів до корекції порушень аутичного спектру.

План:

- 10.1. Прикладний аналіз поведінки.
- 10.2. Холдинг-терапія.
- 10.3. Методи структурованої терапії.
- 10.4. Метод сенсорної інтеграції та ерготерапії.
- 10.5. Метод Tomatis. Арттерапія. Зоотерапія.

10.1. Прикладний аналіз поведінки

Прикладний аналіз поведінки (applied behavior analysis, ABA) вважають одним з найефективніших і найрозповсюдженіших методів роботи з дітьми з синдромом аутизму, на основі якого побудовано багато програм у школах і центрах для дітей-аутистів, особливо в США, Канаді, Бельгії, Швеції, Ізраїлі та інших країнах. Автор, прикладного аналізу поведінки (далі – АВА) – І. Ловаас (Ole Ivar Lovaas). Метод базується на головних засадах біхевіоральної (поведінкової) терапії й дає змогу визначити чинники й наслідки поведінки, які зумовлюють, контролюють, закріплюють, і найголовніше – змінюють певну поведінку. [24; 9].

На думку представників біхевіорального напрямку психології (І.Ловаас, Р. Коегел, Дж. Сіменс, Дж. Лонг та ін.) поведінка – це єдиний прояв людини, який можна вивчати об'єктивно, на відміну від свідомості, мислення, пам'яті тощо. З цього погляду аутизм розуміють як синдром поведінкових дефіцитів і надлишків, які можуть змінюватись під впливом спеціальних ретельно спланованих, конструктивних взаємин з іншими людьми.

Зважаючи на таке визначення аутизму, терапія має подвійне завдання:

- зменшувати надлишки поведінки;
- формувати у дитини необхідні навички, яких нема.

Головне, на що спрямований метод поведінкової корекції дитячого аутизму або метод АВА – благополуччя дитини. Незважаючи на відхилення в розвитку, дитина повинна адаптуватися до життя в суспільстві якомога ефективніше.

В основу АВА закладені прийоми навчання і схеми поведінки, які дозволяють фахівцям вивчати, як діти з аутизмом реагують на навколишнє середовище, щоб міняти їх дії, маніпулюючи зовнішніми факторами.

Метод прикладного аналізу поведінки покликаний допомогти дитині з обмеженими можливостями здоров'я пристосуватися до навколишнього середовища і повноцінно адаптуватися в соціум. Необхідно чітко усвідомити, що діти з ОМЗ (обмежені можливості здоров'я) не гірше або краще за інших, вони – інші.

Ідея поведінкової корекції для пацієнтів з РАС побудована на тому, що кожен людський вчинок має слідство. Якщо дитині подобається результат, він повторює дію, в іншому випадку – відмовляється від нього.

Поведінкова терапія закладена в основу найрезультативніших програм в світі, націлених на корекцію дітей з аутизмом. Наукові і практичні дослідження, які велися протягом 50 років, підтверджують цінність її методик [27].

Так АВА терапія зміцнює навички комунікації, покращує адаптивні вчинки і здатність до навчання дитини, дозволяє досягти соціально прийняттого рівня спілкування. При цьому анормальність поведінки знижується. До того ж, остаточно доведений наступний факт: чим раніше починається корекція (найкраще в дошкільному віці), тим відчутніша буде результат.

Поведінковий підхід дозволить розділити всі навички, які складні для дітей з аутизмом (мова, товариськість, вміння слухати і тримати погляд, творчі ігри, побутові навички та ін.), на невеликі блоки у вигляді дій. Дитина освоює кожне з них, а потім з'єднує в загальний ланцюг, виконуючи складну маніпуляцію.

В ході відпрацювання дій малюк з розладом спектра аутизму отримує завдання від терапевта. Якщо йому складно впоратися із завданням власними силами, фахівець дає підказку, а потім хвалить дитину за вірні відповіді, не надаючи значення невірним.

Як діє АВА терапія і метод прикладного аналізу поведінки? Результатом цієї терапії є:

- *генералізація навичок.* До того моменту як дитина з аутизмом засвоїть багато стимулів, необхідних в повсякденному побуті (наприклад, «візьми ...», «дай ...», «йди сюди» і ін.), їх починають узагальнювати. Метод прикладного аналізу поведінки (АВА терапія) передбачає генералізацію навичок, тобто виконання вправ в інших місцях – на вулиці, в магазині, в

інших приміщеннях і ін. Після цього змінюють осіб, що дають доручення (терапевт, батьки, близькі родичі, інші діти) .

- *самостійність*. Приходить час, коли дитина не тільки добре володіє відпрацьованими стимулами, але починає сама осягати нові завдання без попереднього вивчення. Наприклад, дія «закрий двері» вона запам'ятовує з 1-2 показів. Після цього програма вважається вивченою, а пацієнт готовий самостійно брати інформацію ззовні, як це роблять звичайні ровесники [27].

Прикладний аналіз поведінки містить сотні інструментів для корекції аутизму: вербальної та невербальної імітації, розвитку моторики, розуміння мови мовця, озвучування дій і предметів, класифікації об'єктів.

Головна мета, яку переслідує прикладний аналіз поведінки для дітей – дати дитині інструменти для самостійного вивчення навколишнього світу.

Максимальний ефект поведінкової корекції буде досягнуто, якщо проходити АВА терапію 30-40 годин в тиждень. Ідеальний вік для початку занять – з 1,5 років. Чим раніше починають навчання, тим краще результат.

Для правильної організації роботи, яку передбачає прикладний аналіз поведінки, навчання дитини в сім'ї має відбуватися спільно з декількома досвідченими фахівцями.

10.2. Холдинг-терапія

Метод, що отримав назву *холдинг-терапія* («Терапія обійм»»), (від англ. hold – тримати), розробила професор Марта Велч (Martha G. Welch) як психотерапевтичну техніку, яка за формою є терапією примусовим утриманням (форсоване утворення фізичного зв'язку між матір'ю і дитиною). Холдинг-терапія базується на тому, що за аутизму (який розуміють як емоційний розлад) з найранніших етапів розвитку не сформовано так звану «базальну довіру» до світу (довіру до навколишнього світу через маму).

Техніка методу полягає в тому, що у спеціально відведений час мати бере свою дитину на руки, міцно притискує її до себе до повного розслаблення (фізичного й емоційного). Дитина має сидіти у матері на колінах, притиснена до грудей, так, щоб у матері була можливість подивитися їй в очі. Не послабляючи обіймів, незважаючи на опір дитини, мати говорить їй про свої почуття і свою любов, і про те, як вона хоче їй допомогти. Психологічним обґрунтуванням такого утримання може бути те, що воно протиставлене звичайній для дитини зі спектром аутизму поведінці, спрямованій на уникнення контакту [24; 28].

Крім матері потрібно залучати до участі в процедурі інших членів сім'ї. Мати тримає на руках дитину з аутизмом, а інші родичі підтримують матір. Холдинг-терапія, на думку М. Велч, впливає одночасно і на матір, і на

дитину, майже завжди дає позитивні результати, якщо сеанси були організовані правильно, і не переривалася.

Практика доктора Велч показала, що застосування холдинг-терапії дає сильний поштовх розвитку дитини з розладами спектру аутизму і сприяє його соціальної адаптації.

Метод холдинг-терапії багато фахівців порівнюють з шоковою терапією і відносять до жорстких прийомів впливу. Але холдинг не є протиприродним. При нормативному розвитку дитини в несприятливі моменти він завжди шукає підтримки у матері, і мати відповідає на його заклик. Матері дитини з аутизмом не вистачає контактів з ним, як фізичних, так і емоційних, і в процесі холдинг-терапії вона їх отримує, так само як і дитина.

Ефект холдинг-терапії:

Сеанс холдинг-терапії має тривати від 30 хв. до 1,5 год. Дослідники відзначають, що під час нападів опору всі діти активно користуються промовою на доступному їм рівні.

Після проведення сеансу холдинг-терапії, через 10-15 хв. діти активно шукають контактів з дорослими, і протягом деякого часу здатні на наслідування. Вони майже не використовують стереотипи. Іншими позитивними змінами поведінки дітей можна назвати те, що дитина більш охоче йде на контакт з матір'ю та іншими близькими людьми, прагне на руки до матері, сам ставить запитання матері і відповідає на її питання. Поліпшується емоційний стан дітей, вони стають менш тривожними, зменшуються страхи, агресивні прояви згладжуються.

Головним результатом цієї роботи можна вважати участь дітей в провідних видах дитячої діяльності: предметної та ігрової. Активно використовується мова. Повторюючи склади і слова за матір'ю, діти не кричать і не жестикулюють, а намагаються перейти на вербальне спілкування. Мова співвідноситься з реальною ситуацією, з'являється інтерес до однолітків, прагнення до спілкування.

Крім позитивних тенденцій в ході застосування цього методу, відзначаються і деякі негативні результати: спостерігається розлад сну і посилення аутоstimуляції, тобто прояв рухових або вокалізованих стереотипів.

Фахівцями запропоновано ряд правил, які необхідно виконувати при проведенні сеансів холдинг-терапії:

1) терапія повинна проводитися щодня один раз, а також у всіх ситуаціях, коли дитина себе погано поводить. При цьому необхідна й

обов'язкова умова проведення холдинг-терапії – цілковите фізичне здоров'я батьків і дитини;

2) на сеансах мають бути присутні не менше двох дорослих;

3) присутність фахівця (психолога, педагога-абілітолога) вважається необхідним в перші три-чотири місяці;

4) позитивний ефект сеансу вважається повне розслаблення дитини, особливо на перших трьох-чотирьох сеансах [24; 28].

10.3. Методи структурованої терапії

TEACCH (Treatment and Education for Autistic and related Communication handicapped Children – терапія і навчання дітей із синдромом аутизму та комунікативними порушеннями) – це комплексна програма допомоги людям з аутичними порушеннями, спрямована на досягнення ними максимально високого ступеню самостійності та інтеграції у суспільство. Підтримку й допомогу виконують у сферах, які особливо значущі для самостійного та наповненого сенсом життя: комунікації, соціальної компетенції, життєво-практичних навичок, трудової діяльності, поведінки у вільний час [24; 9].

Програму TEACCH створено у кінці 70-х років на базі результатів дослідницьких проектів професора психіатрії та психології Еріка Шоплера (Eric Schopler) у співпраці з фахівцями університетів, об'єднанням батьків і державними установами. TEACCH – це державна програма у штаті Північна Кароліна (США), пізніше вплив її розповсюдили по всьому світу.

TEACCH – це інтеграційна педагогічна концепція, головні ідеї якої: візуальна підтримка, поступовість і прагнення до детальної передбаченості, яку досягають завдяки так званій структуризації, що охоплює параметри простору, часу та діяльності.

Програма є сукупністю вправ і рекомендацій, розподілених за дев'ятьма розділами, які охоплюють важливі сфери розвитку, а саме:

імітацію,

сприймання,

загальну моторику,

дрібну моторику,

координацію руки й ока,

пізнавальну діяльність,

мовлення,

самообслуговування,

соціальні стосунки.

Усі вправи в межах кожної сфери сприяння розвитку згруповано відповідно за рівнями розвитку. Ступінь складності завдання визначають віком дитини.

Надання допомоги передбачає максимально чітку організацію всього життя такої людини.

ТЕАССН-програма ґрунтується на продуманій часово-просторовій організації середовища, що дозволяє дитині завжди чітко уявляти, що і де вона повинна робити, в якій послідовності і як довго, тобто орієнтуватися в сьогоденні і знати, що буде далі.

Потрібно позначити в приміщенні зони, у яких дитина займатиметься певною діяльністю. Це допоможе швидко виробити необхідні навички для долучення у просторовий і часовий ритм роботи.

Зони можуть бути такі:

1 робоча зона – місце маніпуляції з такими природними матеріалами, як тісто (на дві частини борошна — одна частина крупної солі, вода), глина, желе, крупи, боби. Якщо немає додаткового місця, можна постелити на підлозі в кімнаті велику церату (плівку) і згортати її, переходячи до завдань іншого типу. Головна частина заняття спершу відбуватиметься в цій зоні, оскільки здебільшого увагу дитини з синдромом аутизму можна привернути лише за допомогою тактильних маніпуляцій;

2 робоча зона – робота за столом, до якої дитина має поступово звикати;

3 робоча зона – робота з дерев'яними вкладками чи пазлами на підлозі;

4 – зона «польових» рухів – місце для вільного пересування дитини [24; 9].

10.4. Метод сенсорної інтеграції та ерготерапії

Досить поширеним в роботі з людьми із спектром аутизму є *метод сенсорної інтеграції*. Вперше метод сенсорно-інтегративної терапії був розроблений Енн Джін Айрес (Anna Jean Ayres), трудотерапевтом, який працював з дітьми та дорослими, які мали неврологічні порушення. Після його смерті, на початку 90-х років метод продовжували досліджувати інші фахівці-науковці. З розвитком інтеграції пов'язане функціонування людини на всіх рівнях. *Адекватна сенсорна інтеграція* – це злагоджене функціонування сенсорних систем. Фундаментальне значення для розвитку інтеграції органів чуття має функціонування чотирьох систем, які відбирають і аналізують інформацію, пов'язану з тілом:

1) схеми тіла, що зумовлює становлення праксису (цілеспрямованих дій);

2) відчуття рівноваги, яке допомагає тілу правильно розподіляти м'язові зусилля відповідно до ситуації;

3) відчуття глибинної чутливості, яке дає змогу відчувати власні стани і прояви окремих частин тіла;

4) візуальне сприймання [9].

На основі методу Айрес набула формування *ерготерапія*. Метод ерготерапії полягає в специфічному виконанні підібраних видів діяльності, відповідних технік і прийомів, спрямованих на набуття, відновлення або вдосконалення умінь і навичок, що дозволять людині жити повноцінним життям.

Діяльність в ерготерапії ділиться на:

- повсякденну активність (особиста гігієна, прийом їжі, одягання, спілкування, мобільність),
- продуктивну діяльність (домашні обов'язки, отримання освіти, професії), дозвілля (гра, відпочинок).

Вона може здійснюватися із застосуванням різних матеріалів, іграшок, предметів побуту і організована за допомогою гри або спеціальних вправ-завдань.

В процесі ерготерапевтичного впливу необхідно пробудити зацікавленість дитини, створити умови для прояву її інтересу до об'єктів навколишнього світу і взаємодії з ними.

Дуже важливо допомогти дитині побачити і реалізувати в цій діяльності власну мету, а не уявлення дорослих про те, до чого вона повинна прагнути в даній ситуації.

Ерготерапія при дитячому аутизмі має бути спрямована на подолання рухового занепокоєння; порушення грубої і тонкої моторики, координації рухів; порушення здатності до навчання; порушення мовлення.

Таким чином, в процесі ерготерапії у дітей з аутизмом за допомогою самостійного виконання дій поліпшуються функціональні можливості (рухові, емоційні, когнітивні і психічні) [9].

10.5. Метод Tomatis. Арттерапія. Зоотерапія

Метод Tomatis® – це сеанси прослуховування спеціально обробленої музики та звуків високої частоти за допомогою бездротових навушників з кістковою провідністю. Зазвичай це музика Моцарта або григоріанського хоралу. Поки звучить музика, людина може займатись чим завгодно: малювати, гратися, займатись рукоділлям тощо. В цей час, звуковий сигнал, оброблений за методом Tomatis®, стимулює м'язи внутрішнього вуха і одночасно активує моторні і слухові функції [50].

Музичні сеанси Томатіс характеризуються ритмічною зміною звукової частоти та інтенсивності. Ці коливання є абсолютно безболісними, їхня непередбачуваність змушує працювати орган слуху та вестибулярну мембрану. Завдяки цьому створюється потужний стимулюючий ефект для мозку.

Метод слухових тренувань Томатіс призначений для розвитку чи відновлення розуміння мови та інших видів звукової інформації. Порушення слухання – непроста проблема, пов’язана з тим, що мозок «не розуміє» інформацію, яку до нього доносить вухо. Сам слух збережений, але у головного мозку не виходить правильно аналізувати інформацію, що надходить, уваги до неї недостатньо. Проте увагу можна і потрібно повернути. Хорошим способом досягти цього є використання несподіваних, не прогнозованих змін тональності, тембру та інтенсивності звуку, наприклад, мелодії чи голосу. Таким чином створюється ефект несподіванки, що привертає увагу мозку, який намагатиметься розшифрувати алгоритм цих змін. Почнеться тренування, що базується на ефекті нейропластичності. Якщо нормальне слухання ще не вироблено (діти із затримкою розвитку, аутизмом, порушеннями концентрації уваги та здатністю навчатися), мозок почне ефективно його розвивати. А якщо уражені мозкові центри, які відповідають за сприйняття та обробку звукової інформації (внаслідок інсульту, ЧМТ, пухлини та ін.), то такі слухові тренування допоможуть іншим ділянкам мозку за рахунок перебудови роботи компенсувати втрачені функції та відновити якість життя. На сьогоднішній день Метод Tomatis® – це набір оригінальних аудіо програм, які функціонують за допомогою сертифікованого апарату TalksUp®. Він є інноваційним професійним інструментом, який обробляє в реальному часі голос та музику, щоб відтворити ефект Томатіс [46].

Арттерапия – це метод психотерапії, який допомагає людині пережити внутрішні конфлікти, тривогу, страхи з допомогою творчості. Людині пропонують помалювати, потанцювати, поліпити – і саме завдяки цій діяльності відбувається корекція емоційного та психічного станів [21].

Це досить екологічний метод, завдяки якому чутливих тем можна торкатися обережно й безпечно.

Творчість може дійсно мати терапевтичний ефект, адже дає людині можливість повернути контроль над власним життям хоча б на якийсь час, та виплеснути свої емоції й переживання. Проте не будь-які заняття творчістю є терапією, адже вона потребує залучення кваліфікованого спеціаліста.

«До занять творчістю додається терапевтична бесіда. Важливо говорити про те, що саме дитина намалювала, як вона це бачить, як вона до цього ставиться, що її хвилює. Це як основа, від якої можна відштовхуватися і будувати обговорення, – пояснює Інна Князева. – Під час арттерапії потрібно обговорити, навчитися відчувати, поділитися своїми почуттями, а не лише намалювати малюнок. Якщо під час процесу підіймаються важливі емоції, поряд має бути спеціаліст, що допоможе впоратися з ними. Це один із важливих компонентів арттерапії» [21].

Арттерапія має безліч підвидів. Серед них – *Серійне малювання*. Це напрям психологічної допомоги, що ґрунтується на аналітичній психології. Він залучає уяву та вільну творчість, щоб допомогти дітям запуснути їх природні механізми зцілення, тобто ті, що мають впоратися з переживаннями та травмами.

Особливість серійного малювання у тому, що дитина працює у власному темпі, у оточенні таких самих дітей (ефект групової терапії) і водночас індивідуально з психотерапевтом, який створює для неї безпечні комфортні умови. Діти працюють із психологом індивідуально, але постійно перебувають у групі. Це важливо, адже відбувається ефект контейнування дорослими емоційного досвіду своїх маленьких підопічних. Це одна з базових функцій методу.

Арттерапія – не магія й не панацея. Якщо дитина чи доросла людина страждають від самотності, то малювання чи ліпка навряд, чи зможуть повноцінно розв'язати цю проблему. Проте буде дуже ефективною у подоланні стресу та подавлених переживань. А ще – арттерапія працює, коли її застосовують кваліфіковані спеціалісти.

Зоотерапія або анімалотерапія (від лат. animal – тварина) є одним з видів терапії, що охоплює використання тварин, як засіб лікування. Мета такої терапії полягає у поліпшенні соціальних, емоційних, або когнітивних функцій пацієнта /Вікіпедія/.

ЛЕКЦІЯ 11.

СКЛАДОВІ, ФАКТОРИ РОЗВИТКУ ТА БАЗОВІ МОДЕЛІ ВПРОВАДЖЕННЯ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ

Мета: сформувані розуміння інклюзії, як форми навчання, розкрити принципи інклюзії, та завдання інклюзивного навчання.

План:

11.1. Поняття інклюзії. Інклюзивна освіта.

11.2. Досвід реалізації інклюзивної освіти в країнах Європи.

11.3. Інклюзивна освіта в Україні.

11.1. Поняття інклюзії. Інклюзивна освіта

Інклюзія (від англ. inclusion – включення, залучення) – процес збільшення ступеня участі всіх громадян у соціумі. Потребу збільшення участі відчують насамперед ті, що мають фізичні чи ментальні порушення. Цей процес передбачає розробку і застосування таких конкретних рішень, які зможуть дозволити кожній людині рівноправно брати участь в академічному і суспільному житті. Поняття інклюзії близьке за значенням з поняттям інтеграція та протилежне до сегрегація. При інклюзії всі зацікавлені сторони повинні брати активну участь для отримання бажаного результату. /Вікіпедія/.

Інклюзія в широкому соціально-філософському сенсі розуміється як форма буття, спільного життя звичайних людей і людей з інвалідністю, за чи проти якої виступає суспільство та його підсистеми (у тому числі інститути освіти), і щодо якої і ті, й інші члени суспільства мають право вільного вибору /Вікіпедія/.

Інклюзія – це процес реального включення людей з інвалідністю в активне суспільне життя і однаковою мірою необхідна для всіх членів суспільства. Інвалідність – це не вирок долі, це, швидше, такий спосіб життя за обставин, що склалися, який може багато дати особі з інвалідністю і людям, що оточують її, якщо інвалідність розглядати в рамках соціальної концепції. Тоді *головний сенс процесу інклюзії можна позначити так: «Всім тут раді!»*. Або може стати нестерпним щоденним стражданням для всіх членів суспільства, якщо інвалідність розглядати тільки в рамках біологічної концепції, коли «Інвалід – людина, яка повністю або частково позбавлена працездатності унаслідок якої-небудь аномалії, поранення, каліцтва, хвороби» (С. І. Ожегов). Не хвороба створює обмеження діяльності, а умови життя, які може запропонувати суспільство (уряд) людям з інвалідністю.

Умова рівних можливостей досяжна лише в тому суспільстві, де інвалідність розглядається через соціальну концепцію, де відсутня дискримінація людей з інвалідністю словами і діями інших людей /Вікіпедія/.

Інклюзія – це концепція, яка створює сприятливе середовище для всіх учнів незалежно від їхньої індивідуальної специфіки та особливостей. Інклюзивна освіта спрямована на забезпечення доступу до навчання всім дітям, у тому числі з особливими освітніми потребами (ООП), у навчальних закладах. Вона передбачає створення умов для повноцінного розвитку кожної дитини, незалежно від її можливостей [19].

Інклюзивність – це цінність, яка передбачає, що всі люди мають рівні права та можливості для повноцінного життя [19].

Для розуміння інклюзії мають значення чотири ключові аспекти:

1. *Інклюзія – це процес.* Її слід розглядати як неперервний пошук ефективних способів врахування питання багатоманітності. Інклюзія навчає співіснувати з відмінностями, які розглядаються як стимул для заохочення дітей і дорослих до навчання.

2. *Інклюзія спрямована на виявлення й усунення бар'єрів.* Вона передбачає збір, узагальнення і оцінку інформації з великої кількості різних джерел з метою вдосконалення освітньої політики і практики, заохочення дітей і дорослих до навчання.

3. *Інклюзія створює умови для присутності, участі та досягнень усіх учнів.* Термін «присутність» означає місце навчання дітей і те, наскільки регулярно вони його відвідують. Термін «участь» описує якість їхнього навчального досвіду і тому вимагає врахування думок тих, хто навчається. Термін «досягнення» стосується не лише результатів тестів чи екзаменів, а охоплює також результати навчання в межах усіх навчальних планів і програм (curriculum).

4. *Інклюзія вимагає підвищеної уваги до дітей «групи ризику», для яких існує вірогідність виключення чи низької успішності.* Йдеться про моральний обов'язок вести ретельне спостереження за групами учнів, які за статистикою найчастіше потрапляють до «групи ризику», і, за потреби, вживати заходів для забезпечення їхньої присутності, участі та досягнень у системі загальної освіти [18].

Розглянемо поняття «особа з особливими освітніми потребами». *Особа з особливо освітніми потребами (ООП)* – людина, яка потребує додаткової постійної чи тимчасової підтримки в освітньому процесі з метою забезпечення її права на освіту [19].

Мета інклюзії в освіті полягає у ліквідації соціальної ізоляваності (виключення), що є наслідком негативного ставлення до поняття різноманітності. Відправною точкою цього поняття є переконання, що освіта є одним із основоположних прав людини і основою для більш справедливого суспільства.

В основі терміну «інклюзивна освіта» лежить соціальна модель розуміння інвалідності, яка трактує інвалідність, як поняття, яке еволюціонує, і є результатом взаємодії, яка відбувається між людьми, які мають порушення здоров'я, і бар'єрами, що існують у зовнішньому середовищі і яка заважає їхній повній та ефективній участі в житті

суспільства нарівні з іншими. Соціальна модель розуміння інвалідності стала альтернативою медичній моделі розуміння інвалідності, яка в першу чергу була спрямована на корекцію розвитку осіб з особливостями психофізичного розвитку чи осіб з особливими потребами.

В основу інклюзивної освіти покладена ідеологія, яка виключає будь-яку дискримінацію учнів, але в той же час створює відповідні умови для отримання якісної освіти для таких дітей. Інклюзивна освіта визнає, що всі діти можуть повноцінно навчатися, а їх відмінні особливості гідні поваги та є джерелом навчального досвіду для усіх учасників навчально-виховного процесу.

Інклюзивна освіта – це освітня технологія, яка передбачає навчання й виховання дітей з особливими потребами у звичайному навчально-виховному закладі, де створені відповідні умови для забезпечення максимальної ефективності навчального процесу [18].

Інклюзивне навчання – система освітніх послуг, гарантованих державою, що базується на принципах:

*недискримінації,
врахуванні багатоманітності людини,
ефективного залучення та включення до освітнього процесу всіх його учасників.*

Жодна дитина не має відчувати себе іншою та виключеною з освітніх, культурних і соціальних процесів – це головне завдання інклюзії.

