

МАМІЧЕВА ОЛЕНА ВОЛОДИМИРІВНА

**КОРЕКЦІЯ ЗАТРИМКИ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ
ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ
(НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК)**

Слов'янськ 2008

УДК 376.4.037
ББК 88.4
М 222

М 222 Мамічева О.В. Корекція затримки психічного розвитку засобами фізичного виховання. – Слов'янськ, 2008. – 168 с.

Рецензенти:

О.Г. Солодухова, доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри психології Слов'янського державного педагогічного університету;

Л.М. Балабанова, доктор психологічних наук, професор, начальник кафедри прикладної психології Харківського національного університету внутрішніх справ;

О.В. Тимченко, доктор психологічних наук, професор, начальник лабораторії екстремальної та кризової психології Університету цивільного захисту України.

Посібник присвячено проблемі корекції психофізичного стану дітей із затримкою психічного розвитку засобами фізичного виховання, зокрема психолого-педагогічним засадам її забезпечення. У ньому висвітлено загальні теоретичні питання корекційно-розвивальної роботи з такими дітьми в системі спеціальних освітніх закладів, наведено практичні положення та розкрито суть корекційних занять із фізичного виховання, на основі яких можна сформувати зміст навчальної роботи з дітьми із ЗПР.

Видання адресоване студентам дефектологічних факультетів педагогічних вузів, викладачам ВНЗ, науковцям. Поданий теоретичний та практичний матеріал стане у нагоді й освітянам-практикам у галузі корекційної педагогіки та фізичної реабілітації дітей із вадами психічного розвитку.

Літературне редагування та коректура: Головка Інна Анатоліївна, Решетняк Олена Олександрівна

ISBN

ЗМІСТ

Вступ	4
Розділ I. Сучасний погляд на проблему розвитку дитини	6
1.1. Фізичний та соціально-психологічний розвиток дітей дошкільного віку.....	7
1.2. Провідні чинники, що обумовлюють нормальний розвиток дитини.....	9
Розділ II. Затримка психічного розвитку дитини як психолого-педагогічна проблема	15
2.1. Причини виникнення затримки психічного розвитку.....	20
2.2. Класифікація затримки психічного розвитку.....	23
2.3. Особливості психомоторики дітей із затримкою психічного розвитку.....	32
2.4. Взаємозв'язок рухової активності і психічного розвитку дітей.....	37
Розділ III. Психофізичний стан дітей із затримкою психічного розвитку	49
3.1. Рівні фізичного розвитку дітей із ЗПР.....	49
3.2. Ступінь прояву психічних функцій у дітей із затримкою психічного розвитку.....	51
Розділ IV. Корекція психіки дітей із затримкою розвитку	58
4.1. Умови успішної корекції психічного розвитку дітей.....	58
4.2. Обґрунтування методики проведення корекційних занять з дітьми із затримкою психічного розвитку.....	63
4.3. Ефективність корекції психічного розвитку дітей засобами фізичного виховання.....	111
Висновки	120
Комплексні тестові завдання	121
Ключ до тестових завдань	136
Показчик термінів і понять	137
Іменний показчик	158
Рекомендована література	159

ВСТУП

У зв'язку із збільшенням в Україні дітей із проблемами психічного розвитку, які зазнають труднощів під час підготовки до школи, допомога таким дітям у вигляді корекційно-розвивального навчання заслуговує на особливу увагу. Науковці та вихователі-практики наразі запропонували значну кількість шляхів, підходів та засобів корекційно-виховної роботи з цими дітьми, у нашому ж посібнику акцентується увага на інтенсифікації та цілеспрямованому впливі на природний чинник – рухову активність дитини (Максименко С.Д., Бондар В.І., Бех І.Д., 1980. с. 15).

Отож, провідна мета пропонованого навчального посібника – переконати студентів та педагогів спеціальних установ у можливості корекції затримки психічного розвитку дітей дошкільного віку за допомогою підвищення рівня їхньої фізичної культури.

З досвіду поколінь відомо, що рух є однією з провідних умов розвитку, його джерелом, тому й рухова активність дитини, збагачувана зацікавленістю в ній та виконувана в ігровій формі, спроможна вельми суттєво вплинути на дитячий психічний розвиток, адже використання фізичних вправ, насамперед ігрового характеру, розширює фізичні можливості дітей із затримкою психічного розвитку, що сприятливо впливає на центральну нервову систему; рухова активність підвищує працездатність клітин головного мозку, їх стійкість до сильних подразників, покращує аналітико-синтетичну діяльність центральної нервової системи, обумовлює більш швидке формування позитивних умовних рефлексів, що супроводжується підвищенням інтенсивності й концентрації уваги, покращенням пам'яті тощо. Усе це у свою чергу надає дітям із затримкою психічного розвитку впевненості у своїх можливостях, відсутності відмінностей від нормально розвинених дітей, самовпевненості та зближує з колективом однолітків (Ілляшенко Т. Д., Бастун Н.А., Сак Т.В., 1997. с. 91).

Корекційний вплив рухової активності безпосередньо на психіку обумовлено глибинними, еволюційно закріпленими взаємозв'язками між

соматикою і психікою. Саме через це, активізуючи рухову діяльність дітей із затримкою психічного розвитку, можна досягти позитивних зрушень у психічному розвитку, прискорити й оптимізувати здібності цих дітей до шкільного навчання.

До структури посібника вміщено переліки запитань для перевірки знань і додаткових літературних джерел для більш детального ознайомлення з порушеною проблемою, а також подано комплексні тестові завдання, показчик специфічних для галузі термінів і понять.

Викладений у тексті посібника теоретичний матеріал призначено для студентів, викладачів, науковців-дефектологів, а наведені вправи та ігри стануть у нагоді педагогам і вихователям спеціальних корекційних дитячих закладів.

Автор із вдячністю прийме зауваження та побажання читачів, які нададуть змоги в майбутньому покращити й більше адаптувати матеріал посібника до теоретичних та практичних потреб студентів, викладачів ВНЗ, науковців.

РОЗДІЛ I. Сучасний погляд на проблему розвитку дитини

Формування, розвиток та руйнування – процеси, характерні для багатьох систем у Всесвіті. Притаманні вони й біологічним істотам, зокрема простежуються в онтогенезі кожної людини. Оскільки чільним завданням нашої роботи є пошук та обґрунтування оптимальних способів корекції затримки психічного розвитку, то, вочевидь, логічним буде спочатку витлумачити поняття „звичайний, нормальний розвиток людини”.

Під терміном *розвиток людини* слід розуміти *процес якісних змін в організмі, психіці та поведінці людини, обумовлений взаємодією психогенетичних чинників та впливом на них соціально-біологічних умов зовнішнього середовища*. Зазвичай кількісні зміни в організмі, накопичуючись до певної межі, переходять до нової площини – це і є суттю розвитку, тобто підґрунтям цього процесу є перехід кількісних змін у якісні. Розвиток людини здійснюється в трьох сферах: фізичній, когнітивній та психосоціальной [96, с. 333].

До фізичної сфери належить зріст, розміри та форма тіла і його органів, а також сенсорні та моторні навички.

Когнітивна сфера охоплює психічні процеси, розумові здібності та пам'ять, сприйняття і мовлення.

До психосоціальной сфери, на його думку, слід віднести розвиток особистості та міжособистісних відношень. Це характерний для кожного індивідуальний стиль поведінки та емоційного реагування.

Розвиток людини в цих трьох сферах має проходити одночасно і взаємопов'язано. Для оцінки розвитку дитини на різних етапах онтогенезу необхідно передусім мати уявлення й фактичні дані про вікові норми, щоб зробити висновок: наскільки конкретна дитина випереджає або відстає в розвитку від своїх однолітків.

Спираючись саме на фізичну сферу дитини, розглянемо її фізичний та моторний розвиток, нерозривно пов'язаний із соціально-психологічним.

1.1. Фізичний та соціально-психологічний розвиток дітей дошкільного віку

Діти дошкільного віку швидко зміцнюють свою масу та зріст: від 2-ох до 6-ти років у середньому за рік маса тіла збільшується на 2 кг, а зріст – на 8 см. У цей період спостерігаються інтенсивні зрушення й у їхньому опорно-руховому апараті, а якісні зміни в центральній нервовій системі обумовлюють розвиток і регуляцію рухових навичок, зокрема й грубої моторики – здатності виконувати рухи з великою амплітудою (біг, стрибки, використання ложки тощо).

Водночас слід пам'ятати, що розвиток фізичних і моторних якостей у дітей проходить паралельно із сенсорним і когнітивним. Гра, маніпуляції з іграшками та навколишніми предметами є важливими чинниками повноцінного розвитку дитини. Ураховуючи велике значення впливу рухових навичок і якостей дитини на її розумовий розвиток, можна переслідувати мету через активізацію рухів коригувати відставання в психічному розвитку.

Які ж умови оптимального фізичного розвитку? Як вважають психологи, це готовність, активність, увага і зворотний зв'язок.

Готовність необхідна для того, щоб рухові навички, які засвоюють діти, формувались швидко та якісно. Визначити готовність дітей виконувати якісні рухи можна, спостерігаючи за їхньою поведінкою: якщо готовність до цих рухів висока, то діти починають намагатися виконувати їх самі.

Не менш важливою умовою моторного розвитку дитини є активність, що уможливає спроби здійснити рухи, які раніше були не під силу (наприклад, ходити поверхнею гімнастичної колоди). Активність штовхає дітей на засвоєння нових рухових дій.

За будь-якого розвитку важливу роль перебирає на себе увага. Відомо, що діти від 3-ох до 5-ти років уважніше сприймають показ, наприклад, гімнастичних вправ, а діти 6-ти – 7-ми років уже здатні реагувати на мовні команди та інструкції щодо особливостей виконання рухових комбінацій. Разом з тим наявність уваги є невід'ємною умовою ефективного засвоєння рухів і, як

наслідок, моторного розвитку. Але слід пам'ятати, що розвиток дитини залежить і від умов навколишнього середовища: якщо їй буде замало місця або іграшок для гри, то розвиток буде повільнішим [104, с. 56-59].

Використовуючи готовність, активність і увагу до самостійної діяльності, діти навчаються, наприклад, користуватися столовим набором, спостерігаючи, як це роблять дорослі. Це навчання через спостереження.

Зворотний зв'язок проявляється в так званій мотивації компетентності – це потреба дитини в досягненні успіху у своїх діях, щоб відчувати себе спроможною та умілою. Діти намагаються щось зробити, щоб пересвідчитися: можуть вони це виконати, чи ні, увесь час перевіряючи свої можливості. Цей вид мотивації називають внутрішнім через те, що її джерело міститься в самій дитині, в її діях.

