

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

**на тему: ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ КОРЕКЦІЇ АГРЕСИВНОЇ
ПОВЕДІНКИ ДІТЕЙ В ІНКЛЮЗИВНОМУ ПРОСТОРИ**

Виконала: студентка II курсу,
групи 8.0530-з
спеціальності: 053 Психологія
освітньої програми: 053 Психологія
Гирлаку Тетяна Олегівна
Керівник: к.психол.н., доцент кафедри
психології Грандт В.В.
Рецензент: к.філол.н., викладач кафедри
психології Томченко М.А.

Запоріжжя

2021

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

« _____ » _____ 2021 р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Гирлаку Тетяні Оленівні-----

Тема роботи Психологічні чинники корекції агресивної поведінки дітей в інклюзивному просторі

керівник роботи Грандт В.В. к.психол.н., доцент кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «30» липня 2021 року № 1137-с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: провести теоретичний аналіз корекційної діяльності роботи з дітьми в інклюзивному просторі; зробити аналіз розумово відсталих дітей в інклюзивному просторі; надати характеристику особливості розумово відсталих дітей з проявами агресивності в інклюзивному просторі; дослідити психологічні чинники корекції агресивної поведінки дітей з розумовою відсталістю в інклюзивному просторі.

5. Перелік графічного матеріалу: 2 рисунка, 8 таблиць.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Грандт В.В., доцент		
Розділ 1	Грандт В.В., доцент		
Розділ 2	Грандт В.В., доцент		
Розділ 3	Грандт В.В., доцент		
Висновки	Грандт В.В., доцент		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень-березень 2021 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2021 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2021 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	червень-липень 2021 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	вересень 2021 р.	Виконано
6	Написання висновків	жовтень 2021 р.	Виконано
7	Передзахист	листопад 2021 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	листопад 2020 р.	Виконано

Студент _____ Т.О. Гирлаку

Керівник роботи _____ В.В. Грандт

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ О.М. Грединарова

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 87 с., 8 таблиць, 2 рисунка, 70 джерел, 5 додатків.

Об'єкт: психологічні чинники корекції агресивної поведінки дітей в інклюзивному просторі.

Предмет: психологічні особливості поведінки дітей з розумовою відсталістю в інклюзивному просторі.

Мета: теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити психологічні чинники корекції агресивної поведінки дітей в інклюзивному просторі.

Гіпотеза дослідження полягала в припущенні, що психологічні чинники корекції агресивної поведінки дітей з розумовою відсталістю в інклюзивному просторі обумовлено психофізіологічними детермінантами, а саме недорозвитком емоційно-вольової та особистісної сфери відповідного вікового періоду і гендерними особливостями дитини.

Методи дослідження: теоретичні: теоретичний аналіз джерел з проблемами дослідження; емпіричні: включене спостереження; опитування, психодіагностичні методики; методи математичної статистики.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що: розроблено та проведено психологічну програму включеного спостереження та психолого-педагогічної взаємодії з корекції агресивної поведінки дітей в інклюзивному просторі; розширено уявлення про можливості цілеспрямованого формування та розвитку конструктивних механізмів психологічного захисту особистості.

Теоретично обґрунтований курс психологічної допомоги з корекції агресивної поведінки дітей в інклюзивному просторі, може бути використаний практичними психологами в закладах освіти у взаємодії із вчителями, вихователями та батьками.

КОРЕКЦІЯ, ДІТИ, АГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА, ГЕНДЕРНІ ОСОБЕЛИВОСТІ, РОЗУМОВА ВІДСТАЛІСТЬ, ІНКЛЮЗИВНИЙ ПРОСТІР.

SUMMARY

Girllaku T.O. Psychological factors of correction of aggressive behavior of children in an inclusive space

The qualifying work of the master: 87 pages, 8 tables, 2 figures, 70 sources, 5 appendices.

The object: psychological factors of correction of aggressive behavior of children in an inclusive space.

The subject: psychological features of behavior of children with mental retardation in an inclusive space.

The purpose: to theoretically substantiate and experimentally test the psychological factors of correction of aggressive behavior of children in an inclusive space.

The hypothesis of the study was that the psychological factors of correction of aggressive behavior of children with mental retardation in inclusive space are due to psychophysiological determinants, namely the underdevelopment of emotional, volitional and personal spheres of the appropriate age and gender characteristics of the child.

Research methods: theoretical: theoretical analysis of sources with research problems; empirical: observation included; surveys, psychodiagnostic techniques; methods of mathematical statistics.

The scientific novelty of the obtained results is that: the psychological program of the included supervision and psychological and pedagogical interaction on correction of aggressive behavior of children in inclusive space is developed and carried out; the idea of possibilities of purposeful formation and development of constructive mechanisms of psychological protection of the person is expanded.

The theoretically substantiated course of psychological assistance in the correction of aggressive behavior of children in an inclusive space can be used by practical psychologists in educational institutions in cooperation with teachers, educators and parents.

CORRECTION, CHILDREN, AGGRESSIVE BEHAVIOR, GENDER FEATURES, MENTAL DISABILITY, INCLUSIVE SPACE

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. Теоретичний аналіз корекційної діяльності роботи з дітьми в інклюзивному просторі.....	10
1.1. Основні підходи корекційної роботи з дітьми в інклюзивному просторі.....	10
1.2. Характеристика чинників агресивної поведінки дітей з розумовою відсталістю в інклюзивному просторі.....	15
РОЗДІЛ 2. Теоретичний аналіз розумово відсталих дітей в інклюзивному просторі	24
2.1. Визначення поняття й основних форм розумової відсталості.....	24
2.2. Клінічно-психологічна характеристика дітей з розумовою відсталістю в інклюзивному просторі.....	39
2.3. Особливості розумово відсталих дітей з проявами агресивності в інклюзивному просторі	49
РОЗДІЛ 3. Дослідження психологічних чинників корекції агресивної поведінки дітей з розумовою відсталістю в інклюзивному просторі.....	66
3.1. Методика проведення дослідження.....	66
Аналіз результатів дослідження.....	71
ВИСНОВКИ.....	88
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	91
ДОДАТКИ.....	98

ВСТУП

Актуальність дослідження. У відповідності до Національної доктрини розвитку освіти України у XXI столітті вдосконалення системи освіти й виховання відповідно до принципів гуманізації та індивідуалізації передбачає максимальне врахування особистісних та психофізичних особливостей дітей і створення таких умов освіти, які б сприяли своєчасному й повноцінному розвитку всіх сторін особистості дитини та її успішному навчанню. У цьому контексті актуальною проблемою сучасної української психологічної теорії і практики є вивчення особливостей поведінки дітей в інклюзивному просторі.

Звернення широкої громадськості (вчених, педагогів, громадських діячів) до проблеми зростання кількості дітей, які мають різні порушення фізичного та нервово-психічного здоров'я пов'язано з тим, що діти особливими потребами в умовах українського демократичного суспільства не повинні залишатися на узбіччі соціально-культурних процесів, економічного життя суспільства, системи людських взаємин. Вони повинні володіти необхідним життєвим досвідом, сприймати, оцінювати, творчо використовувати матеріальні й духовні надбання українського народу.

У соціальній психології особливе місце посідає вивчення дитини та агресивність дітей з особливими потребами в інклюзивному просторі. На основі психологічних досліджень і сьогоденної практики можна з упевненістю сказати, що агресивна поведінка дітей - це не просто тривожне явище, а дуже серйозна соціальна, педагогічна та психологічна проблема, яка стала значною у дітей з особливими потребами в інклюзивному просторі.

Проблема посилення дитячої агресії все частіше обговорюється в сім'ї, школі, суспільстві. Вчителі в школах відзначають агресивність дітей з кожним роком стає все більше, з ними важко працювати, і часто вчителі просто не знають, як поводитися з проявами агресивної поведінки дітей.

Агресивна поведінка дітей - це своєрідний сигнал, крик про допомогу, про увагу до свого внутрішнього світу, в якому накопичилося багато руйнівних емоцій, з якими дитина не в змозі справитися та оволодіти.

Предметом особливої уваги з боку багатьох вітчизняних психологів є проблема вад та корекції агресивної поведінки дітей з особливими потребами, її наслідки та організація соціально-психологічної роботи з такими дітьми. В наукових працях висвітлено теоретичні концепції, класифікації, відокремлено основні групи дітей, які потребують створення особливих умов у процесі їхньої психологічної адаптації (І. Бех, В. Бондар, Т. Власова, В. Засенко, В. Кащенко, В. Лубовський, Є.Мастюкова, В. Синьов, О. Хохліна, М. Шеремет, М. Ярмаченко); зміст та особливості навчання, підготовка до життя дітей з особливими потребами в інклюзивному просторі (Т.Білоус, І. Дмитрієва, В. Золотоверх, І. Ковшова, В. Липа, Л. Одинченко, В.Тарасун); організація професійної діяльності психолога в роботі з дітьми з особливими потребами в інклюзивному просторі (І. Іванова, В. Ляшенко, О. Молчан); проблема педагогічної підтримки як компонента гуманістичної теорії виховання в межах міждисциплінарного підходу (М. Альошина, О. Асмолов, А. Волкова, О.Газман, В. Грицюк, А. Мудрик, Л. Сергієнко, Є. Ямбург).

Аналіз робіт вищезгаданих авторів свідчить, що всі вони містять багатий теоретичний та емпіричний матеріал, який складає фундамент джерельної бази дослідження. Разом з тим, різноманітність підходів до проблеми психічної сфери та корекції поведінки дітей з особливими потребами свідчить про те, що, з одного боку, цей феномен має широке практичне використання, а з іншого існує недостатнє його наукове осмислення як базового компонента системи особистісного розвитку дітей з особливими потребами в інклюзивному просторі.

Недостатнє теоретичне вивчення проблеми подолання проявів агресивної поведінки дітей з особливими потребами в інклюзивному просторі, особливостей роботи з ними психолога і визначило вибір теми кваліфікаційної

роботи магістра: «Психологічні чинники корекції агресивної поведінки дітей в інклюзивному просторі».

Об'єкт: психологічні чинники корекції агресивної поведінки дітей в інклюзивному просторі.

Предмет: психологічні особливості поведінки дітей з розумовою відсталістю в інклюзивному просторі.

Мета: теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити психологічні чинники корекції агресивної поведінки дітей в інклюзивному просторі.

Гіпотеза дослідження полягала в припущенні, що психологічні чинники корекції агресивної поведінки дітей з розумовою відсталістю в інклюзивному просторі обумовлено психофізіологічними детермінантами, а саме недорозвитком емоційно-вольової та особистісної сфери відповідного вікового періоду і гендерними особливостями дитини.

Завдання дослідження :

- 1) Провести теоретичний аналіз корекційної діяльності роботи з дітьми в інклюзивному просторі;
- 2) Зробити психологічний аналіз поведінки розумово відсталих дітей в інклюзивному просторі;
- 3) Надати характеристику особливості особистості розумово відсталих дітей з проявами агресивності в інклюзивному просторі;
- 4) Дослідити психологічні чинники корекції агресивної поведінки дітей з розумовою відсталістю в інклюзивному просторі.

Методи дослідження:

- теоретичні: теоретичний аналіз джерел з проблемами дослідження;
- емпіричні: включене спостереження; опитування, психодіагностичні методики;
- методи математичної статистики.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що:

- було розроблено та проведено психологічну програму включеного спостереження та психолого-педагогічної взаємодії з корекції агресивної поведінки дітей в інклюзивному просторі;
- розширено уявлення про можливості цілеспрямованого формування та розвитку конструктивних механізмів психологічного захисту особистості.

Практичне значення результатів дослідження полягає в тому, що теоретично обґрунтований курс психологічної допомоги з корекції агресивної поведінки дітей в інклюзивному просторі, може бути використаний практичними психологами в закладах освіти у взаємодії із вчителями, вихователями та батьками.

Надійність та вірогідність результатів забезпечувались застосуванням системного підходу до вивчення агресивності у дітей з особливими потребами в інклюзивному просторі різного віку; методологічною і теоретичною обґрунтованістю вихідних даних дослідження, сукупністю методів, адекватних предмету, меті і завданням дослідження, поєднанням кількісного та якісного аналізу отриманих результатів.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ КОРЕКЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ РОБОТИ З ДІТЬМИ В ІНКЛЮЗИВНОМУ ПРОСТОРИ

1.1. Основні підходи корекційної роботи з дітьми в інклюзивному просторі

Інклюзивний простір - освіта, яка кожній дитині, незважаючи на наявні фізичні, інтелектуальні, соціальні, емоційні, мовні та інші особливості, надає можливість бути включеним до загального (єдиного, цілісного) процесу навчання і виховання (розвитку і соціалізації), що потім дозволяє підростаючій людині стати рівноправним членом суспільства, знижує ризики його сегрегації та ізоляції [3, 54]. Створення спеціальних умов для отримання освіти навчаються з обмеженими можливостями здоров'я - умови навчання, виховання та розвитку таких учнів, які включають в себе використання спеціальних освітніх програм і методів навчання і виховання, спеціальних підручників, навчальних посібників і дидактичних матеріалів, спеціальних технічних засобів навчання колективного та індивідуального користування, надання послуг асистента (помічника), який надає учням необхідну технічну допомогу, проведення групових та індивідуальних корекційних занять, забезпечення доступу в будівлі організацій, що здійснюють освітню діяльність, та інші умови, без яких неможливе або утруднене освоєння освітніх програм учнями з обмеженими можливостями здоров'я [35, 114].

В рамках інклюзивної освіти пропонується наступна структура освітнього середовища як простору соціалізації дітей з різними можливостями і особливостями: просторово-предметний компонент (матеріальні можливості установи - доступна (безбар'єрна) архітектурно-просторова організація; забезпеченість сучасними засобами і системами, відповідні освітнім потребам дітей); змістовно-методичний компонент (адаптований індивідуальний

маршрут розвитку дитини, варіативність і гнучкість освітньо-виховних методик, форм і засобів); комунікативно-організаційний компонент (особистісна і професійна готовність педагогів до роботи в змішаній (інтегрованої) групі, сприятливий психологічний клімат в колективі, управління командної діяльністю фахівців) [6, 71].

Класи інклюзивного навчання об'єднують самих різних дітей, помітно відрізняються один від одного. Вчителю важливо розуміти і приймати

кожної дитини, враховуючи його індивідуальні особливості, структуру дефекту, правильно ставитися до наявних між дітьми відмінностей.

Інклюзивне навчання ґрунтується на спеціальних дидактичних принципах, які необхідно дотримуватися при плануванні та організації уроків.

Принцип - керівна ідея, основне правило діяльності.

1. Принцип педагогічного оптимізму.

Спеціальна педагогіка виходить з того, що вчитися можуть всі діти. Принцип педагогічного оптимізму спирається на ідею Л.С. Виготського про «зоні найближчого розвитку» дитини, що свідчить про провідну роль навчання в його розвитку і дозволяє прогнозувати початок, хід і результати індивідуальної корекційно-розвиваючої програми. Принцип педагогічного оптимізму не приймає теорію «стелі», згідно з якою розвиток людини застигає як би на досягнутому рівні, вище якого він не в змозі піднятися.

2. Принцип ранньої педагогічної допомоги, сучасна спеціальна педагогіка вважає одним з ключових умов успішної корекційної допомоги забезпечення раннього виявлення та ранньої діагностики відхилень у розвитку дитини для визначення його особливих освітніх потреб.

3. Принцип корекційно-компенсуючої спрямованості освіти.

Цей принцип передбачає опору на здорові сили того, хто навчається, вихованця, побудова освітнього процесу з використанням збережених аналізаторів, функцій і систем організму відповідно до специфікою природи нестачі розвитку.

4. *Принцип соціально-адаптує спрямованості освіти*, дозволяє подолати або значно зменшити «соціальне випадання», сформувати різні структури соціальної компетентності та психологічну підготовленість до життя в навколишньому людині соціокультурному середовищі.

5. *Принцип розвитку мислення, мови і комунікації як засобів спеціальної освіти*. Свої специфічні проблеми в розвитку мови, мислення, комунікації існують у всіх категорій дітей та підлітків з обмеженими можливостями здоров'я, тому найважливішим загальною для них освітньою потребою є потреба в корекційній допомозі з розвитку мовлення, мислення і спілкування.

6. *Принцип діяльнісного підходу в навчанні і вихованні*. В спеціальну освіту поширена колективна предметно-практична діяльність під керівництвом педагога (робота «парами», «підгрупами»), яка створює природні умови для мотивованого мовного спілкування, постійно відтворюючи потреба в такому спілкуванні.

7. *Принцип диференційованого та індивідуального підходу*. Диференційований підхід до дітей та підлітків з особливими освітніми потребами в умовах колективного навчального процесу обумовлений наявністю варіативних типологічних особливостей навіть у рамках однієї категорії порушень. Індивідуальний підхід є конкретизацією диференційованого підходу. Він спрямований на створення сприятливих умов навчання, враховують як індивідуальні особливості кожної дитини, так і його специфічні особливості, властиві дітям з даною категорією порушення розвитку.

8. *Принцип необхідності спеціального педагогічного керівництва*.

Навчально-пізнавальна діяльність дитини з будь-яким відхиленням в розвитку відрізняється від навчально-пізнавальної діяльності звичайного дитини і вимагає постійного і терплячого керівництва з боку педагогів. Для вчителя головна трудність на уроці полягає в тому, щоб співвіднести індивідуальні можливості дітей з обмеженими можливостями здоров'я з необхідністю виконання освітнього стандарту [56, 205].

Планування уроку в інклюзивну класі повинно включати в себе як загальноосвітні завдання (задоволення освітніх потреб в рамках державного стандарту), так і корекційно-розвивальні завдання.

До них відносяться:

1. Подолання труднощів у розвитку уваги, всіх його видів і властивостей і визначення компенсаторних можливостей увагу (який вид уваги для даної дитини є більш прийнятним).
2. Корекція труднощів словесно-логічного мислення і розумових процесів аналізу, синтезу, класифікації, узагальнення;
3. Збільшення обсягу пам'яті і визначення компенсаторних можливостей пам'яті (визначення провідного виду пам'яті).
4. Розвиток дрібної моторики, статички і динаміки рухів пальців рук.
5. Розвиток і корекція труднощів зв'язного мовлення, включаючи монологічну і діалогічну мову, а також розвиток словника.
6. Створення позитивної мотивації на процес навчання за допомогою похвали, підбадьорювання, допомоги, створення ситуацій успіху інструктивної критики.
7. Корекція агресивної поведінки, засоби заспокоювання та запобігання нападів агресивної поведінки [15, 34].

Згідно з теоретичними джерелами для реалізації освітньої програми освіти в частині забезпечення корекційної роботи дітей в інклюзивному просторі, необхідно виконувати цілий комплекс управлінських вимог, для якості корекційної роботи з дітьми з особливими потребами в інклюзивному просторі, за інваріантні критерії аналізу були прийняті наступні компоненти: програмно-методичні; психолого-педагогічні; предметно-просторі, розвиваючі середовище; кадрові; матеріально-технічні.

Разом з тим, необхідно виявити варіативні компоненти – особливості індивідуального розвитку дітей з особливими потребами в інклюзивному просторі, для підвищення ефективності організації корекційної роботи з ними.

Зупинимося докладніше на описі інваріантних умов, які забезпечують корекційну роботу з дітьми з особливими потребами в інклюзивному просторі

Однією з форм аналізу ефективності освітньої діяльності в інклюзивному просторі є педагогічний аналіз, який дає можливість виявити причини, що впливають на розвиток педагогічного процесу і внести необхідні корективи. Загальний алгоритм педагогічного аналізу дітей з особливими потребами в інклюзивному просторі представлений в схемах, опитувальних листах, пам'ятках, які допомагають в зборі, фіксації спостережень і аналізу інформації [65].

Проведемо аналіз психолого-педагогічних і кадрових умов. Зміст корекційної роботи повинен бути направлений на забезпечення корекції недоліків у фізичному і психічному розвитку дітей з особливими потребами в інклюзивному просторі. Корекційна робота з дітьми з особливими потребами в інклюзивному просторі здійснюється в комплексі, що включає педагогічну та психологічну корекцію, а також медичний супровід.

Відсутність необхідних фахівців не дозволяє надавати комплексну допомогу по реалізації корекційної роботи з дітьми з особливими потребами в інклюзивному просторі. Недостатня психологічна і професійна підготовка педагогічного колективу до роботи в умовах інклюзивної освіти, відсутність фахівців, які вміють надати допомогу дітям з різними порушеннями.

На сьогоднішній день психолого-педагогічним колективом навчальних установ розроблені програми: освітня програма інклюзивного відділення і адаптована основна освітня програма, що включають індивідуальні програми супроводу (реабілітації), для забезпечення корекції порушень, надання їм кваліфікованої допомоги в освоєнні програми, всебічний розвиток з урахуванням вікових та індивідуальних особливостей, особливих освітніх потреб і їх соціальної адаптації [51].

Але на сьогоднішній день проблема дитячої агресивності все більш активно обговорюється в родині, школі, суспільстві. Вчителі в школах

відзначають, агресивних дітей стає з кожним роком все більше, з ними важко працювати, і часто вчителі просто не знають, як справлятися з їх поведінкою.

Особливо зросла кількість дітей з відхиленнями у розвитку. Тому зростає потреба в установах, які здатні надати різну допомогу дітям, а також правильно надати корекційну допомогу дитині з агресивною поведінкою в інклюзивному просторі.

1.2. Характеристика чинників агресивної поведінки дітей з розумовою відсталістю в інклюзивному просторі

Агресивна поведінка дітей - це своєрідний сигнал, крик про допомогу, про увагу до свого внутрішнього світу, в якому накопичилося багато руйнівних емоцій, з якими самотійно дитина не в силах впоратися [33].

Агресивні діти забіякуваті, легковозбудимі, дратівливі, образливі, незговірливі, вперті, ворожі до оточуючих. Їхні стосунки з близькими, однолітками, педагогами завжди напружені і амбівалентні. Агресивні розряди підривають здоров'я дітей, приводять їх у стан збудження.

Особливу тривогу викликають діти з відхиленнями у розвитку. У них набагато довше (часто протягом усіх років навчання в початковій школі) залишається провідною ігрова мотивація, з працею і в мінімальному ступені формуються навчальні інтереси. Слабо розвинена пізнавальна сфера (вміння зосереджуватися, перемикає увагу, посидючість, вміння утримувати завдання, працювати за зразком). Дитина з особливими потребами не може самотійно без підтримки дорослих гальмувати, зупиняти, контролювати свої підвищені патологічні потяги [25, 165].

В обстановці соціально-економічної і політичної нестабільності ослаблена роль інститутів соціалізації дітей - сім'ї і школи.