Інклюзивне навчання передбачає створення освітнього середовища, яке відповідало б потребам і можливостям кожного учня, незалежно від особливостей його психофізичного розвитку [24].

Основним принципом інклюзивного навчання є те, що всі учні мають навчатися разом у всіх випадках, коли це можливо, незважаючи на жодні труднощі чи відмінності між ними.

Інклюзивні заклади освіти повинні визнавати і враховувати різні потреби своїх учнів, і забезпечувати якісну освіту для всіх, розробляючи відповідні навчальні плани, організаційні заходи, стратегії викладання. Досить часто інтеграцію ототожнюють з інклюзією, яка має дещо розширений контекст: інтеграція відображає спробу залучити учнів з особливими потребами до навчального закладу, а інклюзія передбачає пристосування навчального закладу та його загальної освітньої філософії до потреб усіх учнів – як обдарованих дітей, так і тих, котрі мають особливі потреби. Інклюзія потребує змін на всіх рівнях освіти. *Суспільство повинно*

враховувати індивідуальні потреби людей і пристосовуватися до них, а не навпаки.

Інклюзивне освітнє середовище – сукупність умов, способів і засобів для спільного навчання, виховання та розвитку здобувачів освіти з урахуванням їхніх потреб і можливостей.

Інклюзивне освітнє середовище змінює роль педагога. Він має сприймати учнів з особливими освітніми потребами, як і інших учнів; залучати їх до спільних видів діяльності, ставлячи децю інші завдання.

Інклюзивна освіта включає:

- Визнання рівної цінності для суспільства всіх учнів і педагогічних працівників.
- Підвищення ступеня участі учнів у навчальному процесі та позанавчальних заходах й одночасне зниження рівня ізолюваності частини учнів.
- Зміни в політиці навчального закладу, практиці та культурі з метою приведення їх у відповідність з різноманітними потребами учнів, які навчаються в даному навчальному закладі.
- Подолання бар'єрів на шляху отримання якісної професійної освіти та соціалізації всіх учнів, а не тільки учнів з інвалідністю та учнів з особливими навчальними потребами.
- Аналіз і вивчення спроб подолання бар'єрів і покращення доступності навчальних закладів для окремих категорій учнів. Проведення реформ і змін, спрямованих на користь усіх учнів.
- Переконавання, що відмінності між учнями – це ресурси, що сприяють педагогічному процесу, а не перешкоди, які необхідно долати [24].

11.2. Досвід реалізації інклюзивної освіти в країнах Європи

В країнах Європи відбувається активне впровадження інклюзивної освіти.

ЮНЕСКО розглядає інклюзію як динамічний процес, який полягає в позитивному ставленні до різноманітності учнів у навчальному середовищі, сприйнятті індивідуальних особливостей розвитку дитини не як проблеми, а як можливостей для розвитку. Тому рух у напрямі інклюзії – це не тільки технічна або організаційна зміна, але і певна філософія в освіті. «Говорячи про інклюзію, ми маємо робити набагато більше для того, щоб діти навчались у звичайних класах /групах/, ми маємо ізолювати ізоляцію, усунути виключення», – говориться на 48 сесії ЮНЕСКО 2008 року.

На міжнародній конференції ООН з питань освіти, науки і культури «Інклюзивна освіта: шлях у майбутнє», яка проходила у Женеві у 2008 р., відмічалось, що запровадження інклюзії в освітній сфері є не другорядним, а центральним питанням для забезпечення високоякісної освіти і створення більш інклюзивних суспільств.

Інклюзивна освіта – термін, який вперше прозвучав у Саламанській декларації про принципи, політику та практичну діяльність у сфері освіти осіб з особливими потребами, яка була прийнята на Всесвітній конференції з питань освіти осіб з особливими потребами у червні 1994 року. Саме цей документ і став першим міжнародним документом, який наголосив на необхідності проведення освітніх реформ у напрямі інклюзивної освіти. У зверненні до всіх урядів наголошується, що пріоритетним з точки зору політики та бюджетних асигнувань має бути «реформування системи освіти, яке б дало змогу охопити навчанням усіх дітей, незважаючи на індивідуальні відмінності та труднощі; законодавчо визнати принцип інклюзивної освіти, який полягає в тому, що всі діти перебувають у звичайних школах, за винятком тих випадків, коли не можна вчинити інакше; всіляко заохочувати обмін досвідом з країнами, що мають інклюзивну систему навчання; сприяти участі батьків, громад, громадських організацій осіб з інвалідністю в процесах планування та прийняття рішень, що стосуються задоволення особливих навчальних потреб; всіляко сприяти розробці стратегій діагностування та визначення особливих потреб у дітей, а також розробляти науково-методичні аспекти інклюзивного навчання; значну увагу варто приділити підготовці педагогів до роботи в системі інклюзивної освіти».

Важливим для розуміння інклюзії в освіті є інструмент моніторингу «Індекс інклюзії» розроблений у 2006 році британськими вченими Мелом Ейнскоу та Тоні Бутом за участю групи британських педагогів, батьків, працівників управлінь освіти, учених і представників громадських організацій людей з інвалідністю університету Манчестера. «Індекс інклюзії» перекладений на 34 мови, такі як арабська, іспанська, китайська, німецька, норвезька, португальська, та ін., він використовується в 15 країнах світу. Англomовні матеріали «Індексу інклюзії» використовуються в Австралії, Канаді, Південній Африці та США. Метою використання «Індексу інклюзії» є покращення навчальних досягнень 100 % учнів шляхом використання інклюзивної практики. Це відбувається через процес самооцінювання трьох основних аспектів:

- Культури навчального закладу.
- Освітньої політики на рівні навчального закладу.

- Практики [18].

11.3. Інклюзивна освіта в Україні

У 2011 році «Індекс інклюзії» був перекладений на українську мову і, після його апробації, був схвалений для використання у дошкільних, загальноосвітніх і професійно-технічних навчальних закладах України Науково-методичною комісією з професійної педагогіки, психології та змісту професійно-технічної освіти Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України.

На сьогодні немає спільної узгодженої термінології категорій дітей з інвалідністю та/або особливими освітніми потребами як на міжнародному, так і на національному рівні. Так, в українському законодавстві використовуються різні терміни: «діти/люди з порушеннями розумового та/або фізичного розвитку», «діти/люди з неповносправністю», «діти/люди з розумовою відсталістю», «особи з особливими потребами», «діти з особливостями психічного та фізичного розвитку» тощо.

Проте, керуючись засадничими принципами соціальної моделі розуміння інвалідності та останніми документами Кабінету Міністрів України, Міністерства освіти і науки України у сфері інклюзивного навчання, пропонується до використання термін «діти (учні) з особливими освітніми потребами». Даний термін – special education needs (SEN) – також широко використовується країнами-членами Організації економічного розвитку та співпраці й ураховує дітей, які мають труднощі в навчанні, що пов'язані з порушеннями психофізичного розвитку, та дітей із соціально вразливих груп [18].

У 2000 р. Всеукраїнський фонд «Крок за кроком» ініціював разом з Міністерством освіти і науки України можливість пропілотувати в експериментальному режимі інклюзивну освіту як систему навчання та надання спеціальних послуг дітям з особливими потребами за місцем їх проживання. За час реалізації першого етапу експерименту у 2001–2002 рр. було розроблено програму та складено план дослідницької діяльності, затверджено склад учасників експериментальної роботи, розроблено програму підготовки вчителів, вихователів класів (груп) інклюзивного навчання.

Другий етап експерименту – експериментально-інформаційний (формувальний експеримент) – проходив у 2003–2005 рр. Було розроблено методичні рекомендації для педагогічних працівників експериментальних шкіл з питань змісту й технологій інклюзивного навчання; підготовлено та апробовано методичні матеріали, посібники.

На постійній основі здійснювалися консультації наставників і фахівців, команди закладів освіти розробляли індивідуалізовані навчальні плани для дітей з особливими освітніми потребами.

У межах програми «Інклюзивна освіта» Фондом «Крок за кроком» також було реалізовано проекти «Реалізація прав людини через рівний доступ до якісної освіти» (2001–2002), «Змінимо світ для дітей з особливими потребами – кроки до партнерства» (2002), «Адвокатство батьків – відстоювання права на інклюзивну освіту для дітей з особливими потребами» (2003), «Розвиток модельних центрів інклюзивної освіти для дітей з особливими потребами» (2003–2005), «Створення ресурсних центрів для батьків дітей з особливими потребами» (2005–2007) [24].

Інклюзія в школі, садочку чи закладі дошкільної освіти передбачає існування Інклюзивно-ресурсних центрів (ІРЦ). Ці центри відіграють важливу роль у підтримці інклюзивної освіти. Психолог має ключове значення у цьому процесі, надаючи психологічний супровід як загальним групам учнів, так і окремим дітям з ООП. Інклюзія в освіті означає, що всі діти, незалежно від їхніх особливих освітніх потреб (ООП), мають право навчатися в загальних освітніх установах. Інклюзивна освіта є одним із пріоритетних напрямів розвитку освіти в Україні. Вона закріплена в Законі України «Про освіту» (2017).

Інклюзивно-ресурсний центр (ІРЦ) – це установа, яка створена з метою реалізації права дітей з особливими освітніми потребами віком від 2 до 18 років на здобуття дошкільної та загальної середньої освіти, зокрема, у закладах професійної (професійно-технічної) освіти та інших навчальних закладах, які забезпечують здобуття загальної середньої освіти.

Завдання Інклюзивно-ресурсних центрів (ІРЦ):

- проводити комплексну психолого-педагогічну оцінку розвитку дитини;
- надавати психолого-педагогічні та корекційно-розвивальні послуги;
- забезпечувати системний та кваліфікований супровід дитини з особливими освітніми потребами [19].

Інклюзія в Закладах державної освіти (ЗДО), Державних навчальних закладів (ДНЗ), садочку. Інклюзивна освіта в ЗДО, ДНЗ або інклюзивна освіта в садочку також передбачає створення спеціальних умов для навчання та розвитку дітей з особливими освітніми потребами (ООП). Ці умови можуть включати:

- Індивідуальний підхід до кожної дитини;
- Розвиток у дітей навичок соціальної взаємодії;
- Використання диференційованих методів та прийомів навчання;

- Створення доступного освітнього середовища.

Інклюзія в школі. Інклюзивна освіта в школі передбачає створення спеціальних умов для навчання та розвитку дітей з ООП. Ці умови можуть включати:

- Різні форми організації освітнього процесу: індивідуальна, групова, колективна;
- Використання різних методів та прийомів навчання: адаптовані навчальні програми, диференційоване навчання, індивідуальні завдання, додаткові заняття, корекційні заняття;
- Створення доступного освітнього середовища: спеціальне обладнання, технічні засоби навчання, адаптовані навчальні матеріали.

Перспективними напрямками розвитку інклюзивної освіти є:

- виразний пріоритет інклюзивного навчання;
- підтвердження права вибору батьками навчального закладу та форми навчання;
- більш категоричне визнання права на освіту всіх без винятку дітей;
- прагнення МОНМС України реформувати діяльність консультацій (ПМПК), зміщення їхніх пріоритетів із керування дітьми на достатньо тривале обстеження;
- розроблення індивідуальних програм реабілітації та консультування батьків [19].

Під час здійснення психологічного супроводу інклюзивної освіти можуть бути корисними наступні матеріали:

- Корекційні програми МОН України для дітей з особливими потребами;
- Інклюзивне навчання МОН;
- Лист МОН №1/13094-23 від 31.08.23 «Про організацію освітнього процесу дітей з особливими освітніми потребами у 2023/2024 навчальному році»;
- Лист МОН №1/11479-23 від 03.08.23 «Про методичні рекомендації «Безпечне освітнє середовище: Надання індивідуальної підтримки учням з особливими освітніми потребами під час підготовки до реагування на надзвичайні ситуації».

ЛЕКЦІЯ 12.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПЕДАГОГА В РОБОТІ ІЗ СІМ'ЯМИ, ЩО ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Мета: ознайомити з видами виховання у сім'ях, що мають дітей з особливими потребами, основними завданнями корекційно-педагогічної роботи в родині, етапами соціально-педагогічної роботи з сім'єю, що виховує дитину з особливими потребами.

План:

- 12.1. Проблеми сімей, що мають дітей з особливими потребами.
- 12.2. Види виховання у сім'ях, що мають дітей з особливими потребами.
- 12.3. Основні завдання корекційно-педагогічної роботи в родині.
- 12.4. Основні етапи соціально-педагогічної роботи з сім'єю, що виховує дитину з особливими потребами.

12.1. Проблеми сімей, що мають дітей з особливими потребами

В Україні спостерігається стійка тенденція до збільшення чисельності інвалідів, зокрема таке зростання відбувається внаслідок зниження рівня медичного обслуговування, зростання побутового і виробничого травматизму, складної екологічної ситуації, котра обтяжується змінами в соціально-економічній сфері, воєнних дій на території України. Поряд із цим сімей, що мають дітей із порушеннями фізичного і (чи) психічного розвитку, стає дедалі більше, і вони представляють одну з найуразливіших груп населення.

Соціальна підтримка таких сімей – це вирішення цілого комплексу проблем, пов'язаних із допомогою дитині: з її виживанням, лікуванням, освітою, соціальною адаптацією та інтеграцією у суспільство. Батьки в подібних родинх відчують на собі вплив різноманітних негативних факторів, що зрештою створює напруженість всередині сімейної групи, порушує її стійкість. Соціальне нездоров'я такої родини вимагає додаткових форм соціально-педагогічної діяльності, спрямованих на допомогу батькам. Це соціальна реабілітація і соціальна інтеграція родини, тобто відновлення її соціального статусу.

12.2. Види виховання у сім'ях, що мають дітей з особливими потребами

Сім'я з дитиною-інвалідом – це сім'я з особливим статусом, особливості та проблеми якої визначаються не тільки особистісними якостями всіх її членів та характером взаємовідносин між ними, але й більшою зайнятістю

вирішенням проблем дитини, закритістю сім'ї для зовнішнього світу, дефіцитом спілкування, відсутністю працевлаштування матері, але головне – специфічним статусом у сім'ї дитини-інваліда, що обумовлено її хворобою [42].

За типом внутрішньосімейних відносин і стилем сімейного виховання розрізняють чотири групи сімей:

1. *Батьки з вираженим розширенням сфери батьківських відчуттів.* Характерний для них стиль виховання – гіперопіка, коли дитина є центром всієї життєдіяльності сім'ї, унаслідок чого комунікативні зв'язки з оточенням деформуються. Цей стиль сімейного виховання характерний для більшості сімей матерів-одиначок.

2. *Сім'ї, які характеризуються стилем холодного спілкування* – зниженням емоційних контактів батьків з дитиною, проекцією на дитину з боку обох батьків або одного з них власних небажаних якостей.

3. *Сім'ї, які характеризуються стилем співпраці* – конструктивна і гнучка форма взаємовідповідальних батьків і дитини в спільній діяльності.

4. *Сім'ї, які мають репресивний стиль сімейного спілкування*, що характеризуються батьківською установкою на авторитарну лідируючу позицію (частіше батьківську). При такому стилі виховання в дітей переважає афектно-агресивна поведінка, плаксивість, дратівливість, підвищена збудливість. Це ще більш ускладнює їхній фізичний і психічний стан [24].

Соціально-психологічними особливостями сімей з дітьми-інвалідами є те, що:

1) хвора дитина потребує більше матеріальних, духовних і фізичних затрат, ніж здорова;

2) батьки дітей-інвалідів дуже часто вдаються до надмірного опікування, що гальмує розвиток дитячої активності, самостійності, впевненості в собі;

3) стадії розвитку сімей дітей-інвалідів не подібні до стадій розвитку звичайних сімей. Діти з обмеженими можливостями повільно досягають певних життєвих етапів, а іноді і зовсім не досягають [32].

До факторів, що порушують сімейну атмосферу, що впливають на розвиток неконструктивних моделей дитячо-батьківських і батьківсько-дитячих взаємин і типів виховання дітей з відхиленнями у розвитку, дослідники відносять наступні:

1) характер і ступінь вираженості порушень у дитини, їх незворотність, тривалість і зовнішні прояви психофізичної недостатності (наприклад, при

розумовій відсталості, дитячому церебральному паралічі, ранньому дитячому аутизмі тощо);

2) особистісні особливості батьків (осіб, які їх заміщують), які загострюються в травмуючих психіку ситуаціях (прояв тенденцій до розвитку акцентуацій або аномалій характеру);

3) ціннісні орієнтації батьків (осіб, які їх заміщують) і специфічний характер впливу батьківських установок на процес виховання, їх залежність від сімейних, національно-етнічних традицій, соціально-культурного рівня і освіченості батьків як вихователів; при цьому важливе значення у виборі батьками моделі виховання мають їх психологічні особливості (авторитарний, невротичний, психосоматичний типи);

4) соціальне середовище та умови, які перешкоджають реалізації батьками своїх виховних завдань (наприклад, соціально-економічні катаклізми, що мають місце на сучасному етапі розвитку українського суспільства) [16].

Не маючи віри в своїх дітей, пред'являючи їм занижені вимоги, захищаючи від хвилювань, обмежуючи свободу вибору батьки, таким чином, сприяють закріпленню інфантильності своїх дітей, нездатності приймати самостійні рішення, нездатності до адаптації в нових неординарних умовах.

Необхідно також звернути увагу на гендерні проблеми сімей з дітьми-інвалідами. Гендерна характеристика сімей підтверджує той факт, що жінки є тими членами сім'ї, які несуть головний тягар турбот про дитину. У сім'ях, що мають дітей з інвалідністю, дуже високий відсоток розлучень. Мікроклімат, який батьки створюють у сім'ї, відіграє основну роль у процесі розвитку дитини-інваліда. Ситуація народження і виховання дитини-інваліда, у більшості випадків деформує взаємини в сім'ї. У 30% випадків сім'ї розпадаються. На жінку, яка має дитину з особливими потребами, накладається ще один стресовий фактор – розлучення з коханою людиною. Нерідко ускладнюються і взаємини жінки з найближчими родичами: її дорікають у народженні дитини-інваліда. Якщо ж дитина стала інвалідом в перебігу життя, родичі також звинувачують жінку в тому, що вона «погана мати». Жінці, обтяженій настільки важкими випробуваннями, найчастіше ніде отримати підтримку.

Що стосується чоловіків, батьків дітей-інвалідів, народження дитини з особливими потребами часто сприймається як обмеження його чоловічої гідності. Тому, чимало чоловіків переносять відповідальність за народження дитини-інваліда на жінку, і розлучаються з нею.

Багато батьків можуть допомогти своїм дітям, якщо почнуть застосовувати систему корекційного виховання якомога раніше, уже з перших місяців життя дитини, оскільки саме перші 2–3 роки життя є критичними в її розвитку, етапом формування «функціональних ансамблів» нервово-психічної діяльності. Необхідно переконати батьків, що дитина відрізняється від нас і зовні, і внутрішньо. Вона не хвора, вона просто інша. У неї інша мова, інша система сприйняття, відмінні від наших цінності та мотиви. Найважливішим у роботі з «особливою» дитиною є прийняття її самої. Як тільки ми відійдемо від поняття «хвороби» і сформуємо сприйняття дитини як особливої, відмінної від нас людини, ми зможемо найбільш ефективно працювати з нею [24].

12.3. Основні завдання корекційно-педагогічної роботи в родині

Однією з головних особливостей професійної діяльності корекційного педагога в роботі із сім'ями, що виховують дітей з особливими потребами, є саме робота з батьками, які не менше, ніж їхні діти, потребують реабілітації, абілітації, адаптації в життєвій ситуації, але їх потрібно до цього готувати, створюючи спеціальні програми, тому що саме від батьків, особливо на ранніх етапах розвитку дитини, залежать її здоров'я, фізична і психічна підготовленість, соціалізація та інтеграція в суспільство. Сім'я має визначальний вплив на інтеграцію дітей у соціум, і тому її роль величезна. Тільки вирішуючи проблеми батьків, можна забезпечити повноцінну соціалізацію їхніх дітей. Ефективність реабілітації дитини з порушеннями в розвитку обумовлена ступенем інтегрованості в суспільство всієї родини в цілому. При цьому батькам необхідно повірити в себе, у свої можливості, свою дитину, не замикатися на своїх проблемах, а вирішувати їх спільно.

Соціально-педагогічна допомога сім'ї, яка виховує дитину з особливими потребами – це сімейно-центрована практика, що спрямована на соціалізацію дитини. Основними концептуальними принципами соціально-педагогічної роботи з такими родинами є:

- єдність дій сімей і соціальних інститутів у процесі соціалізації дитини;
- активізація ролі батьків, їх навчання і включення в процес соціально-педагогічної діяльності [12].

Основними завданнями корекційно-педагогічної роботи в родині є:

1. Реконструкція батьківсько-дитячих взаємин.
2. Оптимізація подружніх і внутрішньосімейних взаємин.
3. Гармонізація міжособистісних відносин між парою – матері і дитини та членами родини, членами родини та іншими (сторонніми) особами.

4. Корекція неадекватних поведінкових і емоційних реакцій батьків дітей з особливими потребами.

5. Розвиток комунікативних форм поведінки, що сприяють самоактуалізації і самоствердженню дорослих, які виховують дитину з особливими потребами.

6. Формування навичок соціальної взаємодії.

7. Особистісне зростання кожного з членів родини дитини з особливими потребами під час корекційних занять. Психокорекційний процес має будуватися на основі індивідуально-диференційованого експериментального підходу до особистісних особливостей членів сім'ї дітей з особливими потребами [24].

Реалізуючи напрямки змісту виховання, особливу увагу слід приділяти вихованню у дітей-інвалідів:

- любові до батьків, рідних, культури свого народу;
- поваги до людей;
- співчуття і милосердя до тих, хто переживає горе;
- піклування про молодших і старших;
- шанобливе відношення до звичаїв, традицій, історії народу.

У процесі реалізації освітнього і психотерапевтичного аспектів роботи переважають моделювання, прогнозування, інтерв'ювання, тестування, методи психолого-педагогічного впливу з акцентом на сучасну креативну методологію (казкотерапія, арт-терапія, ігротерапія, пісочна терапія, музикотерапія, кінотерапія, релаксаційний практикум тощо).

12.4. Основні етапи соціально-педагогічної роботи з сім'єю, що виховує дитину з особливими потребами

Організація соціально-педагогічної роботи з сім'єю, що виховує дитину з відхиленнями в розвитку, передбачає кілька етапів: початковий, організаційний, заключний/комунікативний [12].

На *початковому етапі* відбувається діагностика мікросоціуму і виховного потенціалу родини. Цей етап роботи соціального педагога можна назвати діагностико-конструктивним, тому що він полягає в аналізі основних проблем і проектуванні соціально-педагогічного процесу в сім'ї, доборі специфічних засобів і методів реабілітації відповідно до загальних цілей виховання. До того ж, має використовуватись комплексний підхід, що інтегрує два напрямки у вивченні сім'ї: врахування характеристик сім'ї як групи і як соціального інституту.

Для соціального педагога можуть бути важливими такі структурні характеристики сім'ї:

- наявність шлюбного партнерства (повна, формальна повна, неповна сім'я);
- стадія життєвого циклу сім'ї (молода, зріла, похилого віку);
- порядок вступу у шлюб (первинний, вторинний);
- кількість дітей (багатодітна, малодітна сім'я).

Серед функціональних характеристик сімей, які мають дітей з особливими потребами, найбільш істотними для соціального педагога є такі:

- матеріальний стан (забезпечення) сім'ї;
- психологічний клімат сім'ї;
- загальна культура сім'ї;
- реабілітаційна культура сім'ї;
- реабілітаційна активність сім'ї;
- ставлення до патології дитини.

Окрім структурних і функціональних характеристик, які відображають стан сім'ї, що виховує дитину із функціональними обмеженнями, для соціально-педагогічної діагностики важливими є також індивідуальні особливості її членів. До них належать соціально-демографічні, фізіологічні, психологічні особливості і звички дорослих членів сім'ї, а також характеристики дитини: вік, рівень фізичного, психічного, мовленнєвого розвитку, інтереси, здібності, освітній заклад, в якому вона навчається, успіхи у спілкуванні, наявність поведінкових відхилень, патологічні звички, мовленнєві, психічні порушення.

Для визначення стану психологічного клімату сім'ї соціальний педагог може використати відкрите і приховане спостереження, тести-методики (опитувальники різного типу), тести, що передбачають вивчення міжособистісних стосунків членів сім'ї, а також результати обстеження, проведеного іншими спеціалістами, що дає змогу зіставляти різні оцінки і робити об'єктивні та достовірні висновки.

Основна мета діяльності соціального педагога на початковому етапі – формування в батьків адекватних уявлень про структуру порушень психофізичного розвитку дитини і про можливості її освіти та соціалізації. Для вирішення цього завдання виконуються такі види діяльності:

- індивідуальна співбесіда (інтерв'ювання) з кожним дорослим членом родини, визначення члена родини, здатного здійснювати головну функцію при організації реабілітаційного процесу;

- участь члена родини – організатора реабілітаційного процесу в усіх видах діагностичного обстеження, що проводиться на базі психолого-медико-педагогічної консультації, психолого-педагогічного, медико-соціального центру чи в умовах родини;

- аналіз разом із усіма членами родини результатів обстеження, виявлення основних проблем, специфічних особливостей дитини;

- складання індивідуальної програми корекційно-педагогічної роботи з дитиною в умовах родини.

Наступний етап роботи – організаційний. Він полягає в конструктивній діяльності, включаючи різноманітні форми педагогічної анімації при організації сімейно-побутової праці, освітніх заходів, дозвілля і передбачає:

- проектування корекційно-педагогічного процесу в умовах родини,
- добір засобів і методів роботи,
- організацію педагогічного середовища в родині,
- конструювання системи навчальної взаємодії дорослого і дитини.

