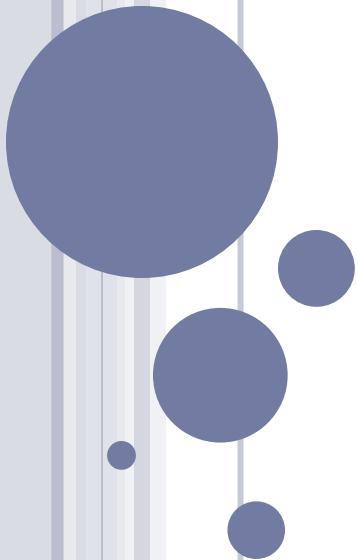


ТЕМА ЛЕКЦІЇ
«ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА І
ОСВІТА ДІТЕЙ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА
ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ»



План

1. Клініко-психолого-педагогічна характеристика дітей з інтелектуальною недостатністю.
2. Проблема вивчення, навчання та виховання дітей із ЗПР.
3. Психолого-педагогічні умови корекції психічного розвитку дітей та перспективи їх соціалізації.

Література:

- Ерёменко И.Г. Олигофренопедагогика: [підручник] / И.Г. Ерёменко. – К.: Вища школа, 1985. – 326 с.
- Катаєва А.А. Дошкольная олигофренопедагогика: [учеб.-метод. пособие] / А.А. Катаєва, Е.А. Стребелева. – М.: Просвещение, 1988. – 140 с.
- Мартинчук О.В. Основи корекційної педагогіки: [навч.-метод. посіб. для студентів напряму підготовки «Дошкільна освіта»]. – К.: Київськ. ун-т імені Бориса Грінченка, 2010. – 288 с.



Клініко-психолого-педагогічна характеристика дітей з інтелектуальною недостатністю

- За міжнародною статистичною класифікацією хвороб, травм і причин смерті 9-го перегляду (МКХ-9) за глибиною дефекту виділялись три групи олігофренії:

Олігофренія – це стан тотального непроградієнтного (стабільного) ураження ЦНС, який виникає на ранніх етапах онтогенезу, до 3-х річного віку.

ідіотія
(найтяжча),

імбецильність
(менш тяжка
форма),

дебільність
(найлегша).

За сучасною міжнародною класифікацією (МКХ-10) на основі психометричних досліджень розумову відсталість поділяють на чотири форми:

легка (IQ у межах 40-69),

помірна (IQ у межах 35-49),

тяжка (IQ у межах 20-34),

глибока (IQ нижче 20) розумова відсталість.

Ступінь вираженості олігофренії залежить від:

- часу ураження ЦНС;
- самого патогенного чинника;
- тривалості дії патологічного чинника;
- імунної системи матері.



- Для виникнення розумової відсталості особливо небезпечним виявляються пошкодження у *першій третині вагітності*, коли відбувається закладка та інтенсивне формування мозкових систем.
- ***Олігофренія, зумовлена пошкодженням мозку в ранньому дитинстві, пов'язана з захворюванням менінгітом, менінгоенцефалітом, які виникають як наслідок нейроінфекції, так і через важкі форми загальносоматичної інфекції: дизентерії, кіру, скарлатини тощо.***
- Певне місце належить черепномозковим травмам, рідше — пухлинам.



Основні клініко-психологічні "закони" олігофренії за Г.Ю. Сухаревою:

1) тотальність нервово-психічного недорозвитку

- Поняття "тотальність" означає, що у стані недорозвитку знаходяться всі нервово-психічні функції (сенсорика, моторика, елементарні емоції, вищі психічні функції, особистість загалом).

2) його ієрархічність

- Вищі мозкові функції не існують без нижчих мозкових функцій. Недорозвинення ВПФ відбувається на усіх рівнях.



- ▣ **Порушення мислення.** Мислення при РВ конкретне (норма до 3-ьох років). Перевіряється за допомогою приказок. Але при легкій РВ може спостерігатися здатність до абстрагування. При глибокій РВ мислення відсутнє.
- ▣ **Мовлення** при РВ граматичне, словниковий запас бідний. Активний словник менший, ніж пасивний. Чим глибша РВ, тим менший словниковий запас. При глибокій РВ мовлення відсутнє взагалі, іноді діти можуть вимовляти окремі слова, але не співвідносять їх з предметами, не складають речення. При тяжкій формі співвідносять слова з предметами.



- ▣ **Пам'ять.** Пам'ять механічна. Знижені всі функції пам'яті. При глибокій РВ всі функції пам'яті відсутні.
- ▣ **Емоції.** Спостерігається неадекватність, нестійкість емоцій, можуть бути порушення настрою, афекту. Нездатність стримувати афект або потяг часто проявляються у схильності до імпульсивних афективних реакцій (спалахів гніву, агресивних розрядів). При глибокій РВ діти розуміють емоції, але не сприймають слова.
- ▣ **Воля.** Загальна незрілість проявляється у низькому рівні пізнавальних інтересів. Відмічається незрілість мотивації, підвищена навіюваність, безініціативність, недорозвиток вольової сфери.



- Відмічається **нестійкість м'язового тону**су, незграбність довільних рухів, бідність міміки та жестів, наявність зайвих рухів і синкінезій або, навпаки, сповільненість і загальмованість рухів.. За даними М.П.Вайзмана, особливо показовими є результати тестів на одночасність і координацію рухів.
- **Гра.** Після 5 років в грі з іграшками розумово відсталих дітей все більше місце починають займати процесуальні дії. Проте справжня гра не виникає. Без спеціального навчання провідною діяльністю у розумово відсталій дитині залишається ігрова, а предметна. У грі спостерігаються стереотипність, формальність дій, відсутній задум, немає навіть елементів сюжету. Діти не використовують предметів-замінників, не можуть заміщати дії з реальними предметами, зображенням дій чи промовою. У розумово відсталій дитині без спеціально організованого навчання у грі не розвиваються і функції мови.