Катастрофічне падіння життєвого рівня більшості сімей, психоемоційні і фізичні перевантаження батьків, породжені безробіттям, відмовою від

професійної діяльності, різким зниженням якості життя, невпевненості в завтрашньому дні, безпорадністю в забезпеченні сприятливих умов для розвитку дітей, організації їх відпочинку і дозвілля, - все це посилює сімейне неблагополуччя, болісно відбивається на дітях.

Не можна не відзначити зниження виховного потенціалу сім'ї, посилення жорстокості у відносинах між подружжям, батьками і дітьми, зростання числа сімей, які ведуть асоціальний спосіб життя.

Агресивні дії в дитини можна спостерігати вже із самого раннього віку. Генрі Паренс розглянув дві форми агресії, що виявляються в дітей будь-якого віку навіть у дуже маленьких [12]. Перша – недеструктивна агресія, тобто наполегливе, неприроджене самозахисна поведінка, спрямоване на досягнення мети і тренування. Недеструктивна агресія викликається спадковими механізмами, що служать для адаптації до середовища, задоволенню бажань і досягнення мети. Ці механізми є в наявності і функціонують, хоча і досить примітивно, із самого моменту народження людини.

Інша форма – спадкова деструктивність, тобто злісне, неприємне, що заподіює біль навколишнім. Ненависть, лють, задерикуватість, бажання помститися і т.і., теж можуть бути формою самозахисту, однак породжують безліч особистих проблем і змушують страждати навколишніх. Уроджена деструктивність, на відміну від недеструктивної агресії, не виявляється відразу після народження. Однак механізми її генерування чи мобілізації існують із самого початку життя дитини. Спадкова деструктивність викликається й активізується в результаті сильних неприємних переживань (надмірний біль чи дистрес) [51].

Все емоційне життя дитини знаходиться під впливом цих двох форм агресії. Принципово недеструктивна, неворожа форма агресивної поведінки виявляється в дітей вже з перших місяців життя. Дитина поводиться агресивно, щоб самоствердитися, домінувати у будь-якій ситуації, а так само удосконалювати свій досвід. Цей тип агресії є важливим об'єктом для мотивування розвитку пізнання і здатності покластися на себе. Таке

поводження служить для захисту особистих потреб, прав і тісно пов'язано з задоволенням особистісних бажань, досягненням мети так само, як і зі здатністю до адаптації. Безумовно, прояв цього типу агресії природні для здорової адаптації до середовища [43].

Друга форма, спадкова деструктивність, виявляється в злісній і ворожій поведінці, яка пов'язана з переживанням інтенсивного дистресу і болю, але може викликатися так само особливим задоволенням заподіювати біль і явне бажання робити це. Причому агресивні риси в поведінці дітей спостерігалися з перших днів життя. Навіть у новонароджених дітей спостерігалися реакції люті. Але дитина в перші місяці життя не усвідомлює своїх бажань що-небудь зруйнувати чи нашкодити кому-небудь [13].

Спостереження за дітьми (навіть у тих випадках, коли їхнє поведження виключає руйнівні бажання) показують, що повинен існувати деякий пусковий механізм для реакції люті [19]. Таким пусковим механізмом є переживання надмірного болю чи дистресу і дискомфорт. Під впливом дистресу чи болю виникає бажання заподіяти біль і викликати деструкцію об'єкта чи особистості, що були предметом контролю. У цьому і складається суть ворожої поведінки і прояв ненависті і люті.

Подібна форма агресивності, що носить характер амбівалентності, добре відома фахівцям, що працюють в області психічного здоров'я. Саме вона може призвести до виникнення емоційних конфліктів, гострого почуття провини, формувати грубі риси в характері, лімітувати здатність до адаптації, до встановлення доброзичливих відносин з людьми тощо. Без перебільшення можна сказати, що здатність дитини справлятися зі своєю агресією визначає його майбутнє благополуччя і розвиток його індивідуальних і соціальних якостей.

Незважаючи на значні розбіжності, щодо визначення агресії, багато фахівців в області соціальних наук, у даний час схилиються до наступного визначенню: «агресія – це будь-яка форма поведження, націлена на образу і

заподіяння шкоди іншій живій істоті, що не бажає подібного звертання» [23, 15].

З цього визначення можна зрозуміти, що агресію варто розглядати не як модель поведінки, а як емоцію, мотив чи установку. Термін агресія часто асоціюється з негативними емоціями, – такими як злість; з мотивами, – такими, як прагнення образити чи нашкодити; і навіть з негативними установками, – такі як расові й етнічні забобони. Незважаючи на те, що всі ці фактори, безсумнівно, відіграють важливу роль у поведінці, результатом якої стає заподіяння збитку, їхня наявність не є необхідною умовою для подібних дій. Агресія розвертається як у стані цілковитої холонокровності, так і надзвичайно емоційного порушення. Також зовсім необов'язково, щоб агресори ненавиділи чи навіть не симпатизували тим, на кого спрямовані їхні дії. Багато хто завдає страждання людям, до яких відносяться скоріше позитивно, чим негативно (випадки насильства в родині) [26].

При всій розмаїтості суперечливих теоретичних обґрунтувань, що висувуються стосовно небезпечних агресивних дій, більшість з них підпадає під одну з чотирьох наступних категорій.

В.Холлигер відносив агресію до:

- 1) спадкоємних задатків;
- 2) потреб, які активізовані зовнішніми стимулами;
- 3) пізнавальних і емоційних процесів;
- 4) актуальних соціальних умов [54, 23].

Саме раннє і, можливо, найбільш відоме теоретичне положення, що має відношення до агресії, - це те, відповідно до якого дана поведінка за своєю суттю переважно інстинктивна.

Положення про інстинкт, прагнення до смерті є одним з найбільш суперечливих у теорії психоаналізу. Воно було фактично відкинуте багатьма учнями З. Фрейда, що розділяли його погляди з інших питань. Проте, твердження, що агресія бере початок зі спадкових, інстинктивних сил, у цілому знаходило підтримку навіть у критиків [36].

Погляд теоретиків–еволюціоністів багато в чому схожий з позицією З.Фрейда, але вони вважали, що джерелом агресивної поведінки є інший спадковий механізм: інстинкт боротьби, властивий усім тваринам, включаючи людей [16].

Представники соціобіологічного підходу вважають що; агресивність – це засіб, за допомогою якого індивідууми намагаються одержати свою частку ресурсів, що у свою чергу, забезпечує успіх (переважно на генетичному рівні) у природному відборі [2].

У той час як різні теорії агресії як інстинкту сильно відрізняються в деталях, усі вони подібні за задумом. Зокрема, центральне для всіх теорій є положення про те, що агресія є наслідком переважно інстинктивних, уроджених фактів, логічно веде до того, що агресивні прояви майже не можливо усунути. Тому, згідно з даною теорією, агресія в тій чи іншій формі завжди буде нас супроводжувати [40].

Найбільшим впливом серед теорій цього напрямку користується теорія фрустрації – агресії, запропонований кілька десятиліть назад Дж. Доллардом і його колегами. Відповідно до цієї теорії, в індивіда, що пережив фрустрацію, виникає спонукання до агресії. У деяких випадках агресивний позив зустрічає якісь зовнішні перешкоди чи придушується страхом покарання. Однак і в цьому випадку спонукання залишається і може звести до агресивних дій, хоча при цьому вони будуть націлені не на щирого фрустратора, а на інші об'єкти, стосовно яких агресивні дії можуть відбуватися безперешкодно і безкарно. Це загальне положення про зміщену агресію було розширено і переглянуто М.Міллером, що висунув систематизовану модель, що пояснює появу цього феномена [2, 46].

Теорія когнітивної моделі агресивної поведінки, не містить у собі ніяких принципово нових формулювань. Просто вищевикладені теоретичні моделі уточнені і розширені в результаті додатка їх до емоційних і когнітивних процесів, що виступають у якості основних детермінант агресії [44].

Л.Берковиц, у своїх пізніх роботах, переглянув свою оригінальну теорію, перенести акцент із посилянь до агресії на емоційні і пізнавальні процеси і тим самим, підкресливши, що саме останні лежать в основі взаємозв'язку фрустрації й агресії [50].

Джерелом, відкіля діти черпають моделі агресивної поведінки, є взаємодія з однолітками. Гра з однолітками дає дітям можливість навчитися агресивних реакцій. Гучні ігри - у якій діти штовхаються, доганяють один одного, дражняться, штовхаються і намагаються заподіяти один одному якусь шкоду - фактично можуть виявитися порівняно «безпечним» способом навчання агресивній поведінці. Діти говорять, що їм подобаються їхні партнери по гучних іграх, і вони рідко одержують травми під час таких ігор [14].

Відзначимо, що психологічний конфлікт при агресивних станах у підлітковому віці являє собою несумісність, зіткнення суперечливих і нерозв'язних відносин особистості. Чим більше ступінь суперечливості, непослідовності і неадекватності у відношенні до дитини в родині, тим більше напружена і хитлива його внутрішня позиція, що є істотним чинником, що сприяє перенапрузі нервових процесів і невротичному «зриву» під впливом навіть незначних травм психіки і соматичного ослаблення.

Умовно психологічні чинники агресивної поведінки підлітків з розумовою відсталістю можна пояснити конфліктом інтересів (переваг), потреб, можливостей і потягів дитини.

Отже, вважаємо, що психологічні чинники агресивної поведінки дітей з розумовою відсталістю обумовлено психофізіологічними детермінантами вікового розвитку. До психофізіологічних детермінант розвитку психологи відносять: органічні ураження головного мозку, порушення нормального розвитку психічних, особливо вищих пізнавальних процесів, активність емоційній сфері (підвищена збудливість або, навпаки, інертності, труднощі в формування інтересів і соціальної мотивації к діяльності), психофізіологічні особливості, що властиві певному віку. У багатьох розумово відсталих дітей спостерігаються порушення також у фізичному розвитку: дисплазії, деформації

форми черепа і розмірів кінцівок, порушення загальної, дрібної і артикуляційною моторики, труднощі формування рухових автоматичних дій.

До психологічних чинників агресивної поведінки дітей з розумовою відсталістю, на нашу думку, слід віднести наступне:

- наявність психотравмуючих, тобто зухвалих хвилювань, життєвих обставин чи подій;
- труднощі, неможливість їхнього вирішення силами дитини, що приводить до хронічного почуття тривоги;
- зіткнення протилежно спрямованих мотивів, бажань, устремлінь, що породжують ефект фрустрації, внутрішнього занепокоєння;
- поява почуття незадоволеності собою, посилення занепокоєння й афективної напруженості;
- нестійкість самооцінки, в основному її зниження, песимістична оцінка перспективи;
- підвищення чутливості у виді нестерпності визначених життєвих обставин і подій або ідіосінкразичного, афективно загостреного типу реагування.

Якщо перший і другий пункти розглянутих психологічних чинників агресивної поведінки дітей з розумовою відсталістю зазначають стресовий стан, то починаючи з третього пункту – фрустрації, – він перетворюється в дистрес – більш – менш стійке, негативно сприйманий емоційний розлад. Сама дитина не може вийти з цього стану, оскільки не усуваються умови життя, що травмують психіку, і в нього немає достатнього життєвого досвіду. Разом з тим наростаючий афект, як похідне переживань, все в більшому ступені блокує рішення і здатність переносити аналогічні переживання надалі.

Загальновизнаним вважається той факт, що дезгармонічні, деструктивні сім'ї породжують невротичних особистостей. Приміром, родина, де дитина депривована стосовно своїх батьків і не одержує тепла, уваги і пестощів, що необхідні їй для нормального психоемоційного розвитку. Така дитина подорослішав, відчуває емоційну, невротичну залежність від людини, яка

перша проявить стосовно неї щиросердечну щирість, і на який вона, у свою чергу, обрушатиме увесь потік своїх незатребуваних і, тому, невитрачених почуттів. Подібного роду небезпеку подають у цьому випадку сім'ї, де дитина надмірно опікується батьками.

Таким чином, на агресивність дитини будуть впливати не тільки взаємини в родині, але і стиль сімейного виховання, а також взаємини дитини з братами і сестрами.

Тому для корекції агресивних проявів у дітей з розумовою відсталістю необхідно, на наш погляд, проведення психологічного консультування і психотерапії з батьківськими родинами. Напрямки сімейної терапії, у наш час, украй різноманітні і їхній вибір повинний ґрунтуватися на урахуванні неповторності і специфічності ситуації кожної родини окремо.

Отже, ми проаналізували всі основні, що заслуговують, на нашу думку, уваги, характеристики агресивної особистості з розумовою відсталістю дитячого віку. Що ж стосується специфіки психологічної практики відповідно до даної проблеми в Україні, то, наскільки нам відомо, найбільше часто при психокорекції особистості в ситуації стресу, вітчизняні психологи віддають перевагу еkleктичній манері проведення процесу психологічної корекції. Це означає, що на різних етапах роботи з дитиною психолог застосовує психотехніки і принципи різноманітних психотерапевтичних парадигм.

Таким чином, в першому розділі нами визначено, що вікові особливості розвитку розумово відсталої дитини являє собою період, коли переживання стають глибше, з'являються більше стійкі почуття, емоційне відношення до ряду явищ життя робиться довше й стійкіше, значно більше широке коло явищ соціальної дійсності небайдужій підліткові й погоджує в нього різні емоції. Почуття розумово відсталої дитини надзвичайно напружені, нервова система збуджена. Є таке психологічне поняття, характерне для дитини з розумовою відсталістю як «афект неадекватності», тобто бурхлива, некерована реакція дитини, що не відповідає за виразністю викликаному її приводу. В основі цієї реакції найчастіше лежить невідповідність самооцінки, як правило, низкою в

підлітків і високому рівню домагань. Підліткам значно частіше, ніж молодшим дітям, здається, що батьки, учителі й однолітки про них дурної думки, і це часом викликає депресивні стани.

У дітей з розумовою відсталістю в невротичному стані агресії відповідальність за події, що відбуваються, приписується собі з появою почуття провини і рудиментарних ідей самознищення. Характерні мовчання, замішання, фрустрація, коли підліток губиться і нічого не може сказати, роблячи враження «безвинно винуватого».

Отже, теоретичний аналіз особливостей дітей з розумовою відсталістю, що мають прояви невротичних агресивних станів, дозволяє визначити необхідність проведення діагностичної роботи.

РОЗДІЛ 2

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ РОЗУМОВО ВІДСТАЛИХ ДІТЕЙ В ІНКЛЮЗИВНОМУ ПРОСТОРИ

1.1. Визначення поняття й основних форм розумової відсталості

Розумова відсталість - відхилення, на яке страждає понад 120 млн. людей у всьому світі. Це одна з найчастіших причин інвалідності на все життя. За даними відомих дослідників розумової відсталості професора Е. Зіглера та Р. Ходаппа, перше наукове визначення розумової відсталості розроблене Американською Асоціацією з інтелектуальної недостатності 1959 року водночас автори чи не найавторитетнішого підручника з психіатрії «Оксфордський посібник з психіатрії» приводять визначення доктора Ескіроля, датоване 1845 роком, в якому порівнюються інтелектуальні здібності «ідіота» та інших осіб його віку [10].

Одне з останніх визначень поняття розумової відсталості опубліковане в матеріалах Всесвітньої організації охорони здоров'я до Всесвітнього дня здоров'я 2001 року, де міститься визначення розумової відсталості як «стану затриманого або неповного розвитку психіки, який в першу чергу характеризується порушенням здібностей, що проявляються в період дозрівання та забезпечують загальний рівень інтелектуальності, тобто когнітивних, мовних, моторних і соціальних здібностей» [44, 62].

О.Шпек вважав, що оптимальним термін «нездатність до навчання» і виокремлюють три ознаки належності до цієї групи клієнтів:

- порушення інтелекту;
- порушення соціального функціонування;
- виявлення у віці до настання зрілості [63].

До осіб з порушеннями розумового розвитку відносять осіб зі стійкими, незворотними порушеннями пізнавальної сфери, які виникли в наслідок органічного ушкодження кори головного мозку, що має дифузний характер. Характерною особливістю дефектів при розумовій відсталості є порушення вищих психічних функцій - відображення й регуляції поведінки і діяльності. Це, насамперед, має прояв проведені пізнавальних процесів, в емоційно-вольовій сфері, в моториці.

У медицині розумову відсталість відносять до групи граничних форм інтелектуальної недостатності, що характеризуються уповільненим темпом психічного розвитку, особистісною незрілістю, не грубими порушеннями пізнавальної діяльності. У більшості випадків затримка психічного розвитку відрізняється стійкою, хоча і слабо вираженою тенденцією до компенсації й оборотного розвитку, можливими тільки в умовах спеціального навчання і виховання [26].

Розумова відсталість за класифікацією В.В.Лебединського є однієї з форм дизонтогенезу (дизонтогенез (диз + греч. on - суще, істота, genesis - походження) - порушення психічного розвитку), поряд з іншими варіантами такими як, недорозвинення, ушкоджений розвиток, дефіцитарний розвиток, перекручений розвиток, дисгармонійний розвиток [17].

Причини виникнення розумової відсталості, як зазначено в працях Л.В. Занкова, різноманітні. До них відносять спадкові захворювання: мікроцефалію, фенілкетонурію, дегенеративні захворювання центральної нервової системи та інші, порушення в будові і кількості хромосом (синдром Дауна, олігофренія з ломкою X-хромосом, синдроми Клаймфельтера, Шерешевського - Тернера і інші)[14].

Викликати розумову відсталість можуть різного плану патогенні фактори, що впливають на дитину в період внутрішньоутробного розвитку.

В першу чергу до них відносять токсоплазмоз, лістеріоз, сифіліс, цитомегалію, краснуху, епідемічних паротит, грип і інші.

На більш пізніх термінах вагітності гострі інфекційні захворювання матері можуть привести до внутрішньоутробного зараження плоду і виникнення у нього внутрішньоутробного енцефаліту або менінгоенцефаліту. Несприятливу дію на розвиток мозку плоду надають деякі хронічні хвороби матері: захворювання серцево-судинної системи, нирок, печінки. Вживання лікарських препаратів, які протипоказані до використання в період вагітності, може викликати інтоксикацію плоду (деякі антибіотики, ряд нейролептичних і проти судомних препаратів, гормони). Згубно позначаються на розвитку плоду куріння, алкоголізм, наркоманія батьків, неправильне живлення матері, різні фізичні і психічні травми, перенесені в період вагітності, робота жінки на шкідливому виробництві до вагітності і в період вагітності, несприятливі умови навколишнього середовища, підвищений радіаційний фон в місцевості, де проживає вагітна жінка. Імунологічний конфлікт між матір'ю і плодом по резус-чиннику або груповим антигенам крові, що виявляється у вигляді гемолітичної хвороби новонароджених, також може бути причиною розумової відсталості [14].

У період пологів патогенними чинниками є родові травми мозку.

У період після пологів розумова відсталість може бути викликана нейроінфекціями (менінгіт, менінгоенцефаліт, параінфекційний енцефаліт). Рідше її причиною можуть бути черепно-мозкові травми, інтоксикації (отруєння).

Встановлено, що ступінь зниження інтелекту залежить від часу дії патогенного чинника. Наприклад, захворювання вагітної жінки в перші три місяці вагітності краснухою може бути причиною розумової відсталості майбутньої дитини, при захворюванні в більш пізні терміни порушення будуть менш виражені і можуть привести до затримки психічного, мовного розвитку.

Розумово відсталі особи - різнорідна за своїм складом група. До неї входять ті особи, у яких ураження мозку виникло внутрішньоутробно (в період розвитку ембріона і плоду), під час пологів або після пологів в період до трьох років, тобто до становлення мови. В цьому випадку має місце діагноз

олігофренія. Діти практично здорові, але при цьому спостерігається стійке недорозвинення психіки, яке виявляється не тільки у відставанні від норми, але і в глибокій своєрідності. Олігофрени здібні до розвитку, але воно здійснюється сповільнено, атипічно. Вони складають значну частину розумово відсталих.

Л.Б.Борщевська відзначала, що менша за чисельністю група - особи, у яких розумова відсталість виникла після трьох років. В результаті травм головного мозку, різних захворювань (менінгіту, енцефаліту, менінгоенцефаліту) відбувся розпад вже психічних функцій, що сформувалися. Ці полягання називають деменцією. Інтелектуальний дефект при деменції постійний. Наприклад, у дитини чотирьох років деменція може виявитися в розпаді фразової мови, навиків самообслуговування, зниженні або втраті інтересу до гри, малювання. Поразки при деменції неоднорідні. Разом з вираженими порушеннями в одних областях мозку може спостерігатися велике або менше збереження інших його відділів. При цих поляганнях частіше спостерігаються більш різкі порушення уваги, пам'яті, працездатності, ніж сприйняття, мислення, мови [4].

Особливу групу складають особи, у яких розумова відсталість поєднується з поточними захворюваннями нервової системи: шизофренією, епілепсією і ін. При прогресуванні цих захворювань відбувається розпад психічних утворень, розумова відсталість усугубляється, досягає важкого ступеня, з'являються специфічні особливості емоційно-вольової сфери, діяльності і особи в цілому. Своєчасне лікування дозволяє загальмувати прогресування захворювання.

За проявами інтелектуального дефекту О.М. Граборов, Н.Ф. Кузьміна, Ф.М. Новік виділяють декілька ступенів розумової відсталості. Загальноприйнята класифікація, заснована на систематизації різних форм олігофренії залежно від ступеня інтелектуальної недостатності, визначає три основні групи: дебільність, імбецильність та ідіотія [10].

У країнах Західної Європи і США ці терміни використовуються лише у вузькому професійному крузі фахівців (наприклад, медиками). В широкій

соціальної і педагогічної практиці використовується узагальнююче визначення «важконавчаємі».

Згідно класифікації, що було прийнято Всесвітньою організацією охорони здоров'я, розумова відсталість включає чотири ступені зниження інтелекту: незначну, помірну, важку і глибоку залежно від кількісної оцінки інтелекту [24].

Відповідно до міжнародної класифікації (МКБ-9) виділяють 3 ступеня розумової відсталості:

1. Дебільність - відносно легка, неглибока розумова відсталість;
2. Імбецильність - глибока розумова відсталість;
3. Ідіотія - найбільш важка, глибока розумова відсталість [24].

За сучасної міжнародної класифікації (МКБ-10) на основі психометричних досліджень розумову відсталість, поділяють на чотири форми: легку (IQ в межах 40-69), помірну (IQ в межах 35-49), важку (IQ в межах 20 - 34), глибоку (IQ нижче 20) [13].

Легкий ступінь розумової відсталості F70 (легка розумова субнормальність, легка олігофренія, дебільність).

