**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

**ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ**

**КАФЕДРА ДОШКІЛЬНОЇ ТА ПОЧАТКОВОЇ ОСВІТИ**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

магістра

на тему: «**ФОРМУВАННЯ АДАПТИВНОСТІ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ В ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ ПОЧАТКОВОЇ ШКОЛИ»**

Виконала: студентка 2 курсу, групи 6.0139

спеціальності 013 «Початкова освіта»

освітньо-професійної програми «Початкова освіта»

Є. А. Саєнко

Керівник: доцент кафедри соціальної педагогіки та спеціальної освіти, к. пед. н.\_\_\_\_\_\_Т. Г. Соловйова

Рецензент: доцент кафедри соціальної педагогіки, доцент, к.пед.н. \_\_\_\_\_\_\_\_ М. Д. Дяченко

Запоріжжя

2020

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**Факультет** соціальної педагогіки та психології

**Кафедра** дошкільної та початкової освіти

**Рівень вищої освіти** магістерський

**Спеціальність** 013 «Початкова освіта»

**Освітньо-професійна програма** «Початкова освіта»

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

**Завідувач кафедри \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ року

**ЗАВДАННЯ**

**НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ**

**Саєнко Євгенії Анатоліївні**

**1. Тема роботи:** «Формування адаптивності молодших школярів із затримкою психічного розвитку в освітньому процесі початкової школи» затверджена наказом ЗНУ від «14» липня 2020 р. № 1031-с

**2. Строк подання студентом роботи:** 23 листопада 2020 р.

**3. Вихідні дані до роботи:** матеріали педагогічної практики, курсових робіт

**4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, що належить розробити**): з’ясувати особливості поняття «адаптивність» дітей молодшого шкільного віку; визначити сутність поняття «затримка психічного розвитку»; розглянути особливості розвитку молодших школярів із затримкою психічного розвитку; розробити програму формування адаптивності молодших школярів із затримкою психічного розвитку в освітньому процесі початкової школи; перевірити ефективність впровадженої програми

**5. Перелік графічного матеріалу:** 2 рисунки «Результати констатувального експерименту», «Результати контрольного експерименту», 8таблиць з результатами дослідження.

**6. Консультанти розділів роботи**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Розділ | Консультант | Дата, підпис | |
| Завдання видав | Завдання прийняв |
| Вступ | Соловйова Т.Г. | 03.10.19 р. | 03.10.19 р. |
| Розділ 1 | Соловйова Т.Г. | 05.11.19 р. | 05.11.19 р. |
| Розділ 2 | Соловйова Т.Г. | 24.03.20 р. | 24.03.20 р. |
| Висновки | Соловйова Т.Г. | 08.09.20 р. | 08.09.20 р. |
| Додатки | Соловйова Т.Г. | 21.09.20 р. | 21.09.20 р. |

**7. Дата видачі завдання:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Назва етапів кваліфікаційної роботи | Строк виконання етапів роботи | Примітка |
| 1 | Збір та систематизація матеріалу | жовтень-листопад | виконано |
| 2 | Написання вступу | листопад | виконано |
| 3 | Написання першого розділу | грудень-квітень | виконано |
| 4 | Написання другого розділу | травень-вересень | виконано |
| 5 | Написання висновків | вересень | виконано |
| 6 | Оформлення додатків | жовтень | виконано |
| 7 | Оформлення роботи, рецензування | жовтень-листопад | виконано |
| 8 | Захист | грудень |  |

Студент **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

( підпис ) (прізвище та ініціали)

Керівник роботи **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

( підпис ) (прізвище та ініціали)

**Нормоконтроль пройдено**

Нормоконтролер **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

( підпис ) (прізвище та ініціали)

**РЕФЕРАТ**

Кваліфікаційна робота: 80 с., 8 таблиць, 2 рисунки, 74 джерела.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити зміст, форми та методи формування адаптивності молодших школярів із затримкою психічного розвитку в освітньому процесі початкової школи.

Об’єкт дослідження: процес формування адаптивності молодших школярів із затримкою психічного розвитку.

Предмет дослідження: зміст, форми та методи формування адаптивності молодших школярів із затримкою психічного розвитку в освітньому процесі початкової школи.

Методи дослідження: теоретичний аналіз джерел, спостереження, опитування, вивчення особових справ, метод експертних оцінок, порівняння, проективні психодіагностичні методики, педагогічний експеримент.

Теоретичне значення роботи полягає у комплексному підході до процесу формування адаптивності молодших школярів із затримкою психічного розвитку в освітньому процесі початкової школи.

Практичне значення роботи полягає у розробці педагогічної програми з формування адаптивності молодших школярів із затримкою психічного розвитку в освітньому процесі початкової школи.

Галузь використання: заклади загальної середньої освіти.

АДАПТАЦІЯ, АДАПТИВНІСТЬ, МОЛОДШІ ШКОЛЯРІ, ОСВІТНІЙ ПРОЦЕС, ЗАТРИМКА ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ, ПОЧАТКОВА ШКОЛА

**SUMMARY**

**Saienko E. Formation of Adaptability of Junior School Children with Delay of Mental Development in the Educational Process of Primary School**

The qualifying work consists of an introduction, 2 parts, findings, list of literature (74 sources), 2 addenda on 6 pages. The qualifying work volume of the work is 87 pages, 80 of them – main text. There are 8 tables, 2 figures.

The qualification work gives a theoretical overview and describes an experimental study of the adaptability of primary school children with Delay of Mental Development in the educational process of primary school.

The research object of work is the process of forming the adaptability of junior school children with Delay of Mental Development.

The research subject – the content, forms and methods of forming the adaptability of primary school students with delay of mental development in the educational process of primary school.

The research aim is to theoretically substantiate and experimentally test the content, forms and methods of forming the adaptability of junior school students with delay of mental development in the educational process of primary school.

To achieve this goal, the following research objectives have been identified.

* to find out the peculiarities of the concept of “adaptability” of junior school children;
* to define the essence of the concept of “delay of mental development”;
* to consider features of development of younger schoolboys with a delay of mental development;
* to develop a program for the formation of adaptability of primary school students with delay of mental development in the educational process of primary school;
* check the effectiveness of the implemented program.

The part 1 “Theoretical backgrounds of the formation of adaptability of primary school children with delay of mental development in the educational process of primary school” highlights the features of adaptation and adaptability of primary school children as a scientific problem; describes the essence of the phenomenon of delay of mental development; provides psychological and pedagogical characteristics of children of primary school age with delay of mental development.

The part 2 “Experimental work on the formation of adaptability of primary school children with delay of mental development in the educational process of primary schoo” shows the results of the ascertaining, formative and control stages of the experiment on the formation of adaptability of preschool children with delay of mental development.

The analysis of the results confirmed the effectiveness of the developed and implemented program.

**Keywords:** adaptation, adaptivity, junior school children, education, primary school, delay of mental development.

**ЗМІСТ**

|  |  |
| --- | --- |
| Вступ……………………………………………………………………………... | 8 |
| Розділ 1. Теоретичні основи формування адаптивності молодших школярів із затримкою психічного розвитку в освітньому процесі початкової школи.. | 12 |
| 1.1. Адаптація та адаптивність дітей молодшого шкільного віку як наукова проблема ………………………………………………………………………… | 12 |
| 1.2. Затримка психічного розвитку: сутність, прояви, види та наслідки …… | 24 |
| 1.3. Психолого-педагогічна характеристика дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку ……………………………………….. | 39 |
| Розділ 2. Експериментальна робота з формування адаптивності молодших школярів із затримкою психічного розвитку в освітньому процесі початкової школи ……..………………………………………………………… | 50 |
| 2.1. Вихідний стан сформованості адаптивності молодших школярів із затримкою психічного розвитку ……………………………………………….. | 50 |
| 2.2. Розробка та впровадження програми формування адаптивності молодших школярів із затримкою психічного розвитку в освітній процес початкової школи ……………………………………………………………….. | 56 |
| 2.3 Перевірка ефективності впровадженої програми ……………….………... | 73 |
| Висновки …………………………………………………………………...……. | 77 |
| Список використаних джерел ………………………………………………….. | 81 |

**ВСТУП**

Стратегія прогресивного розвитку сучасного українського суспільства об’єктивно вимагає гуманного й толерантного ставлення до дітей з особливими освітніми потребами. Фундаментальна перебудова системи освіти в Україні, створення Нової Української школи та активний розвиток ідей інклюзії в освіті зумовлює посилення уваги науковців до проблем виховання і розвитку дітей з особливими потребами. На державному рівні це закріплено у низці законодавчих актів, серед яких основними є Закон України про освіту; Національна доктрина розвитку України у ХХІ ст.; Концепція Держстандарту спеціальної освіти дітей з особливими потребами та інші.

Діти із затримкою психічного розвитку складають найчисленнішу групу серед загальної кількості дітей з особливими потребами щодо навчання та соціалізації взагалі. Отже, турбота про дітей цієї категорії є одним з пріоритетних напрямів сучасної педагогічної практики.

У грудні 2009 року Україна ратифікувала Конвенцію про права людей з обмеженими можливостями. У ній однією з вимог є забезпечення «розумного пристосування», тобто забезпечення змін у всіх сферах життя, які б надавали можливість людям з інвалідністю, в тому числі й дітям з затримкою психічного розвитку, брати активну участь у суспільній діяльності та отримувати послуги на рівні з іншими. На нашу думку, формування адаптивності є першим і необхідним кроком на шляху повної інтеграції дітей з особливими потребами, зокрема, дітей із затримкою психічного розвитку в освітній, а потім, і загально соціальний простір.

Суспільство з його зростаючою інформаційною та технологічною насиченістю ставить дедалі вищі вимоги щодо життєвої компетентності громадян. Інтелектуальний адаптаційний мінімум для самостійного проживання у громаді за останні десятиріччя значно виріс і проблемою стала навіть адаптація осіб з так званим субнормальним розумовим рівнем. Завдяки технічно-інформаційному прогресу, фізична інвалідність стає все меншою перепоною для здобуття освіти, працевлаштування, шлюбу тощо. Натомість затримка психічного розвитку, так звана інтелектуальна субнормальність, залишає людині в цьому плані дедалі менше шансів. Такі особи, навіть попри збереженість свого фізичного здоров’я, є безпорадними у сьогоднішньому соціумі, який все менше потребує людей, здатних до нескладної фізичної праці і все більше – кмітливих, з високою виконавською культурою, вмінням не губитися серед мінливого техногенного оточення й переплетення інформаційних потоків.

Отже, забезпечення реалізації прав дитини з затримкою психічного розвитку на гідне життя потребує все більш потужних зусиль фахівців освітньої сфери. У сучасних соціально-економічних умовах підтримка й допомога дітям з інвалідністю потребує швидкого реагування освітян, гнучкості програм такої допомоги, розробки нових підходів щодо роботи з даною категорією.

Означені проблеми були предметом дослідження багатьох вітчизняних та зарубіжних авторів. Різні її аспекти знайшли висвітлення у наукових працях Н. Бастун, А. Венгер, З. Зайцевої, Р. Кравченко, М. Николаєва, М. Сварника, С. Тарасюк, які розглядали питання адаптації та соціалізації дітей з особливими потребами; В. Бондар, Т. Дегтяренко, А. Вовк, К. Островська, М. Мосієнко, М. Голубенко, І. Луценко, Д. Романовська, Л. Кирилецька, А. Колупаєва досліджували питання особливостей освіти, у тому числі, й інклюзивної освіти дітей з порушеннями інтелектуального розвитку.

Клінічні уявлення щодо дітей із особливими потребами, зокрема дітей із затримкою психічного розвитку, поглиблювались та уточнювались у роботах Є. Мастюкової, І. Марковської, К. Лебединської, Т. Єпіфанцевої, С. Завражина, Л. Фортової. У дослідженнях Т. Власової, М. Певзнер, В. Лубовського та інших учених аргументовано доводиться, що діти із затримкою психічного розвитку потребують спеціально організованих умов навчання і виховання та розробки й удосконалення методів, прийомів корекції пізнавальної та емоційно-вольової сфери. Теоретичні основи корекційної роботи з дітьми із ЗПР представлені у працях Ю. Акіменко, З. Карпенко, В. Когана, Л. Кузнєцова, Ю. Суботіна.

Водночас, означена проблема на сьогодні продовжує вимагати уваги науковців і практиків. Отже, у науковій та науково-практичній літературі все частіше постають питання соціалізації, інтеграції, інклюзивної освіти та супроводу означеної категорії в освітньому процесі. Втім, ці проблеми неможливо вирішити без первісної соціальної адаптації дитини до освітнього середовища, без формування такої якості як адаптивність. Адаптація та адаптивність є підґрунтям без якого неможливо подальше вирішення проблем, пов’язаних з інвалідністю. Тому, темою нашого дослідження визначено «Формування адаптивності молодших школярів із затримкою психічного розвитку в освітньому процесі початкової школи».

Об’єкт роботи – процес формування адаптивності молодших школярів із затримкою психічного розвитку.

Предмет – зміст, форми та методи формування адаптивності молодших школярів із затримкою психічного розвитку в освітньому процесі початкової школи.

Мета – теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити зміст, форми та методи формування адаптивності молодших школярів із затримкою психічного розвитку в освітньому процесі початкової школи.

Гіпотеза дослідження полягає у припущенні, що успішність формування адаптивності дитини молодшого шкільного віку з затримкою психічного розвитку забезпечується цілеспрямованою роботою щодо формування соціальних та побутових навичок дитини з затримкою психічного розвитку, організацією психолого-педагогічної підтримки дитині в освітньому просторі та тісної взаємодії з її сім’єю.

Завдання дослідження:

* з’ясувати особливості поняття «адаптивність» дітей молодшого шкільного віку;
* визначити сутність поняття «затримка психічного розвитку»;
* розглянути особливості розвитку молодших школярів із затримкою психічного розвитку;
* розробити програму формування адаптивності молодших школярів із затримкою психічного розвитку в освітньому процесі початкової школи;
* перевірити ефективність впровадженої програми.

Методи дослідження:

- науково-теоретичні: логічний; історичний; аналіз літературних та інших інформаційних джерел з метою визначення науково-теоретичного підґрунтя дослідження, аналіз вітчизняного та зарубіжного науково-практичного досвіду з даної проблеми; аналіз нормативних документів;

- емпіричні: діагностичні методи, відповідні завданням дослідження – спостереження, бесіда, інтерв’ю, метод експертних оцінок, порівняння, проективні психодіагностичні методики, експеримент.

**РОЗДІЛ 1**

**ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ АДАПТИВНОСТІ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ В ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ ПОЧАТКОВОЇ ШКОЛИ**

**1.1. Адаптація та адаптивність дітей молодшого шкільного віку як наукова проблема**

Адаптація дітей молодшого шкільного віку з затримкою психічного розвитку залишається актуальним питанням науки і практики та привертає увагу з боку фахівців у галузі педагогіки, психології, медицини та інших. Для подальшого дослідження необхідно визначити ключове поняття теми роботи –адаптивність. Для цього, в першу чергу, необхідно розглянути родове поняття – адаптація – у загально філософському, соціально-психологічному та педагогічному значеннях.

Термін «адаптація» використовується в різних галузях наукового знання, однак дослідники ще не виробили єдиної думки про його зміст. Так, одні автори розглядають адаптацію як процес, результат «пристосування», а інші як «взаємодію» людини та об’єкта адаптації, або як «взаємодію» людини і середовища.

Останнім часом поняття взаємодії все частіше має місце у визначеннях адаптації. Саме поняття «взаємодія» припускає взаємозв’язок, взаємний вплив, взаємну дію суб’єктів. Природно, що у контексті біологічної адаптації, за умови високої залежності індивіда від малорухомого середовища, термін «пристосування» більш точно відбиває суть процесу. Однак характерною стає тенденція зростання інтересу до соціально-психологічної адаптації, тому і поняття «взаємодія» набуває більшої актуальності. Як правило, опис процесу адаптації як взаємодії щільно пов’язаний із визначенням активної ролі особистості в процесі адаптації, з підвищенням статусу свідомої креативної поведінки. Поняття «взаємодія» точніше відбиває особливості процесу соціально-психологічної адаптації

Поняття адаптації (від латинського adaptio – пристосування) має статус загальнонаукової категорії такого роду, що постають на перетинах наук та, екстрапольовані у подальшому на численні сфери різноманітних дисциплін, сприяють інтеграції відповідних знань у цілісні теоретичні конструкції. У найзагальнішому вигляді, в залежності від того, який рівень організації матерії, який аспект реальності є предметом розгляду, може йтись про адаптацію соціальну, соціобіологічну, біологічну, фізичну, психологічну, хімічну, психофізіологічну, тощо [1].

Тема соціальної адаптації особистості вивчалась паралельно у культурній/соціальній антропології, культурології, соціології, психології особистості та соціальній психології у зв’язку з питанням включення людини до нових або змінюваних умов життя, питання вивчення життя людини в цілому, питання взаємодії людини та її навколишнього середовища, еволюції людини та суспільства тощо. За думкою Ж. Дерріда, концепт адаптації і навіть саме слово на його позначення мають вік укоріненої до повсякденної мови природничо-гуманітарної епістеми, що певною мірою ускладнює власне соціологічну інтерпретацію даного поняття [2].

Аналіз досліджень загальної ідеї адаптації як взаємодії індивіда та навколишнього середовища, які проводилися українськими та зарубіжними дослідниками, показує, що значна їх частина, а саме М. Бровко, М. Кондратьєв, В. Лабунська, Л. Максимов, А. Мудрик та ін. зосереджена на процесах взаємодії особистості та соціального середовища, а інші, зокрема, О. Асмолов, Л. Божович, О. Ковальов, А. Петровський, А. Реан та ін. – на дослідженні формування якостей особистості під впливом середовища. Значний внесок у дослідження проблеми адаптації належить і їхнім попередникам – таким видатним науковцям, як А. Маслоу, Р. Мертон, Ж. Піаже, К. Роджерс, Т. Парсонс, Т. Шибутані, ідеї яких виходять за межі окремих галузей наукового знання [3; 9 та ін.].

Одним із перших і, мабуть, найвпливовіших соціологічних підходів до пояснення соціальної адаптації – в контексті розгляду еволюції суспільства та суспільної кооперації – є концепція Г. Спенсера: оцінка здатності підтримувати рівновагу своїх життєвих функцій і (або) «шансів мати нащадків» як «закон виживання найпристосованішого та найобдарованішого» був основою закону прогресивного еволюційного розвитку суспільства. Життя кожного організму (в тому числі соціального), за Г. Спенсером, постає, з одного боку, в якості неперервного, триваючого протягом усього періоду існування (фактично, будучи його змістом) взаємне пристосування внутрішніх сил організму та зовнішніх впливів на нього, як здатність взаємодіяти з середовищем у залежності від обставин для того, щоб задовольнити сукупність своїх функціональних потреб, котрі й приводять в рух механізм адаптації [4].

З іншого боку, він уточнює, що пристосування має місце, коли відбуваються деякі зміни в узвичаєних обставинах і триває, допоки нові умови не стануть узвичаєними для організму. Так, наприклад, психіка людини виступає загальним механізмом адаптації людини до умов оточення, виникаючи на певному етапі еволюції як засіб адекватного відображення дійсності, а багатоманіття форм психіки та психічних процесів виступає окремими формами адаптації до середовища. В даному випадку, результатом процесу соціальної адаптації людей – соціальною адаптованістю – виступає той чи інший ступінь задоволеності функціональних потреб індивідів [4; 5].