Якщо дитина виконує щось заради похвали або нагороди дорослих, це буде зовнішньою мотивацією. Вона теж має суттєву роль у розвитку дитини. Саме похвала чи нагорода за бажання дитини перемогти в змаганні і є тим зворотним зв'язком між дією, поведінкою і тим, як вона впливає на її розвиток. Це могутнє джерело підтримки її мотивації.

Соціально-психологічний розвиток обумовлюється індивідуально-психологічними задатками дитини та умовами її соціального оточення. Вважається, що в період раннього дитинства найбільше розвиваються когнітивні здібності дитини. У процесі інтелектуального розвитку виділяють чотири стадії, але провідною умовою ефективності цього процесу є взаємодія дитини з навколишнім середовищем, де центральною фігурою виступають дорослі, хоча однолітки також мають велике значення.

У інтелектуальному розвитку важливу роль відіграє засвоєння нових слів та опанування мовленням, або мовний розвиток (Виготський Л.С., с. 65-68).

Соціально-психологічний розвиток дітей здебільшого детермінується грою, яку називають «роботою дітей». Саме в грі в яскравій формі проявляється тісний взаємозв'язок між фізичним та когнітивним розвитком дитини. Гра – це такий вид діяльності дітей, який починається з їхньої власної ініціативи,

приносить їм задоволення, не спрямовується на досягнення якоїсь кінцевої мети і, водночас, найбільшою мірою сприяє соціальному розвитку та збагаченню творчих здібностей [88, с.76-93].

Отже, фізичний і соціально-психологічний розвиток дітей нерозривно взаємопов'язані й взаємообумовлені.

1.2 Провідні чинники, що обумовлюють нормальний розвиток дитини

Як відомо, людина – біосоціальна істота, тому в її розвитку, як у загальному, так і в психологічному підвалинними джерелами виступають біологічні та соціально-психологічні чинники.

До біологічних чинників слід віднести передусім спадково-генетичні, оскільки вони впливають на програму будови й особливості функціонування всіх систем і органів людини. Якщо в спадковій програмі дитини відсутні негативні зміни, якщо немає порушень у структурі та функціях хромосом, генів і макромолекул (ДНК, РНК, білки), то можна очікувати на нормальний її розвиток. Разом із тим слід зауважити, що це лише потенційна можливість для певного індивіда, оскільки негативний вплив на апарат спадковості або його складові частини можуть призвести до порушень розвитку, до прояву аномалій чи патологій у цьому складному процесі.

Другою сукупністю чинників, що детермінують розвиток дитини, є умови, у яких проходить пренатальний період її онтогенезу. Усі кількісні та якісні зміни в організмі майбутньої дитини, яка розвивається в період вагітності матері, будуть залежати від процесів її життєдіяльності та сили взаємозв'язків із нею. Саме цьому дуже важливою умовою нормального розвитку плода є здоровий спосіб життя вагітної жінки, імунітет її організму та загальний рівень здоров'я. Оптимальні умови протікання вагітності та наявність здоров'я у матері обумовлюють нормальний процес розвитку плода.

Третя група чинників – безпосередньо умови та процес пологів [9, с.8]. Найбільш суттєвий внесок в уявлення про його значимість для розвитку дитини

після народження, величезне значення для психіки та найдрібніших її проявів у майбутнього малюка, підлітка й дорослої людини зробив Станіслав Грофф. Його вчення про базові перинатальні матриці обґрунтували Блейхер В. М., Крук І.В. та ін., здійснення яких у процесі пологів обумовлює в майбутньому (тобто в постнатальному періоді) нормальний, або з різним ступенем патологічності, прояв психічних процесів та станів. Якщо пологи провадилися без застосування ліків, стимуляторів або допоміжних фізичних заходів, то психіку новонародженого не буде травмовано, а значить і її розвиток обіцяє бути нормальним [12, с.67].

Наступна група чинників належить до постнатального періоду. Серед них зокрема виділяються біологічні, які, безумовно, впливають на якість та швидкість розвитку дитини. У цей період важливими є відсутність травм, хвороб, особливо центральної нервової системи, тяжких інфекцій та росту. Слід додати, що для нормального фізичного розвитку дитини важливою умовою є її харчування, а з огляду на те, що фізичний розвиток досить тісно пов'язаний із психічним, то для останнього цей чинник відіграє теж значну роль (там же).

Поряд із тим у постнатальному періоді розвитку дитини суттєву роль перебирають на себе соціально-психологічні чинники. На різних етапах життя дитини до них можна віднести різну їх сукупність.

Так, перші місяці після народження немовля перебуває майже завжди поряд із матір'ю (або особою, що її замінює). У цьому плані більшість педагогів і психологів стверджують, що відрив дитини від матері є дуже негативним явищем, яке викликає порушення в її психічному розвитку. Що дорослішою стає дитина, то більшою кількістю й мірою на неї впливають умови оточення та чинники, з яких вони складаються. Так, поступово від матері до інших членів сім'ї, від сімейної атмосфери до умов виховання, до знань батьків, як це робити, їхнього світогляду, рівня освіти та культури, розширюється вплив на розвиток дитини, результати якого можуть мати великі якісні відмінності. За межами

сім'ї на розвиток дитини діє її оточення в яслах-садку або дитсадку, на вулиці тощо.

Відомо, що навколишнє середовище впливає на розвиток людини через два найважливіші процеси: навчання й соціалізацію, – чільним з яких виділяють перший, адже через саме через нього навколишнє середовище викликає стійкі зміни в поведінці суб'єкта. При цьому найголовнішим дієвим підґрунтям навчання є процес обумовлення, що означає усвідомлення зв'язків між різними подіями, які дитина спостерігає в навколишньому середовищі. Через це кожного разу, коли ми формуємо якісь погляди, цінності або стереотипи мислення, ми набуваємо якихось знань та навичок [30].

На відміну від навчання соціалізація – більш масштабний навчальний процес, оскільки передбачає засвоєння індивідом усіх поглядів, звичаїв, життєвих цінностей, ролей та очікувань конкретної соціальної групи в суспільстві. Соціалізація в дитячому віці надає особі можливості створити ядро життєвих цінностей, набути навичок, стереотипів поведінки та виконання різних ролей, які можуть досить сильно відрізнитись відповідно до змін умов чи оточення.

Говорячи про значимість у психічному розвитку дитини біологічних і соціально-психологічних процесів, слід пам'ятати, що окремо вони не відбуваються. Так, для реалізації біологічних чинників необхідні, як мінімум, нормальні умови життєдіяльності, але прояв біологічних чинників, наприклад, захворювання Дауна, дуже сильно впливає на соціальне оточення певного суб'єкта, рівень його соціалізації та психічного розвитку. Інакше кажучи, нормальний розвиток дитини обумовлюється взаємозв'язком і взаємовпливом двох його основних джерел: біологічних та соціально-психологічних чинників.

Наразі найбільш впливовою моделлю розвитку людини є модель екологічних систем. Розвиток людини відбувається у двох напрямках: з одного боку індивідуум, який розвивається реструктурує своє навколишнє оточення, і водночас, з іншого боку, сам випробовує вплив його елементів та взаємозв'язки між ними.

Нвколишнє оточення, яке впливає на розвиток дитини, складається з чотирьох систем, які взаємоохоплюються та називаються мікро-, мезо-, екзот- та макросистемами. Під ними слід розуміти :

– мікросистема – це найближче оточення дитини (наприклад, члени сім’ї, дитячого садка та школи);

– мезосистема формується шляхом взаємозв’язку двох або більше мікросистем (це може бути комплекс взаємозв’язків батьків та вихователів дитячого садка);

– екосистема – це соціальні структури, які не мають безпосереднього контакту з дитиною, яка розвивається, але вони впливають на її розвиток (наприклад, місце роботи батьків дитини);

– макросистема, під якою слід розуміти життєві цінності, закони і традиції тієї країни й культури, у якій виховується й розвивається дитина (ця система справляє найбільший вплив на розвиток дитини, оскільки створює так званий життєвий простір для розвитку) [12].

Питання до першого розділу:

1. Що окреслює поняття „нормальний розвиток людини”?
2. Які провідні умови оптимального фізичного розвитку?
3. Чи важливу роль у розвитку дитини відіграють соціально-психологічні чинники? У чому це виявляється?
4. Які особливості має структура моделі розвитку людини?

Рекомендована література:

1. Ананьев Б.Г. Развитие психофизиологических функций взрослых и людей. –М., 1972.- С. 34-98.
2. Астапов В.М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. М.: Международная педагогическая академия, 1994. – 216с.

3. Бгажнокова И.М. Проблемы и перспективы развития коррекционной помощи детям с интеллектуальной недостаточностью //Дефектология. – 1994. – № 1. – С. 11- 14.
4. Бондар В.І. Підготовка учнів допоміжної школи до самостійної трудової діяльності. – К.: Рад.шк., 1988. – 128с.
5. Бехтерева Н.П. Здоровый и больной мозг человека. – Л.: Наука, 1988. – 262с.
6. Бреслав Г.М. Емоційні особливості формування особистості в дитинстві: норма і відхилення.-М.: Педагогіка, 1990.-С. 67-143.
7. Валитова И.Е. Психология развития ребёнка дошкольного возраста.- 2-е изд. – Минск: Университет, 1999.- С. 20-105.
8. Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии. – М.: Просвещение, 1973. – 178с.
9. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В шести томах. Т.2. Проблемы общей психологии /Под ред. В.В. Давыдова. – М.: Педагогика, 1982. – С. 65 – 68.
10. Діагностика психічного розвитку дітей раннього віку: Методичні рекомендації /Укл. Н.В. Карпенко – Сашньова. – К.: ІЗМН, 1996. – 60с.
11. Дробинская А.О., Фишман М.Н. Дети с трудностями в обучении (к вопросу об этиопатогенезе) //Дефектология. – 1996. – №5. – С.22 – 28.
12. Забрамная С.Д., Романова Л.И. Об организации изучения учащихся вспомогательной школы //Дефектология. – 1978. – №5. – С.34.
13. Запорожець А.В. Развитие произвольных движений. – М.: АПН РСФСР, 1960. – 151с.
14. Ільяшенко Т.Д., Рождественська М.В. Допоможіть дитині розвиватися (поради для батьків): Абетка. – Кам'янець – Подільський, 1998. – 103с.
15. Исаев Д.Н., Ефремов К.Д. Функциональные системы мозга и некоторые клинические формы психического недоразвития //Дефектология. – 1978. – №6. – С. 11 – 15.