На цьому етапі вирішуються такі *завдання*:

- навчання батьків специфічних способів і прийомів роботи з дитиною на основі індивідуальної програми;
- активізація участі одного з членів родини як організатора реабілітації;
- добір дидактичного матеріалу для спеціальних занять, виготовлення наочних приладів, пристосувань;
- відпрацьовування організаційних форм роботи, умов навчання;
- налагодження стилю сімейного спілкування.

На організаційному етапі проводяться спеціальні заняття, ігри, відпрацьовуються різноманітні режимні моменти, побутова праця, дозвілля тощо. Через усі види цих заходів проходять такі форми спільної з дитиною діяльності, які згодом допоможуть сформувати основні навички й уміння, що розширюють діапазон можливостей, доступних дітям різного віку. Це навички:

- спілкування,
- загальної і тонкої моторики,
- сенсорного (почуттєвого) пізнання світу,
- культурно-гігієнічні,
- самообслуговування,
- мовні і соціальні навички.

Робота соціального педагога на організаційному етапі включає:

- добір матеріалу,

- спільне з батьками вивчення методик тестування відповідно до основних напрямів індивідуальної програми розвитку дитини,
- демонстрацію батькам основних прийомів.

Найважливішою особливістю цього етапу є спільне планування різних сімейних заходів відповідно до індивідуальної програми дитини і позначених в ній завдань розвитку на визначений період. Після оцінювання і коригування досягнутого здійснюється перехід до більш складних завдань, обговорюється роль батьків при проведенні того чи іншого виду діяльності з урахуванням підвищення самостійності й активності дитини.

Заключний етап соціально-педагогічної діяльності в умовах сім'ї – комунікативний. Він припускає допомогу у встановленні оптимальних взаємин між батьками, батьками і дітьми, іншими членами родини у сфері найближчого оточення. Цей етап має вирішальне значення для нормалізації психологічного клімату в родині, послаблення емоційної напруженості, реконструкції батьківських позицій у процесі педагогічної діяльності. Він сприяє становленню нових форм взаємодії з дитиною, що має відхилення в розвитку, засвоєнню специфічних засобів спілкування. Робота фахівця в родині в цей період має яскраво виражену корекційну і психотерапевтичну спрямованість. Адже саме родина є головним джерелом формування всієї системи спілкування та розвитку соціально значимих навичок у дитини, яка має відхилення в розвитку. Це пояснюється високим ступенем залежності нетипової дитини від членів родини й особливою роллю родини у формуванні соціальних стереотипів її поведінки.

Основними завданнями комунікативного етапу є:

- розширення арсеналу засобів при здійсненні комунікативної діяльності завдяки використанню специфічних способів спілкування (емпатії, жестової мови тощо);
- формування інноваційних форм взаємодії з дитиною (сеанси емоційно-розвивальної предметно-ігрової взаємодії тощо);
- формування виховних навичок у батьків.

У ході реалізації комунікативного етапу ефективно застосування таких методів, як індивідуальні бесіди з дорослими членами родини, базовані на емоційних контактах, спільному вирішенні проблемних ситуацій. У результаті індивідуальної роботи з батьками необхідно:

- виробити загальну позицію в нормалізації сімейних відносин,
- визначити причини порушень батьківської поведінки,
- знайти оптимальні шляхи виходу з проблемних ситуацій.

Основними критеріями ефективності соціально-педагогічної роботи на комунікативному етапі можна вважати:

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

Лише за умови цілеспрямованої системної соціально-педагогічної діяльності в умовах сім'ї можливим є не тільки підвищення рівня розвитку дитини та її соціальної активності, але й нівелювання негативних переживань батьків, формування оптимістичних установок стосовно майбутнього дітей з функціональними обмеженнями та їхніх сімей.

Система соціально-педагогічної допомоги цій категорії сімей повинна бути спрямована на розвиток її власних ресурсів й ініціативи, оскільки тільки перетворення родини в активного суб'єкта соціально-педагогічної діяльності є вирішальним чинником ефективності процесів реабілітації, соціалізації дитини та її інтеграції у суспільство [12].

МОДУЛЬ № 3

ПСИХОЛОГО – ПЕДАГОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ УЧНІВ З ПОРУШЕННЯМИ СОЦІАЛЬНОГО РОЗВИТКУ

ЛЕКЦІЯ 13.

ОСНОВНІ КОНЦЕПЦІЇ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ

Мета: сформувати поняття, щодо значення соціальних норм, їх функцій розуміння девіацій та їх основних ознак.

План:

- 13.1. Соціальна норма та нормативна поведінка.
- 13.2. Детермінанти девіантної поведінки.
- 13.3. Основні концептуальні підходи до визначення «соціальної норми».

13.1. Соціальна норма та нормативна поведінка

Соціальна норма – це стандарти, що існують у соціальній спільноті чи групі, так звані очікування відповідної поведінки, еталони, зразки поведінки, при зіставленні з якими визначається прийнятність і досконалість поведінкових проявів.

Соціальна норма – система уявлень, що становить певний шаблон поведінки, що розділяється членами соціальної групи і необхідна для здійснення сумісних узгоджених дій.

Норми є ідеальними зразками (шаблонами), які рекомендують те, що люди повинні говорити, думати, відчувати і робити в конкретних ситуаціях. Вони розрізняються масштабом (І. В. Сокол) [24].

Соціальні норми – це правила, вироблені суспільством, чи групою людей у процесі їхньої життєдіяльності /Вікіпедія/.

Ознаки соціальних норм:

1. *Правила (масштаби, зразки, моделі) поведінки регулятивного характеру* – соціально-вольові норми, що історично склалися або цілеспрямовано встановлені. Вони спрямовують поведінку людей відповідно до закладеної в нормі ідеальної моделі суспільних відносин, вносять однаковість у регулювання суспільних відносин і формують безупинно діючий механізм типових масштабів поведінки;

2. *Правила поведінки загального характеру*, тобто такі, що не мають конкретного адресата. Вони розраховані на те, щоб спрямовувати поведінку людей у рамках відносин даного виду; вступають у дію щораз, коли виникають відповідні суспільні відносини;

3. *Правила поведінки наказового характеру* – загальнообов'язкові. Вони встановлюють заборони, дають еталони поведінки;

4. *Правила поведінки, які забезпечуються певними засобами впливу на поведінку людей* (звичкою, внутрішнім переконанням, суспільним впливом, державним примусом).

Поняття «норма» використовується у таких значеннях:

1. *Біологічна норма* – те, що виникає природним способом і не викликає порушень здоров'я.

2. *Статистична норма* – нормальним визнається те, чого багато і що належить до середини розподілу. Статистичні норми не абсолютні, вони виводяться емпірично для конкретної групи (вікової, соціальної тощо) і характеризують тільки її.

3. *Психологічна норма* – асоціюється з психічним здоров'ям. Ненормальним може вважатися те, що спричинює суб'єктивні відчуття неспокою – надмірну дратівливість, пригніченість або почуття вини, а також порушення здатності людини до адекватних дій у звичайній для себе соціальній або професійній якості (дезадаптацію).

4. *Соціальна норма* – зумовлена соціальними стереотипами. Якщо поведінка людини не відповідає загальноприйнятим у даній спільноті звичаям та правилам, вона сприймається як така, що відхиляється від норми.

5. *Індивідуальна норма* – визначається очікуваннями, особистим неугальненим досвідом та іншими суб'єктивними змінними. [24].

Види соціальних норм:

1. *Норми права* – загальнообов'язкові, формально визначені певні правила поведінки, які встановлені або санкціоновані, а також охороняються державою.

2. *Норми моралі (моральності)* – правила поведінки, які склавшись у суспільстві, виражають уявлення людей про добро й зло, справедливість й несправедливість, обов'язок, честь, гідність. Дія цих норм забезпечується внутрішнім переконанням, суспільною думкою, заходами суспільного впливу.

3. *Норми звичаїв* – це правила поведінки, які, склавшись у суспільстві в результаті їхнього багаторазового повторення, виконуються за звичкою.

4. *Норми громадських організацій (корпоративні норми)* – правила поведінки, самостійно встановлені громадськими організаціями, закріплені в їхніх статутах (положеннях тощо), діють у їхніх межах і ними ж охороняються від порушень за допомогою певних заходів суспільного впливу.

Крім зазначених, серед соціальних норм розрізняють:

- *релігійні норми* – регулюють відправлення релігійних культів, ставлення людей до Бога і навколишнього світу;
- *політичні норми* – регулюють політичні відносини між різними суб'єктами і ними встановлюються (статут політичної партії);
- *естетичні норми* – регулюють ставлення людей до порядку оформлення і оцінки предметів матеріальної і духовної культури з позицій краси, зручності, якості;
- *норми культури* та ін. /Вікіпедія/.

Критерії нормативної поведінки:

Статистичний критерій – це те, що властиво більшості (не менше, ніж половині) людей у популяції. Статистичний критерій поєднується з якісно-кількісною оцінкою поведінки за ступенем її вираження та ступенем загрози для життя. Так, тютюнопаління визнається нормальним явищем для дорослих (при невеликих дозах і частоті), але відхиленням – для дітей. Однак суїцид або злочин будуть завжди оцінюватися як поведінкове відхилення, оскільки становлять пряму небезпеку для життя самої людини або оточуючих, незалежно від їх частоти чи ступеня вираження.

Соціально-нормативний критерій. Поведінка, що відповідає вимогам суспільства в даний час, сприймається як нормальна і схвалюється; поведінка з відхиленнями суперечить основним суспільним установкам і цінностям.

Функціональний критерій дозволяє оцінити поведінку з погляду її наслідків (тобто, до чого вона призводить) або мети, визначаючи таким чином функцію такої поведінки (функціональна або дисфункціональна, сприятлива або шкідлива) щодо поведінки більш високого рівня. Такі норми визначаються професійними групами, уповноваженими суспільством для цієї мети (наприклад, лікарями), або встановлюються законодавчими органами. Анормальна поведінка – значить шкідлива.

Гомеостатичний критерій нормою вважає все те, що забезпечує якнайкращу адаптацію конкретного організму до умов навколишнього середовища. Відповідно, патологія – це все те, що або взагалі не сприяє якнайкращій адаптації, або сприяє їй недостатньою мірою.

Індивідуально-психологічний критерій відображає зростаючу цінність кожної особистості, її індивідуальності. Згідно із ним сучасні вимоги до людини не обмежуються її здатністю виконувати соціальні розпорядження, але включають також самопізнання і самобуття особистості.

Психопатологічний критерій. Всі поведінкові прояви можна розділити на дві групи: нормальні та патологічні в значенні «здоров'я – хвороба». Але у класифікації хвороб девіантна поведінка не виокремлена в якості самостійної нозологічної одиниці, окрім того, не всі психічні розлади можуть викликати поведінкові девіації. Прикладом нормативної поведінки можна вважати етичну (просоціальну) поведінку – це сукупність вчинків та дій людей, які відповідають тим нормам моралі, свідомості чи порядку, що склались у суспільстві або до яких воно прямує. Вона полягає в оцінці, продуманості власної позиції і вчинків, у постійному, добровільному, усвідомленому виборі рішень, що дозволяють якнайповніше виразити компроміс між особистими прагненнями і суспільними вимогами [24].

13.2. Детермінанти девіантної поведінки

Поведінка розглядається як сукупність конкретних дій, що відбуваються у даний момент. Стосовно людини – це соціальна поведінка, яка може бути інтерпретована як здійснювана на основі свідомих вольових зусиль система зовнішніх дій, що забезпечує адекватну взаємодію особистості та навколишнього середовища і базується на позиції людини, її ціннісних орієнтаціях та установках.

Нормативна поведінка (нормальна, «стандартна») відповідає соціальним нормам, характерна для більшості людей, викликає схвалення оточуючих і приводить до нормальної адаптації. Нормативна поведінка регулюється будь-якими соціальними нормами, звичаями, релігійними або корпоративними нормами, нормами права та ін.

Детермінація – це сукупність факторів, що викликають, провокують, посилюють або підтримують девіантну поведінку. Сім'я може бути таким детермінантом. Причинами девіантної поведінки дітей та підлітків можуть бути особливості взаємозв'язку і взаємодії людини з навколишнім світом, соціальним середовищем і самим собою; вони є результатом конкретного збігу необхідних і випадкових обставин соціалізації людини [24].

Детермінанти (від лат. *determinans* – причина, що визначає виникнення явища) девіантної поведінки, тобто сукупність факторів, які викликають, провокують девіантні прояви, та тих, що підсилюють або підтримують девіантну поведінку [6].

Групи факторів, які детермінують девіантну поведінку:

Зовнішні умови фізичного середовища: кліматичні, геофізичні, екологічні, архітектурні та ін. Такі явища, як галас, тіснота, геомагнітні коливання посилюють стрес і спроможні стати неспецифічними умовами девіантної поведінки. У наукових колах також активно обговорюють наслідки урбанізації, зокрема переважання поверхневих контактів у міжособистісному спілкуванні, деіндивідуалізація, стресогенні візуальні характеристики міста тощо.

Зовнішні соціальні умови: – *суспільні процеси* (соціально-економічна ситуація, державна політика, традиції, мода, вплив засобів масової інформації та ін.); – *характеристика соціальних груп, у які включений індивід* (расова чи класова приналежність, етнічні установки, субкультура, соціальний статус, начально-професійна група, референтна група); – *мікросоціальне середовище* (рівень та стиль життя родини, психологічний клімат у сім'ї, особистості батьків, характер взаємовідносин у родині, стиль сімейного виховання, друзі, значущі люди).

Внутрішні успадковано-біологічні передумови: – *успадковано-генетичні особливості* (статеві відмінності; вікові особливості; фізична конституція; здоров'я і витривалість; стан і типологічні властивості нервової системи; внутрішньоутробний розвиток); – *психічні особливості* (нервово-психічне здоров'я, психічні розлади, аномалії, наявність у дитини психопатології або акцентуації характеру; реалізація неусвідомлюваних потягів).

Внутрішньоособистісні причини і механізми девіантної поведінки: – *деформація ціннісно-мотиваційної сфери* – несформовані або послаблені моральні цінності (совість, відповідальність, чесність), переважання девіантних цінностей, ситуативно-егоцентрична орієнтація, внутрішні конфлікти, малопродуктивні механізми психологічного захисту; – *викривлення у когнітивній сфері* – стереотипність і негнучкість мислення,

неадекватні установки, обмеженість знань, наявність забобонів; – *емоційні проблеми* – тривога, депресія, переважання негативних емоцій, алекситимія (ускладнення в розумінні своїх переживань і невміння сформулювати їх у словах), емоційне огрубіння (втрата здатності визначати доцільність, доречність тих чи інших емоційних реакцій, дозувати їх), афективність тощо; – *духовні проблеми*, зокрема, відсутність або втрата сенсу життя, переживання внутрішньої порожнечі, блокування самореалізації духовного потенціалу тощо; – *низька загальна культура*: неохайність, безтактність, байдужість, необов'язковість [24].

О. В. Безпалько називає такі *причини девіантної поведінки дітей та молоді*:

1) *соціально-економічні*: зниження життєвого рівня населення; майнове розшарування суспільства; обмеження можливостей соціально схвалених форм заробітку; безробіття; послаблення суспільної функції соціального контролю; доступність алкоголю та тютюну для неповнолітніх; широка реклама психоактивних речовин; зниження рівня соціальної безпеки.

2) *соціально-педагогічні*: послаблення виховної функції сім'ї; виховання в неповній сім'ї; завищені вимоги батьків до дитини; авторитаризм батьків; жорстоке поводження з дитиною; ворожість та конфлікти між батьками; критицизм підлітка стосовно до школи, сім'ї, відчуженість від них; низький статус підлітків у класному колективі; слабка система позашкільної зайнятості дітей та молоді.

3) *соціально-культурні*: девальвація у суспільстві традиційних моральних цінностей; нестабільна політична ситуація в країні; зниження морально-етичного рівня населення; поширення кримінальної субкультури; негативний вплив засобів масової інформації; лібералізація статевої моралі; домінування серед молоді культу сили; недоліки в системі позашкільної освіти.

4) *психологічні*: прагнення бути незалежним від дорослих; бажання бути визнаним у групі однолітків; потяг до самоствердження; несформована система моральних цінностей; низький рівень емоційно-вольового контролю; бажання виглядати дорослим; гедоністичні мотивації (прагнення до насолоди); потреба змінити психічний стан у стресовій ситуації; підвищена тривожність, низька самооцінка; інфантилізм; підвищений, в порівнянні з однолітками, рівень конформізму; акцентуації характеру, психопатії; психопатологічні синдроми (депресія, паранойя, мстивість тощо); негативні риси характеру (зздрість, жадібність).

5) *біологічні*: порушення роботи ферментативної та гормональної систем організму; наслідки спадковості; вплив різноманітних факторів природного середовища (рівень радіації, хімічний склад повітря) [6].

13.3. Основні концептуальні підходи до визначення «девіантної поведінки»

Усі існуючі теорії формування девіантної поведінки людини можна згрупувати таким чином:

а) *Біологічні теорії* (антропологічні), у яких стверджується, що схильність людини до правопорушень є вродженою: – *біосоціологічна теорія*: злочинна поведінка людини пов'язується з її анатомічною будовою (Ч. Ломброзо), типами темпераменту, а також типами соматичної будови людини (У. Шелдон); – *еволюційний підхід* (Ч. Дарвін) заснований на законах природного відбору і спадковості; – *етологічний підхід* (К. Лоренц) пояснює різні феномени людської поведінки, наприклад, агресію, перш за все природженим інстинктом боротьби за існування; – *психогенетика* (Ф. Гальтон, Г. Мендель) протиправні здібності та схильності вважає вродженими.

б) *Психологічні теорії* основою, яка визначає схильність людини до конфліктів і правопорушень, вважають особливості психіки, зокрема: почуття неповноцінності (А. Адлер) або фрустрації (Дж. Доллард); властиві людині інстинкти руйнування й агресії (З. Фрейд); порушення процесу самоактуалізації (А. Маслоу, К. Роджерс); переживання «втечі від свободи» (Е. Фром); неадаптивні мислительні схеми (А. Бек, А. Елліс) тощо;

в) *Соціологічні теорії* – девіантна поведінка людини є наслідком суперечностей між результатом засвоєння нею негативного соціального досвіду та вимогами виховання і середовища: – *теорії деформації або соціальних змін*: стан аномії виникає, коли у періоди швидких суспільних змін люди перестають розуміти, чого чекає від них суспільство, і відчують труднощі в узгодженні своїх вчинків з діючими нормами (Е. Дюркгейм); здійснення асоціальних вчинків відбувається, коли люди розуміють, що не в змозі досягти культурно визнаних цілей культурно визнаними засобами (Р. Мертон); – *теорії навішування ярликів* (стигматизації): «вторинна девіантність» позначає девіантну поведінку, яка використовується як засіб захисту, нападу або пристосування (Л. Лемерт); «негатив» учинку обумовлений не його внутрішнім змістом, а тим, як оточуючі оцінюють і реагують на нього (стигматизація) (Г. Беккер); – *теорії контролю* (Д. Матза, Н. Сайці, Т. Хірші) розглядають девіантну поведінку як результат краху

соціального контролю; – *неомарксистські теорії* (Р. Квіней, Я. Тейлор, П. Уолтон, К. Янг) стверджують, що норми не добровільно приймаються людиною, а нав'язуються їй державою з метою захистити матеріальні інтереси пануючого класу; – *організаційні теорії* (Д. Блек, Е. Гофман, Р. Скотт) досліджують діяльність служб і організацій соціального контролю (поліція, психіатричні заклади і ін.) та прагнуть дати визначення девіації на основі виявлених неформальних правил всередині організації [24].

ЛЕКЦІЯ 14.

ОСНОВНІ МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ

Мета: визначити роль соціально-економічних чинників, як детермінанта девіантної поведінки.

План:

14. Соціально-економічні чинники девіантної поведінки.
- 14.1. Середовище.
- 14.2. Урбанізація.
- 14.3. Соціальне розшарування суспільства.
- 14.4. Молодіжне безробіття.
- 14.5. Криза інституту сім'ї.
- 14.6. Погана організація дозвілля.

14. Соціально-економічні чинники девіантної поведінки

Соціальна, економічна та політична нестабільність у сучасному суспільстві негативно впливає на молодь – найвразливішу частину суспільства, соціалізація якої відбувається у не дуже сприятливих умовах. Це посилює проблему девіантної поведінки підлітків та молоді.

Девіантна поведінка – явище саме по собі не нове. В усі часи та в усіх суспільствах були люди, поведінка яких не вкладалася в поняття «норма». Ненормальною завжди вважалася поведінка правопорушників, ледарів, просто погано вихованих людей. Геніальність та «трудоголізм» теж виходили за межі умовного «середньо прийнятого» правильного способу поведінки. Якщо негативні девіації завжди піддавалися однозначному осуду, то позитивні (наприклад, геройський вчинок або трудовий подвиг), хоча і викликали повагу та захоплення людей, теж не вважалися нормальною поведінкою. Особливе занепокоєння суспільства викликали такі явища, як злочинність, проституція, наркоманія, алкоголізм, суїцид. Боротьба з цими факторами не втрачає актуальності і нині.

Існує безліч причин девіантної поведінки: соціальні, економічні, психологічні, педагогічні, нарешті, медичні. *Соціально-економічні фактори девіантної поведінки підлітків та молоді* не є безпосередньою причиною девіантної поведінки, проте створюють соціальний фон для її існування [31].

14.1. Середовище

Середовище – це сукупність умов існування людини та суспільства /Вікіпедія/.

Деякі фактори середовища викликають ризики та спричиняють розвиток девіантної поведінки.

Об'єктивні чинники соціального ризику в суспільстві: – несприятливе соціально-економічне становище в країні, у тому числі невисокий рівень матеріальної забезпеченості та соціальної захищеності широких верств населення, що спричиняє невизначеність, тривогу людей, їх невпевненість у майбутньому; – соціальна політика, що здійснюється державою, коли зразки сваволі та насилля демонструє сама влада щодо своїх громадян; – комерціалізація сфери освіти, охорони здоров'я, дозвілля тощо, скорочення мережі культурних та спортивних закладів, практична відсутність безкоштовних центрів дозвілля, коли багатьом неповнолітнім «нема куди себе подіти» у вільний час; – стан аномії (падіння моральності), властивий кризовому суспільству, відмова від попередніх ідеалів і несформованість нових, «подвійна мораль», протилежність декларованих та реальних цінностей й ідеалів; – культ насильства, що ствердився в сучасному мистецтві, лібералізація статевої моралі. Особливу роль у цьому контексті відіграють засоби масової інформації, що демонструють широкий потік фільмів, пісень тощо зі сценами насильства та аморальної поведінки, негативно виливаючи на духовний світ зростаючої особистості; – *недостатній рівень соціального і правового захисту населення: недосконале законодавство; недоліки в роботі правоохоронних органів; низький рівень правової, педагогічної культури населення; криміналізація культури; брак можливостей отримати соціально-психологічну і правову допомогу тощо; – несприятлива екологічна ситуація* [24].

Суб'єктивні чинники девіантної поведінки:

а) *стигматизація* – девіації є наслідком того, що саме суспільство (правильніше, соціальна група) наклеює на особу відповідні ярлики шляхом співставлення дій конкретної людини з абстрактними правилами (первинна девіантність). Поступово формується репутація, яка вимушує індивіда дотримуватися девіантної ролі (вторинна девіантність). Виокремлюють три типи стигми: – *фізична стигма* (природжені аномалії і тілесні каліцтва); –

дефекти волі (алкоголізм, наркоманія, душевні хвороби); – *расові стигми* («чорні» тощо);

б) *диференційована асоціація* – девіантна поведінка складна і диференційована форма поведінки. Їй навчаються у взаємодії. Цей процес включає засвоєння девіантної мотивації, виправдання і техніки реалізації девіантної поведінки;

в) *девіантна поведінка як «соціальна роль особи»*, тобто система очікувань щодо поведінки людини, уявлення людини про модель власної поведінки, нарешті, поведінка згідно із займаним положенням – статусом. Відповідно до цього люди можуть брати на себе різні ролі, у тому числі роль девіанта;

г) *ставлення самої особи (групи) до соціальних норм*. Наприклад, щоб звільнитися від моральних вимог і виправдати себе, людина може «нейтралізувати» дію норм наступними способами: – посилатися на вищі поняття (дружбу, відданість групі); – заперечувати наявність жертви; – виправдовувати свою поведінку девіантністю жертви або провокацією з її сторони; – заперечувати свою відповідальність; – заперечувати шкоду своєї поведінки; – використовувати особливі прийоми: сленг, символіку, моду, манери, вчинок і т.д. [24].

14.2. Урбанізація

Велике місто – особливим чином організований, жилий, життєвий простір, що створюється діяльністю людей, ментальність, культура, біографії, життєві стратегії та повсякденні запити яких складають соціальну підоснову створення міських ландшафтів. Тобто, *місто* – це особлива організація середовища поселення – *міське середовище*.

Чинники, що підвищують ризик девіантних проявів у місті:

– переважання анонімних, ділових, короткочасних, часткових і поверхневих контактів у міжособистісному спілкуванні, що призводить до підвищення фрустрації;

– невелика значущість територіальних спільнот жителів, в основному слаборозвинені, вибіркові та, як правило, функціонально обумовлені сусідські зв'язки;

– поширеність інтенсивного позасімейного спілкування та зосередження його переважно у неформальних групах;

– різноманіття стилів життя, культурних стереотипів, ціннісних орієнтацій; підвищена концентрація маргінальних шарів, злочинців, що ховаються;

- нестійкість соціального статусу городянина, велика соціальна мобільність;
- слабкий соціальний контроль поведінки людини (з боку сім'ї і т.д.) і тому відносно часті випадки неналежного нагляду за проведенням часу підлітка, за його зв'язками і поведінкою; відсутність цього нагляду не заповнюється суспільним контролем, властивим невеликим населеним пунктам;
- підвищена густота населення, що приводить до часткового погіршення умов життя, до ускладнення взаємостосунків між людьми, що часто штовхає і до правопорушень;
- стресогенні візуальні характеристики міста; архітектурні плани міст обмежують можливості дитячих ігор; промисловий і транспортний травматизм; на щоденні поїздки городяни витрачають значну частину доби, а години «пік» з притаманними їм штовханиною, шумом, транспортними «заторами» посилюють дискомфорт, психологічну напруженість [24].