У межах еволюційної теорії Ч. Дарвін дав одне з перших тлумачень сутності адаптації, розвинуте у так звану «статистичну» (або імовірнісну) теорію адаптації, а французький зоолог Ж.-Б. Ламарк розглядав проблему адаптації з позицій організмоцентричної теорії еволюції, яка пояснювалася саме адаптаційними змінами в окремих організмах. Слід зауважити, що Ж.-Б. Ламарк розрізняв три способи адаптації: по-перше, пряме примітивне пристосування організму, яке притаманне рослинам та нижчим тваринам; по-друге, посереднє інстинктивне пристосування організму за допомогою пристосувально-вдосконалюючого вправляння або невправляння його органів, що характерне для вищих тварин; по-третє, пристосування організму, що спричинене середовищем, і зрозуміле як внутрішня позасвідома спрямованість до вдосконалення, що притаманна усім тваринам [6].

Видатний французький фізіолог, один з засновників експериментальної медицини К. Бернар суттєво розвинув уявлення про єдність організму та середовища, коли сформулював концепцію «постійності внутрішнього середовища» організму. Він не тільки розрізняв «космічне» та «внутрішнє» середовище організму, але й наголошував на їх єдності, підкреслюючи, що оскільки космічне середовище змінюється, постійність внутрішнього середовища організму є неодмінною умовою існування останнього [7].

У подальшому розвитку науки величезне значення мали дослідження біологічних, фізіологічних та медичних аспектів феномену адаптації. Американський фізіолог У. Кеннон, стверджуючи, що потреби організму визначають його діяльність, спрямовану на зняття цієї потреби, увів до науки поняття гомеостазу, наголошуючи, що вчення про гомеостаз – це вчення про життєві процеси, що мають єдину мету: підтримку постійності умов життя у внутрішньому середовищі. Поняття «гомеостаз» позначає складну сукупність адаптаційних механізмів та реакцій, що спрямовані на компенсацію наслідків вилучення або стримування факторів, що діють на гомеостатичні системи як з зовнішнього, так і з внутрішнього середовища. У. Кеннон переконливо наголошував, що головною метою гомеостатичної системи є збереження постійності фізико-хімічних або біологічних якостей власного внутрішнього середовища, незалежно від змін, що відбуваються зовні, і мета ця ієрархічно розподілена між гомеостатичними суб’єктами, тобто між органами та системами будь-якого органічного утворення [24; 10].

Розглядаючи гомеостаз як підтримку організмом постійності, динамічної сталості внутрішнього середовища у процесі зміни умов, можна зрозуміти, що здійснення гомеостазу можливе завдяки регуляторній взаємодії елементів організму на засадах зворотного зв’язку. Експериментами та осмисленням їх результатів було встановлено, що фундаментальна ознака самоорганізації – зворотній зв’язок – присутня не тільки на біологічному рівні, після чого відомий психолог Ж. Піаже, який характеризував адаптацію як фактор, що забезпечує рівновагу між впливом організму на середовище та зворотнім впливом середовища, поширив свій аналіз з органічної адаптації на психічну і запропонував розглядати увесь розвиток психічної діяльності як функцію адаптивного процесу. У цьому сенсі «інтелект з його логічними операціями, що забезпечує сталу і разом з тим мобільну рівновагу між універсумом та мисленням, подовжує та завершує сукупність адаптивних процесів» [9, 64].

У процесі вивчення адаптації в природничих науках закріпилося розуміння її змісту як «сукупності реакцій живої системи, що підтримують її цілісність та функціональну стійкість в разі зміни умов навколишнього середовища» [6, 15]. При цьому адаптація може трактуватися за трьома визначеннями: або як сам процес пристосування організму до змін зовнішнього середовища, або як стан досягнутої динамічної рівноваги між організмом та середовищем, або як результат оптимальної взаємодії організму та середовища.

Ще на початку вивчення проблеми адаптації, дослідники звернули увагу на можливість застосовування поняття адаптації не тільки до аналізу біологічних або психологічних систем, але й до соціальних. Зокрема, французький соціолог Ж. Тард, який досліджував процеси, що мали місце усередині груп та поміж групами людей, виявив інтерес до проблеми вивчення адаптації як соціального явища. Таким чином, поняття адаптації було піддане екстрадикції з суспільних наук, де тлумачилося як процес пристосування людини до умов соціального середовища [11].

Спочатку така «депортація» відбулася в соціальній антропології, коли відомий англійський учений А. Радкліфф-Браун, зазначаючи, що поняття адаптації може бути використане як при вивченні форм органічного життя, так і при дослідженні форм соціального життя, підсумовує, що «соціальне життя й соціальна адаптація потребують, отже, пристосування поведінки окремих організмів до потреб процесу, що підтримує соціальне життя у цілому» [12, 16]. Досліджуючи й осмислюючи важливість феномену соціальної адаптації, інший англійський учений Е. Гідденс визначає це суспільне явище як процес соціалізації або пристосування до виконання певної ролі [3, 107], а Т. Парсонс розглядає соціальну адаптацію як речовинно-енергетичну взаємодію індивіда або спільноти з зовнішнім середовищем, що являє собою «одну з чотирьох функціональних умов існування соціальної системи (разом з інтеграцією, досягненням мети та збереженням ціннісних зразків), яким усі соціальні системи мають відповідати, щоб вижити» [13, 117].

Отже, термін «адаптація» або «пристосування», що використовували Г. Спенсер, Ж. Тард, Т. Парсонс, Л. Уайт, Дж. Стюард, Дж. Мердок та ін., розглядаючи його не тільки як двигун еволюційного процесу, а й як фактор формування суспільства, а суспільство – як продукт особливої, притаманної тільки людині, адаптації до зовнішнього середовища, виходячи, насамперед, з надбань біології, де адаптація розумілася як будь-який зворотній процес пристосування до середовища, притаманний усьому живому й спрямований на встановлення такого співвідношення живої системи та зовнішніх умов її існування, яке сприяло б її розвитку та життєдіяльності (на рівні індивіда, виду або біоценозу).

Як видно з наведених визначень, дослідники по-різному тлумачать явище соціальної адаптації. Існує найбільш загальне визначення: адаптація – це завжди «пристосування чим (ким)-небудь, чого (кого)-небудь до чого (кого)-небудь для чого (кого)-небудь…» [14], а серед актуальних проблем філософії це поняття визначається як спроможність будь-якої системи наближати свою структуру до оптимальної стосовно соціальних умов існування. Так, з точки зору Ю. Урманцева, відомого дослідника природи адаптації, система є адаптивною, якщо при такій зміні в її оточенні або внутрішньому стані, що знижує ефективність виконання нею своїх функцій, вона змінює свій стан або стан навколишнього середовища так, щоб збільшити свою ефективність [10].

Вже з цього огляду концептуальних визначень предмета нашого аналізу стає очевидним, що в понятті «адаптація» узагальнюються діалектичні відносини між організмом як біологічною системою та середовищем, і воно включає у свій зміст функціональну ознаку (якість системи) спроможності пристосовування до змін; самі зміни, що приводять систему до стабілізації, а також природа і роль механізмів через які здійснюються ці зміни та сам процес адаптації (пристосування).

Окрім того, як зазначає А. Петровський, відомий аналізом адаптивної спрямованості психічних процесів та поведінки людини, зафіксовані випадки неадаптивної діяльності індивіда, що пов’язана з ситуаціями, коли його особистісний розвиток передбачає порушення існуючої рівноваги з зовнішнім середовищем [11].

Поділяємо позицію М. Ромма, який вважає, що соціальна адаптація особистості віддзеркалює процес або результат активної гармонізації зовнішнього або внутрішнього настрою особистості за допомогою адекватних стратегій пристосування і визначає її як «… процес / результат перетворення та/або інтерпретації об’єктивного соціального світу, себе у цьому світі та суб’єктивного образу цього світу в собі, а також формування на цій основі індивідуального адаптивного простору і персональної ідентичності, що задають смисли індивідуальної життєдіяльності та спрямованість індивідуальної адаптації в соціумі» [15, 22]. Виходячи з надбань філософської інтерпретації адаптації, слід поширювати поняття «адаптація» на людину при розгляді її буття, при чому не лише в аспекті її пристосування до природного середовища.

Зрозуміло, що функція адаптації діє на різних рівнях, і теза про те, що вона стає другорядною впродовж історичного розвитку людства здається нам дещо перебільшеною. Вважаємо, що проблеми соціокультурної та особистісної адаптації людини в тій або іншій формі існують у будь-якому історичному типі суспільства, супроводжуючи людину в плині усього її життя. Слід погодитися з тими дослідниками, які з огляду на сучасний стан інформатизації суспільства, відзначають нагальну необхідність пошуку нових форм адаптації, ефективність методик «включення індивіда до культури» [16].

Цікавим, на наш погляд, є твердження Р. Плутчіка про існування чотирьох універсальних проблем адаптації, що створюються навколишнім середовищем для індивіда і мають пряме відношення до виживання [17]. Автор вважає їх проблемами ієрархії, територіальності, ідентичності і часу. Універсальні проблеми адаптації, розташовані у визначеному порядку, відповідають базисним психологічним потребам, особливо актуальним у певні періоди онтогенезу. Ці потреби досліджували в різний час А. Адлер, К. Хорні, Е. Еріксон, Е. Фромм, Е. Берн та їхні послідовники.

Це потреби:

* безпеки (час);
* волі й автономії (ієрархія);
* успіху й ефективності (територіальність);
* визнання і самовизначення (ідентичність).

Чотири універсальні проблеми адаптації, що відповідають чотирьом групам базисних потреб онтогенезу, вирішують, власне кажучи, одне завдання: як індивідові з максимальною ефективністю взаємодіяти із середовищем за мінімальних втрат для себе на різних етапах життя. У разі негативного вирішення кожної з проблем відбувається руйнування організму індивіда на біологічному рівні і руйнування його психіки на психологічному [17].

На думку С. Хуткої, психіка людини виступає загальним механізмом адаптації людини до умов оточення, виникаючи на певному етапі еволюції як засіб адекватного відображення дійсності, а багатоманіття форм психіки та психічних процесів виступає окремими формами адаптації до середовища. В даному випадку, що очевидно, результатом процесу соціальної адаптації людей – соціальною адаптованістю – виступає той чи інший ступінь задоволеності функціональних потреб індивідів [14].

Зіставлення розглянутих підходів дозволяє стверджувати, що соціальна адаптація особистості виступає як аспект певної взаємодії між людиною – суб’єктом соціальної активності – як певною різнорівневою системою та її середовищем (або частиною цього середовища) і проявляється у випадках змін взаємовідношень цієї людини з соціальним середовищем її функціонування. Соціальне середовище як простір суспільного виробництва і відтворення життя, в свою чергу, є різнорівневою системою, що складається з сукупності людей, засобів забезпечення життя та зв’язків між ними. Можна брати за основу різні підходи до розгляду суспільства, але суть залишається практично незмінною: в якості соціального середовища розглядається весь простір існування людини в суспільстві.

Проаналізовані підходи є достатньо своєрідними, проте є один спільний для них усіх момент: у якості функціональної спрямованості соціальної адаптації вказують на поліпшення або оптимізацію (в сенсі покращення ефективності діяльності) здатності за тих чи інших умов середовища досягати значимих цілей, породжених потребами та їхнім осмисленням (різного ступеню усвідомленості). Як відомо, саме потреби виступають джерелом формування мотивів активності людини, одним із важливих моментів котрої є цілепокладання.

Очевидно, будь-яку життєву ситуацію людини можна розглядати як процес задоволення нею певних своїх потреб або створення умов для їхнього задоволення, котрий у той чи інший спосіб є реагуванням особистості на соціальну ситуацію, тобто – на ті зміни в її соціальному середовищі, що перед тим відбулись або відбуваються. Дане реагування, у першому наближенні, може бути вираженим, очевидно, щонайменше двома діалектично взаємопоєднаними класами процесів: 1) самозміна у відповідності до змін у соціальному середовищі; 2) зміна даних конкретних умов соціального середовища у відповідності до самозмін, що зумовлюються потребами [25].

Соціальна адаптація, за Л. Тюптею [18] – пристосування індивіда до умов соціального середовища, формування адекватної системи відносин із соціальними об'єктами, рольова пластичність поведінки, інтеграція особистості у соціальні групи, діяльність щодо освоєння стабільних соціальних умов, прийняття норм і цінностей нового соціального середовища, форм соціальної взаємодії. Адаптація може здійснюватись у формі акомодації (повного підпорядкування вимогам середовища без їх критичного аналізу), конформізму (вимушеного підпорядкування вимогам середовища) та асиміляції (свідомого й добровільного прийняття норм та цінностей середовища на основі особистісної солідарності з ними). Адаптація пов’язана з прийняттям індивідом різних соціальних ролей, адекватним відображенням себе і своїх соціальних зв’язків. Вона відіграє вирішальну роль в соціалізації особистості. Порушенням адаптації вважають асоціальну поведінку, маргінальність, алкоголізм, наркоманію [18].

Д. Єльконін наполягав на тому, що для розуміння сутності психологічної адаптації дітей молодшого шкільного віку є необхідним ретельний аналіз трьох ліній розвитку дитини. Перша лінія – формування довільності поведінки, друга – оволодіння еталонами та засобами пізнавальної діяльності; третя – перехід від егоцентризму до децентризму. Провідним фактором становлення самооцінки дитини є участь у колективних формах спілкування. У молодших школярів відбувається прискорене становлення самооцінки та рівня самосвідомості порівняно зі здоровими однолітками, тобто має місце «парадокс невідповідності».

Постійна тривожність через власне мовлення переходить у пригнічений стан, який ліквідується лише психологічними методами. Тривожність виявляється у почутті втоми, втраті інтересу до життя, у нестримних емоціях, плачі, думках про самогубство, у заниженій самооцінці.

Виявлено, що людина, в котрої наявним є певний дефект, нерідко комплексує, що ускладнює адаптацію. Ці почуття підвищують припустимий рівень тривожності у школяра, роблять його соціально боязким, знижують наявний рівень домагань. Труднощі навчання, які викликані недорозвитком, наприклад, фізичним, мовленнєвим, є частою причиною дезадаптації, різкого зниження мотивації навчання. Це негативно позначається на поведінці, а іноді призводить до вчинків навіть кримінального характеру. В літературі описано чимало варіантів поведінки дітей, що мають адаптаційні проблеми в молодшому шкільному віці: недовірливість, слабка інтуїція в міжособистісних стосунках, впертість, егоцентризм, відсутність почуття страху в ситуаціях підвищеного ризику, ігнорування норм культури поведінки, гіперчутливість до загрози. Неприйнятість у групі однолітків діє нищівно на дитину. Проте за умови компенсації негативних переживань позитивними, позитивного спілкування з іншими, значущими для дитини, людьми ймовірність дезадаптації знижується [22].

Соціальна адаптація – це взаємозумовлений процес пристосування індивіда до соціального середовища і пристосування суспільства до потреб особистості через їх задоволення. Відповідність між рівнем соціальних потреб і рівнем їх задоволення визначає рівень соціальної адаптації.

Ефективність адаптації людини пов’язується з такими поняттями як адаптивність та адаптаційні можливості. В узагальненому вигляді співвідношення адаптивності та адаптаційних можливостей є таким: адаптивність – це сама спроможність людини до адаптації, а адаптаційні можливості – це ті властивості, які цю спроможність забезпечують [20].

Для нашого дослідження важливим є визначення сутності суміжного поняття – адаптивності як особистісної якості. Взагалі, ми розуміємо адаптивність як якість або здатність людини адаптуватися до умов середовища, що постійно змінюються. На нашу думку, адаптації як результату замало для дитини. Необхідно формувати саме адаптивність як якість особистості. Це пов’язано з тим, що сучасний світ має тенденцію до постійного змінювання, ускладнення. Тому саме адаптивність є бажаним результатом роботи з дитиною.

За В. Гарбузовим, адаптивність – це природжена та набута здатність до адаптації, тобто пристосування до всієї багатоманітності життя при будь-яких умовах [22].

Адаптаційні можливості людини являють собою стійкі резистентні характеристики індивідуально-типологічного та особистісного рівня людської індивідуальності, які забезпечують спроможність успішно адаптуватись до різноманітних вимог життєдіяльності і виявляються як у фізіологічному плані (від біохімічного рівня до рівня безумовно- та умовно-рефлекторної регуляції діяльності), так і (найголовніше) у психологічному плані, спрямовуючи поведінку особистості.

Наприклад, до адаптаційних можливостей відносять: інстинкти, темперамент, конституцію, емоції, рівень природжених властивостей інтелекту, спеціальні здібності, зовнішні дані і фізичний стан організму; а до проявів високої чи нормальної адаптивності – сприятливі психофізичні дані, високу працездатність, витривалість, стресотолерантність, психічну і фізичну гармонійність, гармонійність природжених і сформованих за життя особистісних якостей. При цьому рівень адаптивності підвищується чи знижується під впливом виховання, навчання, умов і способу життя, а полегшують чи утруднюють адаптацію людини у реальному житті її особистісні особливості, орієнтації, вибір, ієрархія систем цінностей, цілей і потреб, рівень вербального інтелекту і культури, емоціональної експресії і міжособистісних стосунків [22].

А. Маклаков [23], в якості суттєвого компоненту адаптаційних можливостей людини можна розглядає поняття особистістю адаптаційного потенціалу, який характеризує рівень розвитку взаємопов’язаних психологічних характеристик, що найбільш значущі для регуляції психічної діяльності й процесу адаптації, і зумовлює величину діапазону факторів зовнішнього середовища, до яких організм може пристосуватись.

Таким чином, соціальна адаптація є динамічним системним процесом, ефективність якого залежить від взаємодії людини й ситуації. Об’єктивні властивості ситуації, без сумніву, впливають на її успішність і на психологічні механізми, які лежать в основі поведінкових стратегій, спрямованих на пристосування. Однак саме суб’єктивне оцінювання ситуації є визначальним і стрижневим елементом соціальної адаптації. Суб’єктивна оцінка стосується як визначення параметрів ситуації та її особистісної значущості, так і власної спроможності подолання ситуації.

Без сумніву, сприятливим для соціальної адаптації є формування позитивних переконань щодо власних можливостей та ресурсів, хоча питання впливу адекватності таких переконань залишається нез’ясованим. Оптимальним для соціальної адаптації є прийняття себе та інших у поєднанні з прагненням реалізувати власні ресурси та переконанням щодо самоефективності й сенсовності власного життя.

Адаптаційні можливості людини характеризує здатність швидко іі ефективно ліквідувати або компенсувати дію несприятливих факторів оточуючого середовища. А адаптивність людини являє собою інтегральну якість особистості, що відбиває психологічну здатність індивіда за рахунок внутрішніх психофізіологічних резервів організму пристосовуватися до нових умов зовнішнього середовища. Для того, щоб зіставити поняття адаптивності з конкретною категорією (у нашому випадку це діти молодшого шкільного віку з затримкою психічного розвитку), необхідно розглянути ще одне з ключових понять дослідження, а саме – затримка психічного розвитку як фактор, що ускладнює процес формування адаптивності дитини. Тому, наступний підрозділ присвячений цьому питанню.