16. Колупаєва А.А. Проблеми державної підтримки дітей із особливими по потрібними в Україні /Актуальні проблеми виховання та навчання студентів із особливими по потрібними: Зб. наук. праць /За заг. ред. П.М. Таланчука, Г.В. Онкович. – К.: Університет “Україна”. 2000. – С. 27 – 29.
17. Кольцова М.М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка (роль двигательного анализатора в формировании высшей нервной деятельности). – М.: Педагогика, 1973. – 79с.
18. Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии: Учебное пособие для студентов педагогических институтов. – М.: Просвещение. – 1991. – С. 48 – 71.
19. Липа В.О. Основы коррекционной педагогики. Учебное пособие. Донецк, 2001 – 203с.
20. Лубовский В.И. Основные проблемы ранней диагностики и ранней коррекции нарушений развития //Дефектология. – 1994. – №1. – С. 3 – 5.
21. Лубовський В.І. Вища нервова діяльність і психологічні особливості дітей із затримкою психічного розвитку//Дефектологія.-1992.-№ 2.-С.13-21.
22. Максименко С.Д., Бондарь В.И., Бех И.Д. Психология формирования трудовых умений школьников: (Сравнительный анализ деятельности учащихся массовой и вспомогательной школ.). – К.: Рад.шк., 1980. – 110с.
23. Мастюкова Е.М. Клиническая диагностика в комплексной оценке психомоторного развития и прогноза детей с отклонениями в развитии //Дефектология. – 1996. – №5. – С 3 – 9.
24. Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция. – М.: Просвещение. – 1992. – 195с.
25. Певзнер М.С. Діти з відхиленнями в розвитку. – М.: Вид.АПН РСФСР, 1966.-С. 46-93

РОЗДІЛ II. Затримка психічного розвитку дитини як психолого-педагогічна проблема

У психолого-педагогічній практиці поняття затримки психічного розвитку дітей з'явилося порівняно недавно. На початку двадцятого століття французькі дослідники дитячого інтелекту виділили групу «псевдоненормальних» дітей і зробили доволі оптимістичний прогноз щодо подальшого їхнього розвитку, зважаючи на тимчасовість затримки.

Перші заклади для дітей із психофізичними вадами в Україні почали створюватися в післяреволюційний період. Уже в 1920-му році в Україні вперше за всю історію було створено державну систему спеціального виховання «фізично дефективних» дітей [9, с. 37].

Клінічне вивчення дітей із порушенням темпів розвитку складається з декількох етапів.

На першому описано форми порушення розвитку, у яких гармонічно поєднується психічний і фізичний інфантилізм. Так, у 1917-му році було виділено групу дітей зі спадково обумовленим запізненим розвитком, у 1925-му – описано групу «слабко обдарованих» дітей зі зниженим загальним розвитком, які були відокремлені від педагогічно занедбаних дітей та олігофренів, а у 1938-му – виділено групу дітей з «уповільненим темпом розвитку», які якісно відрізнялись від олігофренів.

Великий внесок до вивчення й корекції відставання дітей у розвитку зробила педологія, яка в нашій країні бурхливо розвивалася до 1936-го року. Проте указом ЦК ВКПб («Про педагогічний переворот у системі Наркомосвіти») її діяльності було покладено край, а разом із тим і заборонено диференціацію дітей за рівнем психічного розвитку (там же).

Другий етап у вивченні дітей з порушеним темпом розвитку був найтісніше пов'язаний із прагненням дослідників до звуження рамок олігофренії.

У 1971-му році Т.А. Власова та М.С. Певзнер описали цілу низку клінічних варіантів інфантилізму:

1. Психофізичний інфантилізм з неповним розвитком у дітей емоційно-вольової сфери за збереженого інтелекту.

2. Психофізичний інфантилізм з неповним розвитком пізнавальної діяльності.

3. Психофізичний інфантилізм з неповним розвитком пізнавальної діяльності, ускладнений нейродинамічними порушеннями.

4. Психофізичний інфантилізм з неповним розвитком пізнавальної діяльності, ускладнений недорозвиненою мовленнєвою функцією.

Було також висвітлено питання етіопатогенезу різних форм затримки психічного розвитку, причому особливе значення надавалося залишковим явищам органічного ураження центральної нервової системи [20].

Протягом багатьох років пропагувався індивідуальний підхід до навчання й виховання аномальних дітей (з патологією), але ніякої діагностично обґрунтованої диференціації їх не було. Виняток складали діти з такими порушеннями психічного розвитку, які повністю виключали можливість навчання їх загальноприйнятими методами і які здебільшого потребували компетенції лікаря: діти з порушенням зору, слуху, мовлення, опорно-рухового апарату, розумово відсталі тощо [73].

Останніми роками цей перелік поповнився дітьми, що страждають на затримку психічного розвитку (ЗПР). Виділення окремої категорії дітей із цими недоліками було обумовлено насамперед необхідністю відокремити їх від розумово відсталих. На відміну від них, діти із затримкою психічного розвитку мають інші порушення інтелектуальної діяльності. У межах наявних знань значна кількість педагогів, психологів, медиків виявляла в цих дітей достатню здатність до спілкування, широку зону найближчого розвитку.

Наразі науковці визнають, що це досить неоднорідна група як за виявленням порушень, так і за їх відбиттям, адже поняття ЗПР об'єднує чимало різноманітних відхилень у інтелектуальній діяльності дитини як за походженням, так і за глибиною якості, своєрідності порушень, що вимагає

максимальної індивідуалізації лікарської й педагогічної тактик щодо кожної дитини.

Попри це діти із ЗПР характеризуються й деякими загальними особливостями: цій категорії властиві нерівномірні порушення психічних функцій на відміну від тотального порушення за розумової відсталості. Порушення їхньої психіки мають парціальний характер, тобто спостерігається мозаїчність порушень компонентів пізнавальної діяльності. З одного боку, у них зберігається висока здатність до компенсації психічної діяльності за рахунок збереження функцій, а з іншого – наявність «слабких місць» створює серйозні труднощі під час навчання й вимагає спеціальної корекції (Власова Т.А., 1975, Висковатова Т.П., 1997).

На відміну від дітей з олігофренією, для дітей із ЗПР не характерна ієрархія недорозвитку психічних функцій. Навпаки, потенційні здібності вищих форм розумової діяльності у цих дітей значно вищі, ніж у олігофренів, що уможливорює їх використання для допомоги та психологічної корекції дітей із ЗПР. Крім того, на відміну від розумової відсталості, для якої визначальним є різке зниження здатності абстрактно мислити, за затримки психічного розвитку ця функція первинно збережена, а деякі розлади її є вторинними й виникають через порушення так званих підвалин інтелекту: працездатності, емоційно-вольової сфери, уваги, пам'яті, мовлення (Висковатова Т.П., 2001).

За ЗПР порушення розумової діяльності мають вторинний характер, унаслідок незрілості мотиваційної сфери (за різних форм інфантилізму). Слід також врахувати, що в багатьох випадках ознаки певного відставання дитини від вікових норм психічного розвитку з часом майже зникають, що і дає клініцистам підставу для самої назви такої аномалії – «затримка психічного розвитку» або «тимчасова ЗПР».

Разом з тим стирання або вирівнювання недоліків психічної діяльності настає не завжди. Деякі вади можуть залишатися протягом усього життя, але наскільки вони будуть ускладнювати людині адаптацію до суспільства

залежить від своєчасної та якісної педагогічної корекції її психічного розвитку з дитинства.

У психолого-педагогічній практиці до дітей, які мають відхилення у розвитку, різних часів використовували такі терміни, як «слабко обдаровані діти зі зниженим загальним розвитком», «діти з уповільненим темпом розвитку», «діти із затриманим темпом розвитку», «діти з тимчасовою затримкою психічного розвитку». За кордоном для визначення статусу дітей з незначними порушеннями інтелекту застосовують термін «мінімальна мозкова дисфункція». В Україні наразі загальноприйнятим залишається поняття «затримка психічного розвитку» [29, 32, 54].

Деякі дослідження підтверджують, що у дітей із ЗПР спостерігається синдром інфантилізму, який передбачає первинно збережений інтелект на відміну від розумової відсталості. Натомість спостерігається особистісна незрілість і недорозвинена емоційно-вольова сфера. Порівняно з олігофренією, за інфантилізму нерідко домінують явища не інтелектуального, а емоційного дизонтогенезу. Наукові спостереження за цими дітьми показали значну зворотність цього стану. На відміну від олігофренії, де психічний, передусім інтелектуальний, розвиток має виражений і, головне, незворотний характер, за ЗПР йдеться про затримку темпу психічного онтогенезу (Дробинська А.О., 1996, Лубовський В.І., 1994, Стадненко Н.М., 1983).

Яскраве уявлення про особливості дітей із психічним і психофізичним інфантилізмом дає опис клінічної картини, складений багатьма науковцями, де завважається, що для цих дітей характерні інфантильні риси поведінки, які дуже часто поєднуються з розгальмованістю, недисциплінованістю, нестійкою увагою, нездатністю до цілеспрямованої діяльності. Крім того, під час докладного нейрофізіологічного й нервово-психічного обстеження цих дітей помітні негрубі мозкові дисфункції, які є підґрунтям цих проявів. У деяких дослідженнях стверджується, що затримку інтелектуального розвитку значною мірою пов'язано з порушеннями вищих психічних функцій (Синьов В.М., 1980).

Водночас порушення психомоторного розвитку мають різноманітну динаміку. Поряд зі стійкими відхиленнями в розвитку, обумовленими органічними ураженнями мозку, спостерігається чимало так званих зворотних варіантів, котрі виникають за легкої мозкової дисфункції, соматичної слабкості, педагогічної занедбаності, емоційної депривації. Ці відхилення можна повністю подолати за умови своєчасного проведення необхідних лікувально-корекційних заходів.

Підкреслимо, що під час виділення затримки темпу психофізичного розвитку порушення дозрівання є домінантним, чільним, визначним синдромом цього стану.

Поряд з цим клінічний зміст, уміщений у поняття затримки психічного розвитку, не завжди однозначний. З одного боку, вихідним критерієм вважаються явища емоційно-вольової незрілості, своєрідний недорозвиток вищих форм вільної діяльності й особистості, а з іншого – первинно недостатньо розвинена пізнавальна діяльність, яка призводить до відставання в отриманні відповідних віку запасів знань і уявлень.

У дослідників немає одностайної думки щодо того, чи слід відносити до затримки психічного розвитку лише відставання його темпу, чи долучати і своєрідність якісної структури порушень пізнавальної діяльності.