За умови використання стандартних тестів визначення коефіцієнта інтелекту IQ, для легкої розумової відсталості цей коефіцієнт становить 50-69 балів. Особи з легким ступенем розумової відсталості засвоюють мову з деякою затримкою, проте вони здатні використовувати мову в щоденному спілкуванні, підтримувати розмови на побутову тематику і брати участь у клінічному опитуванні. Більшість з них також досягає цілковитої самостійності в навичках самообслуговування (харчування, одягання, особистої гігієни), навіть якщо темп розвитку цих функцій значно повільніший, ніж у так званих нормальних дітей. Головні труднощі зазвичай виявляються в процесі навчання у школі, де в багатьох з них виникають проблеми з читанням і письмом. Проте за відповідної підтримки та допомоги діти з легким ступенем розумової відсталості можуть оволодіти базовими навичками догляду за собою, і їхня відсталість може бути значною мірою компенсована.

Більшість осіб із легкою розумовою відсталістю за умови відповідного навчання потенційно здатні до ручної праці низької кваліфікації та напівкваліфікованої ручної праці. Якщо вимоги суспільства до адаптації не є високими, певний рівень розумової відсталості сам по собі не становить проблеми ні для самої особи, ні для соціуму. Але її наслідки, наприклад, неспроможність справитись із вимогами шлюбу або народженням та догляду за дитиною чи складність адаптації до культурних традицій, можуть бути яскраво вираженими [24].

Взагалі, в осіб з легким ступенем розумової відсталості поведінкові, емоційні і соціальні проблеми і в зв'язку з ними потреба в терапії і підтримці більше нагадують проблеми людей з нормальним рівнем інтелекту, ніж специфічні проблеми осіб з помірним і тяжким ступенями розумової відсталості.

Помірний ступень розумової відсталості F71 (помірна розумова субнормальність, помірна олігофренія, імбецильність) [13].

Коефіцієнт інтелекту IQ за стандартними тестами визначення коефіцієнта інтелекту становить для цієї групи 35-49 балів. Особи з таким ступенем РВ мають відставання в розвитку розуміння та використання мови, їхні можливості в цій сфері обмежені.

Розвиток навичок самообслуговування та функції рухового апарату також відстає, таким людям упродовж всього життя потрібна допомога і контроль. Шкільні успіхи теж обмежені, проте частина таких людей засвоює основні навички, необхідні для читання, письма й лічби. Навчальні програми можуть дати їм дещо розвинути свій обмежений потенціал і набути деяких базових навичок самообслуговування. Спеціально розроблені навчальні програми відповідають сповільненому характеру навчання з невеликим обсягом матеріалу, що потрібно засвоїти. В зрілому віці люди з помірною розумовою відсталістю зазвичай спроможні виконувати просту практичну роботу, якщо їм дають прості вказівки і здійснюють контроль над ними. Повністю незалежне проживання дорослої людини з помірною розумовою відсталістю здебільшого

неможливе. Проте такі люди цілковито мобільні та фізично активні. Більшість з них здатні встановлювати контакти спілкуватися з іншими людьми, бути залученими до простих соціальних дій.

Тяжкий ступінь розумової відсталості F72 (тяжка розумова субнормальність, тяжка олігофренія [13]).

Коефіцієнт інтелекту IQ за стандартними тестами на визначення коефіцієнта інтелекту становить для цієї групи 20-34 балів. Ця категорія подібна до помірної розумової відсталості за клінічної картиною та ознаками органічного ураження центральної нервової системи. Так само, як і для осіб з помірною розумовою відсталістю, для таких людей є характерним низьким рівень засвоєння різних навичок. Принципова відмінність між помірною та тяжкою розумовою відсталістю полягає в тому, що особи цієї категорії страждають на виражені моторні відхилення або інші клінічні прояви, що свідчать про значне органічне ураження.

Глибокий ступінь розумової відсталості F73 (глибока розумова субнормальність, глибока олігофренія, ідіотія).

Коефіцієнт інтелекту IQ у цієї категорії захворювання нижчий від 20, що означає, що такі особи є дуже обмеженими щодо можливостей розуміти або виконувати інструкції. Більшість з них є малоруховими або значно обмеженими в моторних можливостях, страждають на нетримання сечі й калу. Вони здатні розуміти лише найелементарніші форми немовного спілкування, не зможуть піклуватися про себе і потребують постійної допомоги та контролю.

Х.С. Замський привертає увагу таке твердження: 15% випадків розумової відсталості можна попередити [13]. Саме тому реальний масштаб проблеми, важкий тягар, що лягає на плечі сімей осіб з розумовою відсталістю і на медичні установи, ціна медичного забезпечення та соціальної підтримки - усе це потребує зусиль у напрямі розробки та створення ефективної профілактичної програми.

Зіставлення якісної характеристики зниження інтелекту (Україна) і кількісної характеристики (зарубіжні країни) дає наступні співвідношення:

Характеристики розумової відсталості

IQ	DSM-III Міжнародна система	Вітчизняна система
70-79	Прикордонний з нормою інтелектуальний розвиток	
50-70	Незначна розумова відсталість, утруднення в навчанні	Дебільність
35-49	Помірна розумова відсталість, труднощі в навчанні	Імбецильність
25-39	Важка розумова відсталість, значні труднощі в навчанні	Ідіотія
24 і нижче	Глибока розумова відсталість	

Дебільність - незначний ступінь розумової відсталості. Ця категорія осіб складає більшість серед страждаючих розумовою відсталістю (70-80%).

Діти відстають в розвитку від однолітків, що нормально розвиваються. Вони, як правило, пізніше починають ходити, говорити, в більш пізні терміни опановують навиками самообслуговування. Ці діти неспритні, фізично слабкі, часто хворіють. Вони мало цікавляться оточуючим: не досліджують предмети, не прагнуть дізнатися про них у дорослих, байдужі до процесів і явищ, що відбуваються в природі і соціальному житті. До кінця дошкільного віку їх активний словник бідний. Фрази односкладові. Діти не можуть передати елементарний зв'язний зміст. Пасивний словник також значно менше за об'ємом, ніж в нормі. Вони не розуміють конструкцій із запереченням, інструкцій, що складаються з двох-трьох слів, навіть в шкільному віці їм важко

підтримувати бесіду, оскільки вони не завжди достатньо добре розуміють питання співбесідника [11].

Без коректувального навчання до кінця дошкільного віку у цих дітей формується тільки наочна діяльність. Ігрова діяльність не стає ведучою. В молодшому дошкільному віці у них переважають безцільні дії з іграшками (несе кубик в рот, кидає ляльку), до старшого дошкільного віку з'являються наочно-ігрові дії (заколисування ляльки, катання машини), процесуальна гра - багатократне повторення одних і тих же дій. Ігрові дії не супроводжуються емоційними реакціями і мовою. Сюжетно-ролева гра самостійно, без спеціального коректувального навчання не формується [13].

Спілкування дитини з однолітками, що нормально розвиваються, утруднено: його не приймають в гру, оскільки він не уміє грати. Він стає знедоленим в середовищі однолітків і вимушений грати з більш молодшими дітьми.

Така дитина в умовах звичного дитячого саду зазнає стійкі труднощі в засвоєнні програмного матеріалу на заняттях по формуванню елементарних математичних уявлень, розвитку мови, ознайомленню з оточуючим, конструюванню. Якщо дитина не одержала в дитячому саду спеціальної педагогічної допомоги, він виявляється не готовим до шкільного навчання [5].

Часто діти з незначною розумовою відсталістю виховуються в умовах масового дитячого саду, оскільки їх відставання нечітко виражено. Але потрапляючи в масову загальноосвітню школу, вони зразу ж випробовують значні утруднення в засвоєнні таких учбових предметів, як математика, російська мова, читання. Часто залишаються на другий рік, але і при повторному навчанні не засвоюють програмний матеріал. Для того, щоб якомога раніше встановити причини труднощів і надати дитині спеціальну педагогічну допомогу, необхідно провести його психолого-медико-педагогічне обстеження в психолого-медико-педагогічних комісіях (ПМПК). Якщо це буде необхідне, йому буде рекомендовано навчання в іншому типі школи.

Не дивлячись на труднощі формування уявлень і засвоєння знань і навиків, затримку в розвитку різних видів діяльності, діти з незначною розумовою відсталістю все ж таки мають нагоду для розвитку. У них в основному підлягаючий зберіганню конкретне мислення, вони здатні орієнтуватися в практичних ситуаціях, орієнтовані на дорослого, біля більшості з них емоційно-вольова сфера більш збережена, ніж пізнавальна, вони охоче включаються в трудову діяльність.

Г.М. Дульнєв зазначав, що діти з незначним ступенем розумової відсталості потребують спеціальних методів, прийомів і засобів навчання, які враховують особливості їх психічного розвитку. Для них існують спеціальні дитячі сади, спеціальні групи в звичних дитячих садах, де створені особливі освітні умови для їх розвитку. Можливо включення двох-трьох дітей з незначним ступенем розумової відсталості в колектив нормальне однолітків, що розвиваються [11].

З семи-восьми років діти з незначною розумовою відсталістю вступають до спеціальних (коректувальні) шкіл, де навчання ведеться за спеціальними програмами. В невеликих містах відкриті спеціальні класи для дітей з порушеннями інтелекту при масових школах. Проте можливості професійної підготовки випускників, що навчаються в цих класах, значно нижче, ніж в спеціальних школах для дітей з порушенням інтелекту [31].

Більшість хлопців і дівчат з незначним ступенем розумової відсталості до моменту випуску з школи по своїх психометричних і клінічних проявах мало чим відрізняється від людей, що нормально розвиваються. Вони благополучно працевлаштуються, вливаються в трудові колективи на виробництві, створюють сім'ї, мають дітей.

Ці люди дієздатні, тому суспільство визнає їх за здатні відповідати за свої вчинки перед законом, нести військову повинність, успадковувати майно, брати участь у виборах до органів місцевого і федерального управління і т.і.

Імбецильність є помірним ступенем розумової відсталості. При цій формі уражені як кора великих півкуль головного мозку, так і нижче знаходженні

утворення. Це порушення виявляється в ранні періоди розвитку дитини. В дитячому віці такі діти починають пізніше тримати головку (до чотирьох-шести місяців і пізніше), самостійно перевертатися, сидіти. Опановують ходьбою після трьох років. У них практично відсутні лепет, не формується «комплекс пожвавлення» [13].

Мова з'являється до кінця дошкільного віку і є окремими словами, рідкісної фрази. Часто значно порушене виявлення звуків. Істотно страждає моторика, поетом навик самообслуговування формуються насилу і в більш пізні терміни, ніж у дітей, що нормально розвиваються.

Пізнавальні можливості, на думку Д.М. Ісаєва, різко знижені: грубо порушені відчуття, сприйняття, пам'ять, увага, мислення. Основною межею, характерною для осіб даної категорії, є нездатність до самостійного понятійного мислення. Наявні поняття носять конкретний побутовий характер, діапазон яких дуже вузький. Мовний розвиток примітивний, власна мова бідна, хоча розуміння мови на побутовому рівні підлягаючий зберіганню [18].

Діти з помірним ступенем розумової відсталості (імбецильність) признаються інвалідами дитинства. Ці діти цілком здатні оволодіти навиками спілкування, соціально-побутовими навиками, грамотою, рахунком, деякими відомостями про навколишній світ, навчитися якому-небудь ремеслу. В той же час вони не можуть вести самостійний спосіб життя, потребують опіки.

У дошкільному віці діти можуть відвідувати спеціальні дитячі сади для дітей з порушенням інтелекту, а в 7-8 років вони можуть бути прийняті в спеціальні (коректувальні) школи, де для них створені спеціальні класи. Також вони можуть навчатися в школах для дітей з вираженим порушенням інтелекту [11].

Після закінчення школи хлопці і дівчата знаходяться в сім'ї, вони здатні виконувати найпростіший обслуговуючий працю, брати на будинок роботу, що не вимагає кваліфікованої праці (склеювання конвертів, коробка і т.і.). Практика показала, що особи з помірним ступенем розумової відсталості

чудово справляються з сільськогосподарською працею (досвід кемпхіл-общин), яка доставляє їм радість, даючи можливість само реалізуватися.

Р.Кравченко відзначено, що ідіотія - найважчий ступінь розумової відсталості. Діагностика цих грубих порушень можлива вже на першому році життя дитини. Серед численних ознак особливо виділяються порушення статичних і моторних функцій: затримка в прояві диференційованої емоційної реакції, неадекватна реакція на оточення, пізня поява навиків стояння, ходьба, відносна пізня поява лепету і перших слів, слабкий інтерес до навколишніх об'єктів і гри [24].

Л.П. Фалинська визначала, що діагностика ґрунтується також на даних про здоров'я членів сім'ї, перебігу вагітності і пологів, а також на результатах генетичних і пренатальних досліджень [7].

Таким чином, розумова відсталість є однієї з найбільш розповсюджених форм психічної патології дитячого віку. Частіше вона виявляється з початком навчання дитини в підготовчій групі дитячого саду. Більш ретельному виявленню станів інтелектуальної недостатності сприяє ріст вимог, пропонованих суспільством до особистості дитини і підлітка.

Відношення суспільства до розумово відсталих осіб в різні періоди його розвитку було неоднаковим.

Організована суспільна допомога розумово відсталим одержала розвиток лише з початку XIX в.

Х.С.Замським визначено, що з середини XIX в. у зв'язку з введенням законів про обов'язкове початкове навчання стали виявлятися діти з легким ступенем розумової відсталості. Велике значення для розвитку теорії і практики навчання і виховання розумово відсталих осіб мали лікарсько-педагогічна система Э. Сегена, ідеї И.Т. Вайзе, В. Айрленда (1832-1903), Ж. Демора, О. Декролі, М. Монтессори [13].

У Росії перша освітня установа для розумово відсталих дітей була відкрита доктором Ф. Пляцом в 1854 році в Ризі. Пізніше з'явилися лікарсько-виховний заклад І.В. Маляревського, притулки і школа О.К. Грачевой,

допоміжні класи М.П. Постовської. Вони були приватними, платними, існуючими на добродійні пожертвування. В 1908 році в Москві було відкрито приватний учбово-виховний заклад «Школа-санаторій для дефективних дітей» під керівництвом В.П. Кащенко, яке згодом стало одним з перших і провідних науково-методичних центрів вітчизняної дефектології [26].

У перші роки після революції 1917 р. турбування про розумово відсталих осіб держава прийняла цілком на себе. Була створена мережа допоміжних шкіл. Період 30-70-х рр. характеризується інтенсивним розвитком вітчизняної олігофренопедагогіки - системи наукових знань про навчання і виховання розумово відсталих осіб. Великий внесок у її розвиток внесли Л.С. Виготській, Л.В. Занков, А.Н. Граборов, Г.М. Дульнев і ін.. Одночасно з цим продовжується подальше вивчення недоумства (А.Р. Лурія, Ж.І. Шиф, Б.І. Пінській, В.Г. Петрова, І.М. Солов'їв, С.Я. Рубінштейн, В.І. Лубовській, Г.Е. Сухарева, М.С. Певзнер та ін.).

Останніми роками в спеціальній педагогіці широке поширення набули ідеї інтеграції. Вони розповсюдилися також на утворення розумово відсталих осіб [24].

У кожній країні виховання і навчання глибоко розумово відсталих здійснюється по-різному: виходячи з економічних умов, історичних традицій, культурного розвитку, соціальної політики.

Виявлення потенційних можливостей осіб з важкими інтелектуальними порушеннями привело до тому, що в розвинених країнах світу їм надано право на освіту, яка захищена рядом міжнародних правових документів.

У країнах Західної Європи і США дітей з вираженими інтелектуальними порушеннями підрозділяють на навчаємих - здібних до навчання в масовій загальноосвітній школі з адаптованою індивідуальною освітньою програмою, і тренуваних - таких, які здібні лише до деякого просування в спеціально організованому повчальному процесі.

Починаючи з 70-х рр. в багатьох західноєвропейських країнах і США підрозділ дітей на навчасних-ненавчасних на відміну від нашої країни був скасований.

Дитині з вираженим інтелектуальним порушенням, на думку зарубіжних фахівців, необхідно з перших днів перебування в школі в інтегрованому класі незалежно від дефекту, його глибини і структури адекватно вести себе серед інших дітей і володіти найпростішими учбовими навиками (уміти слухати мова дорослого, виконувати найпростіші інструкції, володіти необхідними навиками самообслуговування). Через спеціально організовані центри навчання батьків, дошкільні групи в дитячих садах ведеться підготовка дітей з глибокою розумовою відсталістю до включення в шкільне навчання [13].

Система навчання і виховання дітей з глибокими інтелектуальними порушеннями, що склалася, надає батькам або опікунам дітей широкий вибір варіантів навчання дитини як в державній системі освіти, так і в недержавних освітніх установах. Проте системи і стандартизації в цій області освіти немає.

Найважливішим з останніх досягнень в області утворення дітей з важкими інтелектуальними порушеннями є розробка програм раннього втручання в розвиток. Є дані про велику користь таких програм для дітей з різким зниженням інтелектуальної діяльності. Наголошується, що IQ зростає, поліпшуються потенційні можливості розвитку. Є позитивні результати навчання читанню глибоко розумово відсталих дітей в рамках програми раннього втручання [21].

Встановлено, що глибоко розумово відсталі з IQ нижче 32 можуть навчитися читати і розуміти прочитане. Навчання читанню стало для цих дітей складовою частиною загального мовного розвитку. Навчання читанню цілими словами (глобальне читання) приводить до відносного розвитку когнітивних навиків, є важливим способом «входження» в мовну діяльність. Проте обмежені можливості моторики не дозволили перейти цим дітям до листа. Відзначено було також і те, що освоєні навик швидко розпадалися. Програми раннього втручання в розвиток дітей по навчання читанню, листу, малюванню

в основі своїй є тренінговими, є відробітком безлічі незалежних, але добре освоєних окремих елементів [19].

Цікавий досвід вальдорфських дитячих садів, де у дітей незалежно від ступеня вираженості порушення інтелекту намагаються розвивати емоційно-позитивне відношення до оточуючих.

У ряді європейських країн діти з фізичними і інтелектуальними порушеннями обов'язково навчаються в лікувально-педагогічних установах. Тих з них, кого не вдається навчати, розвивають в умовах практичної діяльності [24].

При наданні психологічної допомоги дітям з розумовою відсталістю їх визначають в різні групи не по віковій характеристиці, а по рівню загального і інтелектуального розвитку. В цих групах є свій варіант навчальної програми, яка визначає мінімально необхідні, доступні знання та навички. Особливу увагу надають формуванню соціально-побутових навичок.

Зміст початкового навчання містить елементарні знання і уміння з читання, письма, рахунку. Різноманітне коло професій, які можуть освоїти особи з вираженими інтелектуальними порушеннями: автослюсарна справа, машино- і металотехніка, плетіння, прибирання приміщень, садівництво, складське господарство, догляд за хворими і ін. Як правило, ці люди навчаються в спеціальних групах при професійних училищах.

Фахівці центрів соціального піклування і захисту здійснюють патронаж осіб з вираженими інтелектуальними порушеннями в цілях забезпечення їм умов і можливостей до самостійного життя.

Н.Ф. Денисенко було встановлено, що впродовж багатьох років в Україні діти і дорослі з різко пониженою інтелектуальною недостатністю виховуються і проживають в спеціалізованих будинках-інтернатах. Відповідно до діючої в будинки-інтернати системи соціального забезпечення «прямують і приймаються діти з розумовою відсталістю в ступені імбецильність та ідіотія, а також в ступені дебільність за наявності порушень опорно-рухового апарату»[12, 75].

Останніми роками все частіше сім'ї, в яких з'являється дитина з важким порушенням інтелекту, висловлюють бажання виховувати таку дитину удома, а не передавати його в будинок-інтернат системи соціального захисту. Батьки гостро потребують психологічної і педагогічної допомоги, щоб повноцінно виховувати дитину в сім'ї, проте системи психолого-педагогічної допомоги дітям і батькам, що склалася, з перших днів і місяців життя дитини поки немає.

2.2. Клінічно-психологічна характеристика дітей з розумовою відсталістю в інклюзивному просторі

При вивченні проблем дітей з відсталістю в розумовому розвитку, на нашу думку, слід звертатися до культурно-історичної теорії інтелекту Л.С. Виготського, теорії діяльності О.М. Леонтьєва, теорії сенсомоторного навчання О.В. Запорожця, теорії поетапного формування розумових дій П.Я. Гальперіна [13].

Особливий вплив на розгляд вад в розумовому розвитку дитини мали також роботи І.М. Сеченова, І.П. Павлова, М.О. Бернштейна, О.В. Запорожця, В.П. Зінченка про рух як умову поліпшення сприймання, як дію, що входить до мислення, як такі рухові акти, що є первинними по відношенню до актів психічних.

При вивченні цього питання слід спиратися на висновки Л.С. Виготського про те, що розвиток моторних функцій – один із центральних напрямків компенсації розумової недостатності [13]. В центральний апарат побудови рухів, руховий аналізатор, входить велика кількість коркових зон, робота яких забезпечує той чи інший бік рухового акту. Цей аналізатор, на думку О.Р.Лурії, «є найбільш складним і найбільш загальним з усіх механізмів аналізу і синтезу» [25, 71]. Робота виходить з теорії функціональних систем П.К.Анохіна, який підкреслював, що сукупні елементи функціональної системи не обов'язково

безпосередньо взаємодіють між собою, але взаємосприяють досягненню загального результату.

В.М. Шмаргун зазначав, що за проявами та глибиною порушень вади розумового розвитку зумовлено як різними причинами їх виникнення, так і неповторністю індивідуальності кожної дитини, історії її виховання та розвитку. З одного боку, ці порушення зумовлюють біологічні фактори: спадкові недоліки у функціонуванні нервової системи, а ще більше - несприятливі умови внутрішньоутробного розвитку внаслідок хвороб матері, інтоксикації різними шкідливими речовинами, зокрема алкоголем та наркотиками, травми та хвороби центральної нервової системи в ранньому дитинстві, а також хронічні захворювання, які ослаблюють дитячий організм. З іншого боку, до розумової відсталості призводять несприятливі психосоціальні умови виховання дитини, насамперед психічна депривація, тобто неможливість задовольнити потребу в емоційному контакті з близькими дорослими, пізнавальну потребу [62].

Вітчизняними дослідниками Л. Бондар, Є. Одинченко визначено, що ще тяжчими бувають наслідки, якщо поєднуються біологічні та соціальні фактори [5].