**1.2. Затримка психічного розвитку: сутність, прояви, види та наслідки**

Кожна дитина України має право на отримання освіти в тій формі та таких умовах, які відповідають стану її фізичного та розумового розвитку, що передбачено нормативно-правовими актами та чинним законодавством України. У той же час, проблема неуспішності певної частини учнів початкової масової загальноосвітньої школи давно привернула до себе увагу педагогів, психологів, медиків і соціологів, які виділили певну групу дітей, які не можуть бути віднесені до розумово відсталих, оскільки в межах наявних знань вони виявляли достатню здатність до узагальнення, широку «зону найближчого розвитку». Ці діти були віднесені до особливої категорії – дітей з затримкою психічного розвитку (ЗПР) [26].

Взагалі, за даними науковців, найбільш поширена група аномалій – затримка психічного розвитку. Ця категорія не відноситься до слабоумства (олігофренії). Понад 30% учнів закладів загальної середньої освіти – це діти з певними порушеннями психічного розвитку (ППР). Саме ця категорія дітей ще в початкових класах входить до групи ризику шкільної, соматичної та психофізичної дезадаптації. Серед невстигаючих учнів загальноосвітньої школи, діти з ППР складають найбільший відсоток [29].

Сьогоднішні знання про затримку психічного розвитку дають змогу розглядати її як межовий стан психічного розвитку. Йому властиві розлади інтелектуальної та емоційно-вольової сфери. Пізніше, якщо дитина не отримує своєчасної допомоги, у неї під впливом невдач у навчанні, спілкуванні з ровесниками та дорослими виникають і негативні зміни особистості.

Як зазначає М. Мушкевич [39], нормальний психічний розвиток дитини являє собою складний процес, в основі якого лежить генетична програма, що реалізується в умовах постійної зміни факторів середовища. Психічний розвиток тісно пов’язаний з біологічними якостями організму, його спадковими та конституційними особливостями, вродженими і набутими якостями та опосередкований поступовим формуванням структури і функції різних відділів ЦНС.

Темпи формування окремих систем головного мозку різні і це визначає фізіологічну гетерохронію його росту і розвитку, що відображається в різній швидкості дозрівання окремих психофізіологічних функцій. До основних факторів, що впливають на психічний розвиток, належать спадковість, сімейне середовище і виховання, а також зовнішнє середовище з різноманіттям соціальних і біологічних взаємодій. Всі ці впливи виступають в єдиному комплексі, що можуть обумовлювати як посилення, так і нівелювати вплив кожного з факторів.

В. Астапов, Ю. Мікадзе визначали, що затримку психічного розвитку (ЗПР) слід розглядати як явище тимчасове, що відбито і в її назві. Звичайно, цей стан, на думку авторів, пов’язують з дошкільним та молодшим шкільним віком дитини. Пізніше або наступає компенсація, «вирівнювання» під впливом ужитих корекційних заходів, або відбувається стабілізація стану інтелектуальної недостатності, який за вираженістю найчастіше буває проміжним між низькою нормою і легкою розумовою відсталістю [36].

Поняття «затримка психічного розвитку», з точки зору О. Защиринської, є психолого-педагогічним і характеризує, насамперед, відставання в розвитку психічної діяльності дитини. Причини такого відставання можна розділити на дві групи: медико-біологічні та соціально-психологічні причини [37].

Однак на відміну від проблеми розумового розвитку, як зазначено в працях О. Мастюкової, при затримці психічного розвитку недоліки в здатності міркувати, робити умовиводи, встановлювати причиново-наслідкові зв’язки між явищами, тобто абстрактно мислити, хоч і можуть, за несприятливих умов виховання і розвитку дитини, закріплюватися, набувати стійкого характеру, все-таки не є визначальними. Вони вторинні, а первинними виступають порушення працездатності, розлади уваги, пам’яті, сенсомоторних процесів, пізнавальної активності. Ці порушення особливо виразно виявляються в дошкільному віці, і саме вони перешкоджають вчасно і повноцінно формуватися мисленню та мовленню [38].

Затримка психічного розвитку це таке порушення нормального темпу психічного розвитку, при якому дитина, яка досягла шкільного віку, залишається на рівні дошкільника. Діти з ЗПР виділяються у класі своєю наївністю, щирістю. При потенційно збережених можливостях інтелектуального розвитку наявні:

- низький рівень пізнавальної активності;

- відставання в розвитку мисленнєвої діяльності;

- незрілість мотивації до навчальної діяльності;

- зниження працездатності;

- обмежені знання та уявлення про навколишнє середовище;

- відставання у мовленнєвому розвитку;

- порушена емоційно-вольова сфера;

- слабка пам’ять;

- недостатній рівень уваги [28].

Отже, затримка психічного розвитку зустрічається значно частіше, ніж олігофренія. Тобто йдеться не про стійке психічне недорозвинення, а про уповільнення його темпу, яке частіше виявляється при вступі до школи і виражається в недостатності загального запасу знань, обмеженості уявлень, незрілості мислення, малої інтелектуальної цілеспрямованості, переважанні ігрових інтересів, швидкій перевантаженності в інтелектуальній діяльності.

Як зазначає Н. Трофимова [29] та інші дослідники, на відміну від дітей, що страждають олігофренією, ці діти досить кмітливі в межах наявних знань, значно продуктивніші у використанні допомоги. При цьому в одних випадках на перший план виступатиме затримка розвитку емоційної сфери (різні види інфантилізму), а порушення в інтелектуальній сфері будуть виражені нерізко. У інших випадках, навпаки, переважатиме уповільнення розвитку інтелектуальної сфери.

М. Певзнер і Т. Власовою [30] було звернуто увагу на роль емоційного розвитку у формуванні особистості дитини з ЗПР, а також на значення нейродінамічсскіх розладів (астенічних і церебрастенических станів). Відповідно була виділена затримка психічного розвитку, що виникає на основі психічного і психофізичного інфантилізму, пов'язаного з шкідливими впливами па ЦНС в період вагітності, і затримка, що виникає на ранніх етапах життя дитини в результаті різних патогенних факторів, що призвели до астенічним і церебрастеническим станам організму.

Різниця патогенетичних механізмів обумовлювало і відмінність прогнозу. У вигляді неускладненого психічного інфантилізму ЗПР розцінювалася як прогностично більш сприятлива, здебільшого не вимагає спеціальних методів навчання. При переважанні ж виражених нейродинамічних, в першу чергу стійких церебрастенических розладів, ЗПР виявлялася більш стійкою і нерідко потребує не тільки в псіхологопедагогіческой корекції, але і в лікувальних заходах. Інфантилізм психічний – психопатологічний стан, що характеризується дитячістю, незрілістю психіки, основі його лежить затримка темпу психічного розвитку [29].

Починаючи з 1966 р. у вітчизняній літературі дослідження з проблеми слабо виражених відхилень у психічному розвитку спиралися на клініко-нейрофізіологічний підхід у розумінні причин шкільної неуспішності в рамках різних проявів ЗПР, позначених М. Певзнер.

В якості основної відмінної патогенної характеристики дітей, які зазнали труднощів в засвоєнні знань і уявлень на початковому етапі навчання за загальноосвітніми програмами, була розглянута незрілість емоційно-вольової сфери за типом інфантилізму. Даний термін був запозичений у французьких психіатрів Лорана і Лассега. В кінці XIX ст. вони ввели його для позначення особливої затримки психофізичного розвитку, яка виникає під впливом різних інфекцій та інтоксикацій і проявляється у вигляді цієї патології. Таким чином, інфантилізм можна визначити як цілісну структуру фізичних і психічних ознак незрілості, невластивих даному віку дитячості [40].

Інфантилізм чітко проявляється в умовах, коли дитина повинна виконувати нові для неї вимоги, зокрема при переході від дошкільного дитинства до шкільного. Інфантильні діти рухово розгальмовані, непосидючі, рухи їх поривчасті, швидкі, недостатньо координуванні та чіткі. У класі такі діти поводяться наївно, безпосередньо, грають в принесені з собою іграшки. Вони не враховують і не розуміють шкільної ситуації, не включаються в загальну роботу і припиняють її при найменших труднощах.

Такий інфантилізм називається гармонійним, риси емоційно-вольової незрілості при цій формі виступають у найбільш чистому вигляді і часто поєднуються з інфантильним (субтильним або гральний) типом статури.

Спираючись на нейропсихологічні дослідження, проведені О. Лурія, М. Певзнер пов’язувала закономірності розвитку емоційно-вольової сфери з закономірностями дозрівання асоціативних лобних структур головного мозку, що найбільш пізно формуються в онтогенезі. У тих випадках, коли темп їх диференціації з різних причин уповільнений, це проявляється в інфантильних рисах, властивих дітям дошкільного віку. М. Певзнер вважала, що незрілість емоційно-вольової сфери, що виявляється в описаних вище особливостях поведінки дітей на початковому етапі навчання, може мати тимчасовий характер і долатися в процесі розвитку, в умовах, що будуть враховані індивідуальні специфічні особистості дитини. Все сказане зумовило введення терміну «тимчасова затримка психічного розвитку» відносно до дітей з психофізичним інфантилізмом [30].

Однак при розширеному вивченні школярів, які мають стійку неуспішність у масовій школі, було виявлено, що найбільше число серед них становлять діти, у яких психофізичний інфантилізм ускладнений іншими вадами в розвитку.

У 1966 р. М. Певзнер опублікувала класифікацію ЗПР, що включає наступні клінічні варіанти:

* психофізичний інфантилізм з недорозвиненням у дітей емоційно- вольової сфери при збереженні інтелекту (неускладнений гармонійний інфантилізм);
* психофізичний інфантилізм з недорозвиненням пізнавальної діяльності;
* психофізичний інфантилізм з недорозвиненням пізнавальної діяльності, ускладнений нейродинамічними порушеннями;
* психофізичний інфантилізм з недорозвиненням пізнавальної діяльності, ускладнений недорозвиненням мовленнєвої функції.

У наступні роки при обстеженні дітей, що зазнають труднощі в навчанні і мають слабко виражені відхиленнями у розвитку, клінічний діагноз ЗПР все частіше ставиться у випадках, коли емоційно-вольова незрілість поєднується з недостатнім розвитком пізнавальної сфери неолігофренічної природи.

Ще одна відома дослідниця К. Лебединська, у результаті науково-дослідної роботи зробила висновки про етіопатогенетичну систематику ЗПР. Основні клінічні типи її диференціюються за етіопатогенетичної принципом: конституційного походження, соматогенного походження, психогенного походження, церебрально-органічного походження. Кожен з цих типів може бути ускладнений низкою хворобливих ознак – соматичних, енцефалопатичних, неврологічних – і має свою клініко-психологічну структуру, свої особливості емоційної незрілості і порушень пізнавальної діяльності, свою етіологію [33].

Представлені клінічні типи найбільш стійких форм ЗПР в основному відрізняються один від одного саме особливістю структури і характером співвідношення двох основних компонентів цієї аномалії: структурою інфантилізму і характером нейродинамических розладів. З уповільненим темпом формування пізнавальної діяльності, з інфантилізмом пов'язана недостатність інтелектуальної мотивації та продуктивності, а з нейродинамическими розладами – тонус і рухливість психічних процесів.

Затримка психічного розвитку конституційного походження – так званий гармонійний інфантилізм (неускладнений психічний і психофізичний інфантилізм, за класифікацією М. Певзнер і Т. Власової), при якому емоційно-вольова сфера перебуває ніби на більш ранній щаблі розвитку, багато в чому нагадуючи нормальну структуру емоційного складу дітей більш молодшого віку. Для дітей у цьому випадку характерні переважання емоційної мотивації поведінки, підвищений фон настрою, безпосередність і яскравість емоцій при їх поверховості та нестійкості, легка сугестивність. Труднощі в навчанні, нерідко спостерігаються у цих дітей в молодших класах, М. Певзнер і Т. Власова пов’язують з незрілістю мотиваційної сфери та особистості в цілому, переважанням ігрових інтересів [30].

В цілому, затримка психічного розвитку характеризується як межовий стан між нормою та порушенням онтогенезу, якому властиві негрубі недоліки інтелектуальної та емоційно-вольової сфери, що виявляється в зниженні навчально-пізнавальної діяльності та соціальної адаптації в цілому. Такий стан визначається як порушення темпу психічного розвитку, коли окремі психічні функції (пам’ять, увага, мислення, емоційно-вольова сфера) відстають від прийнятих психологічних норм даного віку [31].

ЗПР, як психолого-педагогічний діагноз, ставиться тільки в дошкільному і молодшому шкільному віці. Якщо по закінченні цього періоду залишаються ознаки недорозвитку психічних функцій, то мова йде вже про конституціональний інфантилізм чи про розумову відсталість.

Причини виникнення ЗПР поділяються на біологічні та соціально-психологічні. До біологічних причин відносять:

* порушення конституційного розвитку дитини (гармонійний інфантилізм);
* соматогенно обумовлені фактори (тяжкі гострі та хронічні захворювання внутрішніх органів і систем організму), що призводить до соматичної астенії і соматичної інфантилізації;
* церебрально-органічні фактори (різні варіанти патологій вагітності, недоношеності дитини, пологові та постнатальні черепно-мозкові травми, інтоксикації, резус-конфлікти тощо з розвитком клініки мінімальної мозкової дисфункції) [28].

До соціально-психологічних причин відносяться:

* раннє відлучення дитини від матері з наступним вихованням в умовах соціальної депривації;
* дефіцит ігрової і предметної діяльності, а також спілкування з дорослими та ровесниками;
* несприятливі умови виховання дитини в сім’ї (гіперопіка або авторитарний тип виховання) [28].

10-та Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10) розглядає затримку психічного розвитку як синдром, що входить до структури будь-якого неврологічного, психічного або соматичного захворювання. Відповідно, ЗПР не можна розглядати як самостійну нозологічну одиницю. Однак цей термін, який уперше запропонувала Г. Сухарева (1970), широко використовується в сучасній корекційній педагогіці і спеціальній психології та становить психолого-педагогічне твердження, що, у свою чергу, є складовою частиною більш значущого поняття – «межова інтелектуальна недостатність» [31].

У медицині виділяється чотири клініко-психологічних синдроми, які визначають недоліки пізнавальної діяльності й обумовлюють труднощі в навчанні [26]:

* синдром психічного інфантилізму;
* церебрастенічний синдром;
* гіпердинамічний синдром;
* психоорганічний синдром.

Всі найбільш розповсюджені класифікації ЗПР базуються на вказаних клініко-психологічних синдромах. За матеріалами досліджень, проведених у 1972-1973 рр. НДІ дефектології, М. Певзнер та Т. Власова запропонували поділ ЗПР на 2 види:

1) неускладнений психофізичний та психічний інфантилізм;

2) «вторинна» ЗПР, викликана стійкою церебрастенією (прискореною виснажливістю психічних функцій) різного походження, які виникли на ранніх етапах онтогенезу, у зв’язку з чим порушуються, в першу чергу, пізнавальна діяльність та працездатність [30].

Класифікація В. Ковальова (1979) виділяє чотири варіанти ЗПР, обумовлені впливом біологічних факторів:

1. Дизонтогенетичний (при психічному інфантилізмі).

2. Енцефалопатичний (при негрубих органічних ураженнях ЦНС).

3. ЗПР «вторинного» характеру при сенсорних дефектах (при ранніх порушеннях зору, слуху).

4. ЗПР, пов’язана з ранньою соціальною депривацією (наприклад, при госпіталізації).

На основі класифікації М. Певзнер і Т. Власової, К. Лебединська в 1980 році запропонувала варіант класифікації ЗПР, де за основу було взято етиопатогенетичну систематику, яка є найбільш обґрунтованою і зручною для практичного застосування. Це 4 основні типи ЗПР:

* конституціонального генезу;
* соматогенного генезу;
* психогенного генезу;
* церебрально-органічного ґенезу [33].

ЗПР конституціонального ґенезу проявляється у вигляді гармонійного або дисгармонійного інфантилізму (інфантилізм – порушення темпу дозрівання мозкових структур, що формуються пізніше). Клініка гармонійного інфантилізму характеризується затримкою в рості, властивій дітям більш молодшого віку, психічною незрілістю, з переважанням емоційно-вольової незрілості (без додаткових ускладнюючих психопатологічних синдромів) над інтелектуальною й іншими сферами діяльності дитини.

Основними ознаками незрілості емоційно-вольової сфери при цьому є: емоційна жвавість уяви, фантазія, життєрадісність і яскравість емоцій, а також дитинність, безпосередність поведінки, наївність, підвищена навіюваність, перевага ігрових інтересів, нездатність до сприйняття занять, які вимагають вольового зусилля, що створює феномен «шкільної незрілості» (виявляється з початком шкільного навчання).

Дисгармонійний інфантилізм обумовлений явищами органічного ураження нервової системи. При дисгармонійному (органічному) інфантилізмі клінічні прояви гармонійного інфантилізму, як правило, поєднуються з психоорганічним синдромом, набуваючи при цьому «органічного забарвлення» у вигляді:

* відсутності емоційної жвавості й яскравості емоцій;
* обмеженості й одноманітності ігрової діяльності з відсутністю в ній уяви і творчості;
* низького рівня домагань, байдужості в оцінці їх дій;
* слабовираженої здатності до використання допомоги дорослих.

Окрім «органічно забарвленої» недостатності емоційно-вольової сфери при обмеженому інфантилізмі визначаються також і порушення так званих передумов інтелекту (уваги, пам’яті, психічної працездатності), тоді як власне інтелектуальна недостатність (інертність, тугорухливість, погане перемикання, нерідко персеверація розумових процесів, мимовільне повторення або наполегливе відтворення уявлення, ідеї, думки) у них хоча і має місце, але не є переважною в клінічній картині.

Дані нейропсихологічного дослідження І. Марківської показують, що при органічному інфантилізмі порушення вищих кіркових функцій мають динамічний характер, обумовлений їх недостатньою сформованістю і підвищеною виснаженістю [34].

Основна корекційна робота з дітьми із ЗПР конституціонального ґенезу відводиться формуванню пізнавальних мотивів (створення проблемних навчальних ситуацій, стимулювання активності дитини на заняттях) із врахуванням типу сімейного виховання. ЗПР соматогенного ґенезу характеризується розвитком у дитини стійкої соматичної астенії і соматичної інфантилізації.

Соматично стійка астенія проявляється у вигляді фізичної і психічної астенії (швидка стомлюваність, дратівливість, плаксивість, погіршення сну, боязливість, примхливість, сором’язливість, невпевненість та ін.). Явища астенії посилюються створенням для фізично ослабленої дитини режиму обмежень і заборон, у якому вона, як правило, постійно знаходиться, що поступово призводить до штучно-соматичної інфантилізації, викликаної умовами гіперопіки. Діти цієї категорії мало спілкуються зі своїми ровесниками через опіку батьків, які намагаються відгородити своїх дітей від зайвого, на їх погляд, спілкування, тому в них занижений поріг міжособистісних зв’язків [35].

Таким чином, клініко-психологічна структура кожного з описаних чотирьох видів ЗПР включає специфічне поєднання незрілості емоційної й інтелектуальної сфер. При цьому в одних випадках переважає затримка психічного розвитку емоційної сфери, в інших, навпаки, переважає уповільнення розвитку інтелектуальної діяльності у вигляді межової розумової відсталості легкого ступеня.