Не вирішено питання й щодо хронологічних меж ЗПР. Існує думка, що інфантилізм проявляється ближче до кінця дошкільного віку й початку шкільного. Водночас А.С. Самілічев спостерігав деякі його прояви і в ранньому віці: це стосувалось затримки інтелектуальних, сенсорних та рухових рефлексів. Діти з такими дефектами зазвичай пізніше починають сидіти, стояти, ходити. У них також спостерігається затримка терміну дозрівання й темпів розвитку зубо-щелепної системи, її виражена дисплазія (порушення структури дублювання зубів).

Слід зазначити, що одним із початкових проявів порушень діяльності нервової системи дитини є відставання в розвитку мовлення. Саме тому одним із чільних завдань батьків є набуття необхідних знань про особливості розвитку

нормальних і аномальних дітей, а також уміння застосовувати їх на практиці, щоб своєчасно виявити порушення розвитку у своєї дитини і якомога раніше надати їй необхідну корекційну допомогу, на якій наполягають науковці.

Деякі автори, зокрема, Е.М. Мастюкова, стверджують, що діти з більш вираженою ЗПР повинні навчатися в спеціальних дитячих закладах, а за меншого ступеня прояву можуть бути здатні до навчання й виховання в масових дитячих установах, але за умови індивідуального до них підходу. Отже, наразі важливим є підвищення рівня знань вихователів масових дитячих закладів щодо особливостей розвитку аномальних дітей [65].

2.1. Причини виникнення затримки психічного розвитку

Завдяки роботам видатних вітчизняних і зарубіжних клініцистів-психіатрів розроблено низку класифікацій цієї аномалії дитячого розвитку, виявлено причини виникнення, ступені прояву й динаміки, а також прогноз і можливості її корекції.

Під причиною відхилення в розвитку розуміють вплив на мозок дитини зовнішнього або внутрішнього несприятливого чинника, що обумовлює специфіку ураження чи порушення розвитку психомоторних функцій.

Затримка розвитку, безумовно, є синдромом, який зустрічається за багатьох проявів хворобливого стану в дітей. Це зрозуміло, оскільки в них формуються складні мозкові системи і для них характерний прояв на кожному віковому етапі нових властивостей та якостей психіки. Через це різні несприятливі впливи порушують процеси розвитку дитини, нерідко у формі затримки темпів розвитку.

Відомо, що майже кожний більш-менш тривалий динамічний несприятливий вплив на мозок дитини може призвести до відхилень у психомоторному розвитку. Їх прояви будуть різноманітні, в залежності від часу несприятливого впливу, тобто від того, на якому етапі розвитку мозку він мав місце, його тривалості, а також від тих соціальних умов, у яких виховується дитина [60, 66].

Давно відомо, що низка шкідливих чинників, які діють як у внутрішньочеревному періоді, так і на ранніх етапах постнатального розвитку дитини, можуть впливати на послідовний хід її розвитку. На відміну від дітей, хворих на олігофренію, за ЗПР шкідливий чинник частіше дається взнаки на більш ранніх етапах онтогенезу і не є чітко вираженим.

Це твердження відображається й у педагогічній практиці. Так, дитина, яка щойно навчилася ходити, може втратити цю навичку після перенесеної соматичної хвороби й лише поступово під час одужання ця здатність відновлюється.

Подібні закономірності констатувалися і стосовно більш складних психічних функцій, а саме: мовлення, мислення, поведінки тощо. Ці факти обумовили необхідність використання щодо таких випадків терміну „затримка розвитку” і чітко виявляти таку форму відхилення в розвитку, як психічний і психофізичний інфантилізм [98, с.3-7].

Серед чинників, які призводять до ЗПР, виділяють біологічні й соціальні, зокрема психогенні.

Біологічні чинники дуже різноманітні. Т.Д.Ілляшенко, Н.А.Бастун і Т.В.Сак зазначають, що в одному випадку це генетично обумовлене уповільнене дозрівання різних систем дитячого організму, в іншому – ураження центральної нервової системи дитини в різні періоди внутрішньочеревного розвитку і в ранньому віці, а в деяких випадках – шкідливий вплив різних фізичних захворювань на функціонування її нервової системи [39].

Н.П. Бехтерева акцентує увагу на вивченні явищ органічного ураження центральної нервової системи, вважаючи їх першоджерелом ЗПР [6].

Особливості психічного розвитку дітей за норми й патології значною мірою пов'язано із закономірностями дозрівання мозку, а також обумовлено взаємодією генетичних і середовищних факторів. Стабільний розвиток мозку й дозрівання функціональних систем уможливають нормальний нервово-психічний розвиток дитини.

Наразі дослідники-дефектологи значну увагу приділяють і соціальним чинникам, як таким, що суттєво впливають на психічний розвиток дитини, хоча раніше клініцисти приділяли їм мало уваги порівняно з іншими, що пояснювалося ідеологічними утисками, а також тим, що науковці знаходили в них мало клініки.

Розуміння психогенних чинників у виникненні відставання в психічному розвитку дитини виникає із сучасних уявлень про його рушійну силу. На відміну від тварин, у яких з моменту народження в мозку існують всі основні програми поведінки, людина народжується з мозком значно менш дозрілим: у ньому немає готових програм поведінки. Природа начебто залишила людському мозку можливість дозрівати в особливих умовах – у соціальному середовищі, в умовах спілкування з дорослими.

З першої хвилини появи на світ дитина перебуває в найбільш тісному контакті з дорослими, адже повна безпорадність немовляти робить його життя неможливим без дорослого. Формування функціональних систем (вільне мислення, увага, мовлення тощо), пов'язаних з вищою нервовою діяльністю, здебільшого обумовлене особливостями соціального оточення, навчання й виховання. Водночас середовище виступає не лише як умова, але і як джерело розвитку.

Підкреслимо, що, на думку багатьох авторів, вагому роль у нормальному розвитку дитини перебирає на себе сім'я та спілкування з дорослими, які перебувають поряд [13, с.20].

Менш помітним для нефахівців, але не менш важливим аспектом стосунків дитини з дорослими, є емоційне спілкування. Відомо, що неправильні умови виховання, неблагополучна сім'я, алкоголізм батьків, їхня неуважність, а інколи й жорстокість у ставленні до дитини негативно впливають на її психічний стан. Видатний вітчизняний психолог Л.С. Виготський неодноразово підкреслював, що процес формування психіки дитини обумовлюється соціальними умовами її розвитку [22].

У прояві феномену ЗПР досить часто об'єднуються декілька чинників і особливий комплекс наявності різних факторів ЗПР можна спостерегти в дітей, які з раннього віку виховуються в дитячих будинках. У цих випадках органічне ураження головного мозку об'єднується з різного виду психогенними чинниками.

Контингент вихованців дитячих будинків поповнюється насамперед із родин алкоголіків, наркоманів, людей з аморальним способом життя. У таких сім'ях народжуються діти, організм яких вже випробував на собі руйнівну дію шкідливих речовин і неохайність матері. Після народження ці діти потрапляють в умови інертного виховання, для якого характерні свої недоліки.

Педагогічна практика вказує на необхідність особливої уваги до категорії дітей, які під дією різних причин біологічного й соціального характеру мають негрубі порушення функціонального стану мозку, але при цьому виявляють симптоми ЗПР. Це так звані зворотні варіанти, які виникають за легкої мозкової дисфункції, соматичної слабкості, педагогічної занедбаності, емоційної депривації. На думку багатьох авторів, ці вади можна повністю подолати за умови своєчасного проведення необхідних лікувально-корекційних та фізичних заходів [92, с.50-55; 97, с.35-43].

2.2. Класифікація затримок психічного розвитку

Останніми роками зростає інтерес фахівців різних профілів до проблеми межових форм інтелектуальної недостатності, для номінування яких застосовують різноманітні терміни: межова розумова відсталість, ЗПР та інші. Однак усі автори визнають якісні відмінності пізнавальної діяльності дітей з цією патологією від дітей-олігофренів.

Інтерес до проблеми пояснюється поширенням і збільшенням кількості вищезазначених порушень, недостатністю чітких клініко-діагностичних критеріїв і високою ефективністю лікування цієї групи дітей за допомогою корекційно-педагогічних і медичних заходів.

Важливим напрямком у дослідженні цієї проблеми є систематичне клініко-фізіологічне і психолого-педагогічне вивчення дітей із ЗПР, яке розпочали в 70-ті роки минулого століття співробітники Науково-дослідного інституту дефектології під керівництвом Т.А. Власової та М.С. Певзнер.

Перша класифікація, запропонована Т.А. Власовою і М.С. Певзнер, ґрунтується на патогенетичному принципі, тобто визначенні причини й механізмів, які є підвалинами того чи іншого варіантів затримки розвитку. Насамперед Т.А. Власова і М.С. Певзнер звернули увагу на роль емоційного розвитку у формуванні особистості дитини із ЗПР, а також на значення нейродинамічних порушень (астенічні й церебрастенічні стани). Відповідно було розроблено класифікацію ЗПР, яка охоплює дві основні групи цієї аномалії:

- ЗПР, підґрунтям якої є психічний і психофізичний інфантилізм, пов'язаний із первинною незрілістю емоційно-вольової сфери унаслідок впливу шкідливих чинників на центральну нервову систему в період вагітності;

- ЗПР, яка виникає на ранніх етапах життя дитини як результат дії різних патогенних факторів, що призводять до астенічних і церебрастенічних станів організму.

Відмінність патогенних механізмів обумовлює й розбіжність прогнозу: ЗПР у вигляді неускладненого інфантилізму Т.А. Власова і М.С. Певзнер розцінювали прогностично більш сприятливою і такою, що не вимагає спеціальних методів навчання. Разом з тим за переваги виражених нейродинамічних, передусім стійких церебродинамічних розладів, ЗПР виявляється більш стійкою і нерідко потребує не лише психолого-педагогічної корекції, але й лікувальних заходів [20].

Аналогічний принцип відмінності клінічних варіантів з перевагою ознак незрілості лобних і лобно-дієнцефальних систем від варіантів з більш вираженими проявами ураження підкоркових систем склав підґрунтя класифікації В.В. Ковальова. У ній враховується етіопатогенетичний і клінічний аспекти: дизонтогенетичні форми межової інтелектуальної недостатності,

енцефалопатичні форми, інтелектуальна недостатність, пов'язана з дефектом аналізаторів й органів чуття, інтелектуальна недостатність у зв'язку з дефектами виховання й дефіцитом інформації з раннього дитинства (педагогічна занедбаність).

Найбільш поширена наразі класифікація типів ЗПР ґрунтується на подальшій диференціації двох основних груп, запропонованих у класифікації Т.А. Власової і М.С. Певзнер (1971). Узагальнення експериментальних даних дозволило К.С. Лебединській запропонувати варіант класифікації ЗПР, який відображає не лише механізми порушення психічного розвитку, але і їх причинну обумовленість.