Розумово відсталі (недоумкуваті) діти – найчисельніша категорія аномальних дітей. Вони становлю приблизно 1 – 3% загальної дитячої популяції. Поняття розумово відстала дитина, на думку В.Г. Петрової, включає у собі досить велику масу дітей, яких об'єднує наявність ушкодження мозку, має найпоширеніший характер [23].

Діти з вадами розумового розвитку - це діти, в яких у результаті органічних уражень головного мозку спостерігається порушення нормального розвитку психічних, особливо вищих пізнавальних процесів(активного сприйняття, мимовільної пам'яті, мислення, мови тощо). Для таких дітей характерною є наявність патологічних рис у емоційній сфері: підвищеної возбудимості або, навпаки, інертності; труднощі формування інтересів і

соціальної мотивації діяльності. Такі діти найчастіше навчаються у спеціальних закладах освіти [21].

Зазначимо, що умови інтернату теж не є оптимальними для повноцінного формування особистості дитини. Саме тому в цих закладах виявляється дуже багато дітей із вадами розумового розвитку. Немало їх і в неблагополучних сім'ях. Усі вони потребують комплексної психолого-медико-педагогічної допомоги. Вона починається з діагностики, зокрема із з'ясування, у чому полягають проблеми психічного розвитку дитини та яких методів педагогічного впливу необхідно вжити для їх подолання [44].

Аналіз різних підходів вивчення структури інтелекту показує, що розвиток інтелекту відбувається як в напрямку збагачення його змісту, тобто збільшення інтелектуальних дій та образів (функціональний розвиток за О.В. Запорожцем), так і в напрямку послідовних якісних змін (стадійний розвиток за Ж. Піаже).

Незважаючи на різноманіття підходів у визначенні структури інтелекту, більшість дослідників погоджуються з тим, що інтелектуальні здібності людини значною мірою визначаються рівнем сформованості механізмів диференціації, інтеграції та ієрархічної організації когнітивних структур.

Основною біологічною причиною, на думку більшості дослідників (Н.Ю. Максимова, О.Л. Мілютіна, В.М. Піскун), є мінімальні органічні ураження головного мозку, що можуть бути вродженими і виникати в пренатальному (особливо при токсикозах у першій половині вагітності), перинатальному (родові травми, асфіксія плоду), а також постнатальному періоді життя дитини. У деяких випадках може спостерігатися і генетично обумовлена недостатність центральної нервової системи. Інтоксикації, інфекції, обмінно-трофічні розлади, травми ведуть до негрубих порушень темпу розвитку мозкових механізмів або викликають легкі церебральні органічні ушкодження [26].

Унаслідок цих порушень у дітей впродовж досить тривалого періоду спостерігається функціональна незрілість центральної нервової системи, що, в свою чергу, виявляється в слабкості процесів гальмування і порушення,

складності в утворенні складних умовних зв'язків. Для дітей цієї групи характерна значна неоднорідність збережених ланок психічної діяльності, а також яскраво виражена нерівномірність формування різних сторін психічної діяльності.

Т.В. Шаповалова, Н.В. Грабовенко відзначали, що коло соціально-психологічних факторів, які прямо або побічно впливають на вади в розумовому розвитку дитини, дуже широке. До цих факторів відносять наступні: рання депривація, неприйняття дитини, алкоголізм і наркоманія батьків, несприятлива екологія, а також різні варіанти неправильного виховання, фактор неповної родини, низький освітній рівень батьків. Несприятливі соціальні фактори збільшують відставання в розвитку [59].

Патологічна незрілість емоційно-вольової сфери сполучиться з недостатнім рівнем знань і бідністю уявлень. Розвиток дитини в умовах гіперопіки (надмірної, зайвої опіки) веде до виникнення в нього таких негативних рис особистості, як відсутність або недостатність самостійності, ініціативності, відповідальності. Діти з такою формою розумової відсталості не здатні до вольового зусилля, у них відсутня довільна форма поведінки. Усі ці якості призводять до того, що дитина виявляється непристосованою до життя [26].

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

Н.Ю. Максимова, О.Л. Мілютіна, В.М. Піскун зазначали, що залежно від типу співвідношення рис органічної незрілості й ушкодження ЦНС виділяють два клініко-психологічні варіанти вад в розумовому та психічному розвитку церебрально-органічного генезу. При першому варіанті - у дітей виявляються риси незрілості емоційної сфери за типом органічного інфантилізму (негрубі

церебростенічні і неврозоподібні розлади, ознаки мінімальної мозкової дисфункції, незрілість мозкових структур) [26].

Порушення вищих коркових функцій мають динамічний характер, обумовлений їх недостатньою сформованістю і підвищеною виснаженістю. Регуляторні функції особливо слабкі в ланці контролю.

При другому варіанті - домінують симптоми пошкодження: виражені церебростенічні, неврозоподібні, психопатоподібні синдроми. Неврологічні дані відбивають виразність органічних розладів і значну частоту осередкових порушень. Спостерігаються також важкі нейродинамічні розлади і дефіцитарність коркових функцій, у тому числі їхні локальні порушення. Дисфункція регуляторних структур виявляється в ланках і контролю, і програмування.

Н.М. Трофімова, С.П. Дуванова, Т.Ф. Пушкіна відзначали, що особам з розумовою відсталістю властиво відставання темпу становлення пізнавальних процесів. Дитина може володіти розвиненим мовленням, запам'ятовувати вірші і казки, давати раду із завданнями, які потребують практичних навичок, але погано читати, писати, рахувати. Не користується він і набутими знаннями, хоча непогано розв'язує завдання, що потребують застосування чуттєвого досвіду [48].

Аналіз електроенцефалограми активності мозку дітей з розумовою відсталістю свідчить про незрілість його функціональних блоків. Це стосується насамперед блоку програмування, регуляції та контролю діяльності. У його роботі є вияви функціональної асиметрії в бік правої півкулі та недостатньої активності лобових часток. Уповільненим є також час передавання сенсорної інформації до лівої півкулі з правої, у зв'язку з цим сприйняття здійснюється переважно через останню [26].

За результатами досліджень Л.І. Солнцевої, у дітей із вадами в розумовому розвитку часто несформовані сенсорні еталони, унаслідок чого їм важко розрізнити близькі за звучанням слова, а для їхнього зорового сприйняття характерна мала швидкість перцептивних дій. Це пояснює те, чому,

навіть маючи нормальний слух і зір, такі діти помічають менше довколишніх предметів, ніж їхні однолітки з нормативним розвитком. У них знижена також стійкість уваги, причому в одних показники уваги у процесі виконання завдання поступово знижуються, в інших зосередження уваги настає лише після виконання якихось дій або відбуваються періодичні коливання стійкості уваги. Зниженими є також такі властивості уваги, як переключення та розподіл [44].

В перерахованих випадках заявляє про себе фундаментальна закономірність психічного розвитку. Проте якщо в нормі рівень опосередкування поступово зростає, то в дітей з розумовою відсталістю виявляють його затримку. На прикладі пам'яті - це переважання механічного запам'ятовування над довільним. Навіть у підлітковому віці діти з розумовою відсталістю здебільшого орієнтуються на механічне запам'ятовування і майже не використовують можливостей перебудування матеріалу. На прикладі мислення - наочно-дійове переважає над словесно-логічним: діти не аналізують умови завдання і відразу ж, не плануючи своїх дій, здійснюють спроби наочно-образного розв'язання.

Ці особливості було пояснено у культурно-історичній теорії Л.С. Виготського. У всіх цих ситуаціях, на думку автора, натуральна лінія розвитку переважає культурну, тобто виявляються біологічні умови психічного розвитку, що перешкоджають процесам опосередкування [8].

Натомість на перший план виходить недоопосередкованість - у вигляді недорозвинення пізнавальної функції психіки. З позицій цієї теорії, причини недоопосередкованості полягають, з одного боку, у незадовільній організації спільної діяльності дитини з дорослим, а з другого - у процесах інтеріоризації, які не забезпечують своєчасного переходу дитини від натуральної до культурної лінії розвитку. Тому в пізнавальній діяльності переважають природні, до того ж зі зниженим темпом функціонування, механізми.

Аналіз проблеми розумової відсталості показує, що внаслідок цієї вади більше всього потерпає інтелектуальний компонент загального психічного

розвитку дітей, і тому ефективність корекції вад у таких дітей має визначатись, перш за все, змінами в показниках їх інтелекту.

Р. Кравченко відмічала, що існує нижній «поріг» IQ для навчальної діяльності – успішно можуть навчатися тільки ті школярі, чий інтелект вище певного рівня, який повинен відповідати вимогам навчальної діяльності [24].

Розумова відсталість у дітей є складним порушенням, при якому у різних дітей страждають різні компоненти їх психічної, психологічної і фізичної діяльності. При проявах розумової відсталості має місце нерівномірність формування різних психічних функцій, типовим є поєднання як пошкодження, так і недорозвинення окремих психічних функцій з підлягаючими зберіганню. При цьому глибина пошкоджень і ступінь незрілості може бути також різною [31].

Серед дітей з розумовою відсталістю церебрально-органічного генезу виділяють групи з проявами психічної нестійкості і психічної загальмованості. Діти шумні та рухливі: на прогулянках лазять по деревах, голосно кричать, намагаються брати участь в іграх інших дітей, але не вміють слідувати правилам, сваряться, заважають іншим. З дорослими бувають ласкавими і навіть настирливими, але легко вступають у конфлікт проявляючи при цьому грубість та крикливість. Почуття розкаяння та образи у них неглибокі та короткочасні [27].

При психічній загальмованості поряд з особистісною незрілістю особливо проявляється несаможиттєвість, нерішучість, повільність, надмірна прив'язаність до батьків призводить до труднощів, звикання до дитячого садка. Такі діти часто плачуть, сумують за домом, уникають рухливих ігор. Особливу увагу в корекційно-педагогічному процесі приділяють двом напрямкам. З одного боку це передумова емоційного розвитку, а з іншого - розвиток основних функцій мовлення: функції спілкування (комунікативної), пізнавальної функції й функції регуляції діяльності.

У дітей в нормі раніше всього з'являється функцією спілкування з дорослими. Вона носить емоційний, предметний й діловий характер. Згодом

виникає й розвивається спілкування з однолітками. Чим вищий рівень загального психічного розвитку дитини, тим більшу роль в спілкуванні відіграють емоційно-комунікативні процеси. Особливе значення це має для дітей з розумовою відсталістю у колективних видах діяльності дітей, в першу чергу у грі. Тут за допомогою комунікативних процесів вони домовляються про зміст гри, складають її план, розподіляють ролі, домовляються при цьому про поведінку кожного персонажу. За допомогою комунікації здійснюється й взаємовідносини дітей у ході самої гри [15].

Л.І. Солнцева відмічала, що в пізнавальній діяльності дитини з розумовою відсталістю спостерігаються: слабка пам'ять, нестійкість уваги, повільність психічних процесів і їх знижена перемикається. Для дитини із необхідний триваліший період для сприйняття і переробки зорових, слухових і інших вражень. Для дітей із вадами в розумовому розвитку характерні обмежений (набагато бідніше, ніж у дітей того ж віку, що нормально розвиваються) запас спільних відомостей про той, що оточує, недостатньо сформовані просторові і тимчасові вистави, бідний словарний запас, несформірованість навиків інтелектуальної діяльності [44].

М.М. Кабанова, А.Е. Личко, В.М. Смирнов виділяли такі типи порушень навчально-пізнавальної діяльності дітей із вадами в розумовому розвитку:

- порушення, пов'язані з дефіцитним розвитком функції регуляції навчально-пізнавальної діяльності при первинно збереженому інтелектуальному розвитку дитини та достатній наочності (це насамперед, стани дефіциту з гіпер- чи гіпоактивністю, недорозвиненістю мотиваційної та емоційно-вольової сфер, розлади працездатності різного походження);

- порушення, пов'язані з недостатнім інтелектуальним розвитком дітей при порівняно збереженому рівні їх наочності, яка може бути реалізованою в умовах спеціально організованого навчання;

- порушення навчально-пізнавальної діяльності, пов'язані з недостатнім інтелектуальним розвитком, зумовленим зниженою наочністю (виявляється

в особливій ригідності, негнучкості мислення, а також труднощами в оперуванні наявним досвідом) [19].

Таким чином, в дослідженнях, які здійснювалися в межах проблеми розумового розвитку у дітей, було з'ясовано, що в якості основного дефекту цієї патології розглядають незрілість емоційно-вольової сфери та недорозвиток пізнавальної діяльності, якісні характеристики яких безпосередньо залежать від етіопатогенетичного типу цієї аномалії розвитку (Т.О. Власова, В.В. Лебединський, І.Ф. Марковська, О.С. Нікольська, М.С. Певзнер).

Дані нейропсихологічних досліджень М.С. Певзнер свідчать про значні відмінності як за характером, так і за ступенем дефіцитності вищих коркових функцій. У легших випадках в її основі лежить нейродинамічна недостатність, пов'язана, передусім, з виснажливістю психічних функцій [31].

За умови складнішого органічного ураження мозку до грубіших нейродинамічних розладів, які виявляються в інертності психічних процесів, приєднується первинна дефіцитність окремих коркових і підкоркових функцій: праксису, зорового гнозису, пам'яті, мовної сенсомоторики. Водночас спостерігається певна парціальність, мозаїчність порушень окремих коркових функцій. Парціальна недостатність коркових функцій, призводить, відповідно, до вторинного недорозвитку найбільш складних психічних новоутворень, зокрема, довільної регуляції, відносно якої перераховані вище порушення виступають як базальні.

Первинний дефект породжує численні вторинні зміни психіки дитини. За класифікацією М.С. Певзнер, Т.О. Марченко, при гармонійному інфантилізмі (неускладненому психічному і психофізичному інфантилізмі) центральною у структурі дефекту є незрілість емоційно-вольової сфери, яка, в одному випадку, характеризується імпульсивністю та психомоторною розгальмованістю поведінки, нездатністю до вольового зусилля та систематичної діяльності. В іншому випадку – гіпоактивністю, що перешкоджає формуванню активності, ініціативи, самостійності [31].

К.С. Лебединська, М.Г. Рейдидбойм відзначали, що неоднорідність розумового розвитку спостерігається і тоді, коли її спричиняє стійка астения, що виникає на ґрунті різних соматичних захворювань, знижує фізичний і психічний тонус, внаслідок чого гальмується розвиток пізнавальної діяльності. До цього ж, додається затримка розвитку емоційно-вольової сфери (соматогенний інфантилізм), виникнення якого зумовлено низкою невротичних характеристик особистості [32].

О. Шпек зазначав, що гальмування розвитку особистості дитини може відбуватися під впливом різних негативних соціальних чинників (явища гіпер- чи гіпоопіки), які виникають в ранньому дитинстві і діють тривалий час. Основне місце в структурі цього дефекту посідає патологічна незрілість емоційно-вольової сфери [63].

У вітчизняній психіатрії виділяють 3 групи етіологічних (що вказують причину) факторів розумової відсталості.

Перша група - неповноцінність генеративних клітин батьків, спадкові захворювання батьків, патологія ембріогенезу.

Друга група - патологія внутрішньоутробного розвитку (впливу інфекцій, інтоксикацій, травм).

Третя група - пологова травма і постнатальні ураження центрально-нервової системи [31].

Для встановлення правильного діагнозу необхідно враховувати співвідношення трьох груп симптомів: дизонтогенетична синдромів (пов'язаних з дисфункцією дозрівання центральної нервової системи), енцефалопатичних синдромів (пов'язаних з пошкодженням ЦНС) тієї чи іншої локалізації, включаючи і мінімальні дисфункції, і синдромів, що відображають вторинні захисні механізми організму.

Виділяються три діагностичних критерію розумової відсталості: 1)клінічний (наявність органічного ураження головного мозку); 2)психологічний (стійке порушення пізнавальної діяльності); 3)педагогічний (низька здатність до навчання).

Таким чином, розумова відсталість характеризується неоднорідністю, поліморфністю порушень емоційно-вольової та пізнавальної сфер. Усі ці фактори – якісно різні порушення психічної сфери, різний механізм та підґрунтя їх виникнення – позначатимуться на визначенні поведінки дитини.

Отже, для дітей з розумовою відсталістю характерна недостатність інтегративної діяльності мозку, яка проявляється в знижених сенсомоторних здібностях. При вирішенні інтелектуальних задач в ускладнених ситуаціях (обмеженість часу) їм притаманний переважно імпульсивний когнітивний стиль поведінки. Виходячи з цих даних, можна говорити про когнітивні стилі дітей з розумовою відсталістю та звичайних дітей. Методи когнітивної диференційованості можуть мати вагоме прогностичне значення в діагностиці психічного розвитку дітей, визначати їх когнітивно-стильову поведінку, а сама ментальна швидкість може виступати як предикатор розумового розвитку.

Таким чином, в першому подано огляд результатів теоретичного аналізу літературних джерел за проблемою дослідження, проаналізовано й узагальнено основні підходи до розуміння дітей з розумовою відсталістю.

2.3. Особливості розумово відсталих дітей з проявами агресивності в інклюзивному просторі

В емоційно-вольовій сфері розумово відсталих дітей також відмічаються характерні особливості. В той час як елементарні емоції можуть бути відносно збереженими, вищі емоції залишаються недорозвиненими і недостатньо диференційованими. Переважають, головним чином, безпосередні переживання, емоції, які витікають із конкретної ситуації і діяльності, що є актуальною лише в даний момент [21]. Як правило, ступінь емоційного недорозвинення знаходиться в відповідності до глибини інтелектуального дефекту і недостатності інших компонентів психічної діяльності. Вольова діяльність хворих характеризується слабкістю спонукань і ініціативи,

недостатністю самостійністю. Разом з тим їх вчинкам притаманна нецілеспрямованість, відсутність боротьби мотивів, імпульсивність і в той же час – негативізм.

В.М. Синьов до основних причин незрілості емоційної сфери у дітей з неускладненою олігофренією відносив: недостатність інтелекту, ускладнений процес формування соціальних потреб та несприятливі умови виховання [27]. Недостатність інтелекту призводить, по-перше, до неадекватності емоційного реагування на ситуації, недоступні розумінню дитини, а, по-друге, — до неспроможності усвідомлювати власні емоційні прояви та стани і керувати ними. Несформованість або поверховість соціальних потреб, характерні при розумовій відсталості, ускладнює процес розвитку почуттів.

Якщо в процесі виховання дитини-олігофрена не враховуються її психологічні особливості, це зумовлює незадоволення таких важливих для будь-якого індивіда потреб, як потреба у самоствердженні та відчуття захищеності [26]. В свою чергу це призводить до формування комплексу неповноцінності та інших негативних особистісних утворень, які супроводжуються різноманітними відхиленнями в емоційній сфері.

Крім емоційної незрілості, під якою розуміється невідповідність афективних реакцій індивіда його віку, в учнів допоміжної школа спостерігається також патологія емоцій. Найчастіше вона зустрічається у дітей з ускладненою олігофренією або з деменцією і зазвичай зу мовлена глибинними локальними пошкодженнями відповідних Ділянок головного мозку. Ступінь порушення емоційної сфери залеж також від глибини пошкодження мозку.

Діяльність хворих визначається ступенем інтелектуального дефекту і рівнем зрілості особистості. Діти з легкою розумовою відсталістю можуть бути досить активними і цілеспрямованими в оволодінні простих трудових навичок, добре пристосовуватися в різноманітних життєвих ситуаціях і в подальшому засвоювати відносно нескладні види праці. Разом з тим слабкість осмислення і недостатня критичність все ж таки заважають їм всебічно орієнтуватися, бути самостійними [27].

В зв'язку з підвищеним наслідуванням, навіюванням і несамостійністю поведінка розумово відсталих дітей часто залежить від потягів і афектів, а також від ситуації і обставин.

Рівень зрілості особистості розумово відсталого дитини визначається ступенем інтелектуального недорозвинення, віком, умовами виховання, навчання та іншими факторами [10].

До найбільш частих і постійних проявів розумової відсталості також відносять симптоми і синдроми які вказують на недорозвинення моторної сфери. Недорозвинення психомоторики проявляється перш за все в запізненні і сповільненні темпу розвитку локомоторних функцій, в непродуктивності і недостатній доцільності послідовних рухів, в руховому неспокої і метушливості. Рухи і дітей збіднілі, незграбні і недостатньо плавні. Більше страждають тонкі і точні рухи, міміка, жестикуляція.

Емоційна нестабільність дітей дошкільного віку може провокувати немотивоване відтворення окремих дітей групою. Особливо від цього страждають діти з недостатнім розумовим розвитком, невпевнені в собі, боязкі, замкнені.

Важливо усвідомити, як почувуються діти у дитячому закладі, скільки серед них тих, кому комфортно, цікаво, хто на повну силу реалізує свої можливості, а хто приховує свої проблеми за агресивною поведінкою.

На думку А. Басса, агресію можна розкрити, використовуючи три основні шкали:

- фізична агресія - вербальна;
- активна агресія – пасивна;
- пряма агресія – непряма [2].

Їх комбінації діють у вісьмох можливих категоріях, у рамках яких і відбувається більшість агресивних дій. Для проявів агресії у дітей нами було складено таблицю 2.2.

Типи агресії у дітей

Тип агресії – фізична	Тип агресії - вербальна
Фізична – активна – пряма	Вербальна – активна – пряма
Фізична – активна – непряма	Вербальна – активна – непряма
Фізична – пасивна – пряма	Вербальна – пасивна – пряма
Фізична – пасивна – непряма	Вербальна – пасивна – непряма

Як ілюструє таблиця, агресією є не лише пряме насильство над особистістю і спричинення фізичного страждання. Агресія має місце й тоді, коли діти хочуть когось підставити чи виставити на посміх. Агресією є й поведінка, спрямована на позбавлення людини заслуженої похвали, поваги; приниження її гідності.

Розглянемо фактори, що спричиняють агресивну поведінку.

Перший фактор – вплив нервової системи. У тварин і людей вчені знайшли ділянки нервової системи, що відповідають за прояв агресії. При активації цих структур мозку ворожість зростає, дезактивація їх веде до зменшення ворожості.

Другий фактор - генетичні впливи. Спадковість впливає на чутливість нервової системи до збудників агресії. Темперамент людини, що виявляється в самому ранньому дитинстві, звичайно не міняється протягом життя. Існує певний ризик, що у сміливої, імпульсивної дитини можуть виникнути порушення поведінки в підлітковому віці.

Третій фактор – біохімічний. Хімічний склад крові - ще один фактор, що впливає на чутливість нервової системи до стимуляції агресії. Відомо, що люди, винні в здійсненні насильства, часто: 1) зловживають алкоголем і 2) стають агресивними після інтоксикації.

На агресивність також впливає чоловічий статевий гормон тестостерон. Препарати, що знижують рівень тестостерону в чоловіків, схильних до насильства, послабляють їхні агресивні тенденції.