Нерівномірність розвитку окремих вищих психічних функцій здебільшого проявляється у вигляді порушень пам’яті, уваги, сприйняття і, як наслідок, – розладів мислення. У дітей із всіма видами ЗПР спостерігаються наступні специфічні особливості пам’яті:

* зниження об’єму пам’яті і швидкості запам’ятовування;
* зниження довільної пам’яті;
* порушення механічної пам’яті, що характеризується зниженням продуктивності перших спроб запам’ятовування на певний час, необхідної для повного заучування, близького до норми;
* перевага наочної пам’яті над словесною;
* мимовільне запам’ятовування ближче до норми, але менш продуктивне [28; 31].

Розвиток пам’яті в дітей із ЗПР знаходиться у певній залежності від особливостей уваги і сприйняття. Тому розумова діяльність дітей із ЗПР має ряд загальних недоліків у порівнянні з мисленням здорових однолітків, а саме:

* несформованість або низький рівень пошуково-пізнавальної мотивації і розумової активності;
* стереотипність мислення;
* відставання рівнів наочно-образного і логічного мислення.

На думку У. Ульєнкової [32], діти із ЗПР не вміють думати, робити висновки; прагнуть уникати таких ситуацій. Через несформованість логічного мислення вони дають випадкові, необдумані відповіді, проявляють нездатність до аналізу умов завдання. При роботі з цими дітьми необхідно звертати особливу увагу на розвиток у них усіх форм мислення.

Нерівномірність розвитку окремих психічних функцій призводить до диспропорційних й асинхронних міжфункціональних зв’язків і, як наслідок, до послаблення діяльності всіх інших психічних функцій, що виражаються в їх нестійкості, парціональності, зворотності.

Нестійкість (запізнення розвитку основних психофізичних функцій, що вказує на нестійкий характер психічного недорозвинення), також як і парціональність (порушення темпу розвитку окремих нейрофізіологічних систем) обумовлюють виникнення інтелектуальної недостатності. Наприклад, відставання формування рухових функцій (згасання деяких безумовних рефлексів, формування асиметричних рефлексів положення і випрямлення тощо) у постнатальному періоді призводить до уповільнення і часто непослідовного формування таких рухових актів, як утримання голови, сидіння, повзання, вставання, ходьба тощо [29].

Особливістю ЗПР є функціонально-зворотний характер порушень. Проте зворотність психічного дефекту можлива лише при наданні цьому контингенту дітей відповідної психолого-педагогічної і медико-соціальної допомоги та створення для них усіх необхідних умов, які відповідають стану дитини як в умовах освітньої установи, так і сім’ї.

Питаннями диференційної діагностики затримки психічного розвитку і схожих з нею станів займалися багато учених. На ранніх етапах розвитку дитини ускладненням є розмежування випадків грубого мовленнєвого недорозвитку, моторної алалії, розумової відсталості, аутизму і затримки психічного розвитку. Особливо важливо розрізняти розумову відсталість і ЗПР церебрально-органічного ґенезу, оскільки в тому чи іншому випадках у дітей прослідковуються недоліки пізнавальної діяльності в цілому і виражена дефіцитарність морально-специфічних функцій зокрема [31].

Основні відмінні ознаки затримки психічного розвитку та розумової відсталості за В. Войтко:

* для ЗПР характерні такі особливості, як парціональність (нестійкість і зворотність), у той же час як для розумової відсталості характерні тотальність і стійкість ураження психічної сфери, а також незворотність порушених психічних функцій;
* при затримці психічного розвитку практично не відмічається патологічна спадковість на відміну від розумової відсталості, при якій майже завжди виявляється наявність обтяженої патологічної спадковості;
* з боку неврологічного стану при затримці психічного розвитку грубих проявів органічного ураження нервової системи немає;
* у соматичному статусі дітей із затримкою психічного розвитку в основному відсутні будь-які ознаки диспластичності. У той час як у дітей із розумовою відсталістю вона спостерігається достатньо часто, то при спостереженні за дітьми із затримкою психічного розвитку простежується чітка дисоціація між грубо вираженими порушеннями діяльності та передумовами інтелекту й відносно збереженістю власне інтелектуальних можливостей;
* для дітей із затримкою психічного розвитку характерний феномен «стрибкоподібності динаміки мисленнєвої діяльності». У дітей із розумовою відсталістю даний феномен не виявляється;
* у процесі предметно-маніпулятивної та ігрової діяльності діти із затримкою психічного розвитку в процесі спеціального навчання переходять на вищий рівень сюжетно-рольової гри. Разом з тим діти з розумовою відсталістю ніби «застрягають» на рівні предметно-ігрових дій;
* більшість дітей із затримкою психічного розвитку ще в дошкільному віці виявляють інтерес до різних видів образотворчої діяльності: малювання, ліпки тощо. У дітей із розумовою відсталістю без спеціальної психолого-педагогічної підготовки мотивація до образотворчої діяльності не виникає [31].

Безперечно, це не всі відмінні ознаки, що враховуються при розмежуванні ЗПР та розумової відсталості. Але знання вищеперерахованих ознак дозволяє достатньо чітко диференціювати ці два схожі за клінічною характеристикою стани.

Більшість вітчизняних досліджень свідчать, що дітям із затримкою психічного розвитку у всіх її клінічних проявах можна допомогти при системній корекційно-педагогічній роботі з ними. За умов адекватної та своєчасної корекції інтелектуальна діяльність дітей із ЗПР може досягати високого рівня компенсації. Уся навчально-виховна робота повинна ґрунтуватися на принципах корекційної педагогіки та розумінні першопричини відхилень у психічному розвитку цих дітей, повинна здійснюватися підготовка в особистісно-розвиваючій сфері дитини.

Незрілість емоційної сфери і недорозвинення пізнавальної діяльності матимуть і свої якісні особливості, обумовленні етиопатогенетичним типом цієї аномалії розвитку. У етіології затримки психічного розвитку грають роль конституціональні чинники, хронічні соматичні захворювання, довготривалі несприятливі умови виховання і головним чином органічна недостатність нервової системи, частіше резидуального (непроградієнтний, пасивний), рідше – генетичного характеру.

Нині досягнуті великі успіхи в клінічному і психолого-педагогічну вивченні дітей із затримкою психічного розвитку. Але, не дивлячись на це, проблема затримки психічного розвитку і труднощів навчання цих дітей виступає як одна з найбільш актуальних психолого-педагогічних проблем.

Незважаючи на різноманіття її проявів, характеризується низкою ознак, що дозволяють відмежувати її як від педагогічної занедбаності, так і від розумової відсталості. Діти із затримкою психічного розвитку не мають порушень окремих аналізаторів і великих поразок мозкових структур, але відрізняються незрілістю складних форм поведінки, цілеспрямованої діяльності на тлі швидкого виснаження, стомлюваності, порушеною працездатності. В основі цих симптомів лежить органічне захворювання центральної нервової системи, викликане патологією вагітності та пологів, вродженими хворобами плоду, перенесеними в ранньому віці інфекційними захворюваннями

Таким чином, аналіз наукової літератури та власні спостереження в процесі експериментальної роботи дозволили зробити наступні висновки. Затримка психічного розвитку – одна з найбільш поширених форм психічних порушень. Це порушення нормального темпу психічного розвитку. Термін «затримка» підкреслює тимчасовий характер порушення, тобто рівень психофізичного розвитку в цілому може не відповідати паспортному віку дитини. Усі відхилення у таких дітей з боку нервової системи відрізняються мінливістю і дифузністю і носять тимчасовий характер. На відміну від розумової відсталості, при ЗПР має місце оборотність інтелектуального дефекту. Особливістю дітей із затримкою психічного розвитку являється нерівномірність порушень різних психічних функцій. На перший план в розвитку таких дітей виступає сповільненість становлення емоційно-особових характеристик.

Отже, при ЗПР діти не можуть нормально включатися в шкільну діяльність, сприймати шкільні завдання і виконувати їх. Вони ведуть себе в класі так, як в умовах гри в групі дитячого садка або в сім’ї. Всі означені особливості дітей з затримкою психічного розвитку зумовлюють виникнення різних проблем або ускладнень адаптації та подальшої соціалізації. Далі детальніше розглянемо специфічні психолого-педагогічні особливості дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку.

**1.3. Психолого-педагогічна характеристика дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку**

Діти з інтелектуальними порушеннями, до яких, зокрема, належать і діти із ЗПР, є однією з найскладніших для здійснення навчання груп дітей з особливими освітніми потребами. Це пов’язано з їхніми обмеженими інтелектуальними можливостями (різного ступеня) в засвоєнні навчальної програми та своєрідністю формування особистості, а отже – і своєрідною соціальною адаптацією. Проте за умови організованого корекційно-розвивального навчання й використання спеціальних методів, прийомів та засобів, діти з інтелектуальними порушеннями мають потенційні можливості для розвитку та навчання.

В. Синьов [54, 141] зазначає, що інтелектуальні порушення поділяються на групи:

1. Недорозвиток інтелекту (загальний) – порушується розвиток усіх ланок структури інтелекту, і насамперед, власне інтелекту та його передумов, від чого інвентар інтелекту не може бути достатньо повноцінним і не може бути використаним. Прикладом такого порушення є олігофренія.

2. Частковий недорозвиток інтелекту – недорозвинуті окремі ланки структури інтелекту. Наприклад: передумови (пам'ять, увага); порушена здібність до конструктивного мислення – через нестачу просторових уявлень – дискалькулія; мовні порушення – недорозвиток мовленнєвої функціональної системи (страждає вербалізація розуміння, тобто так званий вербальний інтелект).

3. Деменція – стійке збіднення психічної діяльності, її спрощення і занепад. Хворі не набувають нових знань і не можуть користуватись уже набутими.

4. Органічний психосиндром (психоорганічний синдром) – належить до зниження психічних процесів і властивостей особистості. Основні симптоми: зниження уваги, зниження інтелекту (неспроможність до творчої діяльності), лабільність емоцій.

5. Затримка психічного розвитку (у дітей) – переважно низький рівень знань, умінь, обмежений світогляд тощо. Основні ознаки ЗПР: збереженість власне інтелекту, розвиток психічних функцій на вік менше, тимчасовий стан.

6. Функціонально-динамічне ураження інтелекту – наявні усі структурні компоненти інтелекту, але вони не працюють.

7. Тимчасова втрата інтелекту – синдром скороминучої недоумкуватості (набряк мозку).

Отже, учні з інтелектуальними порушеннями – це діти з системними порушеннями пізнавальної діяльності, що має зворотний – затримка психічного розвитку (ЗПР) – та незворотний характер (розумова відсталість: олігофренія та деменція). У нашому дослідженні зосереджено увагу на учнях зі зворотним типом порушення – ЗПР.

Вітчизняними та зарубіжними вченими проводилися численні психологічні дослідження, спрямовані на вивчення дітей з порушеннями психічного розвитку. Результати фундаментальних психологічних досліджень свідчать про залежність процесу формування особистості від початкового рівня розвитку психічних функцій (В. Блейхер, Л. Божович, Г. Костюк та ін.). Тому проблема формування окремих психічних функцій була предметом дослідження учених упродовж багатьох років. Численні дослідження довели вплив практичної діяльності на формування в дітей пізнавальної та мовленнєвої діяльності, розвиток спілкування та моторики.

Як вже зазначалось, вивчення основних діагностичних ознак ЗПР, їх клініко психологічних синдромів розкриває обумовленість взаємозв’язків незрілості емоційно-вольової сфери, так званий синдром психічного інфантилізму (переважання ігрових інтересів над пізнавальними; емоційна нестійкість, конфліктність або неадекватність поведінки; невміння контролювати свої дії і вчинки, некритичність, егоїзм; негативне ставлення до завдань, що вимагають розумової напруги, небажання підкорятися правилам); порушення інтелектуальної працездатності у зв’язку з дисфункцією вегетосудинної регуляції, так званий синдром церебральної астенії (церебрастенічний синдром) (підвищена стомлюваність; у міру стомлюваності – наростання психічної втоми або імпульсивності; погіршення концентрації уваги, пам’яті; невмотивовані розлади настрою, плаксивість, примхливість і т.п.; млявість, сонливість або рухова та вербальна розгальмованість; підвищена чутливість до шуму, яскравого світла, духоти, головні болі; нерівномірність досягнень у розвитку); енцефалопатичних розладів (неврозоподібний синдром: страхи, тіки, заїкання, порушення сну, енурез і ін.; стійкі розлади поведінки – синдром підвищеної афектної і рухової збудливості; психоподібний синдром: емоційна вибуховість у поєднанні з агресивністю; брехливість, розгальмованість потягів і ін.; епілептиформний синдром: судомні напади, специфічні особливості афективної сфери та ін.; апатично адинамічний синдром: млявість, байдужість, загальмованість та ін.; та порушення передумов інтелекту (недостатність тонкої моторики рук; порушення координацій артикуляції і графомоторики; зорово просторові порушення; порушення звуко буквенного аналізу і звукової структури слів; труднощі засвоєння логіко граматичних конструкцій мови, обмеженість словникового запасу; порушення зорової, слухової пам’яті; труднощі концентрації і розподілу уваги, фрагментарність сприйняття) [39].

За даними Т. Калініної [41], діти із ЗПР, відчувають адаптаційні труднощі на самому початку шкільного навчання, а наприкінці початкової школи дитина часто буває особистісно, психологічно і функціонально не готовою до переходу до наступної освітньої ланки.

У галузі спеціальної психології велися і ведуться розробки в плані вивчення та корекції особливостей розвитку у дітей із ЗПР. Їх фундаментом є теоретичні положення Л. Виготського про єдність законів розвитку нормальної і аномальної дитини, закладені ним в концепції культурно-історичного розвитку психіки і працях, присвячених вивченню специфіки формування психічної діяльності при різних дефектах розвитку.

Існують певні особливості дітей з ЗПР, які відзначаються більшістю дослідників, незалежно від їх наукової спеціалізації і теоретичних уподобань. Їх називають загальними ознаками ЗПР [42].

Відомо, що перші симптоми ЗПР можуть проявлятися у вигляді сомато-вегетативних реакцій на різні шкідливі впливи у віці від 0 до 3 років. Для цього рівня реагування характерна підвищена загальна і вегетативна збудливість з порушеннями сну, апетиту; шлунково-кишковими розладами (можуть бути присутніми блювота, коливання температури, відсутність апетиту, здуття живота, пітливість та ін.). Даний рівень реагування є провідним у цьому віці внаслідок вже достатньої зрілості сомато-вегетативної системи.

Дітям від 4 до 10 років властивий психомоторний рівень реагування на шкідливі впливи. Він включає переважно гіпердинамічні розлади різного генезу: психомоторну збудливість, тики, заїкання. Даний рівень патологічного реагування обумовлений найбільш інтенсивною диференціацією кіркових відділів рухового аналізатора [43, 188].

Діти з ЗПР часто відмічають порівняно малий зріст і вагу. За фізичними особливостями вони нагадують дітей більш молодшого віку. У 40 % випадків немає патологічних ознак або спостерігаються легкі неврологічні порушення. Моторика в більшості випадків достатня. Рухи скоординовані, спритні, чіткі. Діти добре виконують рухи в уявній ігровій ситуації. Недорозвинені лише найбільш складні довільні рухи .

Як зазначає В. Кротенко [42], в кінці XX сторіччя було проведено багато досліджень щодо вивчення психологічних особливостей дітей із ЗПР, а саме досліджувались: увага, пам’ять, мовлення, ігрова діяльність, мислення, навчальна діяльність, особистісні особливості, тощо.

Узагальнюючи більшість підходів, які існують на сьогоднішній день у психологічній літературі, спробуємо дати загальну характеристику особливостей психічного розвитку дітей з ЗПР, зокрема, уваги, пам’яті, мислення і мовлення, емоційної сфери та ігрової діяльності [42; 43; 41; 39; 45 та ін.].

Особливості уваги дітей з ЗПР. Для дітей із затримкою психічного розвитку характерна нестійка увага, з періодичними коливаннями і нерівномірної працездатністю; важко зібрати, сконцентрувати увагу дітей і утримати її протягом певного часу під час виконання тієї чи іншої діяльності. Характерний обмежений обсяг уваги, його фрагментарність, коли дитина в певній обстановці сприймає лише окремі частини запропонованої їй інформації. Ці порушення уваги можуть затримувати процес формування понять. Спостерігаються порушення вибіркової уваги. Очевидна недостатня цілеспрямованість діяльності, діти діють імпульсивно, часто відволікаються. Можуть спостерігатися і прояви інертності: у цьому випадку дитина важко переключається з одного завдання на інше. У старшому дошкільному віці недостатньо розвинена здатність до довільної регуляції поведінки, що ускладнює виконання завдань навчального типу, часто спостерігається недостатність концентрації уваги, особливо на істотних ознаках. У цьому випадку можуть страждати окремі розумові операції. Порушення уваги спричинюють рухову розгальмованість [45, 162].

Зниження стійкості уваги у дітей з ЗПР може носити різний характер: максимальна напруга уваги на початку виконання завдання і наступне її зниження; зосередження уваги після деякого періоду роботи; періодичні зміни напруги і спаду уваги протягом всього часу виконання діяльності. Діти із ЗПР не здатні планувати і виконувати складні рухові програми.

Такі дослідники як Л. Шипіцина та О. Заширіна у результаті комплексного психолого-педагогічного та нейропсихологічного обстеження дітей з ЗПР виявили наступні тенденції: обмежений обсяг пам’яті; знижена стійкість запам’ятовування; низька швидкість запам’ятовування; характерна неточність відтворення і швидка втрата інформації; найбільшою мірою страждає вербальна пам’ять; знижена кількість предметів, які дитина намагається запам’ятати, які пред’являються їй як при довільному, так і при мимовільному запам’ятовуванні; довільне зорове запам’ятовування знижено більшою мірою, ніж мимовільне зорове; знижено обсяг слухо-мовленнєвої пам’яті; знижені продуктивність і стійкість довільного запам’ятовування, особливо в умовах значного навантаження; недостатнє вміння застосовувати спеціальні прийоми запам’ятовування [46].

Як відомо, відставання в розвитку розумової діяльності відзначається вже на рівні наочних форм мислення, коли виникають труднощі у формуванні сфери образів-уявлень, тобто якщо наочно-дієве мислення дитини з ЗПР наближене до норми, то наочно-образне не відповідає нормативу [47, 29].

За свідченнями В. Кротенко [42], характер розумової діяльності є репродуктивним; у дітей з ЗПР знижені здібності до творчого створення нових образів. Уповільнений процес формування розумових операцій. До старшого дошкільного віку у дітей з ЗПР не формується відповідний віковим можливостям рівень словесно-логічного мислення: діти не виділяють істотних ознак при узагальненні, узагальнюють або за ситуативними, або за функціональними ознаками. Самі узагальнення розпливчасті, слабко диференційовані. Діти з ЗПР можуть правильно групувати предмети за родовою приналежністю, але не можуть позначити групу словом, пояснити принцип класифікації.