Психолого-педагогічна характеристика дітей із затримкою психічного розвитку

Затримка психічного розвитку (ЗПР)

- – межовий стан між інтелектуальною нормою та легкою РВ. При ЗПР ураження усіх психічних функцій мозаїчне на ранніх етапах онтогенезу (до 3-ьох років).

Причини виникнення такі самі, що і при РВ.

За даними науковців, в дитячій популяції виявляється від 6 до 11 % дітей із ЗПР різного генезу.

За етіопаталогічним чинником ЗПР поділяють:

1. ЗПР конституційного походження

- При затримці психічного розвитку конституційного походження часто спостерігається інфантильний тип статури з дитячою пластичністю миміки і моторики. ЗПР зумовлена уповільненістю й нерівномірністю дозрівання різних систем дитячого організму.
 - До цього типу ЗПР відносять *спадково зумовлений психічний, психофізичний інфантилізм*.
 - У дітей переважають риси емоційно-особистісної незрілості, емоційна тупість, «дитячість» поведінки. Діти надають перевагу ігровій діяльності над навчанням, діти неактивні, часто в'ялі, капризують, настрій з відтінком депресивності.

2. ЗПР соматогенного походження

- Зумовлюється **хронічними соматичними захворюваннями внутрішніх органів дитини** — серця, нирок, печінки, легень, ендокринної системи. Центральна нервова система у таких випадках не вражається прямо хворобою, але потерпає від виснаження дитячого організму в цілому. Хвороба знижує психічний тонус дитини, робить її млявою, несприйнятливою до різноманітних вражень.

3. ЗПР психогенного походження

- Виникає після народження у результаті **неправильного виховання**. До ЗПР психогенного характеру може призвести дефіцит спілкування в ранньому дитинстві, відсутність материнської турботи та любові. Дуже часто цей тип ЗПР виникає у дітей, які виховуються психічно хворими батьками, передусім матір'ю.



4.3ПР цереброорганічного походження

- Характеризується ураженням ЦНС, яке є мозаїчним та непроградієнтним. Виникає внаслідок внаслідок *ураження в останній триместр вагітності* і постнатальний період до 3-ьох років.
- Діти із затримкою психічного розвитку, вже освоївши прості рахункові операції, при будь-якій труднощі повертаються до рахунку на пальцях. Таке явище спостерігається і в нормі проте в патології воно може носити стійкий характер, що вимагає спеціальної корекції.



Психолого-педагогічні умови корекції психічного розвитку дітей та перспективи їх соціалізації

- 1. Весь процес навчання має бути спрямований на **формування розумових операцій** - аналіз, синтез, порівняння, абстрагування, узагальнення.
- 2. Наступною особливістю роботи є **максимальне включення аналізаторів**, актуалізація відчуттів різної модальності, а також використання максимальної і різноманітної наочності.
- 3. Найважливіше значення має **диференційований** підхід, який передбачає врахування особливостей вищої нервової діяльності.
- 4. Необхідно особливо **ретельно відпрацьовувати етапи закріплення правильних** навичок.
- 5. Характерною особливістю навчання є часта **повторюваність** вправ, але з включенням елементів новизни за змістом і за формою.
- 6. Необхідно проводити часту **зміну видів діяльності**, переключення дитини з однієї форми роботи на іншу.
- 7. Особливістю навчання є ретельне **дозування** матеріалу.
- 8. При проведенні занять необхідно **ясне розуміння дитиною мети заняття**.
- 9. Слід підтримувати у розумово відсталій дитини інтерес до навчання, впливати на її емоційну сферу.

Кілька порад педагогу щодо організації корекційної роботи з дитиною із ЗПР:

- • **Зосередьте увагу на сильних сторонах дитини і спирайтеся на них у процесі навчання.** Водночас, будьте готові, що доведеться поступово заповнювати прогалини у знаннях, вміннях і навичках дитини.
- • **Подавайте зміст навчального матеріалу невеликими частинами, використовуючи мультисенсорний підхід (слуховий, візуальний, маніпуляційний).** Якомога більше повторюйте та закріплюйте вивчене.
- • **Заохочуйте дитину, підтримуйте позитивну мотивацію навчання.**
- • **Дещо сповільніть темп навчання, зважаючи на знижені психічну витривалість і розумову працездатність дитини.** Будьте терплячими, якщо дитині необхідно пояснити чи показати щось багаторазово.



- • **Розчленовуйте завдання на окремі невеликі частини.** Усні інструкції давайте по одній, доки дитина не навчиться утримувати у пам'яті одразу кілька.
- • **Практикуйте прикладне застосування набутих знань.**
- • *Спільно з дитиною покроково аналізуйте виконання завдання.*
- • *Урізноманітнюйте навчальну діяльність, однак, забезпечуйте плавний перехід від одних видів діяльності до інших.*
- • Завдання мають **відповідати можливостям дитини** та виключати відчуття стійких невдач.
- • Не перекладайте подолання проблем у навчанні виключно на батьків.
- **Допомагайте їм усвідомлювати найменші успіхи дитини та закріплювати їх.** Діти з труднощами у навчанні потребують не авторитарних підходів у сімейних стосунках, **а виваженого, доброзичливого ставлення до дитини.**
- • Подолання труднощів у навчанні – це результат спільної тривалої та копіткої роботи педагогів, психологів, батьків і навіть терапевтів