Четвертий фактор – ситуаційний. Л. Берковиц зробив висновок про те, що скоріше агресивна стимуляція, ніж фрустрація, є основним пусковим механізмом ворожої агресії [29, 503].

Найбільш сильними є групові прояви агресії. Обставини, які провокують окремих індивідуумів, можуть також провокувати і групи, «розсіюючи» відповідальність і поляризуючи дії індивідів.

П'ятий фактор - психологічно-віковий. Емоційна нестабільність дітей може провокувати немотивоване відтворення окремих дітей групою. Особливо від цього страждають діти з недостатнім розвитком навичок колективної взаємодії, невпевнені в собі, боязкі, замкнені або, навпаки, звиклі завжди бути в центрі уваги дорослих, нав'язливі, занадто ініціативні.

Налагодження гармонійних стосунків у групі, створення передумов для формування повноцінного колективу стає можливим завдяки тому, що дитина стає значно менш егоцентричною, ніж вона була ще зовсім недавно.

Важливо усвідомити, як почувуються діти у дитячому закладі, скільки серед них тих, кому комфортно, цікаво, хто на повну силу реалізує свої можливості, а хто приховує свої проблеми за агресивною поведінкою.

Фрустрація виразно являє собою одне з найважливіших джерел неприємних відчуттів. Але будь-яка аверсивна подія, будь то несправджене бажання, особиста образа або фізичний біль, може привести до емоційного вибуху. Навіть болісний депресивний стан підвищує імовірність ворожої агресивної поведінки [2].

Поведінка іншої людини, що атакує, свідоме заподіяння болю або образлива дія, є особливо сильним збудником агресії. Збудження в сполученні з ворожими думками і почуттями може полегшити появу агресивної поведінки.

Аверсивний досвід містить у собі не тільки фрустрацію, але також дискомфорт, біль, фізичні і вербальні образи. Практично всяке збудження,

навіть викликане фізичними вправами або сексуальною ситуацією, може бути спрямовано навколишнім середовищем у русло агресії. Телебачення приділяє значну частину екранного часу демонстрації насильства.

В. Холігер відзначав, що найбільш сильними є групові прояви агресії. Обставини, які провокують окремих індивідумів, можуть також провокувати і групи, «розсіюючи» відповідальність і поляризуючи дії індивідів [54].

Агресія і моральні норми тісно переплітаються між собою. Фундаментальне правило, що при цьому засвоюється, складається в необхідності, зазнавши агресії, відповісти агресією такої ж сили. Зазнаючи покарання за свої провини - не в останню чергу у колі однолітків - діти засвоюють, як людина сама повинна карати, коли провини роблять інші. Відповідне заподіяння страждань своєму кривдникові і сам вид його страждань редукують виникаючий у суб'єкта гнів і задовольняють його потребу в агресії. На користь цього говорить і та обставина, що людина, що неодноразово піддавалася покаранням, сама стає більш агресивною - цей взаємозв'язок фіксувався не один раз.

Ступінь залежності агресивної дії від моральних норм навряд чи виявляється де-небудь більш чітко, ніж у випадках порушення моральних стандартів, що супроводжуються самовиправданням суб'єкта перед або під час здійснення дії.

Наприклад, агресор може зняти із себе відповідальність за агресію, заперечуючи, що заподіяв страждання іншому, або ж доводячи, що агресія була заслуженою.

Х. Хорні виділив шість типів самовиправдання, покликаних заспокоювати каяття совісті і зв'язаних з початою або планованою агресією:

1. Зниження значущості агресії через однобічні порівняння: власний агресивний акт зіставляється з гіршими злочинними іншої людини.
2. Виправдання агресії тим, що вона слугує вищим цінностям (у випадку інструментальної агресії).
3. Заперечення своєї відповідальності.

4. Розподіл відповідальності і розмивання чіткого уявлення про неї спостерігається, насамперед, при колективній агресії, що спирається на поділ функцій.

5. Дегуманізація жертви. Агресор відмовляється визнати за жертвою або за своїм супротивником існування людських властивостей і якостей.

6. Поступове примирення. З'являється головним чином у міру того, як суб'єктові в результаті названих вище способів самовиправлення вдається зменшити вихідну негативну самооцінку [52].

Відзначимо, що в перші роки життя агресія виявляється майже винятково в імпульсивних приступах впертості, що часто не піддаються керуванню дорослих. Виражається це найчастіше спалахами злості або гніву, що супроводжуються бриканням, кусанням, забіякуватістю. І хоча такі реакції дитини неприємні і не заохочуються, але і не вважаються ненормальними. Причиною такої поведінки є блокування бажань або наміченої програми дій у результаті застосування виховних впливів. Тому зовсім ясно, що така поведінка дитини викликана станом дискомфорту, фрустрації або безпорадності. До речі, його й агресивним можна вважати досить умовно, тому що в дитини немає наміру завдати шкоди оточуючим.

У молодшому шкільному віці на перший план все активніше висуваються конфлікти і сварки з однолітками, які пов'язані з володінням речами, найчастіше іграшками.

Очевидно, конфлікти між дітьми, які пов'язані з володінням речами й іграшками, виникають, коли ці межі перетинаються, тобто кілька дітей «кладуть око» на ту саму іграшку або один з дітей намагається розширити свої границі шляхом експансії чужих іграшок. Прояви агресивності в цьому віці, головним чином, залежать від реакції і ставлення батьків до тих або інших форм поведінки. Якщо батьки ставляться нетерпимо до кожного прояву відкритої агресії, то в результаті можуть формуватися символічні форми агресивності, такі як ниття, упертість, неслухняність і інші форми опору.

Надалі прояви агресивності багато в чому пов'язані з статево-рольовою ідентифікацією дитини або особливостями «едипової ситуації» у родині [52]. Зокрема, використання техніки гри в ляльки, що представляють членів родини, дозволило установити, що гра хлопчиків відрізняється більшою агресивністю до ляльок, чим гра дівчинок. Найбільша агресивність у хлопчиків спостерігається до ляльки «батька», а найменша до ляльки «матері», у дівчинок - навпаки. Було також помічене, що хлопчики, що мають батька, виявляють більше агресивності, чим хлопчики, що виростили без батька. У родинях, де немає батька, основи чоловічих рис у хлопчиків виникають повільніше і хлопчики - менш агресивні і більш залежні. Тут слід зазначити, що батьки, у свою чергу, починають займати і більш диференційовану позицію стосовно дитини, тобто починають сприймати її не тільки як «дитину», але і як хлопчика або дівчинку [54].

Вплив найближчого оточення і процесів усвідомлення власної статевої приналежності на формування агресивних форм поведінки дуже добре можна простежити, якщо порівняти поведінку хлопчиків і дівчат.

Прихильники різних психологічних шкіл пояснюють це по-різному. Психоаналітичний напрямок, що спирається на постулат про вродженість тенденцій до агресивної поведінки і прояву гніву, доводить, що у хлопчиків ці тенденції виявляються у більшому ступені, чим у дівчат. У рамках біхевіористичного напрямку також відзначається велика агресивність хлопчиків у порівнянні з дівчатами.

На основі аналізу ряду експериментальних досліджень було встановлено, що в перші роки життя немає розходжень у частоті і тривалості негативних емоційних реакцій у хлопчиків і дівчат, але з віком їх частота й інтенсивність у хлопчиків зростають, а в дівчат зменшуються. Коментується це тим, що дівчата, маючи ті ж агресивні тенденції, що і хлопчики, бояться їх виявити із страху покарання, в той час як до агресії хлопчиків оточуючі ставляться більш прихильно. З віком ці моделі закріплюються: число проявів агресії в поведінці

дівчат поступово скорочується і вони стають менш агресивними, навіть якщо в раннім дитинстві були дуже забіякуваті [50].

Дослідження Н.Я. Семаго, Н.П. Семаго показують, що якщо взяти найбільш прості форми дитячої агресії що зустрічаються часто, як реакції скривдити або вдарити, то в дітей у віці від 3 до 11 років можна спостерігати в середньому за 9 агресивних актів у годину, 29% з них складаю безпосередні відповідні реакції на напад протилежної сторони. Причому ця частка запишається практично постійною, змінюється лише в залежності від статі і складає 33% у хлопчиків і 25% у дівчат [41].

З віком відбувається також зміна форм агресії, частота простого фізичного нападу зменшується за рахунок росту більш «соціалізованих» форм, таких як образа або суперництво. Тут можна відзначити існування статево-вікових розходжень у способах вираження агресивності хлопчиками і дівчатами восьми, одинадцяти і п'ятнадцяти років. Так, було виявлено, що дівчата двох старших вікових груп використовують в основному непрямі способи агресивної поведінки, на відміну від хлопчиків, що використовують прямі способи агресивної поведінки. Виявлено, що здатність використання непрямих способів агресивної поведінки формується у дівчат до 11-річного віку. В цілому у віковій групі 11 років діти найбільше високо оцінили себе за рівнем агресії [40].

Проаналізуємо особливості появи агресії у підлітків з розумовою відсталістю.

Як зазначено А.В. Петровським, підлітковий вік охоплює період від 11–12 до 14–15 років. У цей період в особистості дитини відбуваються складні і суперечливі зміни, на підставі чого його ще називають важким, критичним, перехідним [55]. Така оцінка зумовлена багатьма якісними змінами, які нерідко пов'язані з докорінним ламанням попередніх позицій, особливостей активності, інтересів і стосунків дитини. Відбуваються вони за порівняно короткий час, здебільшого бувають несподіваними і надають процесові розвитку стрибкоподібного, бурхливого характеру. Майже завжди ці зміни супроводжуються появою у підлітка суб'єктивних труднощів. Ускладнюється і

його виховання, оскільки підліток не підкоряється ефективним щодо молодшого школяра впливам дорослих, у різних формах проявляє непослух, опір і протест (впертість, грубість, негативізм, замкненість).

Вітчизняні психологи підлітковий вік називають перехідним і тому, що у цей період відбувається перехід від дитинства до юності, від незрілості до зрілості. Ця особливість проявляється в фізичному, розумовому, моральному, соціальному та духовному розвитку особистості.

Як визначено в працях І.С. Кона підлітковий вік є першим перехідним періодом від дитинства до зрілості. Якісні зміни, що відбуваються в інтелектуальній та емоційній сферах особистості підлітка (інтенсивний, нерівномірний розвиток і ріст організму, особистісні новоутворення), породжують новий рівень його самосвідомості, потреби у самоствердженні, рівноправному і довірливому спілкуванні з ровесниками і дорослими. Інтенсивний статевий розвиток зумовлює виникнення статевого потягу і пов'язані з ним переживання й інтереси [21].

Підлітковий вік характеризується швидким, нерівномірним ростом і розвитком організму. Відбувається ствердіння скелета, вдосконалюється м'язова система. Однак нерівномірність розвитку серця і кровоносних судин, а також посилена діяльність залоз внутрішньої секреції часто спричиняють тимчасові розлади кровообігу, підвищення тиску, напруження серцевої діяльності, посилення збудливості дітей, що виражається у нервозності, швидкій втомі, запамороченнях і підвищеному серцебитті. Нервова система підлітка ще не зовсім готова витримати сильні, тривалі подразники, часто перебуває під їх впливом у стані загальмованості або сильного збудження.

Підлітки дуже болісно відносяться до всього, що стосується не лише й оцінки їх особистих якостей, але й оцінки достоїнств і недоліків їх сім'ї, батьків, друзів. На цьому ґрунті підлітки можуть вступити у глибокий конфлікт з середовищем. На втрату авторитету батьків чи когось іншого, значущого для них, вони можуть відреагувати найнесподіванішим чином: замкнутися в собі, стати грубими, впертими, агресивними, демонстративно суперечити, почати

курути, вживати спиртне чи наркотики, заводити сумнівні знайомства, втеч з дому [20].

За словами Л.С. Виготського, підлітковий вік являє собою сукупність умов, у найвищому ступені схильних до впливу різних психотравмуючих факторів [8, 308].

Найбільш сильнодіючими з них є неналежна поведінка батьків, конфліктні стосунки між ними, наявність у них недоліків, принизливих з погляду підлітка і оточуючих, образливе відношення до підлітка, прояв недовіри чи неповаги до нього. Все це не просто ускладнює навчально-виховну роботу з ними, але й робить її часом практично неможливою. У підлітка на цьому ґрунті можуть виникнути різні відхилення в поведінці. .

У концепції Д.Б. Ельконіна підлітковий вік, як і будь-який інший новий період, пов'язаний з новоутвореннями, що виникають з провідної діяльності попереднього періоду [67].

Центральне новоутворення цього віку - виникнення уяви про себе як «не про дитину». Підліток починає почувати себе дорослим, він відкидає свою приналежність до дітей, але в нього ще немає відчуття справжньої, повноцінної дорослості, проте є величезною потреба у визнанні його дорослості оточуючими [67].

У підлітковому віці серйозно змінюються умови життя і діяльності підлітка, що, у свою чергу, приводить до перебудови психіки, появи нових форм взаємодії між однолітками. У підлітка змінюється суспільний статус, позиція, становище в колективі, йому починають висуватися більш серйозні вимоги з боку дорослих.

У дослідженні підліткового віку важливо, на думку Л.С. Виготського, виокремити основне новоутворення у психіці підлітка, з'ясувати соціальну ситуацію його розвитку, яка у кожному віці передбачає неповторну систему стосунків дитини і середовища. А суть кризи перехідного віку полягає у перебудові цієї системи. Психологічний зміст підліткової кризи пов'язаний з виникненням почуття дорослості, розвитком самосвідомості, ставлення до себе

як до дорослої особистості, до своїх нових можливостей і здібностей. Підліткам властиві прагнення до ідеалів, максималізм, значні фізіологічні зміни [8].

Отже, враховуючи різні теорії, можна стверджувати, що особливості проявів і перебігу підліткового періоду залежать від конкретних соціальних обставин життя і розвитку підлітка, його соціальної позиції у світі дорослих. Вирішальна роль у його психічному розвитку належить передусім системі соціальних відносин (відносин із навколишнім світом). Біологічний чинник впливає на підлітка опосередковано – через соціальні стосунки з оточенням.

У сучасній західній психіатричній і психологічній літературі одержала поширення концепція Е. Еріксон про кризу ідентичності як про головну особливість підліткового періоду. Під ідентичністю мається на увазі визначення себе як особистості, як індивідуальності. Формування ідентичності розглядається з психоаналітичних позицій як результат розпаду «дитячого Я» і необхідності синтезу нового «дорослого Я», утворення «понад-Я» [69].

Ідентичності, процесу пізнання самого себе підлітком дослідниками дитячої психології надається провідне значення. Саме цей процес, а не фактори навколишнього середовища розглядаються як першоджерело всіх труднощів і всіх порушень поведінки у підлітків.

На думку Г. Нісен, пубертатна криза, крім «кризи ідентичності», складається також з «кризи авторитету» і «сексуальної кризи» [55]. Криза авторитету виводиться як наслідок «едіпова комплексу», як «протест проти батька». Слабка роль батька в сучасній сім'ї або його відсутність у неповних сім'ях веде до поширення цього протесту на всі авторитети світу дорослих. Крайнім проявом цієї кризи є втечі з дому і бродяжництво.

З кризою ідентичності пов'язуються схильність до психогенних депресій і суїцидальної поведінки, а також епізоди дереалізації і деперсоналізації.

На наш погляд, сутність «підліткового комплексу» складають властиві цьому віку визначені психологічні особливості, поведінкові моделі, специфічно-підліткові поведінкові реакції на впливи навколишнього соціального середовища. До них відносяться описані О.Є. Личко реакції

емансипації, групування з однолітками, реакція захоплення (хобі-реакція) і реакції, обумовлені сексуальним потягом, який починає формуватися [50].

За офіційним даним Всесвітньої організації охорони здоров'я, кількість проявів агресивних і невротичних станів за останні роки зросла у 24 рази, у той час як кількість психічних захворювань – у 1,6 рази. У структурі нервово-психічної захворюваності неврози найбільш поширені в підлітків і дітей. До основного і найбільш частішого невротичного порушення, що виявляється в підлітків на неврологічному прийомі, відносять астеноневротичний синдром і невротичні реакції [10].

М.С. Певзнер відзначав, що дані лікарських прийомів не дають повну картину проявів стресу серед підлітків з розумовою відсталістю, що було виявлено при суцільному обстеженні, лише близько 20% дітей були на обліку в психоневролога [31, 44].

Відомо, що емоції підлітків значною мірою зв'язані зі спілкуванням, тому особистісні значущі відносини до інших людей визначають як зміст, так і характер емоційних реакцій.

У результаті несприятливого збігу життєвих обставин і великої кількості афективно заряджених переживань відбувається реактивне загострення емоційної чутливості у виді сенситивності. Вона розглядається як сполучення емоційної нестійкості, занепокоєння, рани мості й уразливості «Я». Блокування потреб, відсутність почуття безпеки і впевненості в собі, так само як і афективно пережитий досвід життєвих невдач у сукупності з перенапруженою психофізичних можливостей, чітко дають собі знати у виді тривалого діючого і нерозв'язаного психічного стресу, що виявляється згодом клінічною картиною неврозу.

Для підлітків з невротичним станом характерна погана переносимість будь – яких засмучень, чекання, схильність до зниження настрою і суму. Вони відчувають потребу в безпеці, любові і співчутті, але не можуть її реалізувати через відношення батьків і сформованих обставин.

Стан тривалої емоційної незадоволеності і психічної напруженості в цілому вказує, таким чином, на наявність хронічної психотравмуючої життєвої ситуації. Під «життєвою ситуацією», на нашу думку, слід розуміти вплив оточуючих факторів (особливо соціальних) на формування характеру й особистості підлітків. Провідна роль надається особливостям сімейного виховання, життєвим негодам, що сприяють появі у дитини складності адаптації до соціального оточення. Також, вважаємо, слід враховувати і несприятливі збіги життєвих обставин, які грають роль ключового фактору, що травмує психіку [21].

Психічна травма як психологічне поняття містить у собі усвідомлене сприйняття якихось індивідуально значимих, неприємних подій, їхню переборку у виді переживань і розвиток більш-менш тривалого стану чи афекту психічного стану з негативним емоційним знаком. Констатація психічної травми означає не тільки наявність негативних емоцій, але і відсутність їх реагування. Психічна травма має «наочне відображення», тобто виявляється в поведженні, особливо в дітей з імпресивним, внутрішнім характером переробки емоцій.

В.Г.Петрова зазначала, що у концепції неврозів у дітей з розумовою відсталістю основне патогенне протиріччя складається в невідповідності передового впливу уродженому типу реагування – темпераменту. За даними А.І. Захарова, основне протиріччя при неврозах буде в невідповідності вимог батьків і виховання в цілому психофізіологічним можливостям дітей, особливостям формування характеру й особистості [23].

В.М. Синьов визначав, що сама сутність неврозу припускає невідповідність між можливостями, що знаходяться в розпорядженні особистості, і тими обов'язками, що виникають з наявності визначених соціальних відносин [27].

Н.В. Грабовенко патогенне джерело неврозу вбачає в зіткненні значимих відносин особистості з несумісною з ними життєвою ситуацією, що веде до перенапруги процесів вищої нервової діяльності і її розладам [9].

Невротичний конфлікт при різних представлений на думку В.М. М'ясищева, у такий спосіб. При неврастенії він складається в протиріччі між можливостями особистості і завищеними домаганнями, що сполучаються з недооцінкою чи повним ігноруванням об'єктивних, реальних умов [55].

При неврастенії має місце вихідне протиріччя між вимогами батьків і можливостями дітей, що не можуть затвердити себе в якихось значимих сторонах життя. Це протиріччя можна розцінювати як конфлікт чи самоствердження соціальної відповідності, що виражається страхом чи базальною тривогою «бути не тим», хто прийнятий, схвалюємо, користується повагою (авторитетом) у родині і групі однолітків.

При істеричному неврозі ведучим є протиріччя між загостреною потребою емоційного визнання і можливістю його задоволення з боку батьків, що виявляється страхом «бути ніким», тобто не значити, не представляти цінності, бути забутим і нелюбимим.

При наявності стану страху протиріччя – між неможливістю чи слабкістю захисту себе при вираженому інстинкті самозбереження. Подібне протиріччя виявляється страхом «бути нічим», тобто не існувати, не бути, бути безжиттєвим і мертвим.

При obsesivному неврозі протиріччя – між почуттям і обов'язком, емоційними і раціональними сторонами психіки з центральним страхом зміни, чи страхом «бути не собою»[21].

Головне в розглянутих патогенних протиріччях – афективно пережита неможливість реалізації життєво важливих потреб самоствердження, визнання (любові), захисту (безпеки) і єдності «я». У підсумку, створюється перешкоди на шляху здійснення ведучої особистісної потреби – самореалізації як головної фабули внутрішнього конфлікту при неврозах.

Відомо, що заслуга З.Фрейда в тім, що він перший зрозумів невроз як страждання суперечливого розвитку особистості [55].

На думку К. Хорні, невротичний конфлікт виникає, коли прагнення до безпеки в людини протиріччі, прагненню до задоволення бажань, і тоді з метою

рішення конфлікту виробляється визначена стратегія поведінки Точка зору К. Хорні на стреси як особистості від «самості», перевага в ній ідеалізованого «я», що є продуктом ірраціональної уяви індивіда [52].

За Е. Фроммом, подвійність чи суперечливість мотивації в людини, що сприяє внутрішньому конфлікту, підкреслюється і тим, що, з одного боку, він прагне до незалежності; з іншого боку хоче уникнути незалежності, тому що вона приведе до відчуження [54].

Не вирішення переживань у вигляді почуття безвихідності підкреслює незахищеність «я», відсутність адекватного психологічного захисту і впевненості в собі, що знаходить висвітлення в сновидіннях.

Почуття безпорадності і безсилля можуть бути представлені слабкістю, не витривалістю, беззахисністю і страхами; почуття безвихідності і безнадійності – стомленням, деградацією сил, відчуттям непереборності перешкод, втратою інтересу, пересиченням; почуття песимізму і розпачу – турботно – депримованим тлом настрою, спалахами роздратування і невдоволення. Невір'я у свої сили означає відсутність внутрішньої єдності, низьку погодженість в оцінках, коливання в прийнятті рішень і занепокоєння в нових ситуаціях [26].

Таким чином, дитячий вік з психологічної точки зору досить складний, оскільки саме в цей час відбувається інтенсивне становлення багатьох психічних функцій, особливо тих, які визначають інтелектуальний розвиток дитини. Чим менша дитина, тим стрімкіший, інтенсивніший її розвиток, тим залежна вона від впливу (позитивного чи негативного, розвиваючого чи гальмуючого) вона є. Хоча основні етапи як фізіологічного, так і психічного розвитку значною мірою визначені генетично, терміни становлення окремих структур можуть значно варіюватися.