Взагалі, завдання на класифікацію виконуються на рівні наочно-образного мислення, а не конкретно-понятійного. Однак, на відміну від дітей з розумовою відсталістю, дошкільники із ЗПР після отримання допомоги виконують запропоновані завдання на більш високому, близькому до норми рівні; засвоюють принцип вирішення завдань і переносять його на подібні завдання. Відомо, що незрілість функціонального стану ЦНС (слабкість процесів збудження і гальмування, труднощі у побудові складних умовних зв’язків, відставання у формуванні систем міжфункціональних зв'язків) обумовлює специфіку порушень мовлення дітей з ЗПР, які переважно мають системний характер і входять в структуру дефекту [45, 362].

Ще у дітей із затримкою психічного розвитку знижена потреба в спілкуванні як з однолітками, так і з дорослими. У більшості з них виявляється підвищена тривожність по відношенню до дорослих, від яких вони залежать. Діти майже не прагнуть отримати від дорослих оцінку своїх якостей в розгорненій формі, зазвичай їх задовольняє оцінка у вигляді недиференційованих визначень («хороший хлопчик»), а так само безпосереднє емоційне схвалення (усмішка, погладжування тощо). Необхідно відзначити, що хоча діти за власною ініціативою украй рідко звертаються за схваленням, але в більшості своїй вони дуже чутливі до ласки, співчуття, доброзичливого відношення. Серед особових контактів дітей із ЗПР переважають найбільш прості. У дітей даної категорії спостерігаються зниження потреби в спілкуванні з однолітками, а так само низька ефективність їх спілкування один з одним у всіх видах діяльності [46].

Окремо зупинимося на особливостях мови дітей із ЗПР. Клінічні і нейропсихологічні дослідження виявили відставання в становленні мови дітей із ЗПР, низьку мовну активність, недостатність динамічної організації мови. У цих дітей виявляється обмеженість словника, неповноцінність понять, низький рівень практичних узагальнень, недостатність словесної регуляції дій. Спостерігається відставання в розвитку контекстної мови; істотно запізнюється розвиток внутрішньої мови, що утрудняє формування прогнозування, саморегуляції в діяльності.

У дітей із ЗПР виявляється бідний, недиференційований словниковий запас. При використанні навіть наявних в словнику слів діти часто припускаються помилок, пов'язаних з неточним, а іноді і неправильним розумінням їх змісту. Одним словом діти часто позначають не тільки схожі, але і такі, що відносяться до різних смислових груп поняття. Недостатність словарного запасу пов'язана з недостатністю знань і уявлень цих дітей про навколишній світ, про кількісні, просторові, причинно-наслідкові відносини, що у свою чергу визначається особливостями пізнавальної діяльності особи при затримці психічного розвитку.

Виділяють загальне недорозвинення мовлення – це особлива форма аномального мовленнєвого розвитку, при якому порушено формування всіх компонентів мовленнєвої системи: фонетичної і лексико-граматичної. У дітей із ЗПР спостерігається значна розбіжність між величиною активного і пасивного словника, особливо це стосується слів, що позначають якості і відносини. Невелика частина слів вживається необґрунтовано, часто, в той час як інші мають низьку частоту вживання. Більшість слів, що допомагають диференційовано позначати властивості навколишнього світу, в мовленні дитини відсутні. Недостатньо слів, що позначають загальні поняття, і в той самий час мало слів, які конкретизують ті поняття, що розкривають їх сутність [42].

Ускладнена активізація словникового запасу, діти мають труднощі в довільному оперуванні словами, навіть з відносно простими значеннями. Особлива складність виникає при використанні іменників з абстрактними значеннями і відносних прикметників. Вона проявляється в переосмисленні або перетворенні цих слів у більш конкретні, вигадуванні з ними безглуздих словосполучень. Граматичний склад мовлення також відрізняється рядом особливостей: ряд граматичних категорій діти практично не використовують в мовленні; дитині важко втілити думку в розгорнуте мовленнєве повідомлення. Основні проблеми стосуються формування зв’язного мовлення: діти не можуть переказати невеликий текст, скласти розповідь за серією сюжетних малюнків, описати наочну ситуацію, їм не доступна творча розповідь.

При ЗПР відзначається слабкість словесної регуляції дій [47, 51]. Тому дії дитини відрізняються імпульсивністю, мовлення дорослого мало впливає на її діяльність. Дитина не може послідовно виконати ті чи інші інтелектуальні операції, не помічає своїх помилок, втрачає зміст конкретного завдання, легко переключається на побічні, несуттєві подразники, не може загальмувати побічних асоціацій. Крім загального недорозвинення мовлення виділяють затримку мовлення, при якій зазвичай не передбачаються виражені морфологічні зміни в ЦНС. Порушення часто мають зворотній нейродинамічний характер.

Окрім того, відомо, що діти із затримкою розвитку відрізняються, як правило, емоційною нестійкістю. Вони важко пристосовуються до дитячого колективу, їм властиві коливання настрою і підвищена стомлюваність. Багато дослідників виділяють такі провідні характеристики дошкільників із ЗПР як слабка емоційна стійкість, порушення самоконтролю у всіх видах діяльності, агресивність поведінки і її провокуючий характер, труднощі пристосування до дитячого колективу під час гри і занять, метушливість, часта зміна настрою, невпевненість, почуття страху, велика кількість реакцій, спрямованих проти волі батьків, часта відсутність правильного розуміння соціальної ролі і положення, недостатня диференціація осіб і речей, яскраво виражені труднощі в розрізненні найважливіших рис міжособистісних відносин [48, 99].

Особливості ігрової діяльності дітей, у тому числі і з ЗПР, досліджували такі вчені як Є. Слепович, Д. Ельконін, Ф. Фрадкіна та ін. В наукових дослідженнях вказаних авторів зазначається, що діти з даним типом порушення відчувають істотні труднощі у створенні уявної ситуації і прийняття на себе певної ролі. Інтерес до іграшок відсутній або він рідко проявляється; сюжетна гра як спільна діяльність не виникає. Для виникнення сюжетної гри необхідно цілеспрямоване втручання дорослого – дорослий має повністю здійснювати організаційний етап гри, починаючи від визначення теми гри і розподілу ролей, закінчуючи докладним описом шляхів реалізації сюжету в цілому і кожної конкретної ролі. Також у цих дітей порушена мотиваційно-цільова основа ігрової діяльності: різко знижена активність в ігровій поведінці, виникають яскраво виражені труднощі в самостійному створенні план-задуму гри, в цілеспрямованому його розгортанні [44, 104].

Гра у дітей із ЗПР носить, в основному, не мовленнєвий характер. Отже, аналіз наукової літератури з означеної проблеми та уважне вивчення дітей із затримкою психічного розвитку під час експериментальної роботи, дає нам можливість стверджувати, що в основі труднощів, які виникають у дітей молодшого шкільного віку з ЗПР лежить не інтелектуальна недостатність, а порушення їх розумової працездатності. Це може проявлятися у труднощах тривалого зосередження на інтелектуально-пізнавальних завданнях, у низькій продуктивності діяльності під час занять, у зайвій імпульсивності чи метушливості в одних дітей чи загальмованості, уповільненості – у інших, в уповільненні загального темпу діяльності; у порушенні розподілу уваги. При цьому у структурі порушень при затримці психічного розвитку немає тотальності у недорозвитку усіх вищих психічних функцій, вони пошкоджені мозаїчно.

Зважаючи на те, що затримка психічного розвитку дитини охоплює всю психічну сферу дитини і є системним дефектом, виховання і розвиток повинні будуватися з позиції системного підходу. Необхідно сформувати повноцінний базис для становлення вищих психічних функцій і забезпечити спеціальні психолого-педагогічні умови, необхідні для їх формування.

Значна різноманітність етіологічних факторів, що обумовлює широкий діапазон вираженості порушень при затримці психічного розвитку, зумовлюють особливі освітні потреби дітей з даним типом порушень розвитку. Задоволення цих потреб вимагає від освітньої установи створення спеціальних умов розвитку і виховання дітей даної категорії в залежності від індивідуальних особливостей та можливостей конкретної дитини чи групи дітей.

Отже, діти із ЗПР можуть реалізувати свій потенціал індивідуального, особистісного, соціального розвитку за умови вчасно розпочатого і адекватно організованого освітнього простору, що забезпечить задоволення як загальних потреб на рівні дітей, що нормально розвиваються, так і особливих освітніх потреб, заданих специфікою порушення психічного розвитку.

В цілому, аналіз наукової літератури з проблеми вивчення особливостей розвитку вищих психічних функцій дітей із затримкою психічного розвитку дає змогу зробити наступні висновки – при затримці психічного розвитку порушення настають дуже рано, тому становлення всіх психічних функцій відбувається не тільки уповільнено, а й спотворено; для дітей із ЗПР характерна значна неоднорідність порушених та збережених ланок психічної діяльності; у них яскраво виражена нерівномірність формування різних сторін психічної діяльність; у дітей із затримкою психічного розвитку спостерігається низька активність у всіх видах діяльності; у дітей із ЗПР найбільш порушеними виявляються емоційно-особистісна сфера, загальні характеристики діяльності, працездатність, у порівнянні із відносно вищими показниками мислення та пам’яті; в інтелектуальній діяльності найбільш яскраво порушення проявляються на рівні словесно-логічного мислення при відносно більш високому рівні розвитку наочних форм мислення; найбільші труднощі викликають завдання, що вимагають встановлення складних причинно-наслідкових зв’язків; діти з даним типом порушення мають досить високі потенційними можливості розвитку, показують дуже непогану здатність до навчання. Тому вчасно проведене діагностичне обстеження, виявлення форми ЗПР та складання відповідної розвитку кожної конкретної дитини індивідуальної корекційної програми буде сприяти її ефективному психічному розвитку та наближенню до показників соціально-психологічного нормативу.

Зважаючи на предмет нашого дослідження, наступним кроком стало розроблення критеріїв та показників адаптивності дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку. Означені питання представлено у другому розділі роботи.

**РОЗДІЛ 2**

**ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА РОБОТА З ФОРМУВАННЯ АДАПТИВНОСТІ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ В ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ ПОЧАТКОВОЇ ШКОЛИ**

**2.1. Вихідний стан сформованості адаптивності молодших школярів із затримкою психічного розвитку**

Для подальшого дослідження є необхідним визначення вихідного рівня адаптивності дітей молодшого шкільного віку, які навчаються у закладі загальної середньої освіти. Для цього необхідним є визначення певних критеріїв та показників адаптивності молодших школярів із ЗПР. Завдяки критеріям плануємо визначити вихідний рівень адаптивності (констатувальний експеримент), розробити та впровадити в освітній процес початкової школи програму формування адаптивності та у подальшому оцінити результативність проведеної роботи (контрольний експеримент). Вивчення наукових джерел та практичного досвіду педагогів, які працюють у цій сфері, дозволив визначити основні критерії адаптивності молодших школярів із ЗПР.

Перший критерій – розвиток соціально-побутових навичок. Показниками даного критерію є навички самообслуговування, гігієнічні навички, вміння користуватися побутовими приладами, дотримання техніки безпеки у побуті. Означений критерій вимагає з’ясування сутності поняття «соціально-побутові навички». Поняття «соціально-побутові навички» є інтегрованим, воно складається як із побутових навичок, так і соціальних [49]. Побутова навичка – автоматизований компонент свідомої діяльності, який набувається суб’єктом у результаті систематичних і послідовних вправ. Завдання полягає в тому, щоб поступово навчити дитину із ЗПР виконувати посильну роботу самостійно. Поступово з допомогою дорослого дитина із ЗПР послідовно оволодіває технічною стороною процесу, набуває практичних побутових компетенцій. З одного боку, діти мають набути практичних побутових компетенцій з метою соціальної адаптації, а з іншого – мають опанувати соціальною компетенцією. Однією із ключових соціальних компетенцій у сучасному інформаційному суспільстві є навичка соціальної взаємодії. Вона включає в себе уміння співпрацювати; готовність спілкуватись із однолітками та іншими дітьми, дорослими; уміння адаптуватися в новій групі, колективі, незнайомих умовах.

Другий критерій – розвиток соціальної поведінки – включає наступні показники: рівень сформованості комунікативних навичок; потреба/бажання взаємодії з оточуючими; навички соціальної орієнтації (ступінь самостійності). Під соціальною поведінкою розуміємо інтегральне особистісне новоутворення (генералізуючу якість), що характеризує соціальну типовість особистості, яка дотримується у своїй поведінці і діяльності загальноприйнятих у даному суспільстві соціальних норм, адекватно оцінює себе, виявляє свої індивідуальні здібності, згідно віку відповідає за власні дії та здійснює певну самооцінку і самоконтроль.

Третій критерій – особливості психічного стану як відображення адаптаційних можливостей. Показниками визначено рівень тривожності та рівень агресивності молодших школярів. У межах третього критерію особливу увагу звертаємо на емоційну стійкість особистості яку можна розглядати як інтегральну особистісну властивість, що відображає схильність до збереження емоційної рівноваги, життєвої активності у мінливих умовах існування.

Згідно означених критеріїв умовно визначено три рівні адаптивності молодших школярів із ЗПР: достатній; середній; низький.

Достатньому рівню відповідають діти, які за показниками критеріїв виявили достатній (самостійний) рівень розвитку соціально-побутових навичок та соціальної поведінки. Тобто, володіють навичками самообслуговування, гігієнічними навичками, вміють користуватися простими побутовими приладами, дотримуються техніки безпеки; у них достатньо сформовані комунікативні навички; є потреба, об’єктивна можливість та ініціативність до взаємодії з оточуючими; виявляють достатню самостійність; рівні тривожності та агресивності низькі.

Середній рівень передбачає: часткове володіння навичками самообслуговування та гігієни (при допомозі або підказці), певні вміння користуватися простими побутовими приладами, дотримання техніки безпеки, але є потреба у певному контролі; комунікативні навички розвинуті середньо, є потреба у спілкуванні з оточуючими; не достатньо самостійні, потребують сторонньої допомоги; рівні тривожності та агресивності середні, залежать від ситуації.

Низький рівень – недостатнє володіння навичками гігієни та самообслуговування, потребують пильного контролю та допомоги; користування побутовими приладами та дотримання техніки безпеки тільки зі значною допомогою; комунікативні навички та об’єктивна можливість спілкування з оточуючими обмежені; навички самостійності фактично несформовані; високі рівні тривожності та агресивності – стабільно високі або проявляються періодично, як реакція на подразнюючу ситуацію.

Відповідно, при діагностуванні ступеня адаптивності дітей всі питання (показники) розподілялись за трьома рівнями які відповідали ступеню самостійності дитини, а саме:

* виконує самостійно;
* виконує зі сторонньою допомогою;
* виконує зі значною допомогою, або не виконує.

Базою нашого дослідження стала Запорізька загальноосвітня школи І-ІІІ ступенів № 80 Запорізької міської ради Запорізької області. В експерименті взяли участь учні другого та третього класів означеної школи. Серед учасників експерименту діти віком 8-9 років з різним ступенем (типом) ЗПР та певними супутніми патологіями (порушення зору, слуху, опорно-рухового апарату, мовлення).

У дослідженні взяли участь 23 дитини – учні 2-го та 3-го класів початкової ланки школи. Один з класів (2-й) став експериментальною групою, інший (3-й) – контрольною. В експериментальному класі 11 дітей, в контрольному – 12.

На констатувальному етапі ступінь розвитку соціально-побутових навичок визначався за допомогою спостереження, бесіди (з дітьми та їх батьками, педагогами), аналізу документів.

Отже оцінювання за першим критерієм – ступінь розвитку соціально-побутових навичок передбачало перевірку сформованості навичок самообслуговування, гігієни (НСГ), вміння користуватися побутовими приладами (КПП), дотримання техніки безпеки у побуті (ТБ). Використовувались методи спостереження, опитування дітей, педагогів, батьків. Отримані дані зведені до середніх та відображені у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Рівні за першим критерієм, у %

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Рівні /  показники | Експериментальна група | | | | Контрольна група | | | |
| НСГ | КПП | ТБ | Серед. | НСГ | КПП | ТБ | Серед. |
| Достатній | 9,09 | 18,18 | 18,18 | 15,15 | 8,33 | 16,67 | 25,00 | 16,66 |
| Середній | 54,55 | 54,55 | 54,55 | 54,55 | 50,00 | 58,33 | 58,33 | 55,55 |
| Низький | 36,36 | 27,27 | 27,27 | 30,30 | 41,67 | 25,00 | 16,67 | 27,78 |

Як бачимо з таблиці, середні значення обох груп суттєво не відрізняються та складають: достатній рівень у 15,15% експериментальної групи та у 16,66% контрольної; середній рівень у 54,55% експериментальної та 55,55% контрольної групи; низький рівень – у 30,3% експериментальної та 27,78% контрольної.

Наступний критерій – ступінь розвитку соціальної поведінки містив такі показники: рівень сформованості комунікативних навичок (СКН); потреба/бажання взаємодії з оточуючими (ПВО); навички соціальної орієнтації (ступінь самостійності) (НСО), які також перевірялись за допомогою спостереження, опитування та методу експертних оцінок. У якості експертів виступали психолог, вихователь та вчитель кожного класу. Отримані дані зведені до середніх та представлені у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Рівні за другим критерієм, у %

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Рівні /  показники | Експериментальна група | | | | Контрольна група | | | |
| СКН | ПВО | НСО | Серед. | СКН | ПВО | НСО | Серед. |
| Достатній | 18,18 | 18,18 | 9,09 | 15,15 | 16,67 | 16,67 | 8,33 | 13,89 |
| Середній | 45,45 | 45,45 | 54,55 | 48,48 | 50,00 | 50,00 | 50,00 | 50,00 |
| Низький | 36,36 | 36,36 | 36,36 | 36,36 | 33,33 | 33,33 | 41,67 | 36,11 |

Отже, за другим критерієм дані обох груп також суттєво не відрізняються та складають: достатній рівень – у 15,15% респондентів експериментальної групи та у 13,89% контрольної; середній рівень виявлено у 48,48% експериментальної та 50% контрольної; низький рівень – у 36,36% експериментальної та у 36,11% контрольної групи.

Як бачимо, близько третини дітей мають низький рівень розвитку соціальної поведінки, що ще раз актуалізує тему нашого дослідження.

Третій критерій – особливості психічного стану як відображення адаптаційних можливостей, – показниками визначено рівень тривожності та рівень агресивності молодших школярів, які перевірялися за допомогою проективних методик (рисункових), спостереження та методу експертних оцінок.

Дітей з виявленим високим рівнем тривожності та агресивності відносили відповідно до низького рівня адаптаційних можливостей. Результати представлено у таблиці 2.3.

Як бачимо з таблиці, середні рівні в обох групах також не мають суттєвої різниці та складають: достатній рівень (низька агресивність та тривожність) у 13,64% респондентів експериментальної групи та у 12,5% контрольної; середній рівень – у 45,45% респондентів експериментальної та у 50% контрольної; низький рівень виявлено у 40,91% експериментальної та 37,5% контрольної групи.

Таблиця 2.3.