Використовуючи за вихідний критерій перевагу недорозвиненої емоційно-вольової сфери або пізнавальної діяльності, Т.А. Власова та К.С.Лебединська запропонували етіопатогенетичну систематику ЗПР. Основні її клінічні типи диференціюються за етіопатогенетичними принципами: конституційного, соматогенного, церебрально-органічного або психогенного походження (за патологічного формування особистості).

Кожному з цих варіантів властиві як специфічні особливості інфантилізму, так і різний прогностично значущий характер недостатності пізнавальної діяльності.

Ці типи можуть бути ускладнені багатьма хворобливими ознаками – соматичними, енцефалопатичними, неврологічними – і мати свою клініко-психологічну структуру (агнозії, амнезії), свої особливості емоційної незрілості й порушення пізнавальної діяльності, свою етіологію.

Отож, розглянемо ЗПР різного походження докладніше.

До ЗПР конституційного походження належать передусім діти з порушенням темпів розвитку, яке проявляється чи у вигляді психофізичного, чи лише психічного інфантилізму, а також діти з астеничними станами.

У класифікації Т.А. Власової, М.С. Певзнер та К.С. Лебединської цей тип ЗПР характеризується як неускладнений психічний і психофізичний інфантилізм, за якого емоційно-вольова сфера перебуває в більш ранньому

ступені розвитку. У багатьох випадках вона нагадує нормальну структуру емоційного складу дітей молодшого віку.

Дітям з конституційно обумовленою затримкою розвитку властивий більш уповільнений фізичний і психічний розвиток, але особливо відстає розвиток емоційно-вольової сфери. У них виявлено незрілість мотиваційної сфери й особистості в цілому, переважають ігрові інтереси.

Часто конституційний тип ЗПР порівнюють із гармонійним інфантилізмом. Останній у свою чергу є ядерною формою психічного інфантилізму, у якому риси емоційно-вольової незрілості виступають у більш чистому вигляді й часто поєднуються з інфантильним типом будови тіла. Така гармонійність психічного обміну, наявність спадкових випадків, непатологічність психічних особливостей вказує на переважно вроджено-конституційну етіологію цього типу інфантилізму. Однак нерідко походження гармонічного інфантилізму може бути пов'язане з незначними обмінно-трофічними розладами.

Психічний і психофізичний інфантилізм відносять до тих видів порушень, за яких затримка самого темпу розвитку має первинний характер, що обумовлює провідний дефект. Це, так звана, легка форма інфантилізму. Діти із цією формою психічного інфантилізму інтелектуально збережені. Вважається, що своєчасна і правильно надана допомога призводить до повного відновлення цих станів, хоча низка випадків свідчить, що може бути кілька порушень, які обумовлюють ускладнені форми інфантилізму і корекцію яких здійснити дуже важко в умовах масових дитячих закладів. Для таких дітей слід організувати спеціальні умови для навчання й виховання. Експериментальні дані свідчать: коли навчання цих дітей відбувається в умовах масових дитячих закладів, де вимоги до них не співпадають з їхніми реальними можливостями, то це призводить до ще більшої затримки їхнього і без того повільного розвитку.

Вважається, що ЗПР конституційного походження не буває досить глибокою і за відповідного індивідуального підходу успішно коригується разом із віком та розвитком дитини. Проте за несприятливих сімейних умов і за

недостатньої індивідуальної уваги вчителя такі діти стають педагогічно занедбаніми і в майбутньому поповнюють число тих, хто постійно не встигає.

Велику тривогу лікарів і педагогів викликає також значне збільшення кількості дітей, які страждають на ті чи ті хронічні захворювання або функціональні відхилення в стані здоров'я.

ЗПР соматогенного походження обумовлено довготривалою соматичною недостатністю різної природи: хронічними інфекціями, алергічними станами, вродженими й набутими вадами розвитку соматичної сфери і насамперед серця.

В уповільненні темпу психічного розвитку дітей цієї групи значну роль перебирає на себе стійка астенія, яка знижує не лише загальний, але і психічний тонус. Соматичне неблагополуччя є важливим чинником зниження адаптаційних можливостей організму дитини. Ці діти мають низьку працездатність, дуже швидко втомлюються, що призводить до формування стійкого астенічного синдрому – стану нервово-психічної слабкості, швидкої виснажливості, нездатності до тривалого навантаження. Дитина при цьому стає нервовою, з'являються стійкі головні болі, погіршується увага й пам'ять.

На думку деяких авторів, дуже поширеною наразі є затримка розвитку дітей, обумовлена різними тілесними захворюваннями органів травлення, дихання, серцево-судинної системи. Центральна нервова система в таких випадках прямо не ушкоджується хворобою, але потерпає від виснаження дитячого організму в цілому, хвороба знижує психічний тонус дитини, роблячи її млявою, несприйнятливою до різноманітних вражень, у результаті чого створюються незручні умови для розвитку психічних функцій, дитина засвоює обмаль знань і погано вчиться.

Такі автори, як В.А. Лапшин та Б.П. Пузанов завважають, що за ЗПР соматогенного походження почасти має місце й затримка емоційного розвитку – соматогенний інфантилізм, обумовлений низкою невротичних напруг, невпевненістю, боязкістю, пов'язаних із відчуттям своєї фізичної неповноцінності (акінезія), а іноді викликаних режимом заборон і обмежень, у

яких перебуває соматично ослаблена або хвора дитина. Проте за правильного підходу до цих дітей: індивідуалізації навчання й виховання, уникання перевантажень тощо, – вони здатні розвиватись нормально [53, с 48-71].

Отже, невідповідні умови навчання й виховання дітей із ЗПР у масових дитячих закладах, де навантаження втомлює їх значно сильніше, ніж більш здорових дітей, призводять до ще більших порушень у їхніх і без того ослаблених організмах. Цей аспект мають враховувати педагоги як дитячих садків, так і шкільних закладів для забезпечення повноцінного навчання й виховання цих дітей.

ЗПР церебрально-органічного походження спостерігається частіше за інші типи цієї аномалії.

Відомо, що церебрально-органічна форма ЗПР є найбільш важкою, оскільки пов'язана із хворобливими ураженнями головного мозку, про що свідчить і її назва – церебрально-мозкова. Вона почасти відзначається великою стійкістю, відбиттям порушень як в емоційно-вольовій сфері, так і в пізнавальній діяльності та посідає чільне місце в цій аномалії розвитку.

Під час неврологічного обстеження в таких дітей нерідко виявляються деякі вади у функціонуванні нервової системи, найчастіше рецидуального (надлишкового) характеру. Ці вади певною мірою виникають унаслідок патологій вагітності (важкі токсикози, інфекції, інтоксикації і травми, несумісність крові матері і плоду за резус-фактором), недоношеності, асфіксії і травм у ході пологів.

Токсичні речовини, якими забруднене навколишнє середовище, нікотин, алкоголь, деякі лікарські препарати також можуть призвести до виникнення ЗПР церебрально-органічного походження. Упродовж перших років життя дитини до ЗПР можуть призвести захворювання на менінгіт, енцефаліт, гідроцефалію та травми головного мозку.

Анамнестичні відомості часто вказують і на уповільнення зміни вікових фаз розвитку: запізнення формування статичних функцій, ходіння, мовлення, навичок охайності, етапів ігрової діяльності.

Однією з визначних ознак ЗПР церебрально-органічного генезу є «мозаїчність» інтелектуального дефекту – поєднання дефіцитарності одних коркових функцій зі збереженістю інших.

Церебрально-органічна недостатність насамперед накладає відбиток на структуру самої ЗПР, як на особливості емоційно-вольової незрілості, так і на характер порушень пізнавальної діяльності.

Психолого-педагогічне вивчення дітей цієї категорії, яке проводилося в НДІ дефектології під керівництвом В.І.Лубовського, виявило характерні особливості їхньої вищої нервової діяльності й пізнавальних процесів. Дослідники констатували в цих дітей нестійкість уваги, недостатність розвитку фонематичного слуху, зорового й тактильного сприйняття, оптико-просторового синтезу, моторного й сенсорного боків мовлення, довготривалої й короткотривалої пам'яті, зорово-моторної координації, автоматизації рухів і дій; почасти в них виявляється погана орієнтація в «правому-лівому», явище дзеркальності, труднощі щодо розрізнення схожих графем [58, с. 6-10].

Спираючись на результати системного аналізу вищих коркових функцій, виділяють два загальних клініко-психологічних варіанти ЗПР церебрально-органічного генезу. Перший варіант характеризується перевагою рис незрілості емоційної сфери за типом органічного інфантилізму і негрубою моторикою, за другого варіанту домінують симптоми ураження нервової системи й парціальні порушення вищих коркових функцій.

К.С.Лебединська (1985) акцентує увагу на органічному походженні ЗПР (органічний інфантилізм і ЗПР з переважною недостатністю пізнавальної діяльності), за якої порушення темпу психічного дозрівання як емоційного, так й інтелектуального, найбільш стійкі й почасти ускладнені низкою енцефалопатичних розладів. Вони ще більше знижують можливості пізнавальної діяльності і потребують спеціальних умов навчання (у дитячих садках, школах, школах-інтернатах або класах вирівнювання, які організуються при загальноосвітніх школах).

ЗПР психогенного походження виникає під впливом несприятливих психосоціальних чинників. Насамперед це можуть бути несприятливі умови виховання (стреси), які перешкоджають правильному формуванню особистості дитини.

Відомо, що ранні несприятливі умови середовища довготривало діють на психіку дитини, травмують її, можуть призвести до стійких порушень нервово-психічної сфери, до недоліків спочатку вегетативних функцій, а потім і психічних, пов'язаних передусім з емоційним розвитком. У таких випадках йдеться про патологічний (аномальний) розвиток особистості.

Наголосимо, що цей тип ЗПР слід відрізнити від педагогічної занедбаності, яка являє собою не патологічне явище, а лише дефіцит знань і вмінь унаслідок недостатності інтелектуальної інформації.

ЗПР психогенного походження спостерігається насамперед під час аномального розвитку особистості за типом психічної неврівноваженості, безпритульності, за яких у дитини не виховується почуття обов'язку й відповідальності, не стимулюється розвиток пізнавальної діяльності, інтелектуальних інтересів і установок. Через це риси патологічної незрілості й імпульсивності в дітей часто поєднуються з недостатнім рівнем знань і уявлень про навколишній світ, що в майбутньому позначається на поганому засвоєнні шкільних предметів.

Варіант аномального розвитку особистості за типом «кумир сім'ї» обумовлений навпаки гіперопікою – розпеченим вихованням, за якого дитині не прищеплюються риси самостійності, ініціативності, відповідальності. Для психогенного інфантилізму, поряд із малою здатністю до вольового зусилля, характерні риси егоцентризму й егоїзму, нелюбові до праці, установка на постійну допомогу й опіку.