Визначимо, що психологічні особливості агресивної поведінки в дитячому віці обумовлено наявністю соціалізованих і не соціалізованих форм порушень поведінки. До особливостей агресивної поведінки дітей з розумовою відсталістю слід віднести емоційну нестабільність, низький морально-вольовий рівень регуляції поведінки. Визначені особливості виникають й формуються в

залежності від психофізіологічних показників особистості дитини та умов виховного впливу її соціального середовища.

Отже, ефективна діагностика психофізіологічних, статевих особливостей агресивної поведінки в дитячому і підлітковому віці сприяє розумінню психологом дітей з розумовою відсталістю, визначенню психологічних чинників подолання їхньої агресивної поведінки.

РОЗДІЛ 3

ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ КОРЕКЦІЇ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ДІТЕЙ З РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ В ІНКЛЮЗИВНОМУ ПРОСТОРИ

3.1. Методика проведення дослідження

Експериментальне дослідження психологічних чинників корекції агресивної поведінки дітей з розумовою відсталістю в інклюзивному просторі ґрунтувалося на вивченні емоційно-вольової сфери дітей, рівнів агресії в дошкільному, молодшому шкільному та підлітковому віці, гендерних проявів агресивності дітей з розумовою відсталістю в інклюзивному просторі.

Мета експерименту – дослідити та експериментально перевірити психологічні чинники корекції агресивної поведінки дітей в інклюзивному просторі.

Завдання експериментального дослідження:

1. Встановити емоційно-вольової та особистісної особливості дітей з розумовою відсталістю в інклюзивному просторі.
2. Визначити рівні агресії дітей з розумовою відсталістю різного віку: дошкільників, молодших школярів, підлітків в інклюзивному просторі.
3. Проаналізувати прояви агресії за гендерними ознаками.
4. Узагальнити результати спостереження й діагностування.
5. Провести розроблену програму корекції агресивної поведінки та надати результати.

У дослідженні приймали участь діти, які виховуються у Комунальному закладі «Запорізький реабілітаційний центр-інтернат» Запорізької обласної ради, м. Запоріжжя.

Була обрана вибірка з 69 дітей різного віку з розумовою відсталістю: 41 дівчинка і 29 хлопців.

Характеристику дітей за віком і за статтю надано у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Характеристика дітей з розумовою відсталістю

Вік	хлопці	Дівчата	всього
дошкільники	10	10	19
молодші школярі	12	12	24
підлітки	7	19	26

Визначення особливостей дітей з розумовою відсталістю стосовно опису їхньої характеристики нами було встановлено завдяки проведенню певних психодіагностичних методик (Додаток Б).

За результатами діагностування було визначено, що серед розумово відсталих дітей дошкільного віку 8 дітей (42,11%) на базі соціально - педагогічної занедбаності, в 36,84% випадків (7 дітей) – дошкільники з труднощами соціальної адаптації, в 21,05% випадків (4 дітей) - дошкільники, які мають недостатність словарного запасу.

Характеристика молодших школярів з розумовою відсталістю наступна: 54,17% (13дітей) молодші школярі з труднощами адаптації до навчання, 45,83% (11дітей) молодші школярі з низькою шкільною мотивацією.

Серед розумово відсталих дітей підліткового віку на базі соціально - педагогічної занедбаності, в 65,38% випадків (17підлітків) – підлітки з труднощами соціальної адаптації, в 34,62% випадків (9 підлітків) - підлітки, які мають недостатність словарного запасу.

Дослідження проводилося в три етапи.

На першому етапі нами проведено встановлення емоційно-вольової сфери дітей з розумовою відсталістю, визначення рівнів агресивності дітей з розумовою відсталістю і визначено вікові особливості проявів агресії.

Діагностичне обстеження починалося з аналізу особистих справ підлітків: вивчення протоколів ПМПК, історій розвитку дитини, характеристик. При аналізі особистих справ стає відомо: з якої родини поступила дитина, вік і освіта батьків, умови життя, склад сім'ї, причину відповідно до якої дитина потрапила в інтернат, медичний діагноз. У протоколах ПМПК є відомості про рівень розвитку пізнавальних процесів та їх особливості; описані особливості спілкування, емоційно-вольова сфера дитини.

Для характеристики емоційно-вольової сфери дітей дошкільного віку нами було проведено наступні методики: методика «Порівняння» (кількість помилок), методика «Класифікація» (кількість помилок), методика «Виключення понять» (кількість помилок).

Для дітей молодшого шкільного віку усі завдання були проілюстровані:

1. Методика на класифікацію понять складається з 20 карток із зображеннями різних предметів. Дитині необхідно було розкласти малюнки відповідно до виокремлених ознак (іграшки, тварини, птахи).

2. Методика на порівняння предметів включає в себе пари карток з різними зображеннями (ворона-горобець, яблуко-вишня, корова-кінь, олівець-чобіт). Дитині необхідно було виділити спільні та протилежні ознаки предметів.

3. У методиці на виключення понять дитині пропонувалось 20 карток з 4 зображеннями на кожній. Завданням досліджуваних було знаходження зайвого предмета.

Для дітей середнього та старшого віку завдання подавалися у друкованому вигляді:

1. Методика «Узагальнення». У цій методиці пропонувалось три певних поняття, наприклад: шафи, ліжка, стільці; які потрібно узагальнити одним

словом, тобто меблі. Таких груп, що складаються з трьох визначених понять, десять.

2. Методика «Порівняння понять» припускала порівняння двох понять, наприклад: метелик - ластівка. Між цими поняттями потрібно визначити подібність і відмінність.

3. Методика «Класифікація». У даній методиці надавалося шістнадцять понять(4 групи: меблі, овочі, одяг, тварини, в кожній групі по 4 слова), які потрібно було розподілити на чотири групи. Потім дати назви цим групам, наприклад: стіл, диван, крісло, шафа - це меблі. Точно так само проробити з іншими дванадцятьма словами.

Для дітей молодшого шкільного віку нами було проведено методику «Оцінка шкільної мотивації» (Додаток Б).

Для визначення рівнів агресії нами було проведено з вихователями, соціальним педагогом, психологом включене спостереження стосовно дітей і опитувальник «Рівень агресивності дитини», які надано у Додатку А.

На другому етапі нами було встановлено прояви агресії у хлопчиків і дівчат.

На третьому етапі нами проведено узагальнення результатів з метою перевірки гіпотези дослідження.

Зазначимо, що принципи, які лягли в основу експерименту тісно пов'язані з тими принципами, які в цілому обумовлюють роботу в діагностично-корекційних групах і залежать від загальних особливостей дітей з розумовою відсталістю.

1. Ми виходили з того, що де - хто з дітей шкільного віку мав рівень пізнавальних процесів, який мають діти дошкільного віку. Тому, ми спочатку використовували матеріал, який дають дітям молодшого шкільного віку, а потім по мірі виконання засвоєння завдань, переходили до більш простих, до тих завдань які використовують для діагностики дошкільників. Вся робота, яка проводилась з дітьми з розумовою відсталістю планувалась на групових та індивідуальних заняттях, враховуючи досягнутого дитиною рівня пізнавальної

діяльності. Особлива увага приділялась тим дітям, які з труднощами засвоювали матеріал, в силу своїх індивідуальних особливостей.

2. При організації роботи враховували індивідуальні особливості формування комунікативної діяльності у дітей з розумовою відсталістю. Наприклад, спирались на стійкий інтерес деяких дітей до гри, знайомили їх з різними дидактичними іграшками, намагаючись зацікавити, всіляко заохочуючи їхнє прагнення отримати результат, вступити в співробітництво з дорослими. Використовували спільну з дорослими гру для активації пізнавальних, а потім особистих контактів. При розкладанні карток лото просили розповідати дітей про тварин, відповідали на їх запитання. При викладанні кубиків з казками, говорили про героїв казок, просили дітей дати їм оцінку.

Особливу увагу приділяли дітям з стійким прагненням до ситуативно-особистих контактів з дорослими. Підтримували прагнення цих дітей вести бесіди про те, що їх хвилює, виявляли інтерес до їх особистості, давали оцінку їхнім діям, вчинкам.

3. Всі заняття (як групові, так індивідуальні) проводилися при умові позитивного емоційного відношення з боку дітей з розумовою відсталістю. Ми намагалися урізноманітнити форми організації занять з дітьми, проводили вікторини: змагання, широко використовували досвід при ознайомленні з навколишнім світом.

4. Постійно підтримували прояви дитячої ініціативи чи допитливості. При проведенні групових та індивідуальних занять не залишали без уваги ні одне звертання підлітка до дорослого.

5. Враховуючи недостатність словарного запасу у дітей. Намагались, щоб вся інформація, яку підліток з розумовою відсталістю сприймає про навколишній світ, виражалася і в слові. Ми навчали дітей розповідати повно, зв'язано, планувати свою розповідь, використовувати в розповіді різні частини мови, слідкували за граматичним оформленням висловлювань.

6. Ми проводили роботу з вихователями закладу, вони отримували інформацію про формування спілкування з дітьми з розумовою відсталістю в умовах спеціалізованого виховання.

3.2. Аналіз результатів дослідження

За результатами включеного спостереження, бесід з вихователями, діяльності психолога нами було встановлено (Додаток Б), що ті або інші форми агресивної поведінки спостерігаються у більшості дошкільників з розумовою відсталістю. В той же час деякі діти проявляють значно більш виражену схильність до агресивності, яка виявляється в наступному:

1) висока частота агресивних дій – протягом години діти з розумовою відсталістю демонструють не менше 4 актів, що спрямовано на спричинення шкоди одноліткам, тоді як у інших дітей спостерігається не більш одного;

2) переважання прямої фізичної агресії – якщо у більшості дошкільників найчастіше спостерігається вербальна агресія, то діти з розумовою відсталістю часто використовують пряме фізичне насильство;

3) наявність ворожих агресивних дій, що спрямовано не на досягнення якої-небудь мети, а на фізичний біль або страждання однолітків.

Відповідно до цих ознак можна виділити групу дошкільників з підвищеною агресивністю (Додаток В).

На наш погляд, серед психологічних особливостей, що провокують агресивну поведінку, слід відзначити недостатній розвиток інтелекту і комунікативних навичок, знижений рівень довільності, нерозвиненість ігрової діяльності, низьку самооцінку, низьку мотивацію до навчання у школярів, порушення в стосунках з однолітками. Ці висновки підтверджено результатами діагностування дітей з розумовою відсталістю, що надано у Додатку Б.

Таблиця 3.4

Рівні агресії дошкільників з розумовою відсталістю

Рівні	Гендерний показник	
	Хлопці	Дівчата
Високий	40%	60%
Середній	40%	30%
Низький	20%	10%

Визначено, що дошкільники з розумовою відсталістю мають значні показники, які характеризують агресивну поведінку. Встановлено, що у дівчаток перебільшує високий рівень агресії, а у хлопців – середній. Показники низького рівня як у хлопців так і у дівчат низькі.

Результати встановлення рівнів агресії молодших школярів з розумовою відсталістю (Додаток Г).

Результати нами узагальненні в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Рівні агресії молодших школярів з розумовою відсталістю

Рівні	Гендерний показник	
	Хлопці	Дівчата
Високий	33,33%	66,66%
Середній	50%	16,67%
Низький	16,67%	16,67%

Встановлено, що у дівчат молодшого шкільного віку з розумовою відсталістю значно високі показники агресії ніж у хлопців. У хлопців перебільшує показник середнього рівня. Показники низького рівня агресії однакові і низькі.

На нашу думку, отримані результати свідчать про те, що дівчата більш агресивні в силу особливостей психофізіологічного розвитку. Значні показники також обумовлені вадами розумового розвитку. Результати діагностування пізнавальних характеристик розумово відсталих дітей дошкільного і молодшого шкільного віку це підтверджують (Додаток Б).

Результати встановлення рівнів агресії у дітей з розумовою відсталістю підліткового віку (Додаток Д).

За результатами спостереження нами було встановлено, що перш за все, звертає на себе увагу високий рівень ворожості у групі підлітків. Згідно з отриманими даними висока ворожість спостерігається у 23 підлітків (88,46%), лише у 3 підлітків (11,54%) індекс ворожості в нормі. 16 дітей (61,54%) відчувають почуття образи, заздрість і ненависть до оточуючих, обумовлені почуттям гіркоти, гніву на весь світ за дійсні або уявні страждання. Такі підліткі досить легко дратуються і їх засмучує доля, часто гризе заздрість, хоча вони це не показують. Майже у кожного з них є люди, яких вони ненавидять.

Загалом, 10 підлітків мають високий індекс агресивності (38,46%), 14 (53,85%) - нормальний і 2 підлітків (7,69%) - низький рівень агресивності.

У цілому підлітки не завжди прагнуть до використання фізичної сили, проти інших осіб. Але 8 підлітків (30,80%) мають високий рівень фізичної агресії, 16 (61,54%) середній - 2 (7,69%) низький рівень фізичної агресії.

Рівень вербальної агресії в групі середній. Однак у 6 підлітків (20,08%) спостерігається високий рівень вербальної агресії, тобто вираз негативних почуттів як через форму (сварка, крик, вереск), так і через зміст словесних відповідей (погрози, лайку). 5 підлітків (19,23%) мають низький рівень вербальної агресії і 15 (57,69%) - середній.

Таким чином, враховуючи, що агресія, негативізм і ворожість є показниками рівня агресивної поведінки, можна зробити висновок, що більшість підлітків з розумовою відсталістю відчують серйозні проблеми в соціально-психологічному спілкуванні. На нашу думку, це пояснюється психофізіологічними детермінантами підліткового віку.

Результати Додатку Д нами узагальненні в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Рівні агресії підлітків з розумовою відсталістю

Рівні	Гендерний показник	
	Хлопці	Дівчата
Високий	71,43%	73,68%
Середній	14,28%	15,79%
Низький	14,28%	10,53%

Спостерігаємо, що в підлітковому віці прояви агресії у хлопців і дівчат майже однакові, але у дівчат вони більші. Незначно відрізняються і показники середнього та низького рівнів. Загалом маємо дуже значні показники високого рівня. Це обумовлено особливостями психофізіології підлітків певної статі.

Відзначимо, що агресивність виникає у дівчат підліткового віку з такими рисами, як ранимість, підвищена вразливість, напруженість нервової системи. Це виступає як реакція на погрозу чогось неіснуючого, що не має ні назви, ні чіткого образу, але погрожуючи людині втратою себе, утратою свого Я. Така агресія у підлітка з розумовою відсталістю обумовлена внутрішнім конфліктом між двома суперечними один одному прагненнями, коли щось важливе для нього одночасно відштовхує і притягає.

Психодіагностичне дослідження дітей підліткового віку з розумовою відсталістю показало, що висока агресія у них пов'язана насамперед з їхніми психофізіологічними, віковими та статтєвими особливостями, оскільки підлітковий вік є досить нестійким сам по собі. Такими підлітками необхідна корекційна діяльність психолога.

Отже, в нашому експерименті визначено, що більшість підлітків жіночої статі з розумовою відсталістю мають високий рівень агресії. Це пов'язане з психофізіологічними характеристиками жіночої статі.

Результати діагностування дозволили виділити наявність у дітей з розумовою відсталістю проявів агресії. Таких дітей можна розподілити за чотирма категоріями:

1. Діти з розумовою відсталістю, що схильні до прояву фізичної агресії. Встановлено, що фізична агресія переважає в активних дітей, які відрізняються схильністю до ризику, безцеремонністю й авантюризмом. Їм особливо приємно демонструвати свою владу і змушувати страждати близьких людей, друзів яких вони посилено домагалися (домінування садистських тенденцій).

Крім іншого, дітей з розумовою відсталістю з вираженою фізичною агресією відрізняє відсутність соціальної комфортності, стриманості і розважливості, поганий самоконтроль. Можна припустити, що це пов'язано з недостатньою соціалізацією потягів, невмінням або небажанням стримувати або відкладати задоволення своїх потреб. Для агресивних дітей характерний потяг до гострих афективних переживань, при відсутності яких переважає почуття нудьги.

Потреба в стимуляції і збудливих ситуаціях робить нестерпною будь-яку затримку. Вони прагнуть задовольнити свої бажання відразу, не замислюючись над наслідками своїх вчинків. Діють імпульсивно і непродумано. Часто вони не вбачають користі від свого негативного досвіду. Для них нехарактерні моральні обмеження. Вони байдужі до всяких етичних норм, які просто ігнорують. Здатні на нечесність і неправду.

2. Дітей з розумовою відсталістю з непрямою агресією відрізняє надмірна імпульсивність, слабкий самоконтроль, недостатня соціалізація потягів і низька усвідомленість власних дій, вони рідко задумуються про причини своїх вчинків і передбачають їх наслідки, не переносять відстрочки і коливання. У них спостерігається посилення примітивних потягів. Віддають перевагу почуттєвим насолодам і задоволенням. Вони прагнуть до негайного і невідкладного задоволення своїх потреб, не зважаючи на обставини, бажаннями оточуючих, нормами моралі й етичних стандартів.

Можливо, схильність до непрямих форм агресії є результатом амбівалентності їхньої натури: з одного боку, це сміливість, рішучість, схильність до ризику, честолюбство, прагнення до суспільного визнання, лідерства, а з іншого боку - наявність фемінінних рис характеру, таких як чутливість, м'якість, поступливість, залежність, прагнення привернути до себе увагу оточуючих через екстравагантну поведінку (нарцисичні тенденції). Крім цього, вони дуже болісно реагують на критику і зауваження у свою адресу. Відчувають роздратування і ворожі почуття - образу, підозрілість стосовно тих людей, що хоч у якійсь мірі намагаються керувати їх поведінкою і змушують їхній триматися в соціально припустимих рамках..

3. Дітей з розумовою відсталістю, що схильні до прояву вербальної агресії відрізняє, по-перше, виражена психічна неврівноваженість, що виявляється у високій тривожності, почуттях непевності, занепокоєння, схильності до сумнівів.

По-друге, для них характерна депресивність: знижена активність, поганий настрій і непрацездатність. При першому знайомстві вони здаються похмурими, недоступними, уникають спілкування через надмірну зарозумілість. Однак у колі близьких друзів вони втрачають скутість і відгородженість і стають дуже товариськими і говіркими, навіть жартівниками і гострословами.

По-третє, слід зазначити низьку фрустраційну толерантність; нездатність володіти своїми емоціями, коли найменші труднощі або невдачі настільки

вибивають з колії, що такі діти не можуть ефективно продовжувати діяльність. Причому в сполученні з підвищеною чутливістю і збудливістю в них навіть малозначні або індиферентні подразники викликають неадекватно бурхливі спалахи роздратування і гніву. Особливо сильні емоційні спалахи, а також почуття ворожості і підозрілості виникають при будь-яких реальних або уявних діях інших у ставленні до їхньої особистості, самооцінки, престижу і почуття власної гідності. При цьому вони не вміють або не вважають за потрібне приховувати свої почуття, думки і ставлення до оточуючих і виражають це через образливі вербальні форми. Крім того, для них характерний постійний внутрішній конфлікт із самим собою, що виявляється в стійкому стані напруженості і збудженості, що, в свою чергу, можуть розряджатися зовні у несподіваних реакціях озлоблення, люті або страху.

4. Дітей з розумовою відсталістю, які схильні до проявів негативізму відрізняє чутливість і вразливість. Основними рисами характеру цих дітей є егоїзм, самовдоволення і надмірна зарозумілість. Тому підвищена чутливість до усього, що зачіпає їхню особистість викликає реакцію протесту. Ретельно піклуючись про особистий престиж, будь-яку критику і зауваження, незгоду або просту байдужість навколишніх вони сприймають як образу. А оскільки це може відбуватися (або їм здається, що відбувається) досить часто, то діти з негативізмом дуже дратівливі і підозрілі. Вони нездатні володіти своїми емоціями, мають низьку фрустраційну толерантність.

Нами було підраховано середні показники рівнів агресії для дошкільників, молодших школярів і підлітків. Результати узагальнено в таблицю 3.7.

Середні показники рівнів агресії

Середні показники рівнів агресії	Гендерні особливості	
	Хлопці	дівчата
Високий	44,83 %	68,29%
Середній	37,93%	19,51%
Низький	17,24%	12,20%

Як у хлопців так і у дівчат перебільшує показник високого рівня агресії. У дівчат він більший на 23,46%. Середні і низькі показники біль визначено у хлопців.

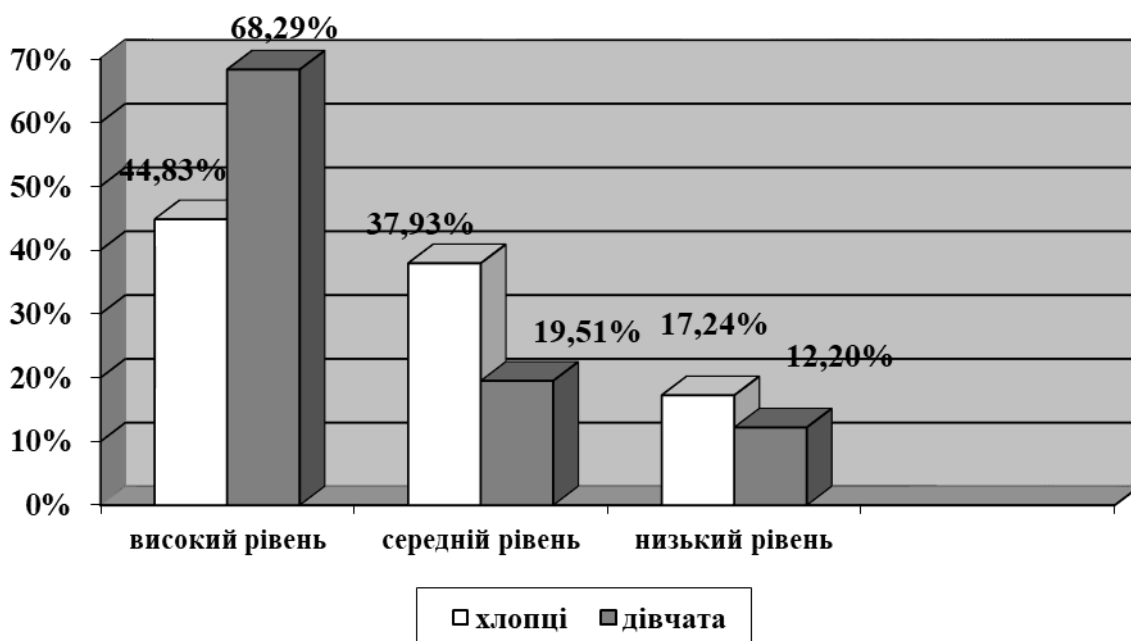


Рис. 3.1. Порівняння рівнів агресії хлопців та дівчат з розумовою відсталістю за статтю

Зауважимо, що робота психолога з підвищення розумового розвитку дитини з розумовою відсталістю, врахування її психофізіології стосовно статі і віку буде сприятиме подоланню агресії.