14.3. Соціальне розширення суспільства

Процес *соціального розширення* почався не вчора. Ще на початку 90-х років, після краху ідеології загальної рівності, почався болючий розділ суспільства на дуже багатих і дуже бідних. Ми не маємо на увазі звичайну соціальну нерівність, яка є нормальним атрибутом суспільства з ринковою економікою. Як констатує український соціолог Л. Юрженко, «сутність соціальної нерівності полягає у неоднаковому доступі різних категорій населення до соціально значущих благ, дефіцитних ресурсів, ліквідних цінностей».

Сутність економічної нерівності полягає в тому, що меншість населення завжди володіє більшою часткою національного багатства. Інакше кажучи, найвищі прибутки отримує найменша частина суспільства, а середні і найменші – більшість населення». Тобто соціальна нерівність існувала завжди і всюди, її слід розглядати радше як норму. Ми маємо на увазі не просто соціальну та економічну нерівність, а різку поляризацію суспільства на дуже багатих та дуже бідних у поєднанні з нестабільністю, економічною кризою, військовими операціями та територіальними міграціями великих груп населення. У таких умовах багато людей втратили орієнтири, яскравою ознакою суспільного життя стало зростання злочинності, корупція, невизначеність майбутнього [31].

14.4. Молодіжне безробіття

Молодіжне безробіття є наслідком економічної кризи та політичної нестабільності. Як правило, основний тягар безробіття несе на собі молодь. Однак в Україні ця проблема стоїть особливо гостро. З розвитком ринкової економіки кардинально змінився процес працевлаштування молоді. Якщо покоління батьків жило в умовах відносної стабільності та гарантованих робочих місць, то тепер пошук роботи – це особиста проблема кожної людини. І саме у молодого покоління виникають проблеми із працевлаштуванням. Це пояснюється низкою причин:

- *Дефіцит робочих місць у населеному пункті або регіоні.* Звісно, жителі столиці та великих міст України знаходяться у більш вигідному становищі, хоча і там іноді важко знайти роботу. А якщо робочих місць катастрофічно не вистачає в цілому регіоні, то логічно припустити, що роботодавець віддасть перевагу більш досвідченому працівнику, ніж випускнику навчального закладу. Що залишається робити молоді? Або погоджуватися на непрестижну та мало оплачувану роботу, або шукати роботу в інших містах та за кордоном.

- *Відсутність досвіду роботи.* Роботодавці, як правило, віддають перевагу претендентам із досвідом роботи за фахом. І часом молода людина, навіть із спеціальною освітою, потрапляє у замкнене коло: роботи немає, тому що немає досвіду, а досвіду немає, тому ще немає роботи. Особливо, коли йдеться про кваліфіковану працю за фахом.

- *Відсутність необхідної освіти.* Сьогодні переважна більшість робочих місць вимагає наявності відповідних знань та вмінь, адже у сучасному світі стає все більше розумової праці і все менше фізичної. Проте не кожна молода людина має змогу (а іноді і бажання) отримувати вищу або середню спеціальну освіту. Молоді люди, у яких за плечима тільки середня школа, – це найвразливіша частина молоді на ринку праці.

- *Недостатня профорієнтація або її відсутність.* Головна мета профорієнтаційної роботи – допомогти людині обрати професію, яка б максимально відповідала фізичним та розумовим якостям, а також особистим бажанням. На практиці профорієнтація в Україні часто зводиться до простої реклами навчальних закладів або до стислої інформації про професію. Як наслідок, учорашні школярі вступають до навчального закладу, не розуміючи, чим вони займатимуться по його закінченні. І ще одна проблема: нерідко професія обирається не тому, що вона подобається, а тому, що вона престижна, тобто абітурієнт орієнтується не на зміст майбутньої праці, а на зовнішні атрибути професії. Зокрема, професії юриста, економіста,

менеджера, є, без сумніву, престижними, однак сучасний український ринок праці пропонує обмежений попит на ці професії. Результат – безробітна молодь з престижними дипломами.

- Небажання працювати «за копійки». Часто молоді люди опиняються в ситуації, коли робочі місця нібито є, роботодавці готові взяти на роботу, але заробітна плата дуже низька. Водночас у сучасної людини, в тому числі у молоді, зростають матеріальні та духовні потреби. Їхнє задоволення вимагає грошей, які неможливо заробити на легальному ринку праці. Тому певна частина молодих людей і починає шукати шляхи збагачення, у тому числі кримінальні.

Таким чином, молодіжне безробіття стає передумовою девіантної поведінки молоді, насамперед молодіжної злочинності. Молоді люди опиняються в неприємній ситуації неможливості отримати освіту та знайти роботу. Крім того, політична та економічна криза, яку зараз переживає країна, породжує психологічне напруження, адже деяка частина молоді не бачить для себе ніяких перспектив. Не дивно, що в такій ситуації молоді люди починають вживати алкоголь та наркотики або приєднуються до асоціальних та кримінальних молодіжних субкультур, які протиставляють себе суспільству, яке кинуло їх напризволяще [31].

14.5. Криза інституту сім'ї

Інститут сім'ї знаходиться в стадії трансформації протягом останнього століття. П. Сорокін ще на початку XX ст. окреслив основні ознаки кризи сім'ї:

- збільшення кількості розлучень;
- зменшення кількості укладень шлюбу;
- зменшення кількості дітей у шлюбі;
- емансипація жінок;
- послаблення релігійної основи шлюбу.

За останні десятиліття проблема тільки загострилася.

Як зауважує Н. Бабенко, криза сім'ї – це не тільки проблема України, а й усіх розвинених суспільств. Вона виявляється в таких фактах сімейного життя: зменшення народжуваності дітей; зростання кількості розлучень; зростання кількості неповних сімей і дітей, народжених поза шлюбом; збільшення кількості бездітних сімей; пізній час вступу до шлюбу; проживання подружніх пар без оформлення шлюбу.

Сім'я була і залишається основним осередком соціалізації особистості. Проте по мірі формування та розвитку індустріального суспільства деякі

традиційні функції сім'ї поступово почали виконувати інші соціальні інститути та суспільні організації. Саме в ці часи жінки почали масово працювати не в домашньому господарстві, а в сфері оплачуваної зайнятості. Саме в цей період виникла масова освіта (а відповідно, обов'язкове навчання у середній школі), дитячі садочки, дитячі та юнацькі організації як політичного, так і релігійного характеру. Всі вони прагнули до прекрасної мети дати дітям сучасну освіту та доповнити традиційне сімейне виховання.

Криза інституту сім'ї полягає передусім у тому, що не повною мірою реалізуються всі основні традиційні сімейні функції, а саме: репродуктивна, виховна, соціалізаційна, економічна. Так, на сучасному етапі в Україні народжуваність продовжує знижуватися, домінує одностаттєва модель сім'ї, а деякі подружні пари відкладають народження дитини на невизначений термін (репродуктивна функція). Виховання, яке завжди здійснювалося у сім'ї, тепер також відбувається у дитячих дошкільних закладах, у школі, в позашкільних закладах. В заможних родинах, і навіть у сім'ях середнього достатку, виховання дітей доручають стороннім особам – няням та гувернерам. Водночас через надмірну завантаженість у школі та позашкільних закладах дитина має обмежені можливості для спілкування з однолітками та з іншими родичами. Стосовно економічної функції сім'ї, яка полягає у здобутті матеріальних коштів для її існування, то батьки намагаються працювати і заробляти якомога більше, наскільки вистачає сил і можливостей.

Все це призводить до того, що спілкування у сім'ях часто зводиться до мінімуму (на нього не вистачає часу), діти і підлітки з малозабезпечених сімей після школи надані самі собі, серед дорослих (тобто батьків) поширюється алкоголізм, що також призводить до руйнування сім'ї. Збільшується кількість неповних сімей.

Крім того, в останні десятиліття спостерігається явище, яке характерне саме для України – «віртуальна сім'я». Сутність його полягає в тому, що безробітні батьки їдуть на заробітки за кордон, і таке заробітчанство може тривати декілька років. Дитину ж у кращому випадку виховує бабуся.

Усе зазначене ускладнює соціалізацію молодшої людини, що може підштовхнути її до девіантної поведінки, хоча не будемо стверджувати, що всі діти з неблагополучних сімей стають девіантами, але цей фактор – не серед останніх [31].

14.6. Погана організація дозвілля

Вільний час, дозвілля – необхідна умова життєдіяльності людини, в тому числі молодшої. У вільний час людина може гуляти, пасивно відпочивати

(наприклад, біля телевізора) або займатися більш інтелектуальними заняттями (читати, відвідувати театри, концерти). Нарешті, людина має можливість присвятити себе творчій діяльності у вільний час.

На жаль, не кожна молода людина може і вміє зайняти себе після навчання або після роботи. Якщо у минулому столітті школа, піонерська та комсомольська організації, позашкільні заклади брали на себе відповідальність за дозвілля підлітків та молоді, то сьогодні це проблема батьків.

Також не слід забувати, що дозвілєві потреби формуються у сім'ї в процесі соціалізації. Проте виникає протиріччя між дозвілєвими потребами, що зростають, і неможливістю їх задовольнити. В результаті розповсюдженням способом «вбивання» вільного часу є зловживання алкогольними напоями, що вже розглядається як девіація.

Ще одна проблема, пов'язана з організацією дозвілля, – недостатній розвиток його інфраструктури та комерціалізація багатьох видів дозвілля. Далеко не кожна молода людина має доступ до таких можливостей.

Отже, ми розглянули найбільш загальні чинники девіантної поведінки молоді та підлітків. Звісно, існують також особисті проблеми психологічного або педагогічного характеру, які можуть підштовхувати молоду людину до девіантної поведінки. Жоден із зазначених факторів не може розглядатись як пряма причина девіантної поведінки молоді, а лише як соціальне підґрунтя для формування цих причин.

Як зауважує М. Головатий, «конче важливою є підтримка молоді насамперед з боку держави, її інституцій, усіх суб'єктів формування і практичної реалізації молодіжного покоління. Потрібні також відповідні соціальні гарантії молоді в освіті, професійній підготовці, свободі вибору праці і громадської корисної діяльності, виборі ціннісних життєвих орієнтирів». Адже це – умова нашого майбутнього [31].

ЛЕКЦІЯ 15.

ВИДИ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ. ПРОЯВИ. АГРЕСІЯ.

СУЇЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА

Мета: сформулювати розуміння видів та проявів девіантної поведінки, агресії, суїцидальної поведінки.

План:

- 15.1. Прояви девіантної поведінки.
- 15.2. Агресія та агресивна поведінка – сутність понять.
- 15.3. Види агресивної поведінки.

15.4. Суїцидальна поведінка як форма аутоагресії.

15.1. Прояви девіантної поведінки

У суспільстві, зважаючи на його постійний і динамічний розвиток, відбуваються різноманітні соціальні процеси, які мають як позитивний, так і негативний характер. Одним із негативних проявів є девіантна поведінка. На думку одних авторів, девіантна поведінка, як антисоціальне явище, спрямована проти суспільства, його цінностей, інтересів і тому соціально небезпечна, а також тип поведінки, який у даному суспільстві вступає в протиріччя з правовими, моральними і соціальними нормами, інші вважають, що поведінка, яка відхиляється від норми є прийнятною у суспільстві. Загалом основою девіантної поведінки є конфлікт цінностей, інтересів, розбіжність потреб, деформація способів їхнього задоволення, помилки у вихованні, життєві невдачі та ін.

Типовими проявами девіантної поведінки у дітей і підлітків є демонстрація, агресія, виклик, систематичне відхилення від навчання чи трудової діяльності, втеча з дому і бродяжництво, пияцтво і алкоголізм, наркотизація, антигромадські дії, спроби суїциду та ін. [30].

Виокремлюють такі *види і характеристики девіацій* (як початкових конструктів):

- *за характером*: психічні, фізичні, соціальні (культурні), економічні порушення і ін.;
- *за ступенем девіації*: *первинні* (будь-які форми ненормативної поведінки) та *вторинні* (виникають у результаті свідомого чи неусвідомлюваного прагнення девіанта діяти відповідно до того «ярлика», яким оточуючі відмітили його поведінку, що мала місце раніше);
- *за масштабом девіацій*: *масові* (як от, алкоголізм), *групові* (поведінка спортивних уболівальників чи музичних фанатів), *індивідуальні або ізольовані* (нарцисизм, порушення потягів – kleptomania тощо);
- *за суб'єктом девіацій*: відхилення окремих осіб (жінка-алкоголік, суїцидент), офіційних структур, неформальних і умовних соціальних груп (анонімні алкоголіки, фанати, неформали і ін.);
- *за тривалістю відхилень*: *тимчасові* (епізодичні, наприклад, під впливом групи) і *тривалі* (константні);
- *за динамікою девіацій*: *стійкі*, коли проявляється лише один вид асоціальної поведінки (наркоманія, дромоманія тощо); *нестійкі*, коли відзначається схильність до проявів різних видів девіантної поведінки (алкоголізм з агресією до ближніх тощо);

- за рівнем організованості девіацій: *стихийні*, що виникають під впливом емоційного стану індивіда чи збігу зовнішніх обставин (агресія, спроби самогубства тощо); *сплановані*, що мають характер регламентованості та чіткої спрямованості (як от, стан комп'ютерної залежності, зловживання алкоголем);
- за типом порушеної норми і значенням наслідків: *негативні девіації* – соціально не схвалювані, потенційно деструктивно небезпечні для розвитку суспільства та особи (наркоманія, суїцид, вбивство, бродяжництво, тероризм, геноцид і ін.); *позитивні девіації* – це соціально схвалювані, тобто сприяючі прогресу, суспільному розвитку і особистісному зростанню (нестандартність і прогресивність у політичній чи економічній діяльності; відкриття в науковій сфері тощо);
- за спрямованістю на себе та інших: *експансивні* – вторгнення у сфери життя і діяльності оточуючих, здійснення щодо них різних форм фізичного, психічного та сексуального насильства; *неекспансивні* – індивід своєю поведінкою не зачіпає інтересів інших, однак шкодить собі (наприклад, нервова анорексія); *егоїстичні* – спрямовані на отримання задоволення чи особистого зиску (сексуальні девіації, зловживання психоактивними речовинами); *альтруїстичні* – спрямовані на інтереси інших, нерідко поєднуються з схильністю до самопожертви (суїцидальна поведінка людини, що здійснюється заради близьких чи божества, якому поклоняється, або «заради всього людства»);
- за рівнем усвідомленості та критичності поведінки: *усвідомлені девіації*, коли людина усвідомлює, що її вчинки суперечать певним нормам, може переживати з цього приводу негативні емоції, бажає змінити свою поведінку; *неусвідомлені девіації*, як правило, притаманні людям з психічними розладами, які переконані, що їхня поведінка носить адекватний характер;
- за рівнем структурованості девіацій: *структуровані* (організовані) – це групова форма поведінки, в межах якої чітко розподілені ролі всіх її учасників (сектантство); для *неструктурованих девіацій* характерна відсутність ієрархічних взаємостосунків, регламентація вчинків [24].

15.2. Агресія та агресивна поведінка – сутність понять

Агресія – це дії, які завдають шкоди або призводять до руйнування живого або неживого об'єкта; пряме або непряме застосування збройної сили, напад. Найбільш небезпечна форма агресивності – збройний напад.

Словник із психоаналізу надає своє тлумачення *агресивності*: це тенденція чи сукупність тенденцій, що проявляються в реальній поведінці

або фантазуванні, мета яких полягає в тому, аби нашкодити іншій людині, знищити, примусити до будь-яких дій, принизити її тощо. Агресія може виражатися не лише у прямій дії руйнування або насильства. Будь-яка поведінка, як негативна (наприклад, відмова від допомоги), так і позитивна, символічна (наприклад, іронія), за дієвого здійснення може виконувати функцію агресії [34].

Загалом у соціальному контексті більшістю фахівців приймається таке визначення: *агресія* – це будь-яка форма поведінки, націленої на образу чи заподіяння шкоди іншій живій істоті, яка не бажає подібного поводження. Агресію зазвичай розглядають як модель поведінки і в її межах вивчають тільки ті дії, які заподіюють шкоду або збитки лише живим істотам. Існує й більш широке тлумачення, за якого під агресією розуміють дії, що завдають шкоди не тільки людині або тварині, а й узагалі будь-якому живому чи неживому об'єкту (Е. Фромм).

Агресія проявляє себе на протязі всієї історії людства. Агресія має велику силу, більшість людей широко демонструють її у своєму повсякденному житті. Негативні емоції, негативні мотиви, негативні установки (расові), руйнівні дії. Взагалі термін агресія має нейтральне значення. На агресії побудовані дії направлені на життєві інтереси та виживання людини, конкуренція, спортивні змагання, тобто те ще дозволяє позитивно самоствердитися. Але агресія приймає і негативне значення у якості деструктивних дій.

Агресія має конкретні характеристики : направленість, форми прояву, інтенсивність. Агресія може бути як форма завдання страждання, шкоди жертві, так і інструментом – використання агресії для досягнення цілі. Агресія буває направленою на зовнішні об'єкти так і на себе [24].

Агресія має різні форми відкриті, або ж приховані. Конфліктність, тиск, примус, плітки, погрози, застосування фізичної сили. *Прихована агресія* – ухилення від контактів, бездіяльність з ціллю нашкодити комусь, самогубство. Агресивні потяги можуть проявлятися через злість, роздратування, заздрощі, відразу, ненависть.

Агресія не завжди переходить у *агресивну поведінку*. З іншого боку, не завжди коли людина здійснює насильство по відношенню до іншої вона здійснює це в агресивному стані.

Агресивна поведінка направлена на образу або заподіяння шкоди іншій живій істоті яка цього не бажає.

15.3. Види агресивної поведінки

Види агресивної поведінки розподіляють за певними ознаками.

За ступенем та способом вираження:

- *вербальна пряма агресія* (сварка, крик, обзивання, публічне приниження, відкриті погрози);
- *вербальна непряма агресія* (плітки, прихована форма залякування);
- *фізична пряма агресія* (частіше всього прояв негативних почуттів безпосередньо проти іншої людини із застосуванням фізичної сили);
- *фізична непряма агресія* (вибухи люті, що супроводжуються псуванням предметів, биття кулаками по столі).

За формою прояву агресії:

- *активна* (дії, що шкодять іншим людям або предметам) і *пасивна* (стриманість від певних дій, що приводять до шкідливих наслідків для тієї особи, що є об'єктом агресії);
- *мовна* (використання стосовно атакованої особи шкідливих вербальних подразників, що можуть викликати страх, почуття образи або емоційне відкидання) і *фізична* (виявляється в ударах або побоях, в пошкодженні або знищенні суспільної або особистої власності) агресія.

За спрямованістю на об'єкт: – *внутрішня* (ауто), що характеризується вираженням звинувачень або вимог, адресованих самому собі. Дитину «мучить» совість, вона займається самопокаранням, а іноді самокатуванням (гризе нігті); – *зовнішня* (гетеро), характеризується відкритим проявом агресії на адресу конкретних осіб (пряма агресія) або на безособові обставини, предмети або соціальне оточення (зміщена агресія). Наприклад, дитина накидається з кулаками на свого кривдника або «зриває злість» на оточуючих, знущається над тваринами, псує речі кривдника – слугує справі виживання індивіда чи роду, має біологічні форми прояву і гасне, як тільки зникає небезпека, загроза життю [24].

Приклади «доброякісної» агресії:

- *псевдоагресія* – дії, в результаті яких може бути завдана шкода, але яким не передували злі наміри, а саме: ненавмисна агресія; ігрова агресія; агресія, як самоутвердження;
- *оборонна агресія* – як чинник біологічної адаптації: як прийом витіснення страху; як результат небезпеки позбавлення волі; як реакція на спробу позбавлення ілюзій; конформістська агресія; інструментальна агресія;
- *екзистенціальні потреби людини та різні вкорінені в її характері пристрасті*: ціннісні орієнтації та об'єкт шанування; почуття єднання; творчі здібності; збудження і стимулювання; хронічна депресія і нудьга; структура характеру.

Злоякісна агресія (біологічно неадаптивна) – характеризується деструктивністю та жорстокістю, які властиві тільки людині. Приклади злоякісної агресії: жорстокість; помста; садизм; некрофілія.

Злоякісна агресія (біологічно неадаптивна) – це специфічна людська пристрасть до абсолютного панування над іншою живою істотою й бажання руйнувати. Зокрема, Хові пише: «Агресивність у молоді є своєрідною формою самозахисту» як серед ровесників, так і серед дорослих [24].

15.4. Суїцидальна поведінка як форма аутоагресії

Суїцид (від лат. вбивати себе) – навмисне самоушкодження зі смертельним фіналом. Замах людини на власне життя кваліфікують як самогубство за умови, що вона усвідомлює значення своїх дій і керує ними. У всіх інших випадках здійснення людиною дій, які завдають шкоди її психічному чи фізичному здоров'ю, кваліфікується як аутоагресивна поведінка або нещасний випадок [37].

Аутоагресивна поведінка (від грец. напад на себе) – специфічна форма особистісної активності, спрямована на завдання шкоди своєму соматичному здоров'ю. Суїцид є крайнім проявом аутоагресивної поведінки.

Розрізняють такі *види аутоагресивної поведінки*:

суїцидальна поведінка – усвідомлені цілеспрямовані дії, метою яких є позбавлення себе життя;

суїцидальні еквіваленти – неусвідомлювані дії та зумисні вчинки, які призводять до фізичного/психічного саморуйнування або самознищення, хоча на це не розраховані;

несуїцидальна аутоагресивна поведінка – різні форми навмисних самоушкоджень, метою яких не є добровільна смерть, або реалізація яких безпечна для життя.

До внутрішніх форм суїцидальної поведінки зараховують:

суїцидальні думки – міркування суб'єкта про відсутність цінності і сенсу життя, обґрунтування доцільності власної смерті, обмірковування способів і засобів самогубства;

суїцидальні задуми – мисленнєві операції, в яких формується суїцидальний намір, обирається спосіб, визначаються засоби, час скоєння самогубства;

суїцидальний намір – утворення із задумів і вольового рішення мотиваційний феномен, який пов'язує внутрішньо-психічну і зовнішньо-дієву складові вчинку самогубства [37].

Зовнішніми формами суїцидальної поведінки є:

завершений суїцид – цілеспрямований вчинок самогубства, який мав летальний фінал;

суїцидальна спроба (парасуїцид) – цілеспрямоване оперування засобами самогубства, яке внаслідок певних обставин не завершується смертю.

Суїцидальна поведінка – це різні форми активності людини, що обумовлюються прагнення позбавити себе життя та слугують засобом розв’язання особистісної кризи.

У дітей і підлітків суїцидальна поведінка має свої особливості:

1. Недостатньо адекватна оцінка ними наслідків своїх суїцидальних дій через відсутність чіткого уявлення про те, що таке смерть.

2. Відсутність у цьому віці чітких відмінностей між істинними суїцидальними намірами і демонстративно-шантажними діями.

3. Невідповідність між зовнішнім мотивом і реакцією на нього, тобто «незначущість», «скороминучість», «несерйозність», з погляду дорослих, мотивів суїцидальних спроб – звідси «несподіванка» факту [24].

Суїцидальна спроба – це цілеспрямоване оперування засобами позбавлення себе життя, що не закінчилися смертю. Вона проходить дві фази. Перша – *оборотна*, коли об’єкт сам може припинити спробу, друга – *необоротна* – завершений суїцид. *Причина суїцидальної поведінки* – це все те, що викликає і обумовлює суїцид. Крім основної причини можуть бути ще і другорядні (хвороба, сімейно-побутові труднощі тощо). *Мотив суїцидальної поведінки* – на відміну від причини – це подія, яка виступає поштовхом для дії причини.

Актуальні чинники підліткових суїцидів:

Умови сімейного виховання:

- виховання в сім’ї, де є алкоголіки, психічні хворі;
- знедоленість та соціальна ізоляція;
- виховання в сім’ї, де були випадки самогубства і т.д.;
- дійсна або уявна втрата батьківської любові, ревності;
- переживання, пов’язані із смертю, розлученням або відходом з сім’ї батьків;
- відсутність батька в ранньому дитинстві;
- матріархальний стиль відносин у сім’ї.

Біографічні чинники:

- вживання алкоголю і наркотиків;
- спроби здійснення суїцидальних спроб у минулому;
- здійснення важкого кримінально караного вчинку.

Емоційно-поведінкові чинники:

- ізоляція від соціального оточення, втрата соціального статусу;
- розрив високо значущих любовних відносин, сексуальні ексцеси, вагітність у дівчаток;
- ускладнена адаптація до діяльності, навчання тощо;
- почуття вини, сорому, скомпрометованість, ображене самолюбство, каяння, незадоволеність собою;
- боязнь ганьби, насмішок, приниження;
- бажання привернути до себе увагу, викликати співчуття, уникнути неприємних наслідків чи важкої ситуації;
- шантаж і тривале фізичне чи психологічне знування (булінг) [24].

Типи суїцидальної поведінки у підлітків:

Демонстративна суїцидальна поведінка виражає не завжди усвідомлене підлітком прагнення звернути увагу на становище, в якому він опинився, викликати співчуття, уникнути очікуваних неприємних наслідків за які-небудь вчинки, вийти з важкої ситуації, а також налякати своїх недругів (шантаж, погрози, здирство і т.п.). При такій спробі підліток не завжди гарантований від смертельного результату, оскільки часто не усвідомлює ступінь небезпеки дій, що робляться, та їх наслідків.