Рівні за третім критерієм, у %

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Рівні /  показники | Експериментальна група | | | Контрольна група | | |
| Тривож. | Агресивн. | Серед. | Тривож. | Агресивн. | Серед. |
| Достатній | 9,09 | 18,18 | 13,64 | 8,33 | 16,67 | 12,50 |
| Середній | 45,45 | 45,45 | 45,45 | 50,00 | 50,00 | 50,00 |
| Низький | 45,45 | 36,36 | 40,91 | 41,67 | 33,33 | 37,50 |

Для наочності підраховані середні значення за всіма критеріями ми звели до рівнів та отримані дані представили в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

Результати констатувального експерименту, у %

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Рівні /  показники | Експериментальна група | | | | Контрольна група | | | |
| 1 крит. | 2 крит | 3 крит. | Сер. | 1 крит. | 2 крит. | 3 крит. | Сер. |
| Достатній | 15,15 | 15,15 | 13,64 | 14,65 | 16,66 | 13,89 | 12,50 | 14,35 |
| Середній | 54,55 | 48,48 | 45,45 | 49,49 | 55,55 | 50,00 | 50,00 | 51,85 |
| Низький | 30,30 | 36,36 | 40,91 | 35,86 | 27,78 | 36,11 | 37,50 | 33,80 |

Таким чином, за результатами констатувального експерименту не виявлено суттєвої різниці між контрольною та експериментальною групами. Достатній рівень адаптивності виявлено у 14,65% експериментальної групи та у 14,35% контрольної; середній рівень – у 49,49% експериментальної та у 51,85% контрольної; низький рівень адаптивності виявлено у 35,86% експериментальної групи та у 33,8% контрольної. Підсумовуючи результати констатувального експерименту зведемо отримані середні значення на діаграмі (рис. 2.1.).

Отримані дані свідчать про незадовільний загальний стан адаптивності дітей молодшого шкільного віку з затримкою психічного розвитку. Це зумовлює необхідність розробки та впровадження програми, спрямованої на формування адаптивності дітей з ЗПР.

Рисунок 2.1. Результати констатувального експерименту

Таким чином, експериментально підтверджено необхідність впровадження програми, спрямованої на формування адаптивності дітей з затримкою психічного розвитку в освітньому процесі початкової школи. Виявлено основні проблеми, пов’язані з відсутністю або недостатньою сформованістю адаптивності дітей молодшого шкільного віку із ЗПР. Тому, наступний підрозділ присвячений розробці та впровадженню означеної програми.

**2.2. Розробка та впровадження програми формування адаптивності молодших школярів із затримкою психічного розвитку в освітній процес початкової школи**

Результати теоретичного дослідження та дані констатувального експерименту зумовили складання програми з формування адаптивності дитини із затримкою психічного розвитку в освітній процес початкової школи.

Актуальність програми підтверджується дослідженнями науковців у галузі педагогіки та психології та власним емпіричним дослідженням проблеми.

Мета програми – підвищення рівня адаптивності дітей молодшого шкільного віку з ЗПР в освітньому процесі початкової школи.

Основні завдання логічно витікають з критеріїв, які було визначено на попередньому етапі:

1. Розвиток соціально-побутових навичок – навичок особистої гігієни, самообслуговування, вміння користуватися простими побутовими приладами, дотримання техніки безпеки у побуті.

2. Розвиток соціальної поведінки – розвиток комунікативних навичок; формування потреби/бажання взаємодії з оточуючими; розвиток навичок соціальної орієнтації, підвищення ступеню самостійності.

3. Корекція тривожності та агресивності

Плани реалізації.

В рамках реалізації програми, протягом шести місяців (з жовтня 2019 р. до березня 2020 р., планувалось забезпечити 11 дітей експериментального класу підтримкою та супроводом процесу адаптації, а також розвитком адаптивності цих дітей; наданням методичної, педагогічної, психологічної та реабілітаційної допомоги дітям та їх родинам.

Окрім загальних принципів педагогічної та корекційно-педагогічної роботи, окремо підкреслимо важливі саме у даній роботі.

1. Узгоджена взаємодія між всіма учасниками програми. Тобто діти, батьки (опікуни), вчителі та інші спеціалісти, залучені до програми.
2. Диференційованість завдань, методів та форм роботи з урахуванням віку, ступеню та форм затримки психічного розвитку, наявності супутніх патологій тощо.
3. Систематичність – усі заходи зведені у систему, яка не протиричіть, а органічно вписується у загальну роботу конкретного закладу освіти.

Окремої уваги заслуговує співпраця з інклюзивно-ресурсним центром під час розробки та реалізації програми.

Концепція інклюзивних ресурсних центрів у всьому світі продовжує розвиватись, оскільки змінюються погляди суспільства на дітей та дорослих людей з особливими потребами, які все більше вважаються активними членами суспільства, котрі можуть робити внесок у його розвиток за умови надання їм додаткової підтримки.

Загальна мета діяльності ресурсних центрів – виявляти та координувати цю підтримку. З початку своєї діяльності більшість ресурсних центрів мали лише лікувальну або реабілітаційну спрямованість, зокрема на виявлення причин, які призвели до порушень розвитку, зменшення кількості наслідків, і, врешті-решт, позбавлення людини наслідків інвалідності. Наразі вже є очевидним той факт, що успішна інтеграція людей з особливими потребами в суспільство можлива тоді, коли зусилля спрямовані не тільки на її підготовку до життя в суспільстві, а й на здійснення відповідних змін у самому суспільстві, у тому числі і ставлення суспільства до таких людей.

Саме тому ресурсні центри виконують обидві ролі: надання підтримки окремим особам з особливими потребами; надання підтримки школі, сім’ї та громаді, до яких залучені ці люди.

При складанні програми ми спиралися на консультації районного ІРЦ та напрацювання І. Логвінової та Ю. Кучеренко, зокрема, на програму з корекційно-розвиткової роботи для підготовчих, 1-4 класів спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для дітей із затримкою психічного розвитку затверджену МОН України [50].

Передбачалося, що реалізація психокорекційного змісту програми на етапі навчання у початковій школі буде сприяти створенню відповідних умов для дозрівання психологічних компонентів навчальної діяльності. Важливо враховувати, що саме емоційні та особистісно-мотиваційні особливості впливають на пізнавальну діяльність дитини і є фундаментом для ефективного засвоєння і використання знань. Мета реалізується завдяки виконанню наступних корекційно-розвиткових завдань:

* розвиток самоусвідомлення школярів із затримкою психічного розвитку (тілесного, емоційного, особистісного, соціального);
* активізація пізнавальної потреби (в тому числі, і потреби у самопізнанні);
* розвиток потребово-мотиваційної сфери особистості;
* формування здатності до емоційної децентрації;
* формування адекватної самооцінки;
* розвиток тілесної, емоційної, вольової регуляції, що проявляється у поведінці;
* корекція та профілактика особистісних порушень;
* корекція емоційно-вольової незрілості;
* покращення соціальних навичок;
* розширення рольового репертуару, розкриття індивідуальних особистісних та творчих здібностей учнів із затримкою психічного розвитку.

Основне місце у програмі відводиться формуванню самосвідомості дітей із ЗПР, яка з раннього віку розвивається від самовідчуття до самоаналізу, і до самоконтролю шляхом поступового розширення знань про себе (пізнавальний компонент) і ставлення до себе (емоційний компонент), що знаходить своє пряме відображення у структурі програми.

Далі наводяться змістові компоненти програми, які було застосовано під час реалізації нашої програми.

Означена частина роботи відповідала трьом особистісним рівням: фізичне Я (тілесний рівень самоусвідомлення), психічне Я (емоційно-вольова, потребово-мотиваційна та діяльнісна сфери) та соціальне Я (соціальний рівень самоусвідомлення).

Змістове наповнення кожного розділу враховує психологічні особливості дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку і співвідноситься з онтогенетичними закономірностями розвитку особистості дитини. Кожен розділ програми містить психокорекційний зміст, що апелює до актуальних сфер взаємодії молодшого школяра: із собою, з іншими, з соціумом [50].

Розділ «Фізичне Я» включав блок «Моє тіло» і спрямований на усвідомлення тіла шляхом активізації самопізнання через формування тілесного образу, схеми тіла, усвідомлення сенсорних відчуттів, формування тілесної рефлексії та тілесної регуляції.

Розділ «Психічне Я» включав блоки «Мої емоції», «Мої потреби та бажання», «Ставлення до себе» та «Активність Я», що спрямовані на формування усвідомлення своїх емоцій, потреб і бажань, позитивного образу Я, вольових дій, самовираження та розвиток ігрових навичок.

Розділ «Соціальне Я» містить блоки «Моє оточення» та «Соціальні ролі», зміст яких спрямований на формування усвідомлення свого оточення та його значення у своєму житті, учнівської ідентичності та на розширення репертуару соціальних ролей [50]. Останньому розділу було приділено особливу увагу.

Блок «Моє оточення» спрямований на вирішення одного із найважливіших вікових завдань психічного розвитку на етапі молодшого шкільного віку – набуття навичок соціальної взаємодії у колективі ровесників і підтримка дружніх зв’язків. У дітей із затримкою психічного розвитку відмічається низька потреба у міжособистісній взаємодії всередині групи, наслідком чого стає дезінтеграція дитячого колективу та затягування адаптаційного періоду. Тому психокорекційний зміст роботи охоплює подолання труднощів адаптації до школи, формування усвідомлення свого оточення (сім’ї, школи), довіри і безпеки у групі, здатності співпрацювати.

Починаючи з другого класу, акцент психокорекційних занять зміщується на формування навичок співпраці, здатності проявляти турботу, повагу до інших, встановлювати дружні стосунки, переймати і керуватися морально-ціннісними установки у міжособистісній взаємодії.

Блок «Соціальні ролі» тісно пов’язаний із попереднім блоком, проте прицільніше спрямований на формування учнівської ідентичності, усвідомлення та розширення рольового репертуару, соціальних ролей (я у школі, у гостях, у театрі, у магазині, у лікарні тощо). Для школярів із ЗПР характерно неприйняття ролі учня, інтерес лише до шкільної атрибутики, вони часто поводять себе як дошкільники. У спільній практичній діяльності вони не вміють домовлятися, співвідносити свої дії з діями партнера, ефективно вирішувати конфліктні ситуації.

Без спеціальної корекційної роботи у дітей із ЗПР учнівська ідентичність може так і не сформуватися протягом всього навчання у початковій школі. Для реалізації психокорекційного змісту програми було організовано заняття у формі ігрового тренінгу з використанням рольових ігор, психодрами, психогімнастики, ігор-драматизацій, елементів дихальної гімнастики, сенсомоторної корекції та освітньої кінезіології, танцювально-терапевтичних методик, арт-терапії, музикотерапії. Шляхом програвання спеціально підібраних психологом вправ, діти із затримкою психічного розвитку мали можливість відпрацювати певні особистісні якості та уміння.

Важливою умовою реалізації програми було створення безоціночого середовища, добровільної участі в іграх і виконанні вправ. Порівняно з уроками, правила менш регламентовані, наприклад, припускається, що діти сидять в колі на стільчиках або на килимку, можуть говорити з місця, не встаючи, не піднімаючи руки тощо. Оскільки особистість формується під впливом оточуючого середовища в процесі свідомої діяльності й спілкування, важливо створити безпечні умови, в яких дитина могла б досліджувати себе.

Форми та методи формування адаптивності дітей молодшого шкільного віку з затримкою психічного розвитку передбачали постійний супровід дитини під час роботи та містили такі напрями:

* арттерапія;
* бібліотерапія;
* глинотерапія;
* музикотерапія;
* сказкотерапія;
* комп’ютерні технології;
* трудотерапія;
* спеціалізовані уроки.

Арт-терапія (лат. ars - мистецтво, грец. Therapeia - лікування) являє собою методику лікування за допомогою художньої творчості. Арт-терапія сьогодні вважається одним з найбільш м’яких, але ефективних методів, що використовуються в роботі психологами, педагогами тощо.

У різних країнах існують різні моделі арт-терапії. Дуже важливо відзначити, що дана методика не має протипоказань і обмежень. Вона застосовується майже всіма напрямками психотерапії. Знайшла вона також досить широке застосування в педагогіці, соціальній роботі і навіть бізнесі. Арт-терапія будь-якій людині дає можливість виразити свій внутрішній світ через творчість. Арт-терапія надає можливість особистості виразити себе «іншими голосами»: рухами, кольором, формою, пластикою, глиною, ландшафтом.

Корекційні можливості мистецтва по відношенню до дитини з проблемами пов’язані насамперед з тим, що воно є джерелом нових позитивних переживань, народжує нові креативні потреби і способи їх задоволення в тому чи іншому виді мистецтва. А підвищення естетичних потреб дітей з різною недостатністю, активізація потенційних можливостей у практичній художній діяльності і творчості – це і є реалізація соціальної та педагогічної функції мистецтва.

Педагогічний напрямок корекційної роботи з дітьми з ЗПР за допомогою мистецтва здійснюється двома шляхами:

* шляхом виховання здатності естетично сприймати дійсність як безпосередньо в житті, так і через твори мистецтва;
* шляхом діяльності, пов’язаної з мистецтвом (художньо-мовленнєвої, музичної, образотворчої, театралізовано-ігрової) [51].

Арт-терапія допомагає розширити спілкування дитини з ЗПР, позбутися агресивної поведінки; підвищує самооцінку; формує активну життєву позицію, впевненість у своїх силах; розвиває самостійність та життєтворчість; передбачає можливість актуалізації психічних резервних можливостей; формування на їх основі адекватної поведінки за рахунок творчої образотворчої діяльності.

Види діяльності:

* роз’яснення;
* діалог;
* показ;
* гра;
* ілюстративність;
* заохочування.

Форма діяльності – індивідуальна, групова.

Реабілітаційний напрям: розвиток тонкої моторики, можливостей інших частин тіла:

* самовизначення;
* корекція психоемоційної сфери;
* розширення кругозору, сприйняття;
* розвиток пам’яті, уваги, асоціативного та образного мислення.

Бібліотерапія – лікування книгою. Загально відомий той художній, емоційний, естетичний вплив, який надає художня література на життя людини. Образи позитивних і негативних героїв, складні життєві колізії, екстремальні ситуації – все це примушує дітей думати, міркувати, критикувати, приймати як еталон для наслідування. Книга заспокоює, відволікає від житейських справ, хвилює, розбурхує розум і серце. Тому книга – могутній подразник, що однаково хвилює і не залишає дитину байдужою. Проте так чи інакше за допомогою художнього твору можна лікувати депресії, дезадаптації, відчуття невпевненості в собі тощо [51].

Бібліотерапія включає різні види діяльності, де використовується книжково-друкована продукція (дискусії, літературні вечори, художнє читання, зустрічі з персонажами творів та їх авторами, літературні та поетичні клуби, виставки книжок, роботу у читацькому залі).

Реабілітаційний ефект бібліотерапії забезпечує:

* розвиток уяви, пам’яті, художнього смаку;
* розширення пізнавальної сфери, кругозору, задоволенню інформаційної потреби, налагодженню комунікативних зв’язків з однодумцями, прилучанню до культури;
* розвиток артикуляційних та мовних можливостей, формування логічного мислення при переказі.

Казкотерапія є засобом емоційно – психологічного, педагогічного впливу, соціально – морального формування, який передбачає активізацію творчого потенціалу, розвиток асоціативного образного мислення.

Види діяльності: оповідання, переказ, театралізація; форма діяльності – групова, індивідуальна, масова.

Реабілітаційний ефект казкотерапії:

* формування відношення до персонажу, дії на емоційному рівні (тренінг емоційної сфери);
* проява власних позицій у поведінці, необхідних для соціалізації;
* ідентифікація власного «я» з тим чи іншим персонажем;
* задоволення потреби в пізнанні чарівних загадкових проявів життя;
* колективна участь у спільних діях;
* залучення до народної художньої культури.

Варіанти роботи з казкою у соціально – культурній діяльності:

* свята;
* театралізовані вистави;
* використовування фрагментів у конкурсах, шоу;
* літературно – художні заходи;
* виставки малюнків по казковим сюжетам;
* сімейні вечори.

Ігротерапія – це комплекс соціально-культурних реабілітаційних заходів, в основі яких є використання ігрових методик, форм, ситуацій з метою надання дитині з затримкою психічного розвитку можливості самостійно вирішувати свої проблеми, залагоджувати конфлікти.

Реабілітаційний ефект ігротерапії:

* формування навичок спілкування, побудові продуктивних комунікативних відносин з використанням спеціальних тренінгів;
* формування довільності психічних процесів (пам’яті та уваги);
* розвиток розумової діяльності, уяви, мови, опорно-рухової та вольової активності.

Види діяльності:

* гра (у навчанні, вихованні, спорті, оздоровленні, комунікації, отриманні інформації, профорієнтації);
* діалог;
* тренінг;
* інформативність;
* ілюстративність;
* показ.

Форма діяльності – індивідуальна, групова.

Музикотерапія сприяє підвищенню соціальної активності, комунікативних здібностей особистості, її самореалізації, збагаченню естетичного досвіду дитини, розширенню сфери естетичних інтересів, навчає розуміти прекрасне, прагнути до спілкування з ним.

Види діяльності:

* гра на простих музичних інструментах;
* ігри з музичним супроводом;
* прослуховування творів або фрагментів;
* розспівування і співи.

Терапевтичний ефект – фізичне оздоровлення за рахунок розвитку моторних функцій, спритності руки, тонкості слуху.

Реабілітаційний ефект:

* естетизація смаку;
* розвиток почуття ритму;
* сприйняття музикальних образів;
* вироблення навичок використання можливостей голосу, дихання;
* розвиток морально-вольової сфери, активності, самостійності, рішучості;
* уміння володіти собою;
* почуття колективізму;
* навички співробітництва;
* прагнення до перемоги.

Для терапевтичних та реабілітаційних цілей використовується різножанрова музика. Особливе значення має власне виконання музичних творів на музичних інструментах. Дитина відразу відчуває своє «Я», відповідальність за виконання, тим самим підвищується його статус серед оточуючих [52].

Експериментальна діяльність з впровадження розробленої програми у практику роботи школи відбувалася у таких напрямах:

* безпосередня робота з дітьми з ЗПР;
* робота з батьками (або законними опікунами);
* робота з педагогічним колективом школи.

Початком реалізації етапу впровадження стали доповіді на педраді та батьківських зборах, які висвітлювали мету, завдання, сутність експерименту та дослідної роботи, зокрема.

Основними завданнями було:

1. Розвиток соціально-побутових навичок – навичок особистої гігієни, самообслуговування, вміння користуватися побутовими приладами, дотримання техніки безпеки у побуті.

2. Розвиток соціальної поведінки – розвиток комунікативних навичок; формування потреби/бажання взаємодії з оточуючими; розвиток навичок соціальної орієнтації, підвищення ступеню самостійності.

3. Корекція тривожності та агресивності.

Безпосередня робота з дітьми з ЗПР включала реалізацію наступних підрозділів програми:

1. Програма практичних занять «Можу сам!».
2. Програма «Я та моє місце у світі».

Робота з батьками (опікунами) молодших школярів з ЗПР:

1. Заняття з елементами тренінгу «Психолого-педагогічна компетентність сім’ї дитини з особливими потребами».
2. Лекторій для батьків (з актуальних проблем, які супроводжують затримку психічного розвитку).

Робота з педколективом:

1. Програма семінару-тренінгу «Корекційно-педагогічна діяльність з розвитку адаптивних навичок молодших школярів з ЗПР».