Варіант патологічного розвитку особистості за нервовим типом найчастіше спостерігається в дітей, батьки яких проявляють грубість, жорстокість, деспотичність, агресію до дитини та інших членів сім'ї. У таких умовах нерідко формується особистість несмілива, боязка, емоційна незрілість

якої проявляється в недостатній самостійності, рішучості, малій активності й ініціативності.

Незважаючи на те, що описані клінічні форми патології поведінки в дітей мають психогенне (у широкому сенсі) походження, їх виникнення значною мірою залежить від низки таких умов, як: легка рецидуальна церебрально-органічна недостатність, соматична слабкість, біологічні порушення, які властиві віковим кризам.

Конституційна, соматогенна, церебрально-органічна форма ЗПР завжди були предметом великої уваги клініцистів, причому психогенно обумовлена форма ЗПР не відкидається, але увага їй приділяється настільки, наскільки знаходять у ній ознаки хвороби, тобто клініку. Проте психогенно обумовлені порушення психічної діяльності дитини дають найменше підґрунтя для розгляду їх з позиції клініки, а більше переміщуються до простору психолого-педагогічного й соціального. Цій формі ЗПР дітей приділяють менше уваги почасти й через ідеологічні обмеження.

Наразі вже загально визнаним є те, що за радянських часів роль сім'ї, як середовища виховання індивідуалізму значно недооцінювали. Це було обумовлено ідеологічними міркуваннями, які вказували на важливість колективу у вихованні дітей в умовах інтернатних установ. Водночас у зарубіжних країнах було проведено багато досліджень, які засвідчили негативний вплив на розвиток ранньої ізоляції дитини від контактів з матір'ю.

Установлено, що відсутність тісних контактів з матір'ю або з іншими дорослими, які виконують функції матері, уже у дворічному віці дитини, призводить до серйозних порушень в її розвитку.

Вивчаючи цю групу дітей, більшість дослідників зауважують у них незрілість особистісних компонентів: відсутність відповідальності за свою поведінку, неохайність, недостатню критичність, підвищену самооцінку, нездатність до вольового зусилля. Ці особливості, поєднуючись із незрілою навчальною мотивацією, ігровим характером інтересів, мають назву „синдром психічного інфантилізму”.

Незважаючи на зворотність описаних вище психогенно обумовлених форм патології поведінки й характеру, слід зазначити, що за несприятливих умов середовища, довготривалого їх збереження, а також за наявності внутрішнього конфлікту можлива трансформація перехідних відмінностей характеру у відносно стійку патологію особистості, яка втрачає всілякі психологічно зрозумілі зв'язки з особливостями психотравмуючих впливів і важко відрізняється чи й не відрізняється від аномальної психопатичної особистості.

Отже, врахування ознак поданої класифікації за типами психічного розвитку в дітей із ЗПР уможливорює більш диференційований підхід до їхнього навчання й виховання та визначення найближчого прогнозу їхнього розвитку.

Поряд із окресленням типів психічного розвитку в дітей виділяють і ступені вияву важкості ЗПР:

- а) легкий ступінь (здебільшого не потребує систематичного лікування);
- б) середній ступінь (корекція можлива в спеціальних умовах)
- в) важкий ступінь (діагностичні труднощі в плані відокремлення її від олігофренії в ступені дебільності) [23, с.14-15; 83].

Розподіл за ступенями важкості дозволяє більш цілеспрямовано проводити лікування, вибудовувати педагогічну корекційну роботу й визначати подальший прогноз.

2.3. Особливості психомоторики дітей із затримкою психічного розвитку

Розглядаючи особливості психомоторики дітей із ЗПР, варто зупинитися на таких поняттях, як психічний і фізичний стан дитини.

Поняття психічного стану як психологічної категорії увів російський психолог М.Д. Левітов. Це цілісна характеристика психічної діяльності за певний проміжок часу, що відображає своєрідність перебігу психічних процесів і виступає як система їх організації, а також як механізм оцінки відображеної діяльності.

Психічні процеси – це форми психіки, що забезпечують пізнання, діяльність та спілкування людини. Серед них виділяють пізнавальні та емоційно-вольові. До пізнавальних процесів, зокрема, належать відчуття, мовлення, сприймання, пам'ять, мислення та уява.

Фізичний стан визначається як здатність людини виконувати фізичну роботу і вміщує насамперед показники фізичного розвитку та фізичної підготовленості.

Однією з ознак затримки психічного розвитку у дітей є їхнє фізичне ослаблення, що несприятливо позначається й на їхньому загальному фізичному розвитку.

Для дітей із ЗПР іноді характерні знижені антропометричні показники, порушення постави, диспластичність статури, ущільнення стоп, затримка терміну дозрівання й розвитку зубо-щелепної системи, що є невід'ємною умовою нормального рівня фізичного розвитку дитини.

У дітей із ЗПР часто спостерігається недорозвиненість мускулатури, недостатність м'язового і судинного тонусу, затримка росту. У цих осіб нерідко виявляється й гіпотрофія, що не дозволяє повністю виключити патогенетичну роль порушень вегетативної регуляції.

Т.П. Висковата довела, що розвиток дрібної і грубої моторики – провідний показник фізичного стану [18].

У поняття моторики різні автори вкладають різний зміст. Здебільшого науковці під моторикою розуміють рухові якості людини, вимірюючи їх результатами бігу, стрибків, метання. Деякі автори вважають, що це підсумок здібностей і вмінь як кінцевої структури рухової цілісності (особливо вигляду: вираз обличчя й жести, звички, культурні звичаї, професійні штампи, вроджені тілесні особливості).

Упродовж життя людини виявляються деякі закономірності її моторного розвитку. Розвиток людської моторики залежить не лише від онтогенезу моторного апарату, але й від правильної організації виховного процесу.

Дитинство, підлітковий вік, середні роки, старість людини мають свої типові моторні зміни. Щоб скласти уявлення про рівень розвитку моторики дитини, необхідно врахувати відомості з анамнезу, дати оцінку її руховим проявам у звичайних умовах за допомогою візуального методу та застосувати експериментальний метод дослідження моторики.

З перших років життя до дозрівання коркових механізмів рухової діяльності в дитини переважає підкоркова активність, тобто некоординовані, дифузні рухи усєї мускулатури. З ростом і розвитком дитини відбувається все більша кортиколізація рухових проявів. Неточні, погано координовані рухи раннього дитинства замінюються на більш точні, координовані рухи.

Недостатній розвиток коркової діяльності, мовної та розумової функції в ранньому дитинстві призводить до першочергової ролі імітаційного рефлексу. Якщо він зустрічається в старшому віці, можна припустити, що має місце порушення розвитку рухової функції у вигляді розгальмування більш молодих механізмів онтогенезу рухів [26, с. 22-27; 100, с. 15-19].

Відомо, що коли несприятливий чинник впливає на сензитивний період розвитку будь-якої функції, то вона автоматично порушується. Через це в дошкільному віці найчастіше спостерігаються порушення моторики й мовлення як найбільш ранніх систем дозрівання організму дитини.

Деякі автори у своїх роботах вказують на те, що затримка психічного розвитку в дітей дошкільного віку проявляється насамперед у вповільненому розвитку мовлення й моторики, що обумовлено особливостями дозрівання нервової системи. Ці два складники психічної діяльності дитини найважливіші в процесі розвитку в цьому віці.

На думку Е.М. Мастюкової, порушення моторики й мовлення в ранньому віці є зворотними, тому дуже важливою є рання діагностика й корекція відхилень психомоторного розвитку дітей із ЗПР [64, с.3-9].

Поняття «психомоторика» увів до обігу І.М. Сеченов, який підкреслював залежність рухових проявів людини від психічної регуляції. Отже, психомоторика – це поєднання психологічних і фізіологічних механізмів

керування рухами, руховими діями, які відображаються в проявах різних психомоторних (рухових) якостей (силових, швидкісних, координаційних, витривалості).

Установлено, що в дітей із ЗПР спостерігаються порушення психомоторики: дитина не в змозі повноцінно користуватися своїми психомоторними компонентами, що призводить до низької пізнавальної активності, а в майбутньому, за відсутності відповідних корекційних заходів, і до виникнення вторинних відхилень у розвитку [61].

Недоліки психомоторики часто проявляються як в затримці термінів формування основних рухів, так і в їх неспритності, неточності, уповільненості, напруженні, що обумовлено порушеннями рівноваги, координації тощо.

Для дітей із ЗПР характерна недостатня рухова реакція (адинамія). На думку Е.М. Мастюкової, це обумовлено значними руховими дефектами цих дітей. Зниження рухової реакції проявляється у вигляді подовженого латентного періоду.

Порушення психомоторики позначається і на уповільненні темпу багатьох тонких рухів. Так, деякі автори спостерігали в дітей із ЗПР слабкий розвиток тонких диференційованих рухів. Це проявляється насамперед в порушенні навичок самообслуговування (застібнути гудзик, зав'язати шнурки тощо) [41].

Несформованість інтегративної функції мозку (кілька сенсорних систем: зорова, слухова, тактильна-складний дефект) обумовлює й недостатність сприйняття довкілля (фрагментарність сприйняття) у дітей із ЗПР. Цей недолік також проявляється в сенсомоторних порушеннях, зокрема в просторовій уяві: недостатня орієнтація в «правому», «лівому», порушення контролю за своїми діями.

За результатами морфо-фізіологічних, біохімічних та психологічних досліджень у період від 4-ох до 7-ми років відбувається інтенсивне формування локомоторної системи, яка досягає значного ступеня досконалості. Цей період потрібно вважати найбільш важливим у становленні довільної рухової функції.

Велика кількість різноманітних рухів і їх варіантів, які може виконати дошкільник, створює необхідні умови для розвитку та вдосконалення рухових якостей, що потім дозволить дитині проявити свої рухові здібності [49].

Якщо порівняти процес навчання рухових дій дітей із ЗПР, олігофренів-дебілів і дементних дітей, то можна виявити великі розбіжності між ними. Так, на відміну від розумово відсталих, у дітей із ЗПР динаміка виконання рухового завдання менш варіативна і покращується з кожною новою спробою. За олігофренії вона більш варіативна, покращення її показників змінюється їх погіршенням (асинергія, атаксія). Діти із ЗПР дуже рідко потребують допомоги експериментатора під час виконання окремих завдань і активніше приймають її, ніж олігофрени [16, с. 13-23].

Іноді у дітей із ЗПР спостерігається рухова розгальмованість (апраксія), так звана «гіперкінетична поведінка». Ці діти непосидючі, постійно в русі, але при цьому їхня діяльність нецілеспрямована й іноді не має жодного сенсу.