Афективна суїцидальна поведінка є однією з форм гострих психогенних реакцій, що виникають на фоні акцентуації характеру, психопатій або залишкових явищ органічного ураження головного мозку. Одним з різновидів такого типу суїцидальної поведінки є реакція пасивного протесту в підлітковому віці. В основі такої реакції лежить стан надзвичайно сильного переживання образи або гострої незадоволеності оточуючими чи самим собою, прагнення помститися, покарати осіб, винних в незаслуженому покаранні, принизливому зауваженні. Така реакція може бути обмежена всього лише думкою або уявленням про суїцид або виразитися в здійсненні суїцидальної спроби. В останньому випадку рішення наперед не обдумується, а виникає по механізму «короткого замикання». Рішення про вихід з життя може бути прийнято імпульсивно.

Істинна суїцидальна поведінка – це свідомий, обміркований намір покінчити життя самогубством. При *істинній суїцидальній поведінці* намір підлітка накласти на себе руки нерідко довго виношується, вживаються заходи, щоб ніхто цьому не перешкодив. Суїцидальні дії підлітки здійснюють під впливом низки невдач, розчарувань, а останньою краплею може стати якийсь незначний привід [24].

ЛЕКЦІЯ 16.

ВИДИ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ. АДИКТИВНА ПОВЕДІНКА. ДЕЛІНКВЕНТНА ПОВЕДІНКА

Мета: сформувати розуміння видів та проявів девіантної поведінки, адиктивної та делінквентної поведінки.

План:

- 16.1. Адиктивна поведінка. Форми адиктивної поведінки.
- 16.2. Групи ризику, щодо появи адиктивної поведінки.
- 16.3. Делінквентна поведінка.

16.1. Адиктивна поведінка. Форми адиктивної поведінки

Адиктивна (залежна) поведінка – поведінка особи, якій притаманне прагнення до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану завдяки прийому різноманітних хімічних речовин чи постійної фіксації уваги на певних предметах чи видах діяльності з метою розвитку та підтримання інтенсивних емоцій.

Адиктивна поведінка (від лат. *addictio* – сліпо відданий, той, що потрапив у рабську залежність) – одна з форм девіантної поведінки. Залежна поведінка – те, що ми називаємо шкідливими звичками, навіть патологічні звички. Адиктивна поведінка розрізняється за об'єктом адикції. Це можуть бути хімічні речовини, ігри, алкоголь, їжа [38].

З розвитком суспільства, перебігом історії змінюються відповідно і форми залежної поведінки, з'являються нові. Вирізняють такі форми адиктивної поведінки:

хімічна залежність – куріння, алкоголь, залежність від ліків, наркоманія, токсикоманія;

гемблінг – ігрова залежність від азартних ігор, комп'ютерна залежність;

порушення харчової поведінки – переїдання, голодування;

сексуальні адикції – зоофілія, фетишизм, пігмаліонізм, трансвестизм, ексгібіціонізм, вуайєризм, некрофілія, садомазохізм;

релігійна деструктивна поведінка – релігійний фанатизм, залученість до секти.

Однією з основних рис у поведінці адиктивної особистості є прагнення до втечі від реальності. «Втеча» полягає в тому, що замість гармонійного життя відбувається активація в якомусь одному напрямі; при цьому людина зосереджується на вузько спрямованій сфері діяльності (часто негармонійній і такій, що руйнує особистість), ігноруючи решту.

Виділяють чотири види «втечі» від реальності (Н. Пезешкіан):

«*втечу в тіло*» – переорієнтація на діяльність, спрямовану лише на власне фізичне чи психічне удосконалення; гіпер-компенсаторним стає захоплення оздоровчими заходами («параноя здоров'я»), сексуальними взаємодіями, власною зовнішністю, якістю відпочинку і способами розслаблення;

«*втечу в роботу*» – дисгармонійна фіксація на службових справах;

«*втечу в контакти чи самотність*» – спілкування стає або єдиною бажаним способом задоволення потреб, заміщуючи інші, або кількість контактів зводиться до мінімуму;

«*втечу у фантазії*» – схильність до роздумів і відсутність бажання щось утілювати в життя (Н. Пезешкіан) [38].

Будь який вид адиктивної поведінки має спільні ознаки поведінки: стійке бажання особистості до зміни свого психофізичного стану. Таке бажання переживається особистістю як непереборне, людина втрачає над собою контроль. Адиктивна поведінка має процес розвитку.

Адикція має початок, який здається нетяжким, нешкідливим, посилення адикції та фінал. Мотиви поведінки, яка призводить до залежності можуть бути різними. На утворення поведінкових порушень, включно з адиктивними розладами, може впливати досить велике коло культурних, економічних, соціальних, медичних, педагогічних чинників [24].

Розрізняють *фактори*, що впливають на формування адиктивної поведінки:

Зовнішні соціальні фактори:

- технічний прогрес у фармацевтичній, інформаційно-технологічній галузі;
- діяльність наркоторговців у великих містах;
- урбанізація, внаслідок якої людина втрачає міжособистісні зв'язки, які дозволяють почуватися у безпеці;
- поява субкультур, у яких наркотики виступають пропуском у групу (клубні культури, де вживаються екстазі), особливо серед підлітків, формують почуття приналежності до групи, почуття дорослості і звільнення від батьків. Вплив субкультури у підлітковому та юнацькому віці є максимальним, і це один з найголовніших факторів адиктивної поведінки.

До внутрішніх факторів відносять:

сім'ю (де є залежні члени родини, алкоголіки, наркомани);

дитячі травми, коли дитина не отримувала достатньої уваги, що в дорослому віці може призвести до почуття невпевненості, відсутності

самоповаги і тоді стимулятори дозволяють почувати себе більш розкутим [24].

Адиктивна поведінка, не завжди веде до захворювання та смерті, але завжди веде до негативних особистісних змін та соціальної дезадаптації. У людини формується *адиктивна установка* – *об'єкту адикції надається надцінне значення*. Думки та розмови про об'єкт починають переважати. Адиктивна установка призводить до того, що об'єкт залежності стає ціллю існування, а вживання – способом життя. Попередні моральні цінності, стосунки не відіграють значної ролі.

Адиктивна поведінка не є наслідком спадкової схильності, а є результатом відходу від вирішення складних соціальних проблем, стресових ситуацій, життєвих перешкод, невдач.

Відмінною особливістю адиктивної поведінки є її *циклічність*. Різні форми адиктивної поведінки мають тенденцію поєднуватися або переходити одна в одну, що доводить спільність механізмів їх функціонування.

16.2. Групи ризику, щодо появи адиктивної поведінки. Вживання ПАР

Чинники ризику вживання психоактивних речовин (ПАР) – це умови, що повертають до вживання психоактивних речовин і формування залежності.

Біологічні чинники:

- чинники патологічного ґрунту (ураження головного мозку з органічними психічними розладами; різні прояви порушень розвитку, в тому числі внутрішньоутробного);
- спадкова обтяженість психічними і наркологічними розладами батьків і найближчих родичів;
- хронічні соматичні захворювання;
- особливості речовини, що вживається, з індивідуально різним щодо конкретної людини потенціалом формування залежності;
- початково низька толерантність щодо психоактивної речовини, яка вживається [24].

Демографічні чинники:

- вірогідність та інтенсивність вживання ПАР є функцією підліткового і юнацького віку;
- вживання ПАР підлітками чоловічої статі більш ймовірно, ніж жіночої;
- учні, що прагнуть отримати вищу освіту, рідше зловживають ПАР, особливо забороненими;

– район проживання і густота населення в ньому грають значну роль у вживанні, тоді як національність і соціально-економічний статус сім'ї не є принципово важливим;

– ранній вік початку вживання.

Чинники соціального середовища:

– байдужість або схвалення вживання ПАР сім'єю і однолітками;

– наявність сім'ї або групи однолітків як моделі вживання ПАР;

– порівняно більший вплив однолітків, а не батьків; примушення до вживання ПАР.

Особистісні чинники:

– підвищені в порівнянні з благополучними однолітками: незалежність; толерантність до девіантної поведінки; критицизм щодо соціальних інститутів суспільства, наприклад, до школи, відчуженість від них; сприйнятливність до нових ідей і вражень; інтерес до творчості та імпульсивність;

– знижені в порівнянні з благополучними однолітками: цінність досягнень; очікування академічних успіхів; релігійність; конформізм; почуття психологічного благополуччя (що виражається в апатії або високому рівні стресу); пошана до загальноприйнятих норм поведінки (Романова О. Л. 1996).

Поведінкові чинники:

– вживання декількох – і у тому числі заборонених – ПАР,

– різні форми делінквентності,

– рання сексуальна активність,

– низькі досягнення в навчанні [24].

Критерії групи ризику адиктивної поведінки:

– для підлітків 13 років і молодших – повторне вживання будь-яких ПАР, включаючи алкоголь, в п'яних дозах;

– для підлітків 14 років і старших – систематичне вживання ПАР, включаючи алкоголь (частіше 1 разу на місяць) з повторними станами інтоксикації (отруєння);

– різні випадки соціальних наслідків вживання ПАР, а саме, сприяння або здійснення дорожньо-транспортної події, затримання в громадському місці в токсичному, наркотичному або алкогольному сп'янінні; пропуски занять, що повторюються, стійке зниження успішності через вживання ПАР; самовільне покидання дому, епізоди безконтрольного та бездоглядного існування без батьківського спостереження у зв'язку з вживанням ПАР;

– різні прояви медичних наслідків вживання ПАР з боку здоров'я [24].

16.3. Делінквентна поведінка

Делінквентна поведінка (від лат *delinquens* – «проступок, провина») – протиправна поведінка особи; дії конкретної особи, що відхиляються від встановлених в даному суспільстві і в даний період законів, порушують норми громадського правопорядку, загрожують благополуччю інших людей або соціальному порядку, суспільству загалом і є кримінальними в крайніх своїх проявах та можуть бути правомірно покараними. До протиправних дій зараховують проступки (провини), правопорушення та злочини [24].

Поняття «делінквентна поведінка» переважно стосується поведінки, що відхиляється від правових норм, та застосовується для визначення протиправної поведінки неповнолітніх з метою відокремлення їх від дорослих правопорушників, щодо яких можливо застосовувати категорії «кримінальна поведінка», «злочинна поведінка», «правопорушення» та ін. Категорія «делінквентна поведінка» часто охоплює таку поведінку неповнолітніх, яку можна вважати протиправною, яка має зовнішні ознаки правопорушень, але за яку вони не завжди несуть юридичну відповідальність в силу того, що у них не наступив стан юридичної «дієздатності».

Делінквентна поведінка підлітків – сукупність дій та вчинків, які характеризуються порушеннями правил поведінки, дисциплінарних вимог, соціальних норм та правопорушеннями некримінального характеру.

Делінквентна поведінка складається з делінквентних вчинків (актів), які завжди конкретизовані, тобто за зовнішніми ознаками вони схожі на конкретні правопорушення, що описані у законодавстві, а саме у Кримінальному кодексі України та Кодексі України про адміністративні правопорушення, з тією різницею, що ці поведінкові прояви здійснюються «недієздатними», у кримінальному сенсі – особами-неповнолітніми [24].

Делінквент у матеріалах ВООЗ визначається як особа у віці до 18 років, чия поведінка заподіює шкоду іншому індивіду або групі та перевищує межу, встановлену нормальними соціальними групами в даний момент розвитку суспільства. При досягненні повноліття делінквент автоматично перетворюється на антисоціальну особу.

Всі правопорушення поділяються на:

- *проступки (провини)*;
- *злочини* [26].

Проступок – це протиправні дії, що регулюються нормами адміністративного, цивільного, трудового та іншими галузями права.

Види проступків неповнолітніх:

- агресивно-насильницька поведінка (кривдження інших, бійки, лихослів'я тощо);
- корислива поведінка (здирництво, мілкі крадіжки, викрадання автотранспорту тощо);
- бродяжництво.

До протиправних дій відносять поступки, правопорушення та злочини. Серед типових проступків неповнолітніх виокремлюють:

- лихослів'я,
- систематичне порушення дисципліни в школі, бійки з однолітками,
- бешкетування [26].

Правопорушення – це порушення адміністративних та правових норм, які проявляються через дрібні крадіжки, задирництво, викрадення транспортних засобів, хуліганство.

Злочин – протиправне, суспільне небезпечне діяння, що класифікується за певними нормами кримінально-процесуального права (згвалтування, вбивство, нанесення значних тілесних пошкоджень тощо).

Передумовою делінквентної поведінки є *важковиховуваність*. Термін «важкий учень», «важковиховуваний» характеризує дітей з негативним ставленням до навчання та норм моральної поведінки.

Важковиховуваними в непатологічному плані є в цілому повноцінні діти з деякими відхиленнями у фізичному здоров'ї, дещо розладною чи ослабленою нервовою системою внаслідок дій психотравмуючих факторів. В їхній поведінці можуть спостерігатися неадекватні реакції, надмірна агресивність, лицемірство, розбещеність, озлобленість, заздрість [26].

Найбільш характерними проявами важковиховуваності дітей є ледарство, схильність до безцільного проведення часу, безвідповідальність, неорганізованість, неуважність, емоційна нестійкість, слабка спроможність до опору негативному впливу інших.

Психологи виокремлюють такі *групи делінквентних осіб*:

- 1) індивіди, які здійснюють правопорушення під впливом певних обставин чи оточуючих людей;
- 2) особи достатнім рівнем правосвідомості, але пасивним ставленням до інших порушників;
- 3) люди, що випадково чинять правопорушення;
- 4) особи, що свідомо порушують правові норми [26].

До особистісних передумов формування протиправної поведінки належать такі особливості темпераменту, пізнавальної та емоційно-вольової сфери дитини, її характеру, світогляду, мотивації та ціннісних орієнтацій, які

роблять її чутливою до психотравмуючих ситуацій, зменшують її здатність опиратися негативним соціальним впливам і знаходити правомірні способи подолання труднощів.

Серед таких *чинників* варто виокремити [26]:

1. *Незадоволені потреби*. Правопорушення, здебільшого, спрямовуються на задоволення звичайних потреб людини (фізіологічних, потреби у безпеці, належності до групи, у визнанні, самоствердженні, самореалізації тощо). Отже, поштовхом до правопорушення, як правило, є не аномальність потреб, а неспроможність або небажання людини задовольнити звичайні потреби правомірним шляхом.

2. *Психофізіологічні порушення*. У певної кількості неповнолітніх правопорушників дослідження виявляли залишкові прояви органічних уражень центральної нервової системи, що були наслідком уроджених і перенесених ними травм і захворювань. Проте причиною правопорушень, що вчинила дитина, стають не самі психофізіологічні порушення, а нехтування ними у навчанні й вихованні дитини.

3. *Дезадаптивні емоційно-вольові якості*. До девіантної поведінки призводять емоційно-вольові якості та їх комбінації, що ускладнюють об'єктивну, раціональну оцінку ситуації (запальність, впертість), самостійне прийняття та виконання рішення (нерішучість, нестійкість, несамотійність, конформізм і нонконформізм), передбачають силові засоби розв'язання проблемної ситуації (агресивність, жорстокість). Інколи у підлітків делінквентна поведінка може бути наслідком невдалого бажання позбутися (гіперкомпенсацією) якостей, які вони вважають негативними, наприклад, тривожності, боязкості.

4. *Особливості розвитку пізнавальної сфери*. Частина підлітків відстає у загальному інтелектуальному розвитку або у розвитку окремих пізнавальних процесів, мови, уваги внаслідок перенесених ними травм, захворювань, недоліків виховання. Такі діти часто не справляються з навчальними завданнями, мають низьку успішність у навчанні, вони не користуються популярністю серед однокласників, можуть стати жертвами цькування, глузувань. Якщо педагогам не вдасться знайти підхід до таких дітей, використати корекційні методики або до них будуть застосовуватись покарання, у таких дітей зникне бажання вчитися і може закріпитися комплекс неповноцінності, занижена самооцінка, репутація нерозумних, бажання самоствердитись або захистити себе ризикованими чи делінквентними діями.

5. *Педагогічна занедбаність.* Якщо дитина не отримала належного піклування та виховання в сім'ї через девіантну поведінку батьків, невиконання ними своїх батьківських обов'язків або через їх педагогічну некомпетентність, вона може відставати від однолітків у фізичному розвитку, розвитку пізнавальних процесів, вольових якостей, культури, не оволодіти базовими знаннями та вміннями, необхідними для успішного навчання, спілкування в колективі, самообслуговуванні тощо. Такі діти страждають від стигматизації, можуть порушувати дисципліну, вчиняти протиправні дії через те, що просто не знають норм або не вміють іншим чином поводитись, задовольняти свої потреби.

6. *Стереотипи асоціальної та дезадаптивної поведінки.* Деякі підлітки засвоюють стереотипи агресивної, аморальної, делінквентної поведінки, отримуючи позитивне підкріплення (заохочення) після перших, спонтанних спроб таких дій або спостерігаючи за успішною подібною поведінкою інших.

7. *Помилкові, хибні уявлення і переконання.* До правопорушень можуть призводити засвоєні підлітком у дитинстві під впливом батьків або однолітків хибні, ірраціональні уявлення, що суперечать реальності, нормам права і моралі, проте поширені у певних групах.

8. *Несформованість комунікативних навичок.* Деякі підлітки звертаються до протиправних, насамперед насильницьких, дій, оскільки не вміють позитивно і впевнено розв'язувати окремі ситуації у взаєминах з іншими людьми: аргументовано доводити свою думку, досягати взаєморозуміння та конструктивно розв'язувати конфлікти, входити до нового колективу, звертатися за допомогою або відмовлятися від прохань інших людей, протистояти тиску групи, маніпуляціям тощо. Якщо підліток зазнає невдачі в подібних ситуаціях або лише очікує на неї, він може застосувати насильницькі дії для досягнення своєї мети, залякування опонента, для зняття емоційного напруження.

9. *Невирішені особистісні проблеми, міжособистісні конфлікти.* Внаслідок невирішення таких проблем підліток може скоїти протиправні дії для того, щоб відстояти свої інтереси в конфлікті, самоствердитись у своїх очах та в очах оточуючих, привернути до себе увагу, отримати засоби вирішення цих проблем (наприклад, гроші, престижні предмети), перенести агресію, викликану проблемами, на інших осіб або предмети.

10. *Невпевненість у собі, неадекватна самооцінка.* Підліток, що має занижену самооцінку, переконаний у своїй некомпетентності та неуспішності, невпевнений у собі, може скоїти правопорушення лише тому, що не вірить у можливість досягнути своєї мети соціально-прийнятним

шляхом або хоче таким чином виразити свій протест, подолати дискомфорт, самоствердитись.

11. *Екстернальний локус контролю.* Локус контролю – схильність людини вбачати причини своїх дій та відповідальність за них у собі або в зовнішніх обставинах. Особи з екстернальним локусом контролю вважають, що те, що з ними відбувається, особливо неприємності, є результатом впливу зовнішніх сил, обставин, дій інших, а вони просто вимушені діяти таким чи іншим чином. Екстернальна позиція підлітка найчастіше призводить до скоєння правопорушення, адже він не вважає себе відповідальним за свої дії.

12. *Низький культурний рівень, несформованість соціально корисних інтересів.* Несформованість інтересів і невизначеність пріоритетів особистості може бути фоном для протиправної поведінки підлітків. Якщо дитина не бачить перспектив щодо власного розвитку, вона орієнтується на задоволення швидкоплинних потреб. Якщо у дитини не сформований інтерес до культури, високого мистецтва, пізнання світу, творіння прекрасного тощо, вона прагнучиме отримувати примітивні задоволення, засоби для яких вона може знайти за допомогою делінквентної поведінки.

13. *Асоціальна спрямованість особистості.* У підлітка система ціннісних орієнтацій ще формується і є суперечливою, підліткові уявлення про цінності, як правило, переглядаються в юнацькому віці. Проте частину асоціальних цінностей підліток вже запозичив у батьків або в однолітків, з творів масової культури та ЗМІ. Але послідовно асоціальною ціннісна орієнтація у підлітка може бути лише тоді, коли він виховується в асоціальному середовищі.

14. *Прояви кризи підліткового віку.* Ризик скоєння підлітками правопорушень збільшують психологічні особливості цього віку і типові підліткові поведінкові реакції (емансипації, групування, імітації, компенсації тощо), які впливають на вирішення їх проблем. Названі реакції цілком природні для підліткового віку, але через конфлікти з дорослими та їх невідомі виховні дії можуть стати причиною делінквентних учинків підлітка та призвести до закріплення протиправної поведінки.

Визнання дій неповнолітніх як актів делінквентної поведінки завжди пов'язано з діями уповноважених на прийняття правових норм органів держави та може змінюватися в залежності від соціально-історичної ситуації. Тільки органи державної законодавчої влади можуть визначати (криміналізувати) певні поведінкові акти у якості правопорушень. У випадках, коли на законодавчому рівні вилучається (декриміналізується) чи змінюється тлумачення окремих законодавчих актів, то така поведінка

«переводиться» до категорії діянь, що не є правопорушеннями. Тоді делінквентні вчинки починають класифікуватися як прояви асоціальної, дезадаптованої, агресивної чи конфліктної поведінки та ін.; або навіть вважатися соціально нейтральними чи соціально схвалюваними [24].

ЛЕКЦІЯ 17.

ДЕВІАНТНА ПОВЕДІНКА У СОМАТИЧНО ХВОРИХ

Мета: сформувати розуміння видів та проявів девіантної поведінки у соматично хворих.

План:

- 17.1. Сутність девіантної поведінки соматично хворих.
- 17.2. Типи девіантної поведінки у соматично хворих.
- 17.3. Психологічні особливості онкологічного процесу.

17.1. Сутність девіантної поведінки соматично хворих

Виникнення і формування різних типів і клінічних форм відхильної (девіантної) поведінки соматично хворих, як правило, не залежать від стану людини. Вони з'являються у психічно і фізично здорових людей із багатьох причин, які пояснює психологія особистості та психологія відносин індивіда. На базі психічного нездоров'я (розлади чи патологічні стани) можливе формування психопатологічного чи патохарактерологічного типів девіантної поведінки. У цих випадках головну роль відіграє фактор патології психічної діяльності, розладів пізнавальних процесів.

ЩО ТАКЕ СОМАТИЧНІ ХВОРОБИ?

Соматичні захворювання (від др.-грець. *Σῶμα* – тіло) – захворювання тіла, на відміну від психічних захворювань. До цієї групи захворювань входять хвороби, що викликаються зовнішніми впливами або ж внутрішніми порушеннями роботи органів і систем, які не пов'язані з психічною діяльністю людини.

У випадках хронічної соматичної патології і соматичних захворювань девіантні форми поведінки людини треба розглядати як форми психічного реагування, які із тривалістю часу і за збереження симптомів хвороби змінюють особистість чи блокують особистісний розвиток, призводячи до своєрідної деформації. Клінічна багатоманітність проявів девіацій поведінки у хронічно хворих пов'язана із впливом самої хвороби, а також із супутніми будь-якому захворюванню факторами. Будь-яка хвороба характеризується набором специфічних характеристик, що порушують значимі для людини сфери життєдіяльності [49].

17.2. Типи девіантної поведінки у соматично хворих

Характеристика типів девіантної поведінки у соматично хворих.

Виокремлюють такі параметри, на базі яких оцінюється будь-яка хвороба та формується психологічне ставлення до неї:

1. Імовірність летального кінця.
2. Імовірність інвалідизації та хроніфікації.
3. Больова характеристика хвороби.
4. Психотравмуюча характеристика параметра радикального лікування.
5. Вплив хвороби на можливість підтримування попереднього рівня спілкування.
6. Соціальна значимість хвороби і традиційне ставлення до хворих у мікросоціумі.
7. Вплив хвороби на сімейне і сексуальне життя.
8. Вплив хвороби на сферу розваг та інтересів [49].

1. *Імовірність летального кінця.* Одна із найбільш психотравмуючих характеристик хвороби. Вона здатна суттєво змінювати особистісне ставлення до екзистенційних проблем людини. Проблема смерті – одна із основних екзистенційних проблем людини. Із виникненням хронічного захворювання з високою ймовірністю летального кінця усвідомлюється те факту, що ніхто не може померти замість нас і з'являється страх особистісного зникнення.

В подоланні глибинного і базисного страху летального кінця спостерігаються дві поведінкові тактики, кожна з яких спрямована на нейтралізацію та неусвідомлене відкинення можливої смерті.

1. *Тактика виключності* – полягає в ірраціональній переконаності, що цього (смерті) не може бути зі мною, оскільки я ... (наприклад, дотримуюся дієти і т. д.).

2. *Тактика віри в кінцевого спасителя* – полягає у вірі в те, що знайдеться той, хто не дозволить померти – (лікар, Божественна сила і т. д.).

Девіантною формою поведінки при першій тактиці може бути – трудоголізм (ергопатична поведінка), спрямований на те, щоб максимально заповнити свій час якоюсь діяльністю й уникнути ймовірних думок про можливу смерть. Девіантною формою поведінки при другій тактиці – нарцистична та агресивна поведінка.

2. *Імовірність інвалідизації та хроніфікації.* З одного боку, діє психотравмуюче через силу впливу значимості для людини збереження чи втрати працездатності через тривалу хворобу, з іншого – ймовірності приналежності до негативного соціально-психологічного статусу інваліда.

3. *Больова характеристика хвороби.* Вплив хвороби на поведінку людини ґрунтується на психофізіологічному параметрі – рівні тактильної та больової чутливості. Погана переносимість болі здатна викликати агресивну та аутоагресивну поведінку.

4. *Психотравмуюча характеристика параметра радикального лікування.* Ґрунтується і на страху смерті під час операційного втручання, і на непереносимості болі, яка асоціюється у пацієнта із наслідками операції.

5. Такі параметри, як *вплив хвороби на можливість підтримування попереднього рівня спілкування, соціальна значимість хвороби і традиційне ставлення до хворих у мікросоціумі, вплив хвороби на сімейне та сексуальне життя, вплив хвороби на сферу розваг та інтересів* демонструють ставлення людини до можливої тривалої ізоляції, обмеження традиційного кола спілкування і поведінки. Така вимушена аутистична поведінка може викликати агресію й аутоагресію.