Програма практичних занять «Можу сам!» передбачала регулярні заняття (один раз на тиждень), які проводились автором дослідження та психологом школи. Тривалість одного заняття – 30-45 хвилин. Кількість учасників варіювалася від 8 до 11, залежно від теми заняття, наявності учасників, їх зацікавленості тощо.

Сутність даної програми полягала у створенні спеціальних «зон» для занять за різними темами. Тобто приміщення для занять та відпочинку було умовно поділено на області: «Особиста гігієна. Ванна кімната», «Кухня / прийом їжі», «Роздягальня. Догляд за особистими речами», «Здоров’я. Медичний куток».

У кожній зоні проводились відповідні заняття. Так, в області «ванної кімнати», залежно від вихідного рівня проводились заняття, спрямовані на розвиток навичок особистої гігієни – від найпростіших речей, таких як вмивання та користування туалетом до користування гігієнічними, косметичними засобами.

В області «кухні» проводились заняття з сервірування столу, приготування нескладних блюд, миття посуду та користування побутовими кухонними приладами. Проміжними результатами занять були невеличкі свята, які влаштовували самі діти – з приготуванням легких блюд та сервіруванням столу для батьків чи для персоналу.

У цій області формуються: навички прийому їжі з урахуванням індивідуальних особливостей. Навички, отримані в цій області, реально використовуються кожного дня під час організації другого сніданку та участі дітей у приготуванні їжі вдома під керівництвом батьків. Навички поведінки на кухні, за обіднім столом, навички накривання столу та правильного прийому їжі. Поняття про їжу, її різноманітність та роль у житті людини. Навички спілкування під час роботи на кухні та прийому їжі.

В області «роздягальні» діти навчались догляду за зовнішнім видом одягу, взуття, навичкам складання, збереження та дрібного ремонту речей. В області «медичний куток» засвоювались правила здорового способу життя, першої допомоги при ушкодженнях, правила прийому лікарських засобів, навички повноцінного відпочинку тощо.

У цій області формуються сталі навички користування одягом, взуттям. За наявності певних вад у дитини виробляються нестандартні оптимальні, індивідуалізовані програми користування своїм одягом та взуттям, додатковими допоміжними пристроями. Уміння слідкувати за своєю зовнішністю, дивитись і бачити себе, уміння визначати та самостійно усувати недоліки, уміння бути охайним. Знання про загальне та соціальне призначення одягу, його роль в житті людини.

Програма «Я та моє місце у світі» також передбачала створення певних областей, тільки, окрім областей у групі, передбачались умовно області у навколишньому соціальному середовищі. Заняття проводились один раз на тиждень з кількістю учасників від чотирьох до шести-семи.

Серед областей у рамках даної програми: «Область спілкування», «Область мистецтва», «Область зустрічі з природою», «Область зустрічі з рідними».

Область спілкування передбачала розвиток комунікативних навичок та це час для персонального вітання кожного учасника. За сигналом педагога учасники сідають навколо спеціально виготовленого віночка, кола, килимка. За особистим символом учасник знаходить свій килимок – пелюстку або свій спеціально обладнаний стілець і займає місце у віночку. Педагог допомагає, слідкує, щоб вони зайняли правильне положення за необхідності – з урахуванням відхилень у опорно-руховому апараті.

Після того, як усі зайняли місця у віночку, для кожного з них по черзі всі присутні разом співають вітальну пісню або говорять добрі, привітні слова. Під час виконання пісні слід доброзичливо посміхатись, робити плавні рухи у такт мелодії, ніжно торкатись того, про кого співають. Вітальна пісня – це емоційний настрій на весь день, це вияв любові до кожного, вияв наміру не цуратися людини, а бути з нею поруч, спілкуватися, виявляти свою доброту і милосердя.

Область спілкування передбачала також «виходи у світ», невелички екскурсії – відвідування громадських місць: магазину, бібліотеки тощо з метою розвитку навичок спілкування з незнайомими або малознайомими людьми.

В цій області формуються: навички спілкування, колективної дії, сприйняття себе як частки спільноти, навички мовлення. Відчуття довіри, доброзичливості, позитивні емоційні сприйняття навколишнього середовища. Знання, уміння та навички у відповідності до віку людини та її інтелектуального розвитку. Знання батьків щодо усвідомлення проблем своїх дітей та власні реабілітаційні навички стосовно своєї дитини. Уміння навчатися один у одного та здатність до співпраці.

Область мистецтва передбачала заняття мистецтвом або знайомство з художніми витворами. Діти займались вишиванням, ліпленням з глини, пластиліну, солоного тіста, малюванням, музикою, співами. У рамках програми було організовано декілька походів (поїздок) у музей, на виставку та до бібліотеки.

В області мистецької діяльності формуються: творчий розвиток дитини, її естетичні смаки, образне мислення. Тактильні відчуття та тонка моторика. Самостійність, здатність здійснювати вибір, приймати рішення. Здатність до виконання дій у певній послідовності, до ретельності та старанності. Певний об’єм знань з різних видів мистецтва.

В області зустрічі з природою формувалися знання природного оточення та місця людини в ньому; навички спостереження та догляду за рослинним, тваринним світом, навички охорони природи; формування первинних соціально-екологічних уявлень; відчуття єдності із різнобарвним та багатовимірним світом живої природи, особистої відповідальності за його збереження. У випадку безпосереднього контакту з живою природою, на фоні емоційного підйому виникають позитивні реакції, формуються компенсаторні можливості, які позитивно впливають на зменшення або подолання вад дитини, розширення чуттєвого компоненту внутрішнього світу (вдосконалення сфер «Я відчуваю», «Я міркую»), закріплення стану психологічної гармонії з оточеннями.

В області зустрічі з рідними формуються доброзичливі стосунки між батьками та педагогами, уміння виконувати рекомендації, спостерігати за дитиною, об’єктивно аналізувати та оцінювати її стан.

Отже, використання таких навчальних областей дозволяє педагогу ефективно враховувати у процесі всієї системи адаптації молодших школярів з ЗПР індивідуальні особливості вказаної категорії, оптимізувати навчальне навантаження на них, вчасно переключити дитину з одного на інший тип діяльності, що не дозволяє накопичуватись у неї психічного перезбудження.

Організація взаємодії з батьками.

Для успішної реалізації програми необхідна не лише взаємодія всіх фахівців закладу, але й активна допомога і підтримка з боку батьків. Форма і зміст роботи з батьками визначалася ступенем їх готовності до співпраці. На початковому етапі взаємодії найбільш продуктивною формою роботи було індивідуальне консультування. Воно проводиться в декілька етапів.

Завданням першого етапу є встановлення довірчих відносин з батьками, які, зазвичай, заперечують можливість і необхідність співпраці.

Наступний етап індивідуального консультування проводиться за підсумками всебічного обстеження дитини. Спеціаліст (педагог або та психолог) у доступній формі розповідає батькам про особливості їхньої дитини, вказує на її позитивні якості, пояснює, яка допомога їй потрібна, до яких фахівців потрібно звернутися додатково, як займатися в домашніх умовах, на що слід звернути увагу тощо. Дуже важливо надати психологічну підтримку батькам, сприяти усвідомленню особливостей їх дитини та необхідності об’єднання зусиль закладу та родини в їх подоланні.

На етапі власне корекційно-розвиткової роботи батьки залучалися до виконання конкретних рекомендацій педагога.

Під час індивідуальних і групових консультацій проводиться спільне обговорення процесу та результатів корекційної роботи. Аналізуються фактори позитивної динаміки розвитку дитини, виробляються рекомендації щодо подолання можливих проблем (зокрема, пов’язаних з адаптацією дітей до умов навчання, взаємодією з однолітками та вчителем тощо).

Робота з батьками здійснюється також у груповій формі на тематичних консультаціях, семінарах-практикумах, лекторіях, тренінгових заняттях тощо.

Основна робота з батьками (опікунами) передбачала проведення чотирьох тренінгових занять для батьків «Психолого-педагогічна компетентність сім’ї дитини з особливими потребами» та чотири лекції з актуальних проблем, які супроводжують ЗПР).

Заняття для батьків проводились один раз на місяць, разом з психологом та передбачали роботу з батьками за такими напрямками:

* інформування щодо психологічних особливостей дитини з ЗПР; поглиблення знань про своїх власних дітей, їх індивідуальних особливостей;
* надання корисної інформації про можливості для дітей максимальної незалежності; делегування батьками повноважень дитині; питання перспектив подальшого навчання;
* корекція спілкування між батьками та дітьми; залучення зовнішніх ресурсів;
* психологічна підтримка; самодопомога.

Ті ж самі питання розглядались і під час лекцій для батьків. В силу того, що не всі батьки брали участь у заняттях, лекції дублювали матеріал тренінгових занять. Крім того, для батьків було виготовлено пам’ятки з основними питаннями зустрічей та розміщено інформацію на стендах класу.

Організація взаємодії з педагогами.

Найважливішою умовою актуалізації потенційних можливостей дітей із ЗПР є психологічна компетентність педагога: делікатність, такт, вміння надати допомогу дитині в здійсненні пізнавальної діяльності, в усвідомленні успіхів і причин невдач тощо. Все це сприяє усвідомленню дитиною своїх потенційних можливостей, що підвищує її впевненість у собі, пробуджує енергію досягнень.

Основними завданнями психологічної просвіти педагогів було:

* розкриття «слабких» і «сильних» сторін когнітивного і особистісного розвитку дитини;
* визначення шляхів подолання труднощів;
* вироблення найбільш адекватних способів взаємодії педагога з дитиною.

Конкретні форми психологічної просвіти педагогів були досить різноманітними: практичні заняття та семінари з основних проблем розвитку дитини із ЗПР, її особливих потреб; лекторії, круглі столи, консультації.

Основним блоком роботи з педагогічним колективом було проведення чотирьох тренінгових занять за темою: «Корекційно-педагогічна діяльність з розвитку адаптивних навичок дітей з ЗПР». Основною метою занять для спеціалістів було набуття знань щодо розкриття прихованого потенціалу дітей.

На цих заняттях спеціалістам було запропоновано глибше ознайомитись з саме корекційно-педагогічним підходом до роботи з дітьми з особливими потребами, акцентовано увагу на реабілітаційному потенціалі соціального середовища; позначено можливості найближчого соціального оточення; привернуто увагу до налагодження плідної взаємодії з батьками дітей, з організаціями, які займаються проблемами інвалідності тощо.

Отже, вищеописану програму було впроваджено у навчально-виховний процес закладу загальної середньої освіти. Перевірка ефективності проведеної роботи аналізувалася у наступному підрозділі.

**2.3. Перевірка ефективності впровадженої програми**

По завершенні формувального етапу експерименту було проведено контрольний, на якому визначалися нові рівні адаптивності молодших школярів з затримкою психічного розвитку.

У дослідженні знову взяли участь 23 дитини – учні 2-го та 3-го класів початкової ланки школи, 11 дітей експериментального класу та 12 – контрольного.

Отже оцінювання за першим критерієм – ступінь розвитку соціально-побутових навичок, - передбачало перевірку сформованості навичок самообслуговування, гігієни (НСГ), вміння користуватися побутовими приладами (КПП), дотримання техніки безпеки у побуті (ТБ). Використовувались методи спостереження, опитування дітей, педагогів, батьків. Отримані дані зведені до середніх та відображені у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5.

Рівні за першим критерієм, у %

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Рівні /  показники | Експериментальна група | | | | Контрольна група | | | |
| НСГ | КПП | ТБ | Серед. | НСГ | КПП | ТБ | Серед. |
| Достатній | 27,27 | 27,27 | 18,18 | 24,24 | 16,67 | 16,67 | 25,00 | 19,45 |
| Середній | 54,55 | 54,55 | 54,55 | 54,55 | 50,00 | 58,33 | 58,33 | 55,55 |
| Низький | 18,18 | 18,18 | 27,27 | 21,21 | 33,33 | 25,00 | 16,67 | 25,00 |

Як бачимо з таблиці, середні значення обох груп суттєво вже мають відмінності та складають: достатній рівень у 24,24% експериментальної групи, що на 9,09% вище ніж на констатувальному етапі та у 19,45% контрольної; середній рівень у 50% експериментальної та 55,55% контрольної групи; низький рівень – у 21,21% експериментальної, що на 9,09% нижче ніж на попередньому етапі та 25% контрольної.

Наступний критерій – ступінь розвитку соціальної поведінки включав показники: рівень сформованості комунікативних навичок (СКН); потреба/бажання взаємодії з оточуючими (ПВО); навички соціальної орієнтації (ступінь самостійності) (НСО), які також перевірялись за допомогою спостереження, опитування та методу експертних оцінок. У якості експертів знову виступали психолог, вихователь та вчитель кожного класу. Отримані дані зведені до середніх та представлені у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6.

Рівні за другим критерієм, у %

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Рівні /  показники | Експериментальна група | | | | Контрольна група | | | |
| СКН | ПВО | НСО | Серед. | СКН | ПВО | НСО | Серед. |
| Достатній | 27,27 | 18,18 | 27,27 | 24,24 | 16,67 | 16,67 | 8,33 | 13,89 |
| Середній | 54,55 | 63,64 | 54,55 | 57,58 | 50,00 | 50,00 | 50,00 | 50,00 |
| Низький | 18,18 | 18,18 | 18,18 | 18,18 | 33,33 | 33,33 | 41,67 | 36,11 |

Отже, за другим критерієм дані обох груп також почали відрізнятись та складали: достатній рівень – вже у 24,24% дітей експериментальної групи, що на 9,09% краще ніж на констатувальному етапі та у 13,89% контрольної (без змін); середній рівень виявлено у 57,58% експериментальної групи, що на 9,1% більше ніж на попередньому етапі та 50% контрольної; низький рівень – у 18,18% дітей експериментальної групи, що на 18,18% менше ніж на початковому етапі та у 36,11% контрольної групи.

Як бачимо, різниця вже суттєва між результатами експериментальної та контрольної груп, що свідчить про ефективність програми.

Третій критерій – особливості психічного стану як відображення адаптаційних можливостей, – показники: рівень тривожності та рівень агресивності молодших школярів, які також перевірялися за допомогою проективних методик (рисункових), спостереження та методу експертних оцінок.

Дітей з виявленим високим рівнем тривожності та агресивності відносили відповідно до низького рівня адаптаційних можливостей. Результати представлено у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7.

Рівні за третім критерієм, у %

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Рівні /  показники | Експериментальна група | | | Контрольна група | | |
| Тривож. | Агресивн. | Серед. | Тривож. | Агресивн. | Серед. |
| Достатній | 27,27 | 27,27 | 27,27 | 8,33 | 16,67 | 12,50 |
| Середній | 45,45 | 45,45 | 45,45 | 50,00 | 50,00 | 50,00 |
| Низький | 27,27 | 27,27 | 27,27 | 41,67 | 33,33 | 37,50 |

Як бачимо з таблиці, середні рівні в обох групах вже мають різницю та складають: достатній рівень (низька агресивність та тривожність) у 27,27% дітей експериментальної групи, що на 13,63% більше ніж на констатувальному етапі та у 12,5% контрольної; середній рівень – у 45,45% експериментальної (без змін) та у 50% контрольної; низький рівень виявлено у 27,27% експериментальної групи, що на 13,64% менше ніж на попередньому етапі та у 37,5% дітей контрольної групи (без змін).

Для наочності підраховані середні значення за всіма критеріями ми звели до рівнів та отримані дані представили в таблиці 2.8.

Таблиця 2.8.

Результати констатувального експерименту, у %

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Рівні /  показники | Експериментальна група | | | | Контрольна група | | | |
| 1 крит. | 2 крит | 3 крит. | Сер. | 1 крит. | 2 крит. | 3 крит. | Сер. |
| Достатній | 24,24 | 24,24 | 27,27 | 25,25 | 25,00 | 13,89 | 12,50 | 17,13 |
| Середній | 54,55 | 57,58 | 45,45 | 52,53 | 58,33 | 50,00 | 50,00 | 52,78 |
| Низький | 21,21 | 18,18 | 27,27 | 22,22 | 16,67 | 36,11 | 37,50 | 30,09 |

Таким чином, за результатами контрольного експерименту виявлено певну різницю між контрольною та експериментальною групами. Достатній рівень адаптивності виявлено у 25,25% дітей експериментальної групи, що на 10,6% більше ніж на констатувальному етапі та у 17,13% контрольної, що на 2,78% більше ніж на констатувальному етапі; середній рівень – у 52,53% дітей експериментальної групи, що на 3,04% більше ніж на попередньому етапі та у 52,78% контрольної, що на 0,93% більше ніж на попередньому етапі; низький рівень адаптивності виявлено у 27,27% дітей експериментальної групи, що на 8,59% менше ніж на констатувальному етапі та у 30,09% контрольної, що на 3,71% менше ніж на попередньому етапі.

Підсумовуючи результати контрольного експерименту зведемо отримані середні значення на діаграмі (рис. 2.2.).

Як бачимо, не зважаючи на те, що експериментальною групою був саме другий клас (на відміну від контрольної групи – третій клас) результати свідчать про достатньо суттєве підвищення рівня адаптивності дітей молодшого шкільного віку з затримкою психічного розвитку експериментальної групи та незначне підвищення такого рівня у контрольній групі.

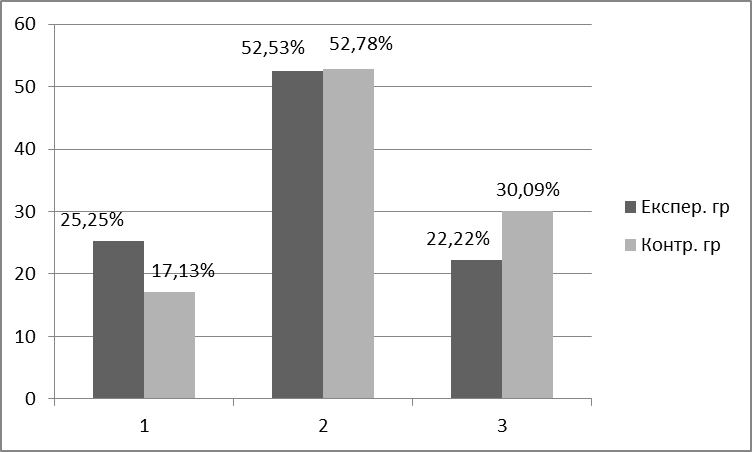


Рисунок 2.2. Результати контрольного експерименту

На рисунку – 1 ряд відповідає достатньому рівню адаптивності; другий ряд – середньому; третій – низькому. Таким чином, експериментально підтверджено ефективність впровадження програми, спрямованої на формування адаптивності дітей з затримкою психічного розвитку у навчально-виховний процес закладу загальної середньої освіти.

**ВИСНОВКИ**

Таким чином, проведене дослідження проблеми формування адаптивності молодших школярів з затримкою психічного розвитку дозволило зробити такі висновки.

Сучасному етапові розвитку системи освіти властиве посилення уваги суспільства до проблем навчання й виховання дітей з особливими потребами. Діти з затримкою психічного розвитку складають значну частку серед таких дітей. Їх навчання у загальноосвітній школі супроводжується певними проблемами, серед яких проблема соціальної адаптації та адаптивності як особистісної якості посідає значне місце. Тому, корекційно-педагогічна робота з адаптивності дітей молодшого шкільного віку з ЗПР безперечно є актуальною.