Таким чином, отримані результати підтверджують положення про те, що психологічні чинники подолання агресивної поведінки дітей з розумовою відсталістю обумовлено психофізіологічними детермінантами, а саме недорозвитком емоційно-вольової та особистісної сфери відповідного вікового періоду і гендерними особливостями дитини. Отже, гіпотеза дослідження підтверджена.

Відзначимо, що вивчення агресії було спрямовано на всі три види модальності дітей: візуальний, аудіальний, кінестетичний, і, тому актуалізував максимальне коло можливостей та сильних сторін дітей. Форма проведення занять (рухливі, сюжетно-рольові ігри, співи, танці тільки підтримують інтерес до занять, але і реалізують потреби дітей у самореалізації, самоствердженні та творчої активності; формують почуття власної значущості, впевненості в собі, бо різні види діяльності дають широкий простір на знаходження свого місця в ньому.

Виходячи з експериментального дослідження, яке ми провели на рівень прояву агресивності у дітей з розумовою відсталістю, нами була розроблена програма корекції агресивної поведінки дітей з особливими потребами в інклюзивному просторі.

З того, що ми зазначали раніше, в нашому дослідженні, можемо узагальнити те, що для дітей з розумовою відсталістю характерні такі проблеми і порушення:

1. Емоційні порушення - дратівливість, підвищений рівень емоційного реагування, налаштованість на негативне сприйняття самого себе з боку оточуючих, слабка усвідомленість своїх емоцій, високий рівень особистої тривоги, неадекватна самооцінка.

2. Поведінкові порушення - труднощі в спілкуванні, збільшення шкідливих звичок, розвиток дезадаптації, відсутність позитивної проєкції на майбутнє, обмежений набір реакцій на проблемну ситуацію.

3. Мають неврологічні недоліки - нестійку, розсіяну увагу, слабку оперативну пам'ять, нестійке запам'ятовування.

Тому, наша програма, розроблена для дітей і підлітків, яка допомагає налагодити міжособистісні взаємовідносини, зняти особисту тривожність, підвищити самооцінку, зміцнити самоповагу до оточуючих і почуття власної гідності, скорелювати поведінку.

Мета програми: розвиток здатності до самоконтролю емоційних проявів, що відбивають агресивну спрямованість поведінку (корекція агресивної поведінки).

В ході корекційної роботи вирішуються такі завдання:

1. Зниження емоційної напруги.
2. Навчання дитини адекватному вираженню свого гніву.
3. Навчання дитини технікам і способам управління гнівом.
4. Усвідомлення власних потреб.
5. Зниження рівня особистої тривоги.
6. Розвиток позитивної самооцінки.
7. Розвиток вміння взаємодіяти з оточуючими його людьми.

Використання обраних методів і прийомів сприяють швидкій адаптації, зниженню у дітей тривожності, підвищенню особистої самооцінки, усвідомлення власних потреб, розвитку вміння управляти власним гнівом, вмінню яти один з одним.

З метою проведення успішної корекції слід дотримуватися наступних принципів:

- Принцип безумовного і безоціночного прийняття дитини в цілому. Направлено на встановлення доброзичливих, довірливих відносин дитини з педагогом та психологом, на руйнування оціночного ставлення до дітей, які мають відхилення у розвитку і поведінці. Якщо дитина не така, як усі, має будь-

які психофізичні недоліки, що порушує або не виконує, то вона погана і заслуговує на осуд. Таким чином, заохочення і покарання стають головними виховно-реабілітаційними засобами. Але існує закономірність: чим більше дитину наказують, тим гірше, безвідповідальніше вона стає.

Потреби в любові, в прийнятті, належності, «потрібності» є найважливішими соціальними потребами зростаючої людини, а задоволення цих потреб - необхідна умова нормального розвитку дитини. Незадоволення цих потреб, відчужує дітей від інших, робить їх неслухняними, агресивними, безвідповідальними до потреб інших людей.

- Принцип комплексного підходу передбачає обов'язкове виконання системи взаємопов'язаних між собою методів вивчення і дії. Важливо, щоб кожен метод вписувався в природну ситуації життєдіяльності дитини, мав цільову спрямованість на отримання необхідної інформації про об'єкт, уточнення і повторну перевірку вже відомих фактів.

- Розширення досвіду дитини з установкою на соціальну успішність. Даний принцип виражається в різноманітності форм організації виховного процесу, в створенні сприятливого мікро-клімату в групі, атмосфери спілкування і взаєморозуміння в процесі організованої діяльності, співпраця з дітьми. Надання конструктивної допомоги в відреагуванні на проблемні ситуації і напрацювання навичок саморегуляції та контролю.

Етапів роботи.

1. Організаційний. На першому етапі відбувається знайомство з групою дітей; діагностика з метою виявлення агресії, з метою виявити рівень агресивності дітей (високий, середній, низький)

2. Психокорекційні етап. На другому етапі відбувається корекційно-розвиваюча діяльність. заняття складається з декількох частин, що включають в себе ігри на знайомство, підвищення позитивного настрою і згуртування групи, емоційний і м'язове розслаблення, усвідомлення власних потреб, зниження рівня особистої тривоги, розвиток позитивної самооцінки, навчання дитини

адекватному вираженню свого гніву, навчання дитини технікам і способам управління власним гнівом.

Це ігри з використанням образів, гри, засновані на літературних творах, на імпровізованому діалозі, на інсценуванні з використанням сенсорних, масажних м'ячів.

Також корекційна діяльність включає в себе інші методи: музикотерапія (з використанням спеціальної релаксаційної музики), арттерапія.

Заняття проводяться 3 рази на тиждень. Два заняття проходять в групі, а одне - в «Сенсорній кімнаті» на розвиток сенсорики з використанням релаксаційних предметів (різнокольорові вогники, ароматерапія, розслаблюючі тренінги і музика).

Ігрова форма роботи краще в даній ситуації, тому що саме гра є найбільш успішною діяльністю для всіх дітей і підлітків, а особливо дітей з розумовою відсталістю. Паралельна робота з корекційно-розвиваючими заняттями та сенсорною кімнатою робить корекцію більш продуктивною.

3. Підбиття підсумку. Аналіз ефективності роботи: контрольне тестування (дослідження динаміки стану кожної дитини).

Використовувані методи: спостереження, рисункові тести, бесіди.

Нами виявлено такі критерії результативності програми:

- кількість агресивних і ворожих реакцій (дисциплінарних порушень, пов'язаних з агресивними проявами);
- рівень агресивності (високий, середній, низький);
- прагнення вихованців до пошуку альтернативних соціально прийнятних способів задоволення власних потреб і взаємодії з оточуючими;
- розвиток уміння вільно висловлювати свої почуття;
- саморегуляція емоційного стану.

Форма і обсяг занять: програма розрахована на старший до шкільний і молодший шкільний вік дітей з розумовою відсталістю і включає в себе 15 занять по 3 рази на тиждень, які розподілені по тижням та об'єднані однією темою.

Тривалість занять - 30 хвилин.

Структура заняття.

Заняття складаються з декількох частин:

Частина 1. Вступна.

Мета - налаштувати групу на спільну роботу, встановити емоційний контакт між усіма учасниками.

Основні процедури - вітання, ігри з іменами.

Частина 2. Робоча. На цю частину припадає основна смислове навантаження всього заняття. У структуру заняття входять етюди, вправи, ігри, спрямовані на розвиток і корекцію емоційно-особистісної, поведінкової сфери дитини.

Основні процедури:

- казкотерапія з імпровізацією;
- ігри на розвиток навичок спілкування;
- гри на формування навички контролю і управління власним гнівом, навчання дітей деяким прийомам саморегуляції, засвоєння релаксаційних технік;
- малювання, кляксографія;
- гра на зниження тривожності і підвищення самооцінки.

Частина 3. Завершальна.

Мета - створення у кожного учасника відчуття приналежності до групи і закріплення позитивних емоцій від роботи на занятті. Тут передбачається проведення будь-якої ігри-забави або іншої колективної діяльності, наприклад, створення загального малюнка.

Кожне заняття обов'язково включає в себе процедури, способи саморегуляції дітей, а саме:

- вправи на м'язову релаксацію (зниження рівня порушень, які знімають напругу);
- мімічну гімнастику (зняття загальної напруги);
- рухові вправи.

У кожному занятті, крім нової інформації, є повтори. По одержанні таким чином інформація краще запам'ятовується. Привітання та прощання дітей носять ритуальний характер, як правило, вони індивідуально в кожній групі.

Під час занять діти сидять у колі - це, перш за все, можливість відкритого спілкування. Форма кола створює відчуття цілісності, завершеності, надає гармонію відносин дітей, дозволяє їм відчувати особливу спільність, полегшує взаєморозуміння і взаємодію.

Заняття проводяться у формі міні-тренінгу, в якому беруть участь 6-8 дітей. Комплектування групи проводиться за принципом добровільності і інформованості зі створенням атмосфери відкритості і згуртованості, де кожен учасник може поділитися своїми почуттями і досвідом без страху.

Корекційну роботу доцільно проводити в чотирьох напрямленнях:

- навчання агресивних дітей способам вираження гніву в прийнятній для них формі;
- навчання дітей прийомам саморегуляції, вмінню володіти собою в різних ситуаціях;
- відпрацювання навичок спілкування в можливих конфліктних ситуаціях;
- формування таких якостей як емпатія, довіра до людей і т.і.

Для того, щоб результат роботи з агресивним дитиною був устойчивим, необхідно, щоб корекція мала не епізодичний, а системний, комплексний характер, що передбачає опрацювання кожної характерологічної особливості дитини. В іншому випадку ефект від корекційної роботи буде нестійким.

Після трьох місяців роботи з дітьми з розумовою відсталістю по програмі корекції агресивної поведінки, ми отримали наступні результати, які представлені в таблиці 3.8

Таблиця 3.8

**Середні показники рівнів агресії після проведення занять по програмі
корекції агресивної поведінки**

Середні показники рівнів агресії	Гендерні особливості	
	Хлопці	дівчата
Високий	31,54%	46,31%
Середній	23,51%	15,84
Низький	44,95%	37,85%

Як у хлопців так і у дівчат перебільшує показник низького рівня агресії. У дівчат він менший на 6,61 %. Середні і високі показники стали менш виражені, як у хлопців так і у дівчат

Якщо у хлопців високий рівень агресії був 44, 83% то зараз ми бачимо 31,54%, він знизився на 13,29%. А у дівчат високий рівень агресії був 68,29%, став 46,31%, знизився на 21,98%, і цей результат став навіть більшим ніж у хлопців.

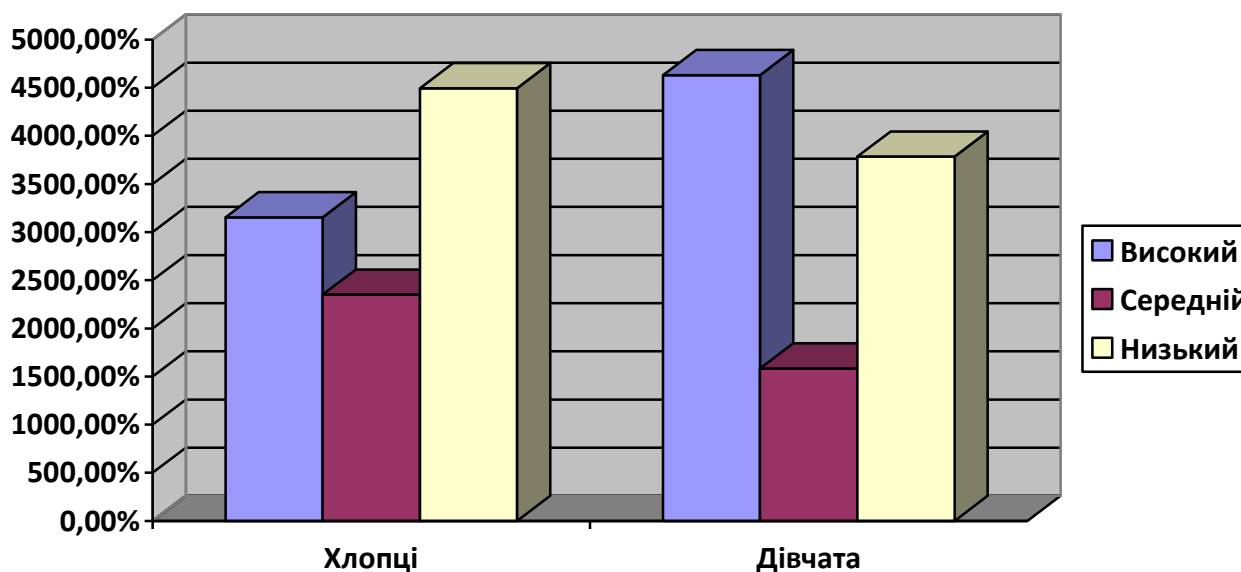


Рис. 3.2. Порівняння рівнів агресії хлопців та дівчат з розумовою відсталістю статтю після проведення занять по програмі корекції агресивної поведінки

Виходячи з отриманих результатів після проведення занять по програмі корекції агресивної поведінки, ми можемо з певністю казати про те, що розроблена нами програма по корекції агресивної поведінки дітей з особливими потребами в інклюзивному просторі є результативна, але усі заняття треба систематично вводити в роботу педагога та психолога з дітьми з особливими потребами в інклюзивному просторі

Роблячи висновок з основних результатів нашої експериментальної роботи з агресивними дітьми з розумовою відсталістю слід зазначити наступне:

1. Використання вправ з життя тварин створювало умови для активної проробки агресивних станів. Така терапевтична ситуація опосередковує хвилювання та неспокій дітей з розумовою відсталістю, які відкрито не можуть обговорювати свої почуття, але з задоволенням демонструють їх в образі тварин та героїв казок.

2. Велика кількість рухливих та ритмічних вправ, а також психом'язові тренування на напруження та розслаблення м'язів, допомогли зняти

«кінестетичні зажими», які було спричинено станом напруження нервової системи. Це дає змогу дітям відчувати своє тіло, керувати ним, та вільно і спокійно почувати себе у просторі. Ритмізація рухів, оплески та музичний ритм стабілізуюче діють на організм дитини, бо підкріплюються, за допомогою регуляції нервової системи, ритми фізіологічних процесів (це підтверджують батьки дітей - в чотирьох з них нормалізувався сон, вони швидко засинали та глибоко спали), ритм дихання тощо.

3. За спостереженнями психолога діти не виказували панівного страху, знаходять час, щоб розслабитись та спокійно виконують завдання.

4. Після введення занять з програми спрямованої на корекцію агресивної поведінки, були отримані високі показники зниження високої агресивності у дітей з розумової відсталості, що вказує на доцільність продовження занять за розробленою нами програмою.

4. За час експериментальних заходів активність дітей підвищилась, значним новоутворенням соціального характеру стало бажання співчувати та допомагати іншим.

5. За результатами опитування педагогів, психологів та батьків діти показали позитивні зміни у своїй поведінці за межами реабілітаційного центру-інтернату.

ВИСНОВКИ

Аналіз психологічної літератури з проблеми вивчення психологічних чинників корекції агресивної поведінки дітей з розумовою відсталістю в інклюзивному просторі, дозволили визначити, що в дитячому віці серйозно змінюються умови життя і діяльності дитини, а це, у свою чергу, приводить до перебудови психіки, появи нових форм взаємодії між однолітками. Спілкування у дитячому віці стає провідною діяльністю, без нього неможливий нормальний розвиток дитини.

Суперечливість у настроях, спонуканнях і бажаннях дітей з розумовою відсталістю приводить до того, що в них нерідко буває стан агресії. В підлітковому віці почуття безпорадності і безсилля можуть бути представлені слабкістю, не витривалістю, беззахисністю і страхами; почуття безвихідності і безнадійності – стомленням, деградацією сил, відчуттям непереборності перешкод, втратою інтересу, пересиченням; почуття песимізму і розпачу – турботно – депримованим тлом настрою, спалахами роздратування і невдоволення. Невір'я у свої сили означає відсутність внутрішньої єдності, низьку погодженість в оцінках, коливання в прийнятті рішень і занепокоєння в нових ситуаціях. Дітей з розумовою відсталістю відрізняє напруженість нервової системи, надмірна імпульсивність, слабкий самоконтроль, недостатня соціалізація потягів і низька усвідомленість власних дій, вони рідко задумуються про причини своїх вчинків і передбачають їх наслідки, не переносять відстрочки і коливання. У них спостерігається посилення примітивних потягів.

Встановлено, що до передумов агресивної поведінки дітей з розумовою відсталістю в інклюзивному просторі, слід віднести наступне: наявність психотравмуючих, тобто зухвалих хвилювань, життєвих обставин чи подій; труднощі, неможливість їхнього вирішення силами дитини, що приводить до

хронічного почуття тривоги; поява почуття незадоволеності собою, посилення занепокоєння й афективної напруженості; нестійкість самооцінки, в основному її зниження.

Визначено, що психологічні чинники корекції агресивної поведінки дітей з розумовою відсталістю в інклюзивному просторі обумовлено як психофізіологічними детермінантами розумового розвитку стосовно віку дитини, так і статтю. До психофізіологічних детермінант розумового розвитку психологи відносять: органічні ураження головного мозку, порушення нормального розвитку психічних, особливо вищих пізнавальних процесів, активність емоційній сфері (підвищена збудливість або, навпаки, інертності, труднощі в формування інтересів і соціальної мотивації к діяльності); порушення у фізичному розвитку: дисплазії, деформації форми черепа і розмірів кінцівок, порушення загальної, дрібної і артикуляційною моторики, труднощі формування рухових автоматичних дій.

Підтверджено, що дівчата з розумовою відсталістю проявляють більш високу агресивність ніж хлопці. Це пов'язано з особливостями жіночого організму, з напруженим перебігом нервових процесів дитини з розумовою відсталістю жіночої статті.

Експериментальне дослідження діяльності психолога з визначення психологічних чинників корекції агресивної поведінки дітей з розумовою відсталістю в інклюзивному просторі ґрунтувалося на вивченні вікових і гендерних особливостей агресії дітей.

Отримані результати підтверджують положення про те, що психологічні чинники корекції агресивної поведінки дітей з розумовою відсталістю обумовлено психофізіологічними детермінантами, а саме, недорозвитком емоційно-вольової та особистісної сфери відповідного вікового періоду і гендерними особливостями дитини.

Таким чином, гіпотеза дослідження підтверджена, завдання дослідження виконано.

Виходячи з отриманих результатів отриманих після введення занять по програмі корекції агресивної поведінки, ми можемо з певністю казати про те, що розроблена нами програма є результативна, але усі заняття треба систематично вводити в роботу педагога та психолога з дітьми з особливими потребами в інклюзивному просторі.

Для того, щоб результат роботи з агресивним дитиною був устойчивим, необхідно, щоб корекція мала не епізодичний, а системний, комплексний характер, що передбачає опрацювання кожної характерологічної особливості дитини. В іншому випадку, ефект від корекційної роботи буде нестійким.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агрессия у детей и подростков: учеб пособие / под ред. Н.М. Платоновой. СПб: Речь, 2004. 336 с.
2. Альберти Р. Самоутверждающее поведение: Распрямись, выскажись, возрази / Р. Альберти, М. Эммонс. СПб.: Академический проект, 2008. 190с.
3. Бережнова Л. Н. Предупреждение депривации в образовательном процессе: монография/ Л.Н. Бережнова. СПб.: Изд-во «Питер»,2007. 405с.
4. Бондар Л., Одинченко Є. Благодійна діяльність як передумова розвитку суспільної допомоги дітям з психофізичними вадами / Л.Бондар, Є. Одинченко. *Дефектологія*. 2006. №4. С.48-52.
5. Борщевська Л.В. На допомогу батькам, що мають дітей з особливими потребами / Л.В. Борщевська, А.В. Зіброва, І.Б. Іванова. Київ: УІСД, 1999. 79с.
6. Булах І.С. Особливості розвитку творчої рефлексії у підлітковому віці / І.С.Булах, Л.Г. Семенча / Науковий часопис НПУ імені М.П.Драгоманова. Серія №12. Психологічні науки: Зб. наук. праць НПУ імені М.П.Драгоманова. Київ: НПУ імені М.П.Драгоманова, 2005. № 7 (31). С. 93–98.
7. Виховання дітей з особливими потребами в сім'ї / Ред. Л.П.Фалинська. Київ: УДЦССМ, 1998. 284 с.
8. Выготский Л.С. Педагогическая психология / Л.С. Выготский. Москва: Педагогика. Пресс, 1996. 536 с.
9. Грабовенко Н.В. Методичні рекомендації соціальним педагогам щодо соціально-педагогічної роботи з сім'ями, що виховують дітей з обмеженими функціональними можливостями, в умовах реабілітаційного центру / Н.В. Грабовенко. Луганськ: Вид-во ЛПСТ, 2007. 70 с.
10. Граборов О.М., Кузьміна Н.Ф., Новік Ф.М. Олігофренопедагогіка. Виховання і навчання розумово відсталих дітей / *Психолого-педагогічні основи корекційної роботи в спеціальній школі*. Хрестоматія. Кам янець-Подільський,

2004. С.184-186.

11. Денисенко Н.Ф. Соціальна політика в Україні щодо людей з особливими потребами. / Педагогіка і психологія формування творчої особистості: проблеми і пошуки: зб. наук. пр. / ред. Т.І. Сущенко та ін. Київ. Запоріжжя. 2004. Випуск 32. - С.71-76.

12. Дульнев Г.М. Питання корекції розвитку розумово відсталих дітей у процесі навчання / *Психолого-педагогічні основи корекційної роботи в спеціальній школі*. Хрестоматія. Кам 'янець-Подільський, 2004. С.149-152.

13. Замский Х.С. Умственно отсталые дети: История их изучения, воспитания и обучения с древних времен до середины XX века. Москва: Образование, 1995. С.44-47.

14. Занков Л.В. Очерки психологии умственно отсталого ребенка / *Психология аномального развития ребенка: Хрестоматія*. Т.2. Москва: ЧеРо, 2002. С. 272-311.