У науковій літературі виокремлюють такі типи девіантної поведінки, які виникають в умовах її хронічного соматичного захворювання і ґрунтуються на типах психологічного реагування на захворювання (Д. Е. Личко, Н. Я. Іванов). Ці типи об'єднані в певні блоки.

Перший блок охоплює типи ставлення до хвороби та поведінки, за яких соціальна адаптація суттєво не порушується:

- гармонійна;
- ергопатична;
- анозогнозична.

Другий блок – типи реагування, які характеризуються наявністю психічної дезадаптації, у зв'язку із захворюванням – інтрапсихічна спрямованість:

- тривожна;
- іпохондрична;
- неврастенічна;
- меланхолічна;
- апатична.

Емоційно-афективна сфера хворих із такими типами поведінки проявляється в дезадаптивній поведінці: реакції за типом дратівливої слабкості, тривожний, пригнічений стан, «втеча» в хворобу, відмова від боротьби з хворобою.

Третій блок – поведінкові типи з інтерпсихічною спрямованістю. Це типи поведінки з таким сенсibiliзованим ставленням до хвороби (підвищеною чутливістю організму людини до певного препарату чи групи

препаратів), яке найбільшою мірою залежить від преморбідних (відбуваються під час старіння організму) особливостей особистості хворого:

- сензитивна;
- егоцентрична;
- паранояльна;
- дисфорична.

Хворі з таким ставленням до хвороби характеризуються дезадаптивною поведінкою, що призводить до порушення їх соціального функціонування [49].

Ставлення до хвороби, маючи всі психологічні характеристики, охоплює 3 компоненти: когнітивний, емоційний, поведінковий (Л. Вассерман).

Когнітивний – знання про хворобу, усвідомлення її ролі та впливу на життєве функціонування хворого, передбачуваний прогноз.

Емоційний – відчуття переживання хвороби та ситуації, що з нею пов'язана.

Поведінковий – пов'язаний із хворобою, що сприяє адаптації та дезадаптації до неї і виробленню певної стратегії поведінки в життєвих ситуаціях, пов'язаних із хворобою (прийняття ролі хворого, активна боротьба з хворобою, ігнорування, песимістичні установки) [49].

Типи поведінки соматично хворої людини:

1. *Нормативна поведінка пацієнта (який страждає від будь-якого хронічного захворювання)* – це гармонійна поведінка: реальна оцінка свого стану без схильності перебільшувати його важкість і бачити все в темному світлі, проте і без недооцінки важкості хвороби, прагнення у всьому активно сприяти успіху лікування, а також небажання обтяжувати інших турботами догляду за собою (людина розуміє, що не має права вимагати турботи про себе, може лише очікувати її й приймати в тій мірі, в якій їй можуть дати).

У випадку інвалідизації нормативним є переключення інтересів на ті сфери життя, які є доступними хворому, а у разі несприятливого прогнозу хвороби – зосередження уваги, турбот, інтересів на долі близьких, на своїй справі.

Головні принципи гармонійної поведінки соматично хворих – реалізм і активність.

Реалізм проявляється у сприйнятті симптомів і розумінні хвороби. Активність людини протиставляється пасивності при девіантних формах поведінки. Пасивність уособлює той стан, коли хвора людина ніби «вручає себе медичному працівнику», не докладаючи зусиль для оздоровлення, а

також, коли хвора людина розглядає свій організм як апарат, машину, технічний механізм, який він здає в ремонт і пасивно очікує повернення речі «як нової».

2. *Тривожна девіантна поведінка* має такі ознаки: безперервний неспокій, надумливість щодо несприятливого протікання захворювання, можливих ускладнень; схильність наполегливо шукати нові способи лікування, шукати додаткову інформацію про хворобу; безперервний пошук авторитетів-лікарів, недовіра до медицини; пригнічений, тривожний настрій, який проєктується в майбутнє.

3. *Іпохондрична девіантна поведінка*:

- зосередження уваги на суб'єктивних хворобливих відчуттях, прагнення постійно про них висловлюватися оточуючим;
- перебільшення реальних і висловлювання не існуючих хвороб та страждань;
- поєднання бажання лікуватися і невіри в успіх; вимога детального медичного обстеження та страху шкоди і болю;
- схильність до егоцентризму;
- схильність до деталізації опису свого самопочуття під час звернення до лікаря чи інших слухачів;
- головний мотив поведінки – страх втратити щось важливе для точної діагностики.

4. *Меланхолічна девіантна поведінка* – невіра у виздоровлення та можливе поліпшення; активні депресивні висловлювання; песимістичний погляд на світ; невіра в успіх навіть за сприятливих прогнозів.

5. *Апатична девіантна поведінка* – повна байдужість до своєї долі, до результату лікування; пасивне підкорення процедурам і лікуванню за наполегливого спонукання з боку оточуючих; втрата інтересу до всього, що раніше хвилювало.

6. *Неврастенічна (дисфорична) девіантна поведінка* – поведінка за типом «дратівливої слабкості», що характеризується спалахами гніву і роздратування, які часто поширюються на першого зустрічного і завершуються розкаянням і слізьми; непереносимість больових відчуттів, нетерпеливість, нездатність очікувати полегшення, капризність, вимогливість.

7. *Обсесивно-фобічна девіантна поведінка* – переживання про нереальні, малоімовірні ускладнення хворого, а також можливі, але необґрунтовані невдачі у житті та на роботі.

8. *Ейфорична поведінка* – необґрунтовано підвищений настрій, штучне легковажне ставлення до хвороби та лікування.

9. *Анозогнозична поведінка* – відкидання та заперечення хвороби (часто при алкоголізмі).

10. *Ергопатична поведінка* – синдром втечі в хворобу – трудоголізм.

11. *Паранояльна поведінка* – переконання, що хвороба є результатом чийогось злого наміру; крайня форма підозрілості.

12. *Сенситивна поведінка* – надмірна стурбованість можливим несприятливим враженням, яке можуть мати на оточуючих факти хвороби. [49].

17.3. Психологічні особливості онкологічного процесу

Онкологічний процес має, з одного боку, психогенний вплив – діагноз, що традиційно вважається невиліковним є психічно травмуючим, з іншого – соматогенний вплив – це комплекс психічної та фізичної астенії, що суттєво впливає на психічну діяльність і формує соматогенні психічні розлади. Якщо ж онкологічний процес активізується у гормонозалежних та гормонопродукуючих органах, виникає ризик психоендокринного симптомокомплексу зі спеціальними клінічними проявами.

Фази реагування на злоякісні новоутворення:

Фаза 1. Анозогнозична – заперечення наявності онкологічної патології, применшення важкості свого стану – діагноз помилковий.

Фаза 2. Дисфорична – після підтвердження діагнозу виникає дисфорія, протест, схильність до агресивних дій (до себе та оточуючих).

Фаза 3. Аутосугестивна – прийняття факту та «введення торгу» (головне, щоб не було болі).

Фаза 4. Депресивна – після тривалої терапії – поступова втрата надії на вилікування, песимізм, пасивність.

Фаза 5. Апатична – на останніх етапах захворювання – примирення з хворобою, прийняття будь-якого факту, байдужість до оточуючих, до всіх зовнішніх та внутрішніх процесів [49].

Фази реакції батьків на хворобу дітей:

Зокрема, Ф. Е. Василюк визначає фази реакції батьків на хворобу своїх дітей:

1. Заперечення.

2. Протест, гнів (чому саме моя дитина?) – агресія, збудження, потреба емоційної підтримки.

3. Етап «торгу переговорів» – звуження життєвого горизонту (все нове може лякати), тому рівновага підтримується за допомогою старих, звичних речей, що створюють ілюзію ніби нічого не сталося.

4. Депресивний стан (і у батьків, і дітей) – різкі перепади настрою, стани страху, провини, відчаю, можливий регрес у поведінці, надмірна збудженість змінюється метушнею).

5. Прийняття постійного діагнозу – часте звертання до релігії [49].

Отже, у випадках хронічної соматичної патології і захворювань девіантні форми поведінки людини треба розглядати як форми психічного реагування, які із тривалістю часу і за збереження симптомів хвороби змінюють особистість чи блокують особистісний розвиток, призводячи до своєрідної деформації. Соматичні хворі потребують корекційного втручання задля профілактики та недопущення, або усунення проявів девіантної поведінки.

ЛЕКЦІЯ 18.

ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ ТА ВИХОВАННЯ УЧНІВ З ПОРУШЕННЯМ СОЦІАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

Мета: сформулювати уявлення про завдання та методи соціально-педагогічної діагностики як необхідної умови профілактики девіантної поведінки.

План:

18.1. Сутність соціально-педагогічної діагностики.

18.2. Вимоги до змісту, форм і методів соціально-педагогічної діагностики.

18.3. Методи соціально-педагогічної діагностики.

18.1. Сутність соціально-педагогічної діагностики

Соціально-педагогічна діагностика – це спеціально організований процес пізнання, під час якого відбувається збір інформації про вплив на особистість і соціум соціально-психологічних, педагогічних, екологічних та соціальних факторів. Соціально-педагогічна діагностика допомагає з'ясувати специфічні якості підлітків з девіантною поведінкою; уточнити соціальну ситуацію розвитку; визначити ступінь розвитку чи деформації якостей та властивостей, які обумовлюються перш за все включенням їх у різні соціальні зв'язки (соціальні установки, позиції, особливості комунікації [24].

Метою соціально-педагогічної діагностики є встановлення соціального діагнозу. Крім цього діагностика передбачає проведення профілактичних заходів щодо запобігання асоціальної поведінки особистості.

Об'єктом соціально-педагогічної діагностики є особистість дитини в системі її взаємодії з соціальним мікросередовищем та окремими суб'єктами цього середовища, які впливають на формування та розвиток даної особистості.

Предметом соціально-педагогічної діагностики є соціально-педагогічна реальність [43].

Основні правила діагностування соціальних проблем сформулював видатний учений В. І. Вернадський:

- аналіз проблеми повинен бути детальним;
- в процесі діагностування необхідно виділяти із часткового загальне;
- будь-яке явище повинне досліджуватися історично та комплексно, у взаємозв'язку з іншими явищами;
- під час дослідження потрібно завжди давати відповідь на запитання «чому»?
- уся зібрана інформація повинна бути науково обґрунтованою;
- під час роботи слід вивчати загальні закономірності наукового пізнання;
- усі дослідження повинні бути пов'язані із реаліями життя;
- в процесі дослідження слід вирішувати не лише назрілі проблеми, але і ті, що можуть виникнути у клієнта в майбутньому.

Завдання соціально-педагогічної діагностики полягають у:

- виявленні специфічних суспільно значимих якостей, особливостей розвитку і поведінки дитини;
- визначенні ступеня розвитку різноманітних властивостей, їх кількісний і якісний показник;
- проведенні детального описування особливостей клієнта (у разі необхідності);
- рангуванні специфічних властивостей дитини;
- вивченні та оцінюванні особливостей діяльності і розвитку учнів (вихованців), мікроколективу (класу чи референтної групи), шкільного колективу в цілому, неформальних молодіжних об'єднань;
- дослідженні спрямованості впливу мікросередовища, особливостей сім'ї та сімейного виховання, позитивного виховного потенціалу в мікрорайоні та джерела негативного впливу на дітей і підлітків;
- знаходженні переваг особистості дитини, її «проблемного поля», індивідуально-психологічних, особистісних особливостей;
- встановленні причини відхилення у поведінці дітей, підлітків, причини соціального неблагополуччя сім'ї;

- сприянні виявленню обдарованих дітей;
- виявленні дітей з емоційними та інтелектуальними затримками розвитку. [43].

Як відомо, людина являє собою єдність біологічного, духовного і соціального в межах єдиного цілого. Тому, в процесі соціальної діагностики враховуються *дві основні групи факторів*:

1. *соціальні (зовнішні);*
2. *біологічні (внутрішні).*

Соціальний діагноз може здійснюватись на рівні:

суспільства в цілому (з метою з'ясування загальних тенденцій у розвитку того чи іншого явища);

соціальної групи (класу, народності, колективу) чи територіальної спільноти;

особистісному.

Загальні принципи діагностики в соціально-педагогічній практиці:

1. конфіденційності;
2. наукової обґрунтованості;
3. об'єктивності;
4. ефективності;
5. корисності (відомий під назвою «Не нашкодь!»).

Етапи діагностики девіантної поведінки [24]:

1. *Етап інформованості про проблеми підлітка.* Фахівцем здійснюється вивчення особових справ школярів та іншої шкільної документації, бесід, експертної оцінки. Кінцевим результатом цього етапу є виокремлення контингенту підлітків, які проявляють девіантну поведінку, однак, поки що не визначення їх як важковиховуваних, оскільки лише результати спостережень чи одноразовий факт порушення норм поведінки не може бути підставою для формулювання такого висновку.

2. *Етап розуміння проблем підлітка.* На цьому етапі перед фахівцем висувуються такі завдання: встановлення факторів негативного впливу, джерел і ступеня цього впливу; розуміння проблем життєдіяльності важковиховуваних підлітків; збір даних про важковиховуваних підлітків.

Результати проведеної діагностичної роботи зручно відображати у зведених таблицях, журналах спостереження та звітах. На основі них складаються соціально-педагогічні характеристики, що включають перелік тих ознак, які зустрічалися найчастіше, а також були типовими для ряду важковиховуваних. На цьому етапі фахівцю важливо встановити позитивні взаємини, емоційний контакт з підлітком, що будується на вмінні викликати

прихильність до себе через увагу до його внутрішнього світу, прагнення прийти на допомогу. Про результативність цього етапу свідчить саморозкриття важковиховуваного, а саме: формування позитивного ставлення до себе та усвідомлення своєї причетності до вирішення проблеми.

3. *Пошуково-формувальний етап.* На пошуково-формувальному етапі після збору і аналізу відомостей про підлітків творчою групою моделюється перспективність життєдіяльності та діяльності представників девіантних школярів, шляхи їх самоствердження.

Це передбачає, насамперед:

- диференціацію (групування) важковиховуваних підлітків у межах класного колективу та в межах робочої групи;
- осмислення можливостей соціально-педагогічної діяльності у вирішенні проблем важковиховуваних підлітків – представників типологічної групи.

18.2. Вимоги до змісту, форм і методів соціально-педагогічної діагностики

До змісту, форм і методів соціально-педагогічної діагностики висунуто певні вимоги:

1. *Вивчення і самопізнання учнів має бути безперервним.* Ярлик «правопорушник» чи «недисциплінований» не повинен бути вічним. Діагностика має бути періодичною та фіксувати зрушення у поведінці учня.

2. *Вивчення особистості учня повинно здійснюватися комплексною методикою.* Первинні дані отримують з анкет, соціометрія дозволяє оцінити спілкування учня, його місце в колективі; характеристики учня експертами встановлюють загальні дані. Особливо цінний аналіз діяльності й поведінки.

3. *Профілактика девіантної поведінки вимагає системного вивчення особистості та умов, в яких вона формується.* Мінімальні уявлення про виховання мають включати в себе: визначення спрямованості особистості; вивчення провідних ліній поведінки; характеристику позитивних якостей, на які можна опертися; сприйнятливості чи супротив виховним впливом (причини, зіпсованість стосунків).

4. *Оцінка себе і самооцінка інших* мають здійснюватися підлітками на основі єдиних критеріїв, які виробляються в ході бесід, обговорень поведінки.

5. *Система вивчення особистості школяра має в результаті приводити до самопізнання, самооцінки і вимогливості до себе* (наприклад, складання карт вихованості, дані в які заносять педагоги, батьки і самі учні) [24].

Вимоги до процедури дослідження:

– *пояснення мети дослідження* (не обов'язково тієї, що ставить перед собою фахівець, а, наприклад, вивчення працездатності чи профорієнтація), щоб учень почувався не стільки об'єктом, скільки суб'єктом вивчення;

– *створення ситуації довіри, природності у взаємостосунках*, тобто прояв інтересу, формулювання питань так, щоб вони не насторожували;

– *при аналізі умов життя і виховання девіантного підлітка вибір не позиції спостерігача, регістратора тих чи інших якостей, а прояв прагнення, керуючись гуманними почуттями, до покращення обстановки, в якій він живе, його самопочуття, допомога йому стати кращим, розвиток в ньому людяності* [24].

18.3. Методи соціально-педагогічної діагностики

Для здійснення соціальної діагностики використовується величезна група методів. Усі вони повинні відповідати наступним вимогам:

1. *Валідність;*
2. *Надійність;*
3. *Однозначність;*
4. *Точність;*
5. *Простота у використанні;*
6. *Доступність* [41].

Серед основних груп методів соціальної діагностики виділимо наступні:

1. *Суспільні:* інформаційне обстеження; соціально-історичне обстеження; інформативно-цільовий аналіз; соціальна картографія;

2. *Індивідуальні:* спостереження; бесіда; соціометрія; експертна оцінка; моніторинг; тестування; анкетування; вивчення біографій та ін.

Спостереження є методом збору інформації шляхом безпосереднього сприйняття і прямої реєстрації всіх елементів поведінки дитини відповідно до мети і завдань діагностики. Соціально-педагогічне спостереження на тривалі вивчення, яке здатне дати більш повне і об'єктивне уявлення про особу дезадаптованого підлітка і виявити тенденції його соціального розвитку. Спостереження може проводитися:

– в умовах регламентованої діяльності – відвідування уроків, виховних годин, занять, спортивної секції;

– в умовах нерегламентованої діяльності – перерва, ігрова діяльність в позашкільний час, проведення дозвілля, спілкування з друзями [24].

Індивідуальна бесіда, мета якої отримання інформації про стан здоров'я, коло спілкування, родину (стосунки з членами родини), коло інтересів та потреб, участь у суспільному житті школи, рівень самосвідомості тощо.

Необхідно наперед спланувати схему бесіди, наприклад: симптом (тобто ознака, важлива для обстеження), у чому він проявляється, з якою інтенсивністю проявляється, як давно проявляється, як реагує на це сама дитина. Результативність бесіди залежить від такту вихователя, його вміння підтримувати правильні взаємовідносини з підлітком, взаємного розуміння і довіри. Такий психологічний контакт можливий за умови, що бесіда має не офіційний характер, не перетворюється в допит. Якщо з реакції школяра видно, що тема для нього болюча, що він не хоче розповідати, краще перейти до розмови про інше (позначивши цей момент у протоколі), а потім отримати інформацію про афектогенні (болючі) зони використавши проєктивні методи. Необхідні відомості про вихованця можна здобути і під час особистих бесід з батьками підлітка або з близькими йому людьми [24].

Стандартизовані тести спрямовані на комплексну діагностику соціально-комунікативного розвитку неповнолітнього (ціннісні пріоритети, комунікативні та організаторські уміння, соціальна активність тощо), а також на детальне вивчення характерологічних особливостей особистості (особистісної адаптованості, потреби в досягненнях, самооцінки, рівнів конфліктності, тривожності, імпульсивності, схильності до ризику тощо). Графічні тести використовуються в основному для виявлення характеру самооцінки дітей. Їх не слід пропонувати дітям до 12-13 років, оскільки: вони не володіють ще абстрактним мисленням, що необхідне для роботи із схемами; здібність до самооцінки не розвинута у дітей до 10-11 років. *Різновиди графічних тестів:* Шкалування. Випробовуванням пропонується шкала з позначеними якістьми різного ступеня розвитку. Поліусні точки шкали – максимальний ступінь розвинутої якості (найрозумніший і т.д.).

Метод анкетування використовується для вивчення інтересів, ставлення до людей і самого себе, морального обличчя підлітка. Питання анкети обмірковують так, щоб відповіді на них давали максимально достовірну інформацію. Якщо треба з'ясувати ставлення вихованця до певного факту, події, явища, бажано добирати непрямі запитання. Не слід, наприклад, ставити запитання «Яке твоє ставлення до виховних годин?». Краще звернутися так: «Назви виховні заходи, які тобі найбільше подобаються» [24].

Аналіз соціуму (соціальна паспортизація). До таких даних відносяться загальна кількість дітей, кількість дітей з особливими потребами, осіб девіантної поведінки, дані про різні типи сімей. Соціальна паспортизація класних, шкільних колективів здійснюється на основі даних, отриманих соціальним педагогом у результаті вивчення біографічних даних учнів

шляхом індивідуальних бесід з ними, а також батьками та класними керівниками, спостереження за класним колективом тощо. На сьогодні в соціально – педагогічній практиці не існує стандартизованої форми соціальних паспортів. Це пояснюється наявністю широкого спектру різних типів навчально-виховних закладів.

Інтерв'ю передбачає наперед підготовлені питання, адресовані кожному конкретному клієнту. Інтерв'ю організовується і спрямовується так, щоб максимально пристосувати питання до можливостей того, хто відповідає.

Вимоги до організації інтерв'ю:

- проведення інтерв'ю в звичних для особи умовах або в умовах, пов'язаних з предметом опиту (домашня або робоча обстановка);
- визначення достатньої кількості часу;
- усунення або зменшення впливу третіх осіб;
- формулювання питань, розраховане не на читання, а на ситуацію бесіди (розмовний стиль).

Фокус-група – це групове інтерв'ю, яке проходить у формі групової дискусії та має на меті отримати від її учасників «суб'єктивну інформацію» про те, як вони сприймають конкретні соціальні події та явища [41].

Метод експертної оцінки заснований на анкетуванні або інтерв'юванні, за допомогою яких виявляється інформація, що відображає знання, думки, ціннісні орієнтації і установки клієнтів, їх відношення до подій, явищ дійсності. На практиці використовується в ситуаціях, коли та або інша проблема потребує оцінки компетентних осіб – експертів, що мають глибокі знання про предмет або об'єкт дослідження.

Досвід осіб іменується *експертним*, а результати опитів – *експертними оцінками*. Процедура опиту експертів може бути очною або заочною. Одна з найпростіших форм експертного діагнозу – обмін думками всіх експертів за «круглим столом», де відбувається виявлення домінуючої позиції з питання, що підлягає дискусії. Оптимальне число експертів за «круглим столом» – не більше 12 чоловік.

Біографічний метод – один з методів, що часто використовуються в соціальній педагогіці. Перевага віддається «соціальним біографіям», які дозволяють на основі аналізу особистих документів досліджувати суб'єктивні сторони суспільного життя. Фіксуються особисті відносини людини до тих соціальних процесів, соціально-психологічних ситуацій, в які він був включений опосередковано або безпосередньо.

Варіант цього методу – сімейна біографія. Вивчення історії конкретної сім'ї дозволяє виявити внутрішні чинники, що впливають на становлення і

соціальне функціонування людини, виділити механізми трансляції процесу соціалізації (стилю, рівнів, моделей поведінки, ціннісних орієнтації, життєвих позицій і т. п.) [41].

Соціометричні методики можна застосовувати як допоміжні. Вони допомагають, з одного боку, підтвердити дані діагностики тривожності, конфліктності неповнолітніх, а також частково з'ясувати причини загострення даних рис через вивчення взаємин в класному колективі, ставлення членів колективу до педагогічно занедбаного підлітка тощо [24].

Ефективними є також *методи самовивчення і самооцінки*, серед яких найбільший інтерес у неповнолітніх викликають:

– *Твори на певну тему за даним планом*: «За що цінують справжніх друзів?», «Які якості повинен мати справжній друг?», «За що ти цінуєш своїх друзів?», «Що цінують друзі в тобі?», «За що критикуєш ти і за що тебе.

– *Ігри, спрямовані на самопізнання*. Наприклад, гра «Розкажи мені про мене». Кожен учень отримує картку з ім'ям товариша. Йому потрібно висловити свою думку про його позитивні та негативні якості.

Інші допоміжні методи дослідження.

Сферограма виявляє коло інтересів та духовних потреб дитини, дозволяє окреслити сфери її духовної причетності: чи турбують її інші люди. Пропонується два питання: - Що б ти хотів мати на світі? - Що б ти став з цим робити, якби цього було у тебе дуже багато? До другого питання можна запропонувати варіанти відповідей: продам, заховаю – стане в нагоді, віддам.

Недописаний діалог дозволяє торкнутися того, що відбувається і виявити ставлення до подій, що відбуваються. Дітям пропонується представити фрагмент бесіди двох людей. Вимовлену одним з них фразу треба доповнити передбачуваною відповіддю. Фраза може бути вимовлена, написана на дошці або на окремих картках. Запорука успіху – швидкість відповідей, що відображає безпосереднє ставлення дитини.

Наприклад:

– Дивися, який дивовижний дзвоник! Я ніколи таких не зустрічав в лісі!

– ...?

– Я не хочу грати у футбол. У мене цікава книга.

– ...?

Фантастичний вибір – метод, що звертається до уяви дітей, і на фоні уявної «чарівної ситуації» актуалізуються і словесно оформляються потреби дітей, які виражають їхні особистісні цінності. Наприклад:

– Припливла до тебе золота рибка, запитала: «Чого тобі потрібно?». Дай їй відповідь.

– Якби ти став на годину чарівником, що б ти зробив?

– Ти відправляєшся на безлюдний острів і житимеш там все життя. Із собою можеш узяти все, що позначиш п'ятьма словами. Назви ці 5 слів. Можна випустити бюлетень (плакат) з текстом і малюнками, що ілюструють зроблений вибір.

Ранжування дозволяє виявити ступінь особистісної значущості об'єктів для випробовуваного. Йому пропонується низка слів, що відображають визначені цінності, та пропонується пронумерувати їх у порядку значущості. Наприклад, пропонуються 10 іменників: праця, мистецтво, людина, природа, хліб, гроші, книги, розваги, будинок, одяг. Багаті можливості надає «подвійне ранжування», що проводиться із старшокласниками. Суть його в тому, що один і той же ряд підлягає ранговій оцінці двічі: оцінка у минулому; оцінка в теперішньому часі [24].

ЛЕКЦІЯ 19.

ОСНОВНІ МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ

Мета: сформувати уявлення щодо сутності профілактичної роботи щодо попередження девіантної поведінки, напрямів та складових елементів профілактики.

План:

19.1. Підходи до вибору профілактичних технологій.