1. Проаналізовано сутність, прояви та наслідки затримки психічного розвитку. З’ясовано, що затримка психічного розвитку – одна з найбільш поширених форм психічних порушень. Це порушення нормального темпу психічного розвитку. Термін «затримка» підкреслює тимчасовий характер порушення, тобто рівень психофізичного розвитку в цілому може не відповідати паспортному віку дитини.

Усі відхилення у таких дітей з боку нервової системи відрізняються мінливістю і дифузністю і носять тимчасовий характер. На відміну від розумової відсталості, при ЗПР має місце оборотність інтелектуального дефекту. ЗПР – синдром відставання психічного розвитку в цілому або тільки окремих його функцій, а також уповільнення реалізації потенціалу. Останнє виражається в недостатньому запасі знань, обмеженості основних уявлень і загальної незрілості мислення. Основні труднощі, з якими доводиться стикатися таким дітям, пов’язані з соціальною адаптацією. Разом з тим ЗПР є складним розладом, при якому, залежно від його ступеня, страждають психічні, фізичні та психологічні компоненти діяльності.

Прояви порушення дуже різноманітні. Так, у таких дітей досить часто виявляється затримка фізичного розвитку: м’язова недостатність, затримка росту, недорозвинення мускулатури. Крім цього, може запізнюватися формування як ходьби, так і мови, а також етапів гри. Різниця патогенетичних механізмів обумовлює і відмінність прогнозу. У вигляді неускладненого психічного інфантилізму ЗПР розцінюється як прогностично більш сприятлива, здебільшого не вимагає спеціальних методів навчання. При переважанні ж виражених нейродинамічних, в першу чергу стійких церебрастенических розладів, ЗПР виявляється більш стійкою і нерідко потребує не тільки психолого-педагогічної корекції, але й лікувальних заходів.

2. Визначено сутність поняття «адаптивність» стосовно дитини молодшого шкільного віку з затримкою психічного розвитку, під яким розуміємо саму спроможність людини до адаптації, а адаптаційні можливості – це ті властивості, які цю спроможність забезпечують. Під адаптивністю також розуміємо якість або здатність людини адаптуватися до умов середовища, що постійно змінюються. Саме адаптивність є бажаним результатом роботи з дитиною із затримкою психічного розвитку.

Процеси формування адаптивності у дітей із ЗПР пов’язані з розвитком соціально-побутових навичок, навичок соціальної поведінки та гармонійного психічного стану як відображенням адаптаційних можливостей індивіда.

Адаптація у нашому дослідженні є процесом та результатом взаємопристосування дитини до соціального середовища закладу та закладу до потреб дитини, а також у розвитку у дитини соціальної компетентності.

3. Розкрито специфіку корекційно-педагогічної роботи з молодшими школярами з ЗПР в умовах школи-інтернату, яка полягає у створенні сприятливих умов для адаптації, реадаптації, соціалізації особистості дитини; максимальному задоволенні особливих і соціальних потреб дитини; педагогізації життєвого простору дитини; нормалізації життя родини дитини з затримкою психічного розвитку, активізації соціально-культурних та корекційно-педагогічних функцій шкільних спеціалістів, сім’ї та дитини.

4. Розроблено та впроваджено у діяльність закладу загальної середньої освіти програму з формування адаптивності молодших школярів із ЗПР. Програма містила такі напрямки як: розвиток соціально-побутових навичок, розвиток комунікативних навичок; розвиток навичок соціальної орієнтації, корекція тривожності та агресивності. Робота проводилась безпосередньо з дітьми, з їх сімейним оточенням та педагогічним колективом школи.

У процесі роботи визначено критерії та показники адаптивності молодших школярів з затримкою психічного розвитку: перший критерій – розвиток соціально-побутових навичок. Показниками даного критерію є навички самообслуговування, гігієнічні навички, вміння користуватися побутовими приладами, дотримання техніки безпеки у побуті. Другий критерій – розвиток соціальної поведінки – включає наступні показники: рівень сформованості комунікативних навичок; потреба/бажання взаємодії з оточуючими; навички соціальної орієнтації (ступінь самостійності). Третій критерій – особливості психічного стану як відображення адаптаційних можливостей. Показниками визначено рівень тривожності та рівень агресивності молодших школярів. У межах третього критерію особливу увагу звернено на емоційну стійкість особистості яку можна розглядати як інтегральну особистісну властивість, що відображає схильність до збереження емоційної рівноваги, життєвої активності у мінливих умовах існування.

На основі критеріїв та їх показників виокремлено рівні адаптивності: достатній, середній та низький.

Проведено констатувальний, формувальний та контрольний експерименти. Останній показав ефективність проведеної роботи: достатній рівень адаптивності виявлено у 25,25% дітей експериментальної групи, що на 10,6% більше ніж на констатувальному етапі та у 17,13% контрольної, що на 2,78% більше ніж на констатувальному етапі; середній рівень – у 52,53% дітей експериментальної групи, що на 3,04% більше ніж на попередньому етапі та у 52,78% контрольної, що на 0,93% більше ніж на попередньому етапі; низький рівень адаптивності виявлено у 27,27% дітей експериментальної групи, що на 8,59% менше ніж на констатувальному етапі та у 30,09% контрольної, що на 3,71% менше ніж на попередньому етапі.

Отже, результати свідчать про достатньо суттєве підвищення рівня адаптивності дітей молодшого шкільного віку з затримкою психічного розвитку експериментальної групи та незначне підвищення такого рівня у контрольній групі. Експериментально підтверджено ефективність впровадження програми формування адаптивності дітей з затримкою психічного розвитку в освітньому процесі початкової школи.

Таким чином, мету роботи досягнуто, гіпотезу, що полягала у припущенні, що успішність формування адаптивності дітей молодшого шкільного віку з затримкою психічного розвитку забезпечується цілеспрямованою роботою щодо формування соціально-побутових навичок дитини з затримкою психічного розвитку, організацією підтримки дитині в умовах школи та тісної взаємодії з її сім’єю, підтверджено.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Богданова І. М. Соціальна педагогіка : навч. посібник. Київ : Знання, 2008. 343 с.
2. Волынская Л. Б. Адаптация человека в социокультурной : монография. Москва : МАКС Пресс, 2008. 240 с.
3. Гидденс Э. Б. Социология ; пер. с англ., науч. ред. В. А. Ядов; общ. ред. Л. С. Гурьевой, Л. Н. Посилевича. Москва : Эдиториал УРСС, 1999. 703 с.
4. Спенсер Г. Опыты научные, политические и философские. URL : www.iu.ru/biblio/archive/spenser\_opyty
5. Войтко В. Навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами: сучасні підходи : навчально-методичний посібник. Кропивницький : КЗ «КОІППО імені Василя Сухомлинського», 2016. 84 с.
6. Дриккер А. С. Эволюция культуры : скорость переработки информации и демографический процесс. *Фундаментальные проблемы культурологии*. 2009. № 5. С. 133-141.
7. Бергер В. Я. Вопросы теории адаптации : Львов : Наука, 1987. Т.160. С. 13-30. URL : http://www.zgia.zp.ua/gazeta/znpgvzdia\_2014\_56\_26.pdf
8. Налчаджан А. А. Социально-психологическая адаптация личности : формы, механизмы, стратегии. Ереван : Луйе, 1988. 145 с.
9. Пиаже Ж. Природа интеллекта. Психология развития ; под ред. А. К. Болотовой и О. Н. Молчановой. Москва : ЧеРо, 2005. 211 с.
10. Урманцев Ю. А. Природа адаптации (системная экспликация). *Вопросы философии*. 1998. № 12. С. 21-35.
11. Петровский А. В. Теория личности с позиций категориального анализа психологии : психология личности в трудах отечественных психологов. Санкт-Петербург : Питер, 2000. 234 с.
12. Рэдклифф-Браун А. Р. Структура и функция в примитивном обществе : очерки и лекции ; пер. с англ. Москва : Восточная литература РАН, 2001. 304 с.
13. Парсонс Т. Очерк социальной системы. О социальных системах. Москва : Академ. Проект, 2002. 832 с.
14. Хутка С. Соціальна адаптованість особистості : концептуалізація поняття*. Соціологія: теорія, методи, маркетинг*. 2007. № 2. С. 164-175.
15. Ромм М. В. Философия и психология адаптивных процес сов : монография. Москва ; Воронеж : Изд-во Моск. психолого-социального ин-та : МОДЭК, 2006. 284 с.
16. Попович О. В. Сутність і зміст адаптації: філософський аналіз. *Гуманітарний вісник ЗДІА*. 2014. № 56. С. 228-238.
17. Касьянова Е. А. О применении модели Р. Плутчика. URL : https://elibrary.ru/item.asp?id=36845054
18. Тюптя Л. Т., Іванова І. Б. Соціальна робота : теорія і практика : навч. посіб. Київ : Знання, 2008. 574 с.
19. Матейко Н. М. Основи психодіагностики : інструктивно-методичні матеріали до самостійної роботи. Івано-Франківськ : Симфонія форте, 2013. 80 с.
20. Кокун О. М. Психофізіологія людини в сучасному вимірі. *Психологія і особистість*. 2012. № 1. С. 201-203.
21. Кокун О. М. Психофізіологія : навчальний посібник. Київ : Центр навчальної літератури, 2006. 184 с.
22. Гарбузов В. И. Практическая психотерапия, или как вернуть ребенку и подростку уверенность в себе, истинное достоинство и здоровье. Санкт-Петербург : АО «Сфера», 1994. 160 с.
23. Маклаков А. Г. Общая психология : учебник. Санкт-Петербург : Питер, 2016. 584 с.
24. Омельяненко І. Термінологія в наукових дослідженнях з проблем адаптації. URL : file:///C:/Users/user/Downloads/Fvs\_2008\_1\_28.pdf
25. Галецька І. Психологічні чинники соціальної адаптації. *Західний науковий центр НАН України та МОН України.* URL : http://znc.com.ua/ukr/publ/periodic/shpp/2005/1/p091.php
26. Пахомова Н. Г. Спеціальна педагогіка з історією : навчальний посібник. Полтава : ТОВ «АСМІ», 2012. 280 с.
27. Миронова С. П. Олігофренопедагогіка. Компактний навчальний курс : навчальний посібник. Кам’янець-Подільський : Кам’янець-Подільський державний університет, редакційно-видавничий відділ, 2008. 204 с.
28. Назарова Н. М. Специальная педагогика в 3 т. : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. Т. 3. Педагогические системы специального образования. Москва : Издательский центр «Академия», 2008. 400 с.
29. Трофимова Н. М., Дуванова С. П., Трофимова Н. Б. Основы специальной педагогики и психологи : учебное пособие. Санкт-Петербург : Питер, 2006. 304 с.
30. Певзнер М. С., Лебединская К. С., Мастюкова Е. М. Психолого-медико-педагогическая комиссия : методические рекомендации по организации деятельности. Москва : Институт коррекционной педагогики РАО, 2000. 81 с.
31. Войтко В. Навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами: сучасні підходи : навчально-методичний посібник. Кропивницький : КЗ «КОІППО імені Василя Сухомлинського», 2016. 84 с.
32. Ульенкова У. В. Шестилетние дети с задержкой психического развития : монографія. Москва : Педагогика, 1990. 184 с.
33. Лебединская К. С. Основные вопросы клиники и симптоматики задержки психического развития. *Дефектология*. 2006. №3. С. 15-27.
34. Марковская И. Ф. Задержка психического развития. Клиническая и нейропсихологическая диагностика : учебник. Москва : Компенс-центр, 1993. 198 с.
35. Кузнецова Л. В., Пересленик Л. И., Солнцева Л. И. Основы специальной психологии : учебное пособие. Москва : Издательский центр «Академия», 2002. 480 с.
36. Астапов В. М., Микадзе Ю. В. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития : хрестоматия. Санкт-Петербург : Питер, 2001. 256 с.
37. Защиринская О. В. Коммуникативные качества личности в контексте социализации детей с задержкой психического развития : историческая психология и ментальность / под ред. О. В. Защиринской. Санкт-Петербург: [б. в.], 2001. 252 с.
38. Мастюкова Е. Н. Лечебная педагогика. Ранний и дошкольный возраст. Москва : ВЛАДОС, 1997. 348 с.
39. Мушкевич М. І. Психічний розвиток дітей з особливим потребами дошкільного віку. *Проблеми сучасної психології*. 2010. Вип. 10. С. 480-489.
40. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Москва, 1966. URL : http://www.psychiatry.ru/siteconst/userfiles/file/PDF/ClinicLectkidPsy.pdf
41. Калініна Т. Теоретичні аспекти особливостей розвитку особистості та поведінки молодших підлітків із затримкою психічного розвитку. *Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.* URL : file:///C:/Users/user/Downloads/159628-348789-1-SM.pdf
42. Кротенко В. І. Загальна характеристика дітей із затримкою психічного розвитку. *Науковий часопис. Спеціальна психологія.* URL : http://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/123456789/7747/1/Krotenko.pdf
43. Егорова Т. В., Жаренкова Г. И., Лубовский В. И., Никашина Н. А. Дети с задержкой психического развития. Москва : Педагогика, 1984. 355 с.
44. Власова Т. А., Певзнер М. С. О детях с отклонениями в развитии. Москва : Педагогика, 1973. 248 с.
45. Семенович А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза : учебное пособие. Москва : Генезис, 2012. 474 с.
46. Шипиціна Л. М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта : монография. Санкт-Петербург : Издательство «Дидактика Плюс», Институт общегуманитарных исследований, 2002. 496 с.
47. Лубовский В. В. Психологические проблемы диагностики задержки психического развития детей : учеб. пособие. Москва : Педагогика, 1989. 100 с.
48. Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей : учебное пособие. Москва : МГУ, 1985. 197 с.
49. Роменська Т. Г. Поняття «соціально-побутові навички» дошкільників із дитячим церебральним паралічем: міждисциплінарний аналіз проблеми дослідження. URL : file:///C:/Users/user/Downloads/ooop\_2015\_9\_18.pdf
50. Логвінова І., Кучеренко Ю. Корекція розвитку : програма з корекційно-розвиткової роботи для підготовчих, 1-4 класів спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для дітей із затримкою психічного розвитку. URL : https://mon.gov.ua/storage/app/media/inkluzyvne-navchannya/korekciini\_programy/3-logvinova-korekcziya-rozvitku-0-4-kl.pdf
51. Левченко И. Ю., Медведева Е. А., Комиссарова Л. Н. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании : учебник для вузов. Москва : Академия, 2001. 248 с.
52. Сєднєва В. О. Основи корекційної роботи з учнями, які мають особливості психофізичного розвитку : методичні рекомендації. Миколаїв : ОІППО, 2011. 36 с.
53. Кондратенко Л. О. Діти з затримкою психічного розвитку : характеристика, особливості психологічного супроводу : метод. реком. Cуми : РВВ КЗ Сумський ОІППО, 2015. 56 с.
54. Інклюзивне та інтегроване навчання : стан, проблеми і перспективи : збірник наукових праць / за загальною редакцією акад. І. Ф. Прокопенка. Харків : ХНПУ ім. Г. С. Сковороди; «Мітра», 2019. 198 с.
55. Корольова Л. І., Маюренко Г. І. Соціальна реабілітація дітей з функціональними обмеженнями у світлі реалізації цілей сталого розвитку. *Проблеми соціальної роботи.* 2013. № 1(2). С. 76-81.
56. Аксенова Л. И., Архипов Б. А., Белякова Л. И. Специальная педагогика : учеб. пособ. для студ. высш. пед. учеб. заведений / под ред. Н. М. Назаровой. 3-е изд., испр. Москва : Академия, 2004. 400 с.
57. Стадненко Н. Шляхи інтеграції дітей з особливими потребами у суспільство. *Кроки до компетенції та інтеграції в суспільство* : наук.-метод. зб. / ред. Н. Софій, І. Єрмаков та ін. Київ : Контекст, 2000. С. 59-60.
58. Стребелева Е. А., Венгер А. Л., Екжанова Е. А Специальная дошкольная педагогика : учеб. пособ. Москва : Академия, 2002. 312 с.
59. Байда Л., Красюкова-Енс О. Інвалідність та суспільство : навчальний посібник. Київ : 2011. 184 с. URL : https://edu.helsinki.org.ua/sites/default/files/userfiles/posibnik\_invalidnist\_ta\_suspilstv.pdf
60. Бурлака О. До характеристики реабілітаційних заходів інвалідів з дитинства та дітей-інвалідів. *Цивільне право і процес*. 2019. №12. С. 16-21.
61. Кузьмина Т. И. Проблема исследования Я-концепции умственно отсталых младших школьников. *Коррекционная педагогика*. 2005. № 2 (8). С. 29-34.
62. Фролов М. О. Стратегічні орієнтири реабілітаційної педагогіки. *Сучасні інновації в реабілітаційній педагогіці* : з досвіду роботи Хортицького навчально-реабілітаційного багатопрофільного центру м. Запоріжжя. Запоріжжя : Прем’єр, 2002. С. 4-15.
63. Гаврилов О. В. Особливі діти в закладі і соціальному середовищі : навчальний посібник. Кам’янець-Подільський : Аксіома, 2009. 308 с.
64. Бартків О. С., Дурманенко Є. А. Формування життєвої компетентності дітей з особливими потребами. *Соціально-психологічні проблеми тифлопедагогіки.* Збірник наукових праць. Київ, 2012. Вип. 5(12). С. 20.
65. Бех І. Гуманізація спеціальної освіти аномальних дітей як соціально-педагогічна проблема. *Дефектологія*. 1996. №1. С. 19-23.
66. Букатов В., Ганькина М. Режиссура школьного общения : учеб.-метод. пособ. Київ : Шкільний світ, 2005. 128 с.
67. Вербицький В. В. Формування ключових компетентностей учнів – основне завдання навчального закладу. *Теоретичні основи компетентнісно орієнтованої освіти*. URL : http://lib.iitta.gov.ua/2372/1/Verbytsky.pdf.
68. Емельянов Ю. Н. Активное социально-психологическое обучение : учеб. пособие. Львов : Книга, 1985. 167 с.
69. Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков : монография Санкт-Петербург: Речь, 2003. 391 с.
70. Лисовская Т. В. Жизненные компетенции детей с тяжелыми множественными психофизическими нарушениями : содержание и критерии сформированности. URL : https://cyberleninka.ru/article/v/zhiznennye-kompetentsii-detey-s-tyazhelymi-mnozhestvennymi-psihofizicheskimi-narusheniyami-soderzhanie-i-kriterii-sformirovannosti
71. Найда Р. Г. До проблеми формування життєвої компетентності дитини в дошкільному закладі. *Вісник Житомирського державного університету імені Івана Франка.* URL : http://eprints.zu.edu.ua/21986/1/19.pdf
72. Пузанов Б. П. Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития : олигофренопедагогика. Москва : Издательский центр «Академия», 2001. 272 с.
73. Alderson P. How the rights of all school students and teachers are affected by special educational needs or disability services : Teaching, psychology, policy. *London Review of Education*. 2018. № 16. P. 175-190.
74. Vadillo R. C. Should we move from special education to inclusive education? Perspectives and possibilities of advance. *Alteridad-Revista De Educacion*. 2018. № 13. P. 251-261.