15. Зданевич Л.В. Адаптація дітей з особливими потребами до навчального закладу / *Вісник Прикарпатського університету імені Василя Стефаника*. Івано – Франківськ: Вид –во «Плай», 2001. Філософія, соціологія, психологія. Вип. 6. ч.2. С. 223 – 228.

16. Зеньковский В.В. Психология детства. Москва: Академия, 1996. 347 с.

17. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. СПб.: Речь, 2003. С. 64-66.

18. Иванова І.Б. Соціально-психологічні проблеми дітей-інвалідів. Київ: Логос, 2000. 89 с.

19. Кабанова М.М. Методи психологической диагностики и коррекции в клинике / М.М. Кабанова, А.Е. Личко, В.М. Смирнов. Л.:Академия, 1983. С. 23.

20. Казанская В.Г. Подросток. Трудности взросления. Книга для психологов, педагогов, родителей. 2-е изд., доп. СПб.: Питер, 2008. 283 с.

21. Кон И.С. Психология старшеклассника. Москва: Наука, 1980. 267 с.

22. Костина Л.М. Методы диагностики тревожности. СПб.: Наука, 2002. 198 с.
23. Кравченко Р. Соціальна робота з розумово відсталими людьми: навч. Посібник / Р. Кравченко. Київ: Преса, 2001. С. 8 – 32.
24. Крайг Г. Психология развития. СПб.: Питер, 2000. 992 с.
25. Лурия А.Р. Дефектология и психология. *Психология детей с отклонениями и нарушениями психического развития*. СПб.: Питер, 2001. С. 47-55.
26. Максимова Н.Ю. Основы детской патопсихологии / Н.Ю. Максимова, Е.Л. Милютин, В.М. Пискун. Київ : Перспектива, 1999. 432 с.
27. Менчинская Н.А. Проблемы обучения, воспитания и психического развития ребенка: Избран. психологические труды / под ред. Божович. Е.Д. - М.: Изд-во Моск. психолого-социальн. института; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2004. 512 с.
28. Ньюкомб Н. Развитие личности ребенка. 8-е междунар. изд. СПб.: Питер, 2002. 640 с.
29. Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития (олигофренопедагогика): учеб.пособие/ Пузанов В.Б., Коняева Н.П., Горскин Б.Б. - Москва: Академия, 2000. 269 с.
30. Отстающие в учении школьники: (Проблемы психического развития) / под ред. Калмыковой З.И., Кулагиной И.Ю.; научно-исслед. Ин-т общей и педагогики и психологи АПН СРСР. М.: Педагогика, 1986. 208 с.
31. Певзнер М.С. Клиническая характеристика детей с нарушением темпа развития. *Психология детей с отклонениями и нарушениями психического развития*. - СПб.: Питер, 2001. С. 257-269.
32. Петрова В.Г. Проблема навчання і розвитку розумово відсталих дітей у спеціальній психології/ В.Г. Петрова. *Психолого-педагогічні основи корекційної роботи в спеціальній школі*. Хрестоматія. Кам янець-Подільський, 2004. С.61-64.

33. Поліщук В.М. Поведінковий симптомокомплекс кризи «7 років» / В.М. Поліщук. *Початкова школа*. 2008. №2. С. 3-7.
34. Прихожан А.М. Психология сиротства / А.М. Прихожан, Н.Н.Толстых. СПб.: Питер, 2005. 400 с.
35. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика / А.М. Прихожан. Москва: «МОДЕК», 2000. 246 с.
36. Прохоров А.О. Теоретические и практические аспекты проблемы психического состояния личности / А.О. Прохоров. Самара: Наука, 1998. 169 с.
37. Психическое развитие детей в норме и патологии: психол.диагностика, профілактика и коррекция. СПб.: Питер, 2004. 480 с.
38. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития / под общ. ред. Остапова В.М., Микадзе Ю.В. СПб.: Питер, 2001. 256 с.
39. Раттур М. Помощь трудным детям / М. Раттур. Москва: Прогресс, 1987. 424 с.
40. Семаго Н.Я. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. 2-е изд., / испр. и доп. Н.Я. Семаго, Н.П.Семаго. Москва: АРКТЧ, 2001. 208 с.
41. Семаго Н.Я., Семаго Н.П. Проблемне дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога. 2-е изд., испр. и доп. Москва: Аркти, 2001. 208 с.
42. Семенча Л.Г. Психологічні показники афекту неадекватності у дезадаптованих підлітків / Л.Г. Семенча / *Актуальні проблеми практичної психології*. зб. наук. праць. Частина I. Херсон, ПП Вишемирський В.С., 2008. С. 353 – 358.
43. Семиченко Психологія та педагогіка сімейного спілкування / В.А. Семиченко, В.С. Заслуженюк. Київ: Либідь, 1998. 178 с.
44. Скрябина Д.Ю., Корлякова Я.Е. Особенности организации инклюзивного образовательного пространства в учреждениях для обучающихся,

воспитаников с ограниченными возможностями здоровья. *Современные проблемы науки и образования*. 2015. № 6. ; URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=23641>

45. Солнцева Л. И. Воспитание детей в условиях материнской депривации/ Л.И. Солнцева. Москва: Книга, 2007. 335 с.

46. Социальная психология / под ред А.В. Петровского. Москва: Просвещение, 1987. 364 с.

47. Социальная психология личности в вопросах и ответах: учебное пособие / под ред. В.А. Лабунской, М. Гардарини. Ростов-на-Дону, 1999. С. 207-226.

48. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями / за ред. проф. А.Й.Капської. Київ: ДЦССМ, 2003. 168 с.

49. Трофимова Н.М. Основы специальной педагогики и психологи/ Н.М.Трофимова, С.П.Дуванова, Т.Ф.Пушкина. СПб.: Питер, 2005. 304 с.

50. Тютюнник М.І. Врахування особистісних характеристик дітей з ДЦП у процесі їх адаптації в мікросоціумі / М.І. Тютюнник. *Науковий вісник Чернівецького університету. Збірник наукових праць*. Вип. 37: Педагогіка та психологія. Чернівці: ЧДУ, 1998. С. 170-174.

51. Фридман Л.М. Психология детей и подростков. Справочник для учителей и воспитателей / Л.М. Фридман. Москва: Изд-во ин-та психотерапии, 2003. 480 с.

52. Фурманов И. А. Психология депривированного ребенка: пособие для психологов и педагогов/ И.А. Фурманов, Н.В. Фурманова. Москва: Гуманитарный издательский центр «ВЛАДОС», 2007. 246 с.

53. Хол Д.О. Теории личности / Д.О. Хол, Г. Линдсей. Москва: Академия, 1993. 876 с.

54. Холлигер В. Людина й агресія/ В.Холлигер. Москва:Освіта., 1985. 264 с.

55. Хорни К. Невротическая личность нашего времени / К. Хорни. СПб.: Питер, 2002. 224 с.
56. Хрестоматия по возрастной психологии: учебное пособие для студентов / Под ред. Д.И. Фельдштейна. Москва: Институт практической психологии, 1996. 304 с.
57. Худик В.А. Психологическая диагностика детского развития. Методы исследования / В.А. Худик. Київ: Освіта, 1992. 220 с
58. Хухлаева О.В. Психология подростка / О.В. Хухлева. Москва: Изд. центр «Академия», 2004. 160 с.
59. Хьелл Л. Теории личности / Л. Хьелл, Д. Зиглер. СПб.: Питер, 2001. 608 с.
60. Шаповалова Т.В. Соціальна робота з людьми з обмеженими фізичними можливостями. навч. посібник / Т.В. Шаповалові, Н.В. Грабовенко. Луганськ: Вид-во ЛПІСТ, 2006. 181с.
61. Швалб Ю.М. Возрастная психология: учебное пособие / Ю.М. Швалб, И.Ф. Муханова. Донецк: Изд-во НОРД-ПРЕСС, 2005. 304 с.
62. Шеффер Ч. Игровая семейная психотерапия / Ч. Шеффер, Л. Керри. СПб.: Питер, 2000. 286 с.
63. Шмаргун В.М. Взаємозв'язок фізичного і психічного в руховій реабілітації здоров'я дітей/ В.М. Шмаргун. *Психологія: Збірник наукових праць*. К.: НПУ імені М.П.Драгоманова. 1999.-Вип. 1(4). С.124-128.
64. Шпек О. Люди с умственной отсталостью. Обучение и воспитание. Москва: Академия, 2003. 432 с.
65. Шумна Л.П. Конституційно-правовий статус інвалідів в Україні / Л.П. Шумна// Актуальні проблеми політики. Збірник наукових праць / Голов. ред. С.В. Ківалов; відп. за вип. Л.І. Кормич. Одеса: Юридична література, 2001. С. 738-742.
66. Эйдемиллер Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкий. СПб.: Питер, 1999. 307 с.

67. Эйдемиллер Э.Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия: учебное пособие для докторов и психологов / Э.Г. Эйдемиллер И.В. Добряков, И.Н. Никольская. СПб.: Питер, 2003. 275 с.

68. Эльконин Д.Б. Психическое развитие в детском возрасте / Д.Б. Эльконин. Москва: Педагогика, 1995. 523 с.

69. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон. Москва: Прогресс, 1996. 435 с

70. Эриксон Э.Г. Детство и общество / Пер. и науч. ред. А. А. Алексеев; 2-е изд., перераб. / Э. Эриксон. СПб.: Летний сад, 2000. 415с.

**Опитувальник вихователів та батьків «Рівень агресивності дитини» і
схема включеного спостереження**

Мета – Дослідження рівня агресивності дитини з розумовою відсталістю в інклюзивному просторі.

Кожна позитивна відповідь на кожне із запропонованих тверджень оцінюється в 1 бал.

1. Часом здається, що в нього вселився злий дух.
2. Він не може промовчати, коли чимось невдоволений.
3. Коли хтось заподіює йому зло, він обов'язково прагне відплатити тим же.
4. Інколи йому без всякої причини хочеться вилятися.
5. Буває, що він із задоволенням ламає іграшки, щось розбиває.
6. Інколи він так наполягає на чомусь, що ті, що оточують втрачають терпіння.
7. Він не проти подразнити тварин.
8. Переспорити його важко.
9. Дуже сердиться, коли йому здається, що хтось над ним жартує.
10. Інколи у нього спалахує бажання зробити щось погане, що шокує тих, що оточують.
11. У відповідь на звичайні розпорядження прагне зробити все навпаки.
12. Часто не за віком буркотливий.

13. Сприймає себе як самостійного і рішучого.
14. Любить бути першим, командувати, підпорядковувати собі інших.
15. Невдачі викликають у нього сильне роздратування, бажання знайти винуватих.
16. Легко свариться, вступає в бійку.
17. Прагне спілкуватися з молодшими і фізично слабкішими.
18. У нього нерідкі напади похмурої дратівливості.
19. Не зважає на однолітків, не поступається, не ділиться.
20. Впевнений, що будь-яке завдання виконає краще за всіх.

Показники:

Висока агресивність – 15-20 балів.

Середня агресивність – 7-14 балів.

Низька агресивність – 1-6 балів.

Схема спостереження за дитиною з розумовою відсталістю

Критерії агресивності.

1. Часто втрачає контроль над собою.
2. Часто сперечається, лається з дорослими.
3. Часто відмовляється виконувати правила.
4. Часто спеціально дратує людей.
5. Часто звинувачує інших в своїх помилках.
6. Часто сердиться і відмовляється зробити що-небудь.

7. Часто завидючий, мстивий.

8. Чутливий, дуже швидко реагує на різні дії тих, що оточують (дітей і дорослих), які нерідко дратують його.

Передбачити, що дитина агресивна можна лише в тому випадку, якщо впродовж не менше чим 6 місяців в його поведінці виявлялися хоч би 4 з 8 перерахованих ознак.

Дитині, в поведінці якої спостерігається велика кількість ознак агресивності, необхідна допомога фахівця: психолога або лікаря.

Джерело: Семаго Н.Я., Семаго Н.П. Проблемне дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога. 2-е изд., испр. и доп. - М.: Аркти, 2001.-208 с.

Додаток Б

**Результати діагностування дошкільників і молодших школярів в
інклюзивному просторі**

Прізвище та ім'я	Вік	Стать	Методика «Порівняння» (кількість помилок)	Методика «Виключення понять» (кількість помилок)	Методика «Класифікація» (кількість помилок)
Молодші школяри					
Надточій Андрій	7	чол	другор.ознаки	3	не виконав
Саєнко Сергій	7	чол	Погано	не виконав	1
Козаков Андрій	8	чол	Задовільно	2	1
Фомін Руслан	9	чол	Задовільно	4	2
Киселев Вадим	9	чол	Задовільно	11	5
Блощенко Данило	9	чол	Задовільно	2	6
Ніколаєвський Дмитро	9	чол	Добре	1	не виконав

Олексіїв Юрій	9	чол	добре	2	1
Зима Даніл	10	чол	добре	2	1
Харченко Ігор	10	чол	задовільно	4	1
Острогляд Олексій	10	чол	добре	1	не виконав
Чуксин Петро	10	чол	погано	5	не виконав
Аненкова Іра	7	жін	добре	2	2
Волкова Анастасія	8	жін	добре	3	2
Мацоцька Каріна	8	жін	задовільно	3	3
Буряк Анастасія	9	жін	добре	2	не виконав
Шевченко Надія	9	жін	добре	2	не виконав
Твердохліб Марина	9	жін	погано	3	1
Водолаженко Іра	10	жін	задовільно	5	1
Кіркова Ніна	10	жін	добре	2	2
Петрова Катя	10	жін	задовільно	1	не виконав
Глацких Яна	10	жін	не виконав	не виконав	не виконав
Дашевська Даша	11	жін	другор. ознаки	не виконав	не виконав

Зенцова Іра	11	жін	задовільно	1	не виконав
Дошкільник и					
Маленіцький Э.	4	чол	задовільно	3.	2
Романчук В.	4	чол	погано	3	не виконав
Колесниченко М.	4	чол	другор. ознаки	1	не виконав
Кіркoв М.	5	чол	погано	1	1
Шевчук А.	5	чол	не виконав	не виконав	не виконав
Антонов А.	5	чол	погано	1	не виконав
Коваль Є.	6	чол	задовільно	3	2
Блицкий В.	6	чол	погано	1	1
Притула О.	6	чол	задовільно	2	4
Разін К.	6	чол	не виконав	1	1
Ісаєва Л.	4	жін	задовільно	3	3
Олександрова І.	5	жін	добре	9	5
Букова П.	5	жін	задовільно	4	2
Сіліна А.	5	жін	добре	11	6
Дябло Л.	6	жін	задовільно	2	1
Куксева Н.	6	жін	погано	1	не виконав

Дусіна Р.	6	жін	добре	4	5
Кравченко Т.	6	жін	задовільно	2	4
Чучко О.	6	жін	задовільно	5	3

Для визначення рівня шкільної мотивації у молодших школярів ми використовували метод тестування, а саме методику “Оцінка шкільної мотивації”. Вона складається з 10 питань, кожне з яких оцінюється від 0 до 3 балів. При цьому, три бали надавалися за відповідь, яка підкреслює позитивне ставлення до навчання, а нуль балів - за негативне.

Дітям пропонувалося відповісти на питання опитувальника та обрати варіант відповіді, який найбільше для них підходить. Інтерпретація результатів проводилася за визначеною шкалою:

- 25-30 балів - високий рівень шкільної мотивації;
- 20-24 бала – хороша шкільна мотивація (середній рівень);
- 15-19 балів – позитивне ставлення до школи, але школа приваблює поза навчальними сторонами;
- 10-14 балів – низька шкільна мотивація;
- нижче 10 балів – негативне ставлення до школи.

Після кількісної обробки даних нами були отримані наступні результати:

1) Серед опитаних молодших школярів (малюнок 1.):

6,7 % - мають негативне ставлення до школи та навчання;

13,3% - мають середній рівень шкільної мотивації;

46,7% - мають низький рівень шкільної мотивації;

33,3% - мають позитивне ставлення до навчання.

Отже, найбільше серед опитаних дітей, що мають низький рівень шкільної мотивації, тобто на уроках вони відволікаються, займаються своїми справами. Це

пояснюються тим, що діти з вадами розумового розвитку дуже активні, вони не можуть довго утримувати увагу на одній справі, також вони мають проблеми з пізнавальним процесами.

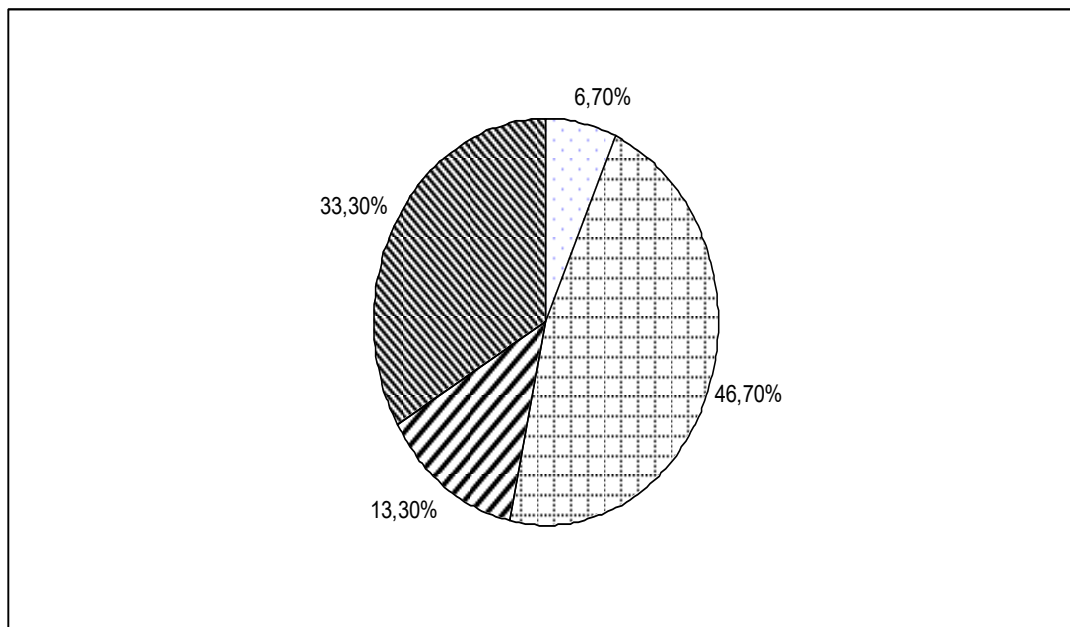


Рис. 1. Результати методики “Оцінка рівня шкільної мотивації”

2) Серед дітей з низьким рівнем мотивації переважають хлопчики – 85,7%, дівчата – 14,3 % (рис.2)

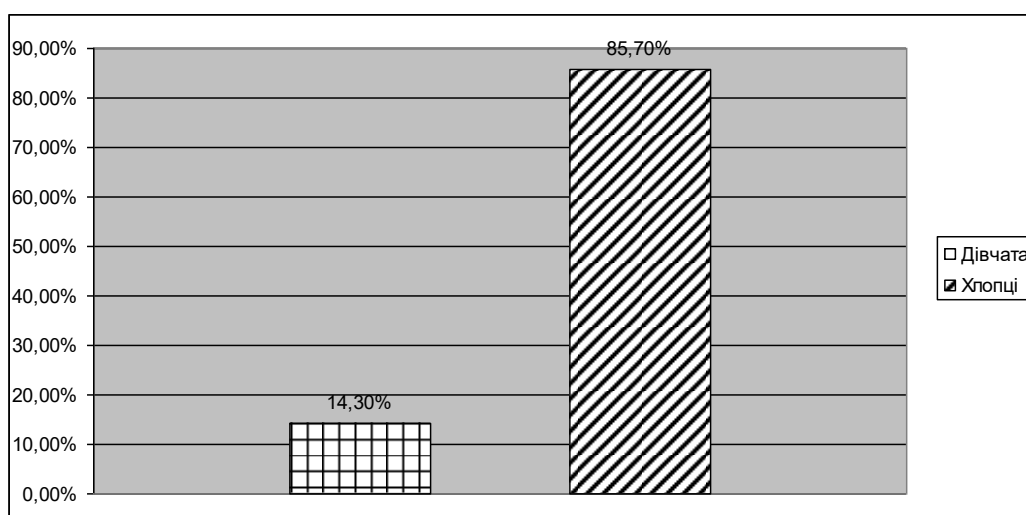


Рис. 2. Гендерне співвідношення результатів по низькому рівню мотивації до навчання.

**Загальна таблиця результатів встановлення рівнів агресії у дошкільників
в інклюзивному просторі**

№	Вік	Стать	Рівні агресії
1	4	чол	низький
2	4	чол	високий
3	4	чол	низький
4	5	чол	середній
5	5	чол	середній
6	5	чол	середній
7	6	чол	високий
8	6	чол	високий
9	6	чол	середній
10	6	чол	високий
11	4	жін	середній
12	5	жін	високий
13	5	жін	середній
14	5	жін	високий
15	6	жін	низький
16	6	жін	високий
17	6	жін	високий
18	6	жін	високий

19	6	жін	високий
20	6	жін	середній

Загальна таблиця результатів встановлення рівнів агресії у молодших школярів в інклюзивному просторі

№	Вік	Стать	Рівні агресії
1	7	чол	середній
2	7	чол	середній
3	8	чол	високий
4	9	чол	низький
5	9	чол	високий
6	9	чол	середній
7	9	чол	середній
8	9	чол	низький
9	10	чол	високий
10	10	чол	середній
11	10	чол	високий
12	10	чол	середній
13	7	жін	низький
14	8	жін	середній
15	8	жін	високий
16	9	жін	високий
17	9	жін	середній
18	9	жін	високий

19	10	жін	низький
20	10	жін	високий
21	10	жін	високий
22	10	жін	високий
23	11	жін	високий
24	11	жін	високий

Загальна таблиця результатів встановлення рівнів агресії у підлітків в інклюзивному просторі

№	Клас	Вік	Стать	Рівні агресії
1	7б	14	чол	високий
2	7б	14	чол	високий
3	7б	14	чол	високий
4	7б	14	чол	низький
5	8а	14	чол	високий
6	7а	15	чол	високий
7	7а	13	чол	середній
8	7а	13	жін	високий
9	8а	14	жін	високий
10	8а	14	жін	високий
11	7а	14	жін	середній
12	7а	16	жін	високий
13	7а	14	жін	середній
14	7а	15	жін	низький
15	7а	15	жін	високий
16	7а	14	жін	високий
17	7а	14	жін	високий

18	7a	15	жін	високий
19	7a	15	жін	низький
20	7б	14	жін	високий
21	7б	14	жін	високий
22	7б	15	жін	високий
23	8a	15	жін	середній
24	8a	15	жін	високий
25	8a	15	жін	високий
26	8a	15	жін	високий