Усі ці недоліки рухової діяльності дитини обумовлюють необхідність спеціальної виховної роботи для корекції цих порушень.

За результатами багатьох досліджень фізичний і психічний стан перебувають у тісному взаємозв'язку: психічний стан віддзеркалює загальний фізичний стан дитини. Хвороби в період внутрішньочеревного розвитку і в ранньому віці обумовлюють ураження центральної нервової системи, що призводить до уповільненого дозрівання різних систем дитячого організму.

Вищі психічні функції (мислення, мовлення, пам'ять, емоції та ін.) у дітей органічно пов'язані з дозріванням мозку, а він у свою чергу розвивається на ранньому етапі онтогенезу і стає зрілим до моменту народження. Проте деякі складні структури мозку дозрівають поступово під час індивідуального розвитку дитини, тому дуже важкими порушеннями розвитку вважають ті, що обумовлені тяжкими інфекційними захворюваннями на ранній стадії життя дитини.

Так, наприклад, у дітей із ЗПР спостерігається нестійкість уваги, її імпульсивність, недоліки сприйняття, уповільненість процесів прийому та

переробки сенсорної інформації, спричинені перенесеними в ранньому онтогенезі захворюваннями.

У мнемічних процесах дослідники визначають порушення майже усіх видів пам'яті: мовленнєвої, зорової, слухової, моторної, довгострокової, короткочасної; зниження здатності до мимовільного запам'ятовування, при цьому наочний матеріал утримується в пам'яті дітей краще, ніж вербальний [78, с. 45-53; 87].

У дітей із ЗПР багатьма дослідниками відмічено й порушення таких функцій пізнавальної діяльності, як мислення, увага, а також мовлення, які необхідні для успішного засвоєння програмного матеріалу дитячого садка і, у майбутньому, школи.

За даними морфологів, до закінчення дошкільного періоду розміри поверхні більшості коркових зон мозку дорівнюють 80 – 90% її поверхні в дорослої людини, тому дуже важливо не прогаяти цей час для корекції всіх порушених психомоторних функцій у дитини [59, с. 13-21].

Фізичне виховання, цілеспрямована, корекційна рухова активність відкривають великі можливості для покращення психомоторного стану цих дітей, що необхідно використовувати в психологічній корекції ЗПР.

2.4. Взаємозв'язок рухової активності і психічного розвитку дітей

Упродовж усього ХХ-го століття здійснювалися спроби встановити взаємозв'язок рухових систем з іншими характеристиками людського організму. Спроби цілісного сприйняття фізичного і психічного було розпочато вже давно. Так, І.М. Сеченов одним з перших пов'язав рухові функції з функціями вищих відділів центральної нервової системи.

Так само Б.Г. Ананьєв сформулював теорію цілісності людини. Він вважав, що «цілісність людського розвитку є його специфічною якістю», водночас він також вказував на зв'язок рухового аналізатора з цілісною діяльністю мозку: «той факт, що акт бачення є зорово-кінестетична асоціація, акт слухання – слухо-кінестетична асоціація, акт обмацування – тактильно-

кінестетична асоціація і т.д., свідчить про обов'язкову наявність в сенсорних процесах відчуття від рефлекторного руху у відповідь на оптичні, звукові, механічні, хімічні та інші подразники аналізаторів» [2, с.34].

На думку деяких авторів, центральний відділ рухового аналізатора – сенсорна ділянка кори головного мозку – тісно пов'язаний з іншими аналізаторами. Г.Є. Сухарева цим пояснює залежність між недостатньою руховою активністю дітей перших років життя і затримкою розвитку виявів психічних процесів. Вона ж вказала на провідну роль рухового компоненту умовно-рефлекторних реакцій у розвитку вищої нервової діяльності дитини.

Отже, рух – це функція всього організму, а не лише рухового апарату, а отже, розвиток і вдосконалення рухової діяльності людини є водночас розвиток і вдосконалення інших важливих систем організму. Це необхідна умова, спричинена всім еволюційним розвитком людини.

Особливо слід зазначити зв'язок між фізичним розвитком дитини та розвитком інтелекту, що доведено в дослідженнях багатьох науковців.

Так, наприклад, М.О. Гуревич і Н.І. Озерецький, посиляючись на результати досліджень інших авторів, зазначали, що «...моторна відсталість спостерігається тим частіше, чим нижчий інтелект» [80].

У свою чергу Н.А. Нікашіна відмічає, що «і тепер ми чітко усвідомлюємо: ранній розвиток рухів – майже нерозкритий резерв непоясненого наразі, але настільки ж безсумнівного розвитку розуму дитини» [69, с.31-42].

На думку І.М. Сеченова, рухи стимулюють розвиток думки, яка так само обумовлює ускладнення рухів. Таким чином, розвиток мислення й формування рухів перебувають у нерозривному зв'язку.

Про взаємозв'язок між рівнем інтелекту й темпами фізичного розвитку зазначає у своїх працях також І.А. Мирський, але при цьому К.С. Лебединська виявила, що паралельно прискоренню відбувається затримка психічного розвитку дитини з ознаками порушення її поведінки [54, с. 53-75].

На рухову діяльність, як дію, що входить до розумових процесів, також вказував Л.С. Виготський. Він зазначав, що «... обидва різновиди діяльності – мислення та реальна дія – не є віддаленими один від одного...; надалі в живій дійсності ми на кожному кроці спостерігаємо перехід думки в рух та руху в думку» [22, с.67].

Великого значення рухам в розумовому та моральному вихованні дітей надавав П.Ф. Лесгафт. Він писав, що «...наскільки розвинено палець, око, вухо та всі сприймальні ззовні органи, настільки ж розвинено й розум людини, настільки людина в змозі самотійно діяти».

Проблема взаємозв'язку фізичного і психічного розвитку отримала свій подальший розвиток і наукове обґрунтування і в працях сучасних педагогів та психологів [21,24,44].

Так, з'ясовано, що вона тісно пов'язана з проблемою взаємозв'язку між розумовим і фізичним вихованням, з можливістю у процесі фізичної підготовки цілеспрямовано діяти на психічний розвиток дітей.

Відомо, що успішність дошкільного виховання в багатьох випадках залежить від рівня фізичного розвитку дитини, тому фізичне виховання є однією з найважливіших умов успішної корекційної роботи з дітьми, які мають вади розвитку.

Б.В. Сермеєв у своїй роботі зазначає, що фізична культура і спорт, незважаючи на їх першочергове значення для усунення недоліків фізичного розвитку й формування особистості в цілому, усе ще не посідають необхідного місця в житті аномальних дітей [89, с. 7].

Фізичне виховання дітей з вадами розвитку є невід'ємною частиною гармонійного розвитку особистості й нерозривно пов'язане з їхнім розумовим, моральним, трудовим та естетичним вихованням.

Під фізичним вихованням у спеціалізованих корекційних закладах розуміють навчально-педагогічний процес, спрямований на навчання рухових дій, на управління розвитком фізичних якостей та на корекцію рухових порушень, які мають діти з вадами розвитку інтелекту.

Розвиток фізичних якостей значно впливає на вдосконалення регуляторних функцій нервової системи, на покращення функціонального стану кардіореспіраторного апарату, сприяє переборюванню або послабленню недоліків фізичного розвитку, підвищенню загального рівня працездатності, поліпшенню здоров'я, а також більш успішному формуванню рухових вмінь і навичок.

Фізичні вправи сприятливо впливають на центральну нервову систему. Вони підвищують працездатність клітин кори головного мозку та їх стійкість до сильних подразників, покращують аналітико-синтетичну діяльність центральної нервової системи і взаємодію двох сигнальних систем, обумовлюють більш швидке формування позитивних умовних рефлексів, що супроводжується підвищенням інтенсивності й концентрації уваги, покращенням пам'яті тощо.

На тісний зв'язок фізичного й розумового виховання вказують багато дослідників. Правильне фізичне виховання створює сприятливі умови для нормальної діяльності нервової системи і всіх інших органів і систем, що допомагає кращому сприйняттю і запам'ятовуванню. Крім того, у дітей закріплюються знання, які належать не лише до фізичного виховання, але й одержані в інших різних видах діяльності. Водночас в дітей розвиваються психічні процеси та стани.

У працях педагогів і психологів підкреслюється, що фізичне виховання має великі можливості для психічного розвитку людей різного віку, у тому числі й дошкільників, з використанням специфічних засобів і методів, властивих лише йому (С.Ю. Максимова, 2002).

Виявлений також взаємозв'язок між показниками швидко-силових і вольових якостей у дітей старшого дошкільного та молодшого шкільного віку (В.М. Шмаргун, 2000).

Деякі автори у своїх роботах зазначають, що поряд з іншими психічними функціями для дітей із ЗПР більш характерне зниження працездатності й уваги. Як показали дослідження з корекційної педагогіки, фізичні якості (особливо

швидкісно-силові) благодійно впливають на підвищення працездатності в дітей з вадами розвитку, зокрема й розумової. Ці результати можуть мати велике значення при корекційній роботі з дітьми з аномалією розвитку психіки.

Деякі автори опікувалися проблемою взаємозв'язку вправ координаційного характеру й рівнем розвитку психічних процесів у дітей. Так, доведено позитивний вплив вправ та ігор на координацію рухів, на підвищення рівня перцептивних і психофізичних процесів у дошкільників і молодших школярів [84;99].

Фізичний розвиток дітей також може перебувати у відповідному зв'язку з індивідуальними особливостями їхньої вищої нервової діяльності. Так, за відомостями останніх років існує певна залежність показників зросту маси тіла від типологічної спрямованості вищої нервової діяльності дітей і найбільш чітко вони виражені відносно маси тіла. Так, діти з врівноваженими процесами збудження й гальмування мають кращі показники фізичного розвитку, ніж діти з переважанням процесів або збудження, або гальмування.

Наукові дослідження взаємозв'язку розвитку рухових якостей і психічних процесів, інтелекту та фізичної підготовленості, впливу рухового режиму на розумову працездатність, свідчать про те, що високому рівню моторного розвитку відповідає більш високий рівень психічного. Доведено, що вищий інтелект, то краща успішність у навчанні. Так само, діти з достатнім рівнем розвитку психічних процесів почасти мають середні й високі показники фізичного розвитку, статичної витривалості, кращу рухомість нервових процесів.

Так, у процесі тренування підлітків було встановлено: що чим вище розвинена зорово-моторна координація, тим вище інтелектуальні показники й показники успішності в навчанні. Також був встановлений взаємозв'язок між руховою пам'яттю та ступенем засвоєння навчального матеріалу в дітей (Н.П.Под'ячева, 2001).