19.2. Компоненти профілактичної роботи.

19.3. Превенція та інтервенція девіантної поведінки.

19.1. Підходи до вибору профілактичних технологій

Інформаційний підхід базується на тому, що відхилення у поведінці підлітків від соціальних норм відбуваються тому, що неповнолітні їх просто не знають. Тому основним напрямом роботи повинно стати інформування неповнолітніх про:

– їхні права й обов'язки, а також вимоги, які висуває суспільство й держава до виконання встановлених для певної вікової групи соціальних норм;

– правові аспекти наслідків поведінки, що відхиляється від норми;

– клініко-біологічні наслідки аномальних звичок;

– шляхи і способи утвердження здорового способу життя.

В основі *соціально-профілактичного підходу* є виявлення, усунення і нейтралізація причин і умов, які створюють різного роду негативні явища. Він передбачає:

- навчання дітей правилам і нормам гігієни з урахуванням статевовікових особливостей;
- вивчення особливостей фізичного і психічного розвитку дітей у період перебування в дитячій установі;
- аналіз соціально-культурних умов виховання дітей в конкретному мікросоціальному оточенні – в сім'ї, в колі однолітків і т.д.

В основі *медико-біологічного* підходу лежить попередження можливих відхилень від соціальних норм цілеспрямованими заходами лікувальнопрофілактичного характеру щодо осіб, яка страждають різними психічними аномаліями, тобто патологією на біологічному рівні.

Соціально-педагогічний підхід передбачає відновлення чи корекцію якостей особистості підлітка з девіантною поведінкою, особливо його моральних і вольових якостей особистості [24].

19.2. Компоненти профілактичної роботи

Освітній компонент. Специфічний аспект – мати уявлення про наслідки, до яких приводять ті або інші девіантні відхилення в поведінці і як вони можуть вплинути на життя і долю людини. *Мета*: навчити молоду людину розуміти й усвідомлювати, що відбувається з людиною (з будь-ким, можливо, і не з ним самим) при тих або інших способах девіантного реагування на проблемні ситуації. *Неспецифічний аспект* – знання про себе, розуміння своїх відчуттів, емоцій, можливі способи роботи з ними, турбота про себе. *Мета*: формування розвинутої концепції самосвідомості у молодій людини.

Психологічний компонент – корекція певних психологічних особливостей особистості, що сприяють прояву девіантних відхилень у поведінці, створення сприятливого довірчого клімату в колективі, психологічна адаптація школярів групи ризику та ін. Робота з почуттями вини, страху, невпевненості в собі, проблемами відповідальності, прийняття рішень. *Мета*: психологічна підтримка дитини. Формування адекватної самооцінки, навичок прийняття рішень, уміння сказати «ні», постояти за себе, визначати і нести відповідальність за себе, свої дії та свій вибір.

Соціальний компонент – допомога в соціальній адаптації дитини до умов навколишнього соціуму, оволодіння навичками спілкування, здорового способу життя. *Мета*: формування соціальних навичок, необхідних для здорового способу життя і комфортного існування в навколишній соціальній дійсності. *Умови, які сприяють реалізації цієї мети*:

- розробка і розвиток високо функціональних стратегій поведінки і мобілізація особистісних ресурсів школярів;
- відкрите, довірче спілкування і сприйняття інформації, творча атмосфера роботи;
- цілеспрямований розвиток наявного особистісного потенціалу, який сприятиме формуванню здорового стилю життя і високоефективної поведінки;
- формування позитивної Я-концепції (самооцінки, ставлення до себе, своїх можливостей і недоліків); власної системи цінностей, мети і установок;
- наявність здатності робити самостійний вибір, контролювати свою поведінку і життя, вирішувати прості та складні життєві проблеми, уміння оцінювати ту або іншу ситуацію і свої можливості, контролювати її;
- уміння спілкуватися з оточуючими, розуміти їх поведінку і перспективи, співпереживати та надавати психологічну й соціальну підтримку;
- розвиток стратегій і навичок поведінки, що веде до здоров'я: прийняття рішення та подолання життєвих проблем, оцінки соціальної ситуації і прийняття відповідальності за власну поведінку в ній, відстоювання та захист меж свого персонального простору;
- захист свого «Я», використання альтернативних поведінкових реакцій, безконфліктне та ефективне спілкування [24].

19.3. Превенція та інтервенція девіантної поведінки

Safeguarding – поняття, яке не має одного відповідника мові. У ширшому значенні – це дії, спрямовані на те, щоб творити середовище, у якому до дитини будуть ставитися з гідністю, та де дитина буде чути безпеку. Ці дії можуть стосуватися не лише дітей - осіб віком до 18 років, але також дорослих, які з певних причин є вразливими і не можуть повністю самостійно захистити себе [1].

Для того, щоб середовище було безпечним, ми можемо діяти на випередження появи небезпек (*превенція*), та знати як ефективно реагувати на них (*інтервенція*).

Кожна людина має право на безпечне дитинство. *Відчуття безпеки* – одна з наших базових потреб, без задоволення якої не зможемо впевнено жити та рухатися вперед. Для того, щоб попередити появу небезпек, потрібно дбати про дві складові: безпечне місце та безпечний дорослий.

Безпечне місце – це про простір, у якому дитина перебуває, про безпечне приміщення, сходи, місце, де нема загрози життю, здоров'ю та розвитку дитини.

Безпечний дорослий – це особа, яка ставиться з повагою, не несе загрози дитині, не чинить насильства, а також знає як реагувати, якщо є небезпека або невідповідна поведінка з боку інших осіб [1].

Превенція (від пізньолат. *praeventio* – випереджаю, попереджаю; англ. *prevention*) – дія з метою попередження / профілактики небажаного явища. Під профілактикою в соціальній педагогіці розуміються перш за все науково обґрунтовані і своєчасно зроблені дії, спрямовані на: запобігання можливих фізичних, психологічних або соціокультурних обставин в окремій дитини або неповнолітніх, що входять до групи соціального ризику; збереження, підтримку і захист нормального рівня життя і здоров'я дитини; сприяння дитині в досягненні соціально значущої мети і розкритті її внутрішнього потенціалу [24].

Розрізняють такі *види превенцій*:

- *загальна*, спрямована на попередження вчинення порушень іншими особами. Вона на прикладі порушень стримує їх від здійснення такого роду діянь, не бажаючи настання наслідків;
- *спеціальна превенція*, спрямована на запобігання вчинення нових правопорушень тією ж особою.

Загальна превенція охоплює широке коло суб'єктів, схильних до протиправних діянь. Вона використовує психологічні засоби, наприклад, страх перед покаранням, створення атмосфери невідворотності покарання, тощо. Важливу роль для запобігання протиправних дій має інформованість суспільства про вчинені порушення і покарання за них /Вікіпедія/.

Суттєвою ознакою поняття «превенція» є наявність певної низки дій чи подій, одні з яких передують іншим і випереджають очікувані наслідки від попередніх. Мова йде про випередження в чому-небудь, дій чи подій котрі передують настанню чого-небудь або певних дій. Поняття «превенція» в адміністративно-правовому аспекті розглядається як врегульовані нормами адміністративного права випереджувальні дії, спрямовані на недопущення настання небажаних наслідків [3].

Термін *«превентивне виховання»*, що в перекладі з латинської мови означає запобіжний, захисний, застережний, охоронний, з'явився у нашому психолого-педагогічному лексиконі недавно – з осені 1994 року, після започаткованого контракту між ЮНЕСКО й Академією педагогічних наук України. Цей термін стосується превентивності правопорушень,

наркозалежності, СНІДу, охорони здоров'я та навколишнього середовища. Йдеться не лише про фізичне, а й про психічне, духовне та соціальне здоров'я, створення позитивної психоемоційної атмосфери для життєдіяльності людини [13].

Превенція – це справа загальна, соціальна, яка потребує зміни моральної етики суспільства, а також спільних зусиль медичних працівників, юристів, педагогів, психологів, соціологів.

Саме тому питання превентивної освіти та виховання вже давно є пріоритетним у системі психолого-педагогічних, правових, медичних досліджень у різних країнах світу в рамках ЮНЕСКО.

Предметом превентивного виховання є запобігання відхиленням у поведінці на докриміногенному рівні, та надання психолого-педагогічної, соціально-педагогічної, медико-психологічної допомоги дітям та сім'ям групи ризику.

Основним аспектом здійснення превентивного виховання є превентивна практика, у якій задіяні установи і соціальні служби різних відомств (освіти, охорони здоров'я, соціального захисту, правоохоронних органів та інших).

Превентивне виховання – це об'єктивно визріла соціальна реакція на суспільну потребу у виживанні та збереженні генофонду України. Це нова філософія виховання, в основі якої лежить потреба педагогічної, медичної, психологічної, юридичної практики у виробленні теоретичних і методичних підходів до вирішення потреб превентивного виховання в нинішніх умовах.

Розглядаючи превентивне виховання як цілісну систему підготовчих, випереджувальних і профілактичних дій для «приборкання» негативних вчинків, звичок, рис характеру, виявів асоціальної поведінки підлітків, організації догляду за їхньою життєдіяльністю, деякі дослідники визначальним положенням методики превентивного виховання вважають дослідження фізіології дітей, проникнення в їхній внутрішній світ, вивчення психологічних особливостей, впливу спадковості та середовища, виховання соціальної спрямованості поведінки школяра, створення підліткам незалежних психолого-педагогічних умов.

Основу превентивного виховання складають такі концептуальні підвалини:

- призначення та мета превентивного виховання;
- система цінностей професійної діяльності;
- основи знань практичної спрямованості;
- принципи, форми, методи, засоби та педагогічні технології, використані у превентивній роботі.

Мета превентивного виховання полягає у досягненні сталої відповідальної поведінки, сформованості імунітету до негативних впливів соціального оточення.

Аспекти превентивного виховання:

Педагогічний аспект превентивної діяльності полягає у формуванні такої позиції особистості, яка конкретизується культурою цінностей, самоактуалізацією, свідомим вибором моделей просоціальної поведінки.

Соціальний зміст превентивного виховання передбачає поєднання зусиль суб'єктів превентивної діяльності на міжгалузевому рівні, спрямованих на узгоджену, своєчасну реалізацію запобіжних заходів, нейтралізацію та поступове усунення детермінант, які спричиняють негативні прояви.

Психологічний аспект превентивної діяльності передбачає диференційований індивідуально-психологічний, статеві-віковий підходи до виявлення генези деструктивних проявів у поведінці особистості й розробку науково обґрунтованих програм соціалізації та корекції девіацій.

Правовий аспект полягає в охороні та захисті прав особистості, формуванні правової культури [13].

Відповідно до Концепції превентивного виховання дітей і молоді, *суб'єкт-об'єктами превентивного виховання є:*

- діти дошкільного віку, учні загальноосвітніх шкіл, ПТУ, середніх спеціальних навчальних закладів, студенти;
- неповнолітні, які є на обліку (шкільному, кримінальному, наркологічному);
- неповнолітні, соціалізація яких відбувається під впливом негативних явищ (груп ризику);
- неповнолітні, які перебувають у закладах соціальної реабілітації, місцях позбавлення волі або повернулися з них;
- неповнолітні, які не мають умов сімейного виховання й оцінки сироти; неповнолітні з алкоголе- чи наркозалежних родин; діти, батьки яких перебувають у місцях позбавлення волі);
- молоді сім'ї, які потребують консультативної допомоги з догляду за дітьми;
- родини, які мають дітей з хибними проявами поведінки, наркозалежністю чи протиправними вчинками;
- педагогічні колективи навчально-виховних, позашкільних культурно-освітніх та інших закладів;

- працівники служб у справах неповнолітніх, центрів соціальних служб для молоді, кримінальної міліції й інших правових установ, медичних закладів;
- працівники засобів масової інформації;
- трудові колективи, громадські, благодійні організації, релігійні конфесії;
- центри превентивного виховання.

Головні принципи створення системи превентивного виховання:

- *принцип комплексності* забезпечує реалізацію концепції превентивного виховання у поєднанні з діяльністю інших суб'єктів профілактичної роботи;
- *принцип системності* передбачає узгодженість, послідовність і взаємозв'язок усіх рівнів профілактичної діяльності та погодження відомчих програм із програмами інших суб'єктів цієї діяльності зі стратегічних питань;
- *принцип науковості* забезпечує науковість аналізу ситуацій, доцільність вибору форм, методів, прийомів реалізації програм фахівцями відповідних галузей знань;
- *принцип інтегрованості* передбачає зближення та поглиблення взаємодії вітчизняних і зарубіжних превентивних програм;
- *принцип мобільності* дає змогу оперативно модифікувати завдання, форми та методи превентивного виховання залежно від умов і змінювати сфери впливу;
- *принцип наступності* означає розгортання превентивних програм із використанням набутого досвіду;
- *принцип конкретності* зумовлює включення до превентивних програм чітко сформульованих заходів, термінів виконання, визначення відповідальних за їх реалізацію;
- *принцип реалістичності* передбачає соціальний зміст превентивного виховання, який полягає в оптимізації форм і методів, спрямованих на розвиток адаптаційних якостей цільових груп, зобов'язує за наявності необхідних кадрових, матеріальних, фінансових і інших ресурсів включати заходи до профілактичних програм;
- *принцип етичності* забезпечує моральні засади превентивної діяльності, відображає її гуманний характер, опору на позитивний потенціал особистості, збереження конфіденційності, поваги та інших дієвих умов взаємодії з цільовими групами превентивного виховання [13].

Незалежно від типу, всі навчальні заклади мають розв'язувати основні завдання превентивного виховання дітей та молоді:

- створювати умови для формування позитивних рис особистості в процесі різних видів трудової, навчальної, позашкільної й іншої діяльності, що сприяють інтелектуальному, морально-етичному, естетичному розвитку, виробленню стійкості до негативних впливів;

- забезпечувати соціально-психологічну діяльність, педагогічно зорієнтовану на протидію втягуванню дітей і молоді в негативні ситуації;

- надавати комплексну психолого-педагогічну та медико-соціальну допомогу тим неповнолітнім, які її потребують;

- забезпечувати адекватну соціальну реабілітацію неповнолітніх, які вчинили протиправні дії або зловживають психоактивними речовинами;

- стимулювати неповнолітніх до здорового способу життя та позитивної соціальної орієнтації, сприяти валеологізації навчально-виховного процесу, навчанню з раннього віку навичок збереження власного життя і здоров'я;

- сприяти виробленню інтегрованих міждисциплінарних підходів при підготовці спеціалістів (педагогів, психологів, медиків, соціологів, юристів, соціальних працівників), батьків, об'єднанню зусиль різних суб'єктів превентивної роботи, вирішенню окремих завдань превентивного виховання;

- активізувати діяльність українських науковців, спеціалістів, консультантів, практичних працівників у дослідженні та вирішенні проблем превентивного виховання;

- залучати освітні, медичні, соціальні й правоохоронні заклади до вирішення проблем запобігання правопорушенням і злочинності, координації зусиль суб'єктів превентивної діяльності;

- посилювати тенденції до зниження вживання наркотиків, алкоголю, тютюну, ВІЛ-інфікування, формування у молодого покоління здорового способу життя;

- змінювати установки і моделі поведінки неповнолітніх «груп ризику»;

- сприяти соціально-психологічній адаптації неповнолітніх, які мають життєві проблеми;

- збільшувати кількість волонтерів і осіб, які пройшли реабілітацію, для реалізації превентивної роботи [13].

Отже, *превентивне виховання* – це цілеспрямований процес здійснення комплексу заходів економічного, правового, психолого-педагогічного, соціально-медичного, освітнього, інформаційно-освітнього та організаційного характеру з метою запобігання негативним явищам, правопорушенням у дитячо-молодіжному середовищі та зменшенню шкоди від факторів ризику.

Превенція – це справа загальна, соціальна, яка потребує зміни моральної етики суспільства, а також спільних зусиль медпрацівників, юристів, педагогів, психологів, соціологів. Саме тому питання превентивної освіти й виховання вже давно є пріоритетним у системі психолого-педагогічних, правових, медичних досліджень; воно є пріоритетним напрямом діяльності держави та всіх з виховних інституцій і здійснюється в інтересах особистості та суспільства, воно цілком спрямоване на формування позитивних соціальних установок, запобігання вживанню наркотиків, уникання суїцидів і формування навичок безпечних статевих стосунків.

Інтервенція (втручання) – екстрена і невідкладна психологічна швидка допомога, спрямована на повернення людини до адаптивного рівня функціонування, запобігання психопатології, зниження негативної дії травматичної події. Це дія з метою позитивних змін, наприклад, термінове вилучення з антисоціальної сім'ї, компанії, робота з горем і втратою, наслідками насильства чи розлучення тощо [24].

У прикладній психології *інтервенція* або *психологічне втручання* – це дії, що виконуються для досягнення змін емоцій і поведінки людини. В широкому сенсі, це означає будь-яку діяльність, яка використовується для модифікації поведінки, емоційного стану чи почуттів. Існує багато стратегій інтервенцій, які спрямовані на різні типи питань. Психологічні інтервенції мають багато різних застосувань, і найчастіше використовується для лікування психічних розладів, використовуючи психотерапію. Кінцевою метою цих втручань є не лише полегшити симптоми, а й націлити на першопричину цих розладів.

Психологічні інтервенції можуть використовуватися також для промоції доброго психічного здоров'я в цілях профілактики психічних розладів. Ці заходи не орієнтовані на лікуванні стану, але призначені для зміцнення здорових емоцій, відносин і звичок. Такі заходи можуть поліпшити якість життя, навіть якщо психічних захворювань немає.

Інтервенції можуть бути різноманітними і можуть бути спеціально розроблені для особистості або групи, які отримують лікування в залежності від їх потреб. Така універсальність додає їм ефективності у вирішенні різного роду ситуацій. *В залежності від мети інтервенції, терапія може бути:*

- *підтримуюча* – підтримка захисних сил та становлення нових поведінкових засобів;
- *перенавчаюча* – створення зовнішніх та внутрішніх умов задля перебудови поведінкових шаблонів;

- *особистісно реконструктивна* – ініціація внутрішньоособистісних змін через усвідомлення інтрапсихічних конфліктів /Вікіпедія/.

Основними методами психологічної інтервенції є: психотерапія, психологічне консультування, психологічний тренінг, організація терапевтичного або здорового середовища.

Шляхи інтервенції для людей з девіантною поведінкою розроблені у поведінковій психотерапії.

Кризовою інтервенцією називають психосоціальну допомогу для особи в кризовому стані, що спрямована на подолання ситуації, що викликала кризу. При цьому, особа, внаслідок критичних життєвих подій, має тривалий розлад психічної і соціальної рівноваги, але без ознак психічного розладу. Ціллю цієї інтервенції є відновлення душевної і соціальної рівноваги, не допустивши перехід проблеми в посттравматичний стресовий розлад. Критичними подіями можуть бути як передбачувані культурно чи біологічно обумовлені фактори (наприклад, підліткові переживання) або непередбачені (природні катастрофи, раптова смерть близької людини).

При передбачуваних подіях кризова інтервенція може сприяти особистісному розвитку в тих випадках, коли криза інтерпретується пацієнтами як шанс для розвитку.

Засобами кризової інтервенції є:

- *стабілізація особистості* (прояв емпатії, паліативні і інші заходи, що вселяють впевненість, формування нових життєвих уявлень);
- *розвиток компетентності*;
- *використання соціальних ресурсів і соціальна інтеграція* (зміна оточення) /Вікіпедія/.

ЛЕКЦІЯ 20.

МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ. ФОРМИ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ

Мета: розкрити зміст методів корекції девіантної поведінки, умови їх застосування та ефективності.

План:

20.1. Методи впливу на девіантну поведінку.

20.2. Інтерактивні форми профілактичної роботи.

20.1. Методи впливу на девіантну поведінку

Корекція девіантної поведінки є соціально-педагогічним та психологічним комплексом взаємопов'язаних, взаємообумовлених операцій

та процедур, спрямованих на регуляцію мотивацій, ціннісних орієнтацій, установок і поведінки особистості, а через неї – на систему різних внутрішніх спонукань, регулюючих і коригувальних особистісні якості, що характеризують відношення до соціальних дій і вчинків [25].

Відомий вітчизняний вчений-педагог В. П. Кащенко ще в 30-х роках розробив класифікацію *методів корекції*. Він об'єднав їх у дві групи: *педагогічні та психотерапевтичні*.

Педагогічні методи:

- Метод громадського впливу (корекція активно-вольових дефектів, корекція страхів, метод ігнорування, метод культури здорового сміху, корекція нав'язливих думок і дій, корекція бродяжництва, самокорекція).

- Спеціальні або приватнопедагогічні методи (корекція недоліків поведінки, корекція нервового характеру).

- Метод корекції через працю.

- Метод корекції шляхом раціональної організації дитячого колективу.

Психотерапевтичні методи:

- Навіювання і самонавіювання.

- Гіпноз.

- Метод переконання.

- Психоаналіз [25].

Корекційна робота в підліткових девіантних групах включає наступні *етапи*:

1. формулювання соціально-педагогічної і психологічної проблеми;
2. висування гіпотез про причини девіантної поведінки;
3. діагностичний етап;
4. вибір методів і технологій корекційної роботи;
5. використання методів, методик і технологій корекційної роботи;
6. розробка програми;
7. впровадження цієї програми;
8. контроль за впровадженням та ефективністю програми.

Головні принципи і методи корекційної роботи з важковиховуваними дітьми та підлітками наступні:

- принцип системності корекційних, профілактичних і розвиваючих завдань;

- єдність діагностики і корекції, корекції і розвитку;

- єдність віково-психологічного та індивідуального у розвитку;

- принцип корекції «зверху вниз» (створення зони найближчого розвитку);

- принцип корекції «знизу вгору» (тренування вже наявних здібностей);
- діяльнісний принцип здійснення корекції;
- морально-гуманістична спрямованість психолого-педагогічної допомоги;

- розуміння і співчуття;
- прагматизм психолого-педагогічного впливу;
- своєчасність психолого-педагогічної допомоги і підтримки;
- принцип зростання складності;
- облік обсягу і ступеня різноманітності матеріалу та ін. [25].

Осипова А. А. у книзі «Загальна психокорекція» систематизує різні *види і функції психокорекції*:

За змістом розрізняють корекцію:

- пізнавальної сфери;
- особистості;
- афективно-вольової сфери;
- поведінкових аспектів;
- міжособистісних відносин:

- 1) внутрішньогрупових взаємин (сімейних, подружніх, колективних);
- 2) дитячо-батьківських відносин.

За формою роботи розрізняють корекцію: індивідуальну та групову:

- 1) в закритій природній групі (сім'я, клас);
- 2) у відкритій групі для учасників з подібними проблемами;
- 3) змішану форму (індивідуально-групову).

За наявністю програм: програмовану та імпровізовану.

За характером управління коригуючими впливами: директивну та недирективну.

За тривалістю:

- надкоротку (надшвидко) – кілька хвилин або годин;
- коротку (швидко) – кілька годин чи днів;
- тривалу – кілька місяців;
- наддовгу – рік або більше.

За масштабом вирішуваних завдань розрізняють психокорекцію:

- загальну (заходи загальнокорекційного порядку);
- приватну (набір психопедагогічних впливів, що представляють собою адаптовані для даного віку психокорекційні прийоми і методи);
- спеціальну (комплекс прийомів, методик і організованих форм роботи з учасником або групою одного віку, які мають схожі проблеми).

Далі можна виділити *психокорекційний комплекс*, що включає в себе чотири основні блоки:

1. *Діагностичний блок*. Мета: діагностика особливостей розвитку особистості, виявлення чинників ризику, формування загальної програми психологічної корекції.

2. *Установчий блок*. Мета: спонукання бажання взаємодіяти, зняття тривожності, формування бажання співробітничати і щось змінити у своєму житті.

3. *Корекційний блок*. Мета: гармонізація та оптимізація розвитку клієнта, перехід від негативної фази розвитку до позитивної, оволодіння певними способами діяльності.

4. *Блок оцінки ефективності корекційних впливів*. Мета: Вимір психологічного змісту та динаміки реакцій, сприяння появі позитивних поведінкових реакцій і переживань, стабілізація позитивної самооцінки [25].

Очевидно, що основою роботи з девіантними підлітками повинна стати програма, спрямована на психологічну корекцію девіанта.

Психологічна корекція – це система заходів, спрямованих на виправлення недоліків психології або поведінки людини з допомогою спеціальних засобів психологічного впливу. Психокорекції підлягають недоліки, що не мають органічної основи і не представляють собою такі стійкі якості, які формуються досить рано і надалі практично не змінюються.

У рамках єдиного педагогічного процесу корекція виступає як сукупність корекційно-виховної та корекційно-розвивальної діяльності. Корекційно-виховна діяльність охоплює всю сукупність заходів педагогічного впливу на особистість дитини з відхиленнями у поведінці. Вона спрямована як на зміну пізнавальних здібностей (особливо у молодшому віці), так і його емоційно-вольової сфери, поліпшення індивідуальних особистісних якостей, а так само на розвиток його інтересів і схильностей.

Загалом корекційна робота з дітьми з девіантною поведінкою спрямована на реалізацію таких *функцій*:

- *виховну* (поновлення позитивних якостей, що переважали до появи девіантної поведінки);
- *компенсаторну* (формування прагнення компенсувати певні соціальні недоліки, активізація діяльності у тій сфері, де особистість може досягти успіху, реалізувати потребу в самоствердженні);
- *стимулюючу* (активізація позитивної суспільно корисної діяльності через зацікавлене емоційне ставлення до особистості);

- *коригувальну* (виправлення негативних якостей особистості, коригування мотивації, ціннісних орієнтацій, атитюдів, поведінки);
- *регулятивну* (забезпечення впливу учасників міжособистісної взаємодії для зміни ступеня участі особистості у груповій діяльності з поступовим переходом до саморегуляції і самоконтролю). При цьому можна виділити такі етапи профілактично-корекційної роботи: формулювання проблеми, висування гіпотези про причини девіацій, діагностичний етап для перевірки і уточнення гіпотези, вибір адекватних методів і технологій надання психологічної допомоги особистості, складання програми та її реалізація, контроль за ходом реалізації програми і, за необхідності, внесення до неї коректив [25].

Форми корекції девіантної поведінки:

1. Комплексні консультування спеціалістів на основі даних соціально-психологічної, психолого-педагогічної діагностики як окремих учнів, так і класу в цілому, а також батьків.
2. Оздоровлення психосоціального середовища дитини.
3. Просвітницька діяльність у питаннях навчання та виховання, статевовікової специфіки соматичного та психологічного розвитку старшокласників, напряму на підвищення рівня комплексної взаємодії «дитина – дорослий».
4. Попередження психологічних перевантажень у процесі навчання, яке негативно впливає на психіку старшокласника.
5. Проведення спеціального загартування старшокласників з метою підготовки їх до стресових ситуацій, навчання їх раціональних засобів зняття психоемоційних перевантажень у проблемних ситуаціях.
6. Психолого-педагогічне вивчення та відслідкування дитини на протязі всього періоду навчання у школі, своєчасне виявлення стану учня, нервово-психічних та психосоматичних порушень.
7. Спільні семінари для учнів та їх батьків, присвячені проблемам девіантної поведінки.
8. Психолого-педагогічні практикуми для дітей та їх батьків з питань відхилень у поведінці, причин, шляхів подолання та засобів корекції.
9. Санітарно-просвітницька форма роботи.
10. Психогігієнічна та психопрофілактична форми роботи.
11. Організаційно-управлінська форма роботи [25].

Розрізняють такі *методи впливу* на дітей з проявами девіантної поведінки [24; 25]:

У мотиваційній сфері: *методи стимулювання мотивації зміни поведінки* – заохочення та покарання. Заохочення – це вираз позитивної оцінки діяльності старшокласника. Покарання – компонент педагогічного стимулювання, який попереджує небажані дії учнів, гальмує їх та викликає почуття провини перед собою та іншими людьми. Робота з мотивацією починається з перших хвилин консультування. Важливим питанням є те, чому дитина звернулася за допомогою. На даному етапі будуть доречні прямі питання: «Що ти хочеш отримати від нашої співпраці?», «Чим я можу допомогти тобі?». Також можливе використання прийому розкриття намірів за допомогою уточнюючих гіпотез: «Ти звернувся за допомогою, тому що хочеш заспокоїти близьких?».

Методи формування позитивної поведінки. Підкріплення можна здійснювати безпосередньо (за допомогою реальних підкріплюючих стимулів) або побічно (за допомогою символів, жестів). Крім того, підкріплення може бути опосередкованим, коли діти спостерігають за моделями – людьми, які одержують нагороду за бажану поведінку. Формування бажаної поведінки може здійснюватися у формі активного соціального навчання адаптивним поведінковим реакціям.

Методи придушення небажаної поведінки. Варіанти покарання:

- Тайм-аут рекомендують використовувати при роботі з агресивними або надмірно рухливими дітьми. При цьому дитину просто видаляють з ситуації, в якій негативна поведінка може отримати підкріплення.
- Методика негативних наслідків має на увазі перш за все позбавлення дитини підкріплюючих стимулів тоді, коли вона демонструє небажану поведінку. Підкріплюючими стимулами можуть бути: улюблені заняття, вільний час, подарунки, солодощі, схвалення і увага оточуючих, успіх.

Метод негативних реакцій – засудження (особливо групове), вираз гніву. Демонстрація аверсивної (украї неприємної) події. При використуванні названих методик слід мати на увазі, що покарання ефективне, якщо воно: зрозуміле дитині та неодмінно поєднується з позитивним підкріпленням альтернативних реакцій.

В емоційній сфері: *Методи корекції емоційних станів: метод навіювання та самонавіювання.* Навіювання може бути як вербальним, так і невербальним. Навіювати – означає впливати на почуття, а через них на розум та волю людини. Одним із основних способів корекції негативних емоційних станів є зменшення їх сили, наприклад, за методикою систематичної десенсибілізації. *Десенсибілізація* слугує для зниження негативної напруженості, тривожності та боязні страхітливих образів,

об'єктів або подій. Передбачені реакції, не сумісні з тривогою: асертивні реакції (відкритий прийнятний вираз емоцій щодо іншої людини); реакції релаксації; дихальні реакції; змагальні моторні реакції; приємні емоційні реакції, що виникають в різних життєвих ситуаціях (бесіда); усне або рольове програвання конфліктної ситуації. *Метод систематичної десенсибілізації* – метод систематичного поступового зменшення сензитивності (тобто чутливості) індивіда до предметів, подій або людей, що викликають тривожність.. Можуть поєднуватися з ігровою терапією, творчим самовираженням (малювання, театралізація), тілесною терапією.

У сфері саморегуляції. *Методи саморегуляції: метод корекції та самокорекції.* Метод корекції спрямовано на створення умов, при яких старшокласник зможе внести зміни у свою поведінку, у ставленні до людей. Корекція не можлива без самокорекції, без саморегулювання. Метод дилем, його сутність у спільному обговоренні учнями моральних дилем. Дилемі можуть створювати різні суб'єкти за умови, що кожна дилема: стосується реального життя старшокласників; є простою для розуміння; є незавершеною; включає два або більше питання, наповнених моральним змістом; обумовлює вибір старшокласниками варіантів відповідей, акцентує увагу на головному питанні: «Як повинен себе вести головний герой?». Також ефективною буде *ментальна релаксація* часто використовується після м'язової релаксації. Вона має на меті уявити конкретну спокійну, приємну сцену. Важливо пояснити клієнтам, що мета навчання релаксації – це розвиток уміння досягати стану, що характеризується емоційним спокоєм. Метод формування стратегії самоконтролю. Для цього підлітка спочатку навчають самоспостереженню за власною поведінкою. Самоспостереження часто здійснюється у формі щоденника.

В інтелектуальній сфері: *методи переконання та самопереконання.* Методи переконання формують погляди, поняття, настанови. Методи самопереконання обумовлюють самовиховання, що означає, що старшокласник усвідомлено, самостійно у пошуку розв'язання якоїсь проблеми формує у себе комплекс поглядів.

У вольовій сфері: *методи вимоги та вправ.* Ці методи обумовлюють розвиток у старшокласника ініціативи, впевненості у своїх силах, наполегливості, вмінь долати труднощі за для досягнення визначеної мети; формування вмінь володіти собою (витримка, самоволодіння); вдосконалення навичок самостійної поведінки та ін.

У предметно-практичній сфері: *виховні ситуації та соціальні спроби – іспити.* Методи виховних ситуацій – це методи організації діяльності

вихованців у спеціально створених ситуаціях, коли виникають проблеми для дитини та існують умови для самостійного їх вирішення, створюється можливість соціального випробування.

У сфері самопізнання. Когнітивне переструктурування:

- звернення уваги на суперечності в думках або розповіді підлітка;
- ідентифікація і корекція дисфункціональних думок.

Наприклад, депресія і хімічна залежність часто супроводжуються такими негативними переконаннями, як: «Я погана (поганий)», «Мене не можна любити», «Я не можу зацікавити людей», «У мене нічого не виходить», «Я повинна всім сподобатися». При цьому факти і оцінки оточуючих нерідко суперечать думкам підлітка, але ігноруються ним.

20.2. Інтерактивні форми профілактичної роботи

Робота з афоризмами. Методика роботи з афоризмами: обговорити в групі всі вислови про протиправну поведінку відомих мислителів минулого і наших сучасників; вибрати три вислови, які найбільш сподобалися, і пояснити свій вибір; відібрати вислови, з якими не згодні або не зовсім згодні та прокоментувати їх; який вислів викликав найбільші розбіжності і чому?

Дебати. Дебати – це формалізований процес обговорення різних точок зору на певну тему або питання, де учасники представляють та аргументують свої позиції. Основна мета дебатів – обмін ідеями, розвиток навичок критичного мислення, а також навчання слухати і поважати різні думки.

Основні елементи дебатів включають:

1. Тема дебатів: Це питання або проблема, що обговорюється. Наприклад, це може бути соціальне, політичне або економічне питання.
2. Учасники: Зазвичай є команди або окремі дебати, які представляють різні позиції (за і проти).
3. Структура: Дебати зазвичай мають визначену структуру, що включає вступні заяви, аргументи, заперечення та заключні думки.
4. Аргументація: Учасники використовують факти, логіку та приклади, щоб підтримати свої позиції, а також намагаються спростувати аргументи опонентів.
5. Оцінювання: Дебати можуть оцінюватися суддями або здійснюватись голосуванням аудиторії, щоб визначити, яка команда чи особа представила найкращі аргументи [24].

Соціально-педагогічні і психологічні ігри. Гейміфікація: Використання елементів ігор (нагороди, змагання) для мотивування учасників до активної участі у профілактичних заходах. Гра є імітацією реальної діяльності

(трудової, пізнавальної, комунікативної і т.д.) і спрямована на засвоєння в штучних умовах соціальних відносин і суспільно-корисних норм поведінки.

Колаж – спосіб створення нових ілюстрацій з фрагментів журналів, газет, реклам, буклетів, календарів. Сприяє формуванню авторських умінь і навичок; виробленню навичок індивідуальної та колективної (групової) роботи, партнерства; створенню умов для розкриття індивідуальних здібностей; розвитку особистої і групової активності, ініціативи; створенню сприятливої творчої та морально-психічної атмосфери в навчальному колективі.

Соціально-педагогічний і психологічний тренінг. Ефективною формою роботи з особами, що мають залежні форми поведінки, є групові форми роботи, зокрема, психологічні тренінги. Основний зміст тренінгів складає робота з передачі особистості методів контролю і відповідальності за своє власне життя, ідентифікація ситуацій, в яких можливе формування шкідливих звичок, свідомої відмови від деструктивних форм поведінки. Відповідно вітчизняними дослідниками розроблені програми-тренінги профілактики алкогольної залежності у підлітків і молоді, профілактики тютюнопаління та інших форм залежної поведінки через формування позитивної Я-концепції та ін. [24].

Соціально-педагогічний інтерактивний театр – форма соціально-педагогічної профілактично-коректувальної роботи з девіантними підлітками, що дозволяє, застосовуючи психотерапевтичні механізми різних інтерактивних методів і технік театралізації, звернути увагу на проблеми підлітка, виявити та продемонструвати шляхи вирішення цих проблем найбільш конструктивними шляхами, а також сприяти його саморозвитку.

Соціально-значущі проєкти – комплексна дослідницька форма позааудиторної діяльності, учасники якої демонструють і захищають прогноз (проєкт) про майбутнє якого-небудь явища.

Воркшопи та майстер-класи – практичні заняття, на яких учасники отримують нові знання та навички під керівництвом інструктора. Вони зазвичай включають активну участь учасників.

Інтерактивні презентації – презентації, які залучають аудиторію через запитання, обговорення та мультимедійні елементи, щоб зробити процес навчання більш динамічним.

Розробка чат-ботів – створення чат-ботів для автоматизації навчальних процесів, які можуть надавати учасникам корисну інформацію, проводити опитування та відповідати на запитання.

Групові обговорення та дискусії – платформи для обміну думками між учасниками, де кожен має можливість висловити свою точку зору і послухати інших.

Головне у корекційній педагогіці – побачити особистість. Треба відійти від сприйняття дитини як недосконалої і визначити її потенціал для розвитку, а далі здійснювати корекцію, застосовуючи спеціальні методи та форми, задля того, щоби досягти мети – сприяти розвитку дитини та її соціалізації у суспільстві.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна (базова) література

1. Safeguarding. Центр гідності дитини.
URL: <https://cdc.ucu.edu.ua/uk/safeguarding/>
2. Аутизм не хвороба. URL:
https://levchyk.com.ua/autism?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwgL-3BhDnARIsAL6KZ69ApHp1of9V01DL_s3LmjAiOl0Hbp0xm4LAPkM2mglguDn3Q9SHRelaAo6EEALw_wcB
3. Булатін, Д. О. Поняття «превенція» і «превентивна діяльність» в адміністративно-правовому аспекті. *Вісник Чернівецького факультету Національного університету «Одеська юридична академія»*. 2018. Вип. 1. С. 15-22. URL: http://jes.nuoua.od.ua/archive/1_2018/4.pdf
4. Види ДЦП в дітей, симптоми та реабілітація.
URL: <https://dutuna.in.ua/vidi-dcp-v-ditej-simptomi-ta-reabilitaciya/>
5. Депривація як головний чинник розвитку дитини поза родиною. Обсяг та зміст поняття «депривація», види депривації та її характеристика.
URL: <https://studfile.net/preview/2041132/page:19/>
6. Детермінанти та структура девіантної поведінки дітей та молоді.
URL: <https://studfile.net/preview/4512157/page:23/>
7. Дефектологічний словник : навч. посіб. / упоряд.: В. І. Бондар, В. М. Синьов, І. П. Колесник [та ін.] ; за ред. В. І. Бондаря, В. М. Синьова ; Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ : Леся, 2011. 528 с.
8. Діти з порушенням зору. URL:
https://mashastolepchenko.blogspot.com/p/blog-page_12.html
9. Драченко, В. Основні підходи психо-корекційної роботи з дитиною з розладами спектру аутизму. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія»*. 2022. Вип. 1. С. 14-20. DOI: <https://doi.org/10.32782/academ-ped.psyh-2022-1.03>
10. Загальна характеристика дітей з порушенням зору.
URL: <https://studfile.net/preview/7856970/>
11. Закономірності нормального психічного розвитку і патології. URL:
https://pidru4niki.com/13761025/psihologiya/zakonomirnosti_normalnogo_psihichnogo_rozvitku_patologiyi
12. Закусило, О. Ю., Ольхова-Марчук, Н. В. Прикладні аспекти соціальної роботи із сім'ями, що мають дітей з особливими потребами. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. 2009. № 6(8). С. 76-82. URL: <https://ap.uu.edu.ua/article/147>

- 13.Застосування технології превентивного виховання у закладах освіти.
2022. URL: <https://naurok.com.ua/kursova-robota-preventivne-vihovannya-328810.html>
- 14.Затримка психічного розвитку. URL: https://mart10032013.blogspot.com/2017/02/blog-post_6.html
- 15.Зязюн, І. А. Аксіологічні критерії вікової психології.
URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/2175/1/zyazyun.pdf>
- 16.Іванова, І. Б. Соціальні проблеми дітей і батьків у контексті їхнього ставлення до ситуації. *Соціально-психологічні проблеми дітей-інвалідів*. К.: Логос, 2000. С. 58-74.
- 17.Інклюзивне навчання. URL: <https://mon.gov.ua/tag/inklyuzivne-navchannya?&tag=inklyuzivne-navchannya>
- 18.Інклюзія в освіті. URL: https://rcpio.ippo.kubg.edu.ua/?page_id=48
- 19.Інклюзія, інклюзивна освіта, психологічний супровід інклюзивної освіти.
URL: <https://xn----ftbomobdq1b9f.xn--j1amh/blog/post-46>
- 20.Класифікація мовленнєвих порушень. URL: <https://dvclinic.com.ua/uk/rech/klassifikacziya-rechevyh-narushenij/>
- 21.Князева, І. Що таке арттерапія і чому це не просто малювання. *Українська правда*. 2023. URL: <https://life.pravda.com.ua/health/2023/08/8/255711/>
- 22.Колишкін, О. В. Корекційна освіта. Вступ до спеціальності: навч. посіб. Суми: Університетська книга, 2013. 392 с. URL: <https://repository.sspu.edu.ua/items/e24fb27e-4818-40ff-b94f-11610427a34b>
- 23.Кольченко, К. О., Нікуліна, Г. Ф., Бажан, О. В. Технічний супровід навчання студентів з інвалідністю в інтегрованому освітньому середовищі. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. 2004. № 1(3). С.28-35.
URL: <https://ap.uu.edu.ua/article/369>
- 24.Корекційна педагогіка: конспект лекцій для здобувачів вищої освіти ОС «бакалавр» денної та заоч. форм здобуття освіти спец. 015 Проф. освіта (за спеціалізаціями)./ Укр. інж.-пед. акад.; упоряд.: Н. Ю. Шемигон. Х.: 2019. 75 с.
- 25.Корекція девіантної поведінки підлітків. URL: <https://naurok.com.ua/korekciya-deviantno-povedinki-pidlitkiv-125360.html>)
- 26.Лекція № 2. Делінквентна поведінка як вид девіантної поведінки дітей та молоді. URL: <https://pedagogy.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2018/05/%D0%9B%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F-2-%D0%A1%D0%9F%D0%9F%D0%94%D0%9F.pdf>
- 27.Метод АВА – Прикладний аналіз поведінки.

- URL: <https://aytuzon.com.ua/analiz-povedinky/>
- 28.Метод холдинг терапії (регуляторної зв'язку). URL: https://stud.com.ua/43181/psihologiya/igrova_holding_terapiya_psihologichniy_korektsiyniy_roboti_simyami_vihovuyut_ditey_autizmom
 - 29.Миронова, С. П., Гаврилов, О. В., Матвєєва, М. П. Основи корекційної педагогіки : навчальний посібник / за заг. ред. С. П. Миронової. Кам'янець-Подільський : КПНУ ім. І. Огієнка, 2010. – 264 с. URL: <https://s90334f9c1e2ba1c0.jimcontent.com/download/version/1585526188/module/18419263825/name/%D0%9E%D1%81%D0%BD.%D0%BA%D0%BE%D1%80%D0%B5%D0%BA%D1%86.%D0%BF%D0%B5%D0%B4%D0%B0%D0%B3%D0%BE%D0%B3%D1%96%D0%BA%D0%B8%20%D0%A1.%D0%9F.%D0%9C%D0%B8%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B0.pdf>
 - 30.Мінц, М. О. Соціологія девіантної поведінки: навч. посібник. Миколаїв: Вид-во ЧДУ ім. Петра Могили, 2009. 244 с. URL: https://e-pidruchniki.com/book/11_sociologiya_deviantnoi_povedinki
 - 31.Нельга, Т. О., Дзекунова, Д. М. Соціально-економічні фактори девіантної поведінки підлітків та молоді в Україні. *Наукові праці МАУП*. 2017. Вип. 52(1). С. 33–38. URL: <https://journals.maup.com.ua/index.php/economics/article/view/464/748>
 - 32.Особливості роботи соціального педагога з сім'ями, які виховують дитину з інвалідністю. URL: <https://vipsoft.blob.core.windows.net/contest/c34707cd8bb04eba39d905edb7d72843.docx>
 - 33.Особливості розвитку та підтримки дітей з порушеннями слуху. URL: <https://naurok.com.ua/osoblivosti-spriymanya-ta-uvagi-ditey-z-gluhotoyu-osoblivosti-navchannya-180031.html>
 - 34.Пилипчук, В. Г., Дзьобань, О. П. Проблема агресії і насильства: світоглядно - інформаційний вимір. *Освіта регіону: політологія, психологія, комунікації*. 2012. №2. URL: <https://social-science.uu.edu.ua/article/806>
 - 35.Поняття «норма» і «аномалія» у психічному розвитку дитини. URL: <https://studfile.net/preview/5241815/page:32/>
 - 36.Про освіту : Закон України від 01.07.2014 р. № 1556-VII. Дата оновлення: 04.12.2024. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1556-18> (дата звернення: 24.02.2025).
 - 37.Профілактика суїциду серед підлітків. Про проведення профілактичної роботи з підлітками, які схильні до суїцидальної поведінки.

- URL: <https://fontanska-rada.gov.ua/profilaktika-suyitsidu-sered-pidlitkiv/>
38. Психологія адиктивної поведінки. Матеріали для самостійної роботи. К., 2016. URL: https://www.navs.edu.ua/files/kafedru/up/zaochka/NMK_1.doc
 39. Синьова Є. П. Тифлопсихологія : навч. посібник. К. : Знання, 2004. 213 с. URL: http://megalib.com.ua/book/13_Tiflopsihologiya.html
 40. Слух у дітей: ознаки та наслідки порушень слуху. URL: https://oticon-opn.tilda.ws/hearing_children
 41. Соціальна робота: соціально-діагностичні методи. Реферат. URL: <https://osvita.ua/vnz/reports/sociology/29998/>
 42. Соціальне становище сімей, у яких виховуються діти з особливими потребами. URL: <https://naurok.com.ua/obrobleri-statti-na-temu-socialne-stanovische-simey-u-yakih-vihovuyutsya-diti-z-osoblivimi-potrebami-83296.html>
 43. Соціально-педагогічна діагностика. URL: <https://www.ippo.if.ua/predmety/ocppsr/index.php?r=site/stattya&id=659>
 44. Таланчук, П. М. Супровід навчання студентів з особливими потребами в інтегрованому освітньому середовищі. К.: Соцінформ, 2004. 128 с.
 45. Теоретико-методологічні засади впровадження інклюзії в закладах освіти: монографія / за ред. М. Є. Чайковського. К.: Університет «Україна», 2019. 460 с. URL: https://hist.km.ua/images/publikatsiji/monografiya_khist_12_03_2019.pdf
 46. Томатіс терапія: аудіотерапія за методом TOMATIS® в Одесі. URL: <https://www.expert-health.com.ua/poslugi/audioterapija-za-metodom-tomatis-tomatis/>
 47. Український дефектологічний словник / Л. В. Вавіна, А. М. Висоцька, В. В. Засенко та ін.; за ред. В. І. Бондаря. К. : Милосердя України, 2001. 211 с.
 48. Холковська, І. Л. Корекційна педагогіка. Вінниця: ВДПУ ім. М. Коцюбинського, 2007. 328 с. URL: <https://studfile.net/preview/5241815/page:32/>
 49. Христук, О. Л. Психологія девіантної поведінки: навчально-методичний посібник. Львів: ЛьвДУВС, 2014. С. 101-110. URL: <https://dspace.lvduvs.edu.ua/handle/1234567890/380>
 50. Що таке Tomatis та як працює ця методика? 8 жовтня 2020 р. URL: <https://www.032.ua/news/2903270/so-take-tomatis-ta-ak-pracue-ca-metodika>
 51. Що таке афазія? Причини, форми та методи корекції. URL: <https://aksimed.ua/shho-take-afaziya-prychyny-formy-ta-metody-korekcziyi/>

Додаткова (допоміжна) література

1. Актуальність наукового спадку Л. С. Виготського для сучасної психологопедагогічної освіти: презентація. URL: https://kadiivka.luguniv.edu.ua/podii/arhiv/files/Aktualnist_nauk_spadku_2.pdf
2. Давиденко, Г. В. Інклюзія у вищих навчальних закладах Європейського Союзу. Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛДТ», 2015. 314с. URL: https://www.vsei.vn.ua/images/Doc/Nauka/Inclusivna_osvita/inklyuziya_v_vn_z_es_a-5_17-06-15.pdf
3. Любимова, А. В. Впровадження інклюзивної освіти. Управлінський аспект / [упоряд. Ж. Сташко]. Київ : Шкільний світ, 2018. 141с.
4. Навчально-методичний посібник для батьків дітей з особливими освітніми потребами (Частина II) / за заг. ред. А. А. Колупаєвої. 2-ге вид., допов. і переробл. Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2013. 198 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/9803/1/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%B4%D0%BB%D1%8F%20%D0%B1%D0%B0%D1%82%D1%8C%D0%BA%D1%96%D0%B2%20%D1%87%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0%20%D0%86%D0%86.pdf>
5. Програма навчання і виховання дітей дошкільного віку від 3 до 7 років «Дитина» / наук. ред. О.В. Проскура. К.: Богдана, 2004. 270 с.
6. Савіна, Л. П. Пальчикова гімнастика для розвитку мовлення: [посібник для батьків і педагогів]. К.: Вид-во «Школа», 2002. 48 с.
7. Савченко М. А. Методика виправлення вад вимови фонем у дітей : [посібник]. 3-тє вид., доповн. Тернопіль : Навчальна книга – Богдан, 2011. 159, [1] с.
8. Сак, Т. В. Особлива дитина: Від народження до 6 років: [поради батькам]. К.: Літера ЛТД, 208. 144 с., іл.
9. Сєдих, Н. О. Вчимося писати й говорити правильно: поради логопеда. Харків: Видавнича група «Основа», 2007. 176 с.
10. Спринська, З. В., Каут, Н. М. Словник з дефектології та логопедії: словник [для студентів спеціальностей «Дошкільна освіта», «Психологія», «Практична психологія», «Соціальна педагогіка»] / Зоряна Валентинівна Спринська, Наталія Миколаївна Каут. Дрогобич : Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2011. 52 с. URL: <https://www.dkpp.com.ua/wp-content/uploads/2019/10/Def-slov.doc>

11. Сухар, В. Л. Розвиток звукової культури мовлення дітей молодшого дошкільного віку / упоряд. В. Л. Сухар. Х.: Веста: Вид-во «Ранок», 2008. 80 с.
12. Хрестоматія з логопедії: історичні аспекти. Дислалія. Дизартрія. Ринолалія : навчальний посібник / редактор: М. К. Шеремет, І. В. Мартиненко. 2-ге видання перероблене і доповнене. Київ: КНТ, 2008. 380 с.
13. Чайковський, М. Є. Інклюзивний освітній простір як середовище соціально-педагогічної роботи з молоддю з інвалідністю. Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна». 2017. № 13. С. 76-80. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpkhist_2017_13_20

Електронне навчальне видання комбінованого використання
Можна використовувати в локальному та мережному режимі

Бакуменко Лариса Григорівна

КОРЕКЦІЙНА ПЕДАГОГІКА

Конспект лекцій
для здобувачів вищої освіти першого (бакалаврського) рівня
денної та заочної форм здобуття освіти за спеціальністю
015 «Професійна освіта (за спеціалізаціями)»

В авторській редакції

Підписано до розміщення 25.06.2025. Гарнітура Times New Roman.
Ум. друк. арк. 6,53. Обсяг 1,810 Мб. Зам. № 267/25.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
61022, м. Харків, майдан Свободи, 4.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.2009
Видавництво ХНУ імені В. Н. Каразіна