Взаємозв'язок між розумовим і фізичним розвитком є підвалиною для розвитку розумової працездатності. Встановлено, що об'єм пам'яті, рівень

уваги, кількість розумових операцій значно вищі в дітей з гарною фізичною підготовкою, ніж у дітей зі слабким її рівнем. Заняття фізичною культурою активізують такі розумові процеси, як: динамічне сприйняття рухів, жвавість і швидкість розумових операцій, стимулюють ступінь дитячої свідомості.

Дослідження останніх років свідчать про те, що зміни у фізичній сфері (наприклад, швидкості як фізичній якості) сприяють змінам у психічній сфері (наприклад, швидкості сприйняття інформації й прийняття рішення). Комплексний вплив використовується іноді послідовно (фізичні вправи створюють передумови для розвитку психічних якостей), іноді паралельно (вправи одночасно впливають і на фізичну, і на психічну сфери) [45].

Так, у 1990-му році Е.А. Пімоною було розроблено комплекс фізкультурно-педагогічних заходів, спрямованих на розвиток розумової діяльності нормально розвинених старшокласників. У результаті було встановлено фактичне підвищення розумової працездатності, концентрації уваги, а також рухомості нервових процесів. При цьому вивчалася також динаміка і взаємозв'язок фізичного, психомоторного й інтелектуального розвитку нормально розвинених дітей. У результаті експерименту відбулось покращення рівневих показників психофізичного розвитку. Найбільший приріст склали показники сили рук, точності рухів, а із психічних процесів – показники перцепції і швидкості мислення.

Більш детально в психологічному аспекті цю проблему розглядав В.М.Шмаргун, який експериментально довів, що швидкість диференціювання сигналів значною мірою залежить від показників інтелекту дітей молодшого шкільного віку як нормально розвинених, так і із затримкою психічного розвитку. У процесі експериментального дослідження було встановлено, що такий інтегральний показник, як «ментальна швидкість», за допомогою засобів фізичного виховання може піддаватися корекційним і тренувальним впливам [103].

На жаль, значно менше вивчено вплив фізичного виховання на психічну сферу дітей із затримкою психічного розвитку. З цієї проблеми дослідження малочисельні й фрагментарні.

Деякі автори вивчали вплив засобів та методів фізичного виховання на психічну сферу дітей дошкільного віку із ЗПР.

Так, В.А. Ільїн розробив і впровадив фізкультурно-оздоровчу роботу з вихованцями дошкільних груп дитячих будинків із ЗПР, що значно підвищило показники психічного розвитку й розумової працездатності цієї категорії дітей, а також позитивно вплинуло на такі провідні фізіологічні якості нервових процесів, як сила, рухомість й урівноваженість [42].

Більшість дослідників у своїй корекційній роботі зі старшими дошкільниками із ЗПР активно використовували такі засоби фізичного виховання, як рухливі ігри, вправи на дрібну моторику, вправи та ігри з речитативом, що позитивно впливало на психіку та значно покращувало їхній психофізичний стан у процесі таких занять.

Деякі дослідники виявили позитивний вплив рухової діяльності на психічний розвиток дітей молодшого шкільного віку із ЗПР.

У останні десятиліття було розроблено й упроваджено в навчальний процес спеціальні комплекси вправ коригувальної спрямованості для усунення психофізичних порушень у розвитку дітей молодшого шкільного віку із ЗПР. За допомогою розробленої методики значною мірою було скориговано не лише фізичний розвиток і рівень рухових здібностей, але й розумовий розвиток цієї категорії (Е.В. Шмарина, 2002).

Виявлено взаємозв'язок між пізнавальними й координаційними здібностями, а також між координацією рухів і рівнем інтелекту дітей молодшого шкільного віку, отже можна цілеспрямовано розвивати інтелектуальні здібності за допомогою спеціальних фізичних вправ і прогнозувати рівень розвитку пізнавальних процесів у ході навчання дитини.

Проблема взаємозв'язку моторики і психіки розглядалась і в психологічному аспекті. Так, відомо, що стадії формування рухових навичок

подібні до стадій формування мисленнєвих, мнемічних і забезпечуються спільними механізмами. В.М. Шморгун виділяє таке поняття, як рухове мислення, яке тісно пов'язує з показниками загального розвитку мислення дитини. Він вважає, що завдяки корекційному впливу на недоліки в моторній сфері дітей із ЗПР можна впливати і на процеси психічного розвитку.

Завдяки тактильно-м'язовій наочності (предметні посібники під час виконання фізичних вправ) на основі кістково-м'язового відчуття можна сформувати уявлення про положення тіла та окремих його частин у просторі, а також забезпечити особистий контроль і корекцію дитиною із ЗПР за виконанням рухових дій.

У ХХІ-му ст. фізичний розвиток і фізичну підготовленість почали тлумачити як один із структурних компонентів механізму психологічної адаптації до процесу розвитку й навчання дітей із ЗПР поряд з пізнавальною діяльністю і соматичним станом, які перебувають в тісному зв'язку між собою. Вважається, що фізична активність сприяє нормальному розвитку центральної нервової системи, пізнавальної сфери та розумової діяльності дитини.

Існують дослідження особливостей використання засобів ритмічної гімнастики в корекційній роботі з дошкільниками із ЗПР. У цих роботах було встановлено, що використання ритмічної гімнастики сюжетно-рольового спрямування сприяє покращенню як фізичного розвитку і підготовленості дітей, так і показників психічного розвитку (пам'яті, мислення, довільної поведінки). Усі ці показники виходять на рівень вікової норми, що дає змогу цим дітям навчатися в загальноосвітній масовій школі (Г.А.Каменщикова, 2001).

Виявлений зв'язок між почуттям ритму у дітей із ЗПР і дією його на психічний розвиток. Показано, що заняття ритмікою сприяють підвищенню працездатності організму, розвитку почуття ритму, корекції фізичних і мовних недоліків. До того ж, ритміка сприяє корекції деяких вищих психічних функцій у цих дітей, таких як мислення, увага, пам'ять, сприйняття, уявлення та інші.

Цікаво, що існують відповідні закономірні зв'язки емоційних станів з якістю мислення, що тісно пов'язані з вольовими процесами, позитивними емоціями і сприяють підвищенню у дітей мотивації до занять.

Отже, результати проведених досліджень свідчать про можливість цілеспрямованого впливу на психічний розвиток дітей у процесі фізичного виховання, однак шляхи такого впливу з дітьми цієї категорії вивчені недостатньо й потребують подальшої розробки.

Питання до другого розділу

1. Назвіть головні причини виникнення затримки психічного розвитку.
2. Які форми затримки психічного розвитку існують?
3. У чому проявляється вплив психомоторики на затримку психічного розвитку?
4. Яку роль відіграють рухливі ігри в корекції затримки психічного розвитку?

Рекомендована література:

1. Антонов М.М. Методика применения элементов подвижных игр для развития познавательной деятельности детей старшего дошкольного возраста: Автореф.дис....канд.пед.наук. – СПб, 1997. – 24с.
2. Афанасьева Н.н. Опыт дифференциального подхода в воспитании детей с задержкой психического развития //Дефектология 1978. – №4. – С. 57- 63.
3. Аактуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей /Под ред. К.С. Лебединской М.: Педагогика, 1982. – 127с.
4. Белопольская Н.Л. Психологическая диагностика личности детей с задержкой психического развития.- М.: Изд-во УРАО, 1999. – 147 с.
5. Борякова Н.Ю. Рання діагностика і корекція затримки психічного розвитку. М., 2000.-С. 93-146.

6. Блинова Л.Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с задержкой психического развития: Учебное пособие /Биробиджанский государственный педагогический институт: Биробиджан, 1996. – 188с.
7. Вайзер Г.А. Опоры для саморегуляции умственной деятельности детьми с задержкой психического развития //Дефектология. – 1985. – №4. – С. 3 – 10.
8. Вильчковский Е.С. Теория и методика физического воспитания детей дошкольного возраста. – Львов: ВНТЛ, 1998. – 336с.
9. Висковатова Т.П. Дифференциация задержки психического развития от нормы до олигофрении //Практична психологія та соціальна робота – №9, 2001. – С. 13 – 23.
10. Власова Т.А., Лебединская К.С. Актуальные проблемы клинического изучения задержки психического развития //Дефектология. – 1975. – №6. – С. 30 – 36.
11. Гайдук Ф.М. Определение степени тяжести задержек психического развития у детей //Здравоохранение Белоруссии. – 1982. – № 6. – С. 14 – 15.
12. Горбунов Н.П., Хамадиярова Т.А. Валеологический подход к оценке реакции организма на физические нагрузки у школьников с задержкой психического развития //Физическая культура: Научно-методический журнал. – 2000. – №1. – С. 22 – 27.
13. Дети с временными задержками психического развития /Под ред. Т.А. Власовой, М.С. Певзнер. – М. Педагогика, 1971. – 280с.
14. Дети с временными задержками психического развития /Под ред. Т.А.Власовой, В.И. Лубовского, Н.А. Цыпиной. – М. Педагогика, 1984. – 256.
15. Діти із затримкою психічного розвитку та їх навчання. Навчальний посібник для педагогів і шкільних психологів /Укл. Т.Д. Ілляшенко, Н.А. Бастун, Т.В. Сак. – К.: ІЗМН, 1997. – 128с.

16. Діти з затримкою психічного розвитку /Під ред. Т.А. Власовой, В.І. Лубовського, Н.А. Ципіной.- М.: Педагогіка, 1984.-С. 34-112.
17. Ілляшенко Т.Д., Бастун Н.А., Сак Т.В. Діти із затримкою психічного розвитку та їх навчання. – К.: ІЗМН, 1997. – 128с.
18. Ілляшенко Т.Д. Діти із затримкою психічного розвитку в масовій школі //Початкова школа. – 1996. – №1. – С. 12 – 15.
19. Лубовский В.И. Общая психологическая характеристика младших школьников с задержкой психического развития //Обучение детей с задержкой психического развития. – М.: Просвещение, 1981. – С. 6 – 10.
20. Лускаєва Т.Д. Про вивчення специфіки структури пізнавальної діяльності дітей із затримкою психічного розвитку.-М.: Поліграфсервіс, 1998.-С. 45-53.
21. Марковська І.Ф. Затримка психічного розвитку. Клінічна нейропсихологічна діагностика.- М.: “Ейдос”, 1993.-126 с.
22. Методичні рекомендації до вивчення дітей із затримкою психічного розвитку /Укл. М.В. Рождественська; Пер. з рос. Е.Ф. Ващук. – К.: ІСДОУ, 1995. – 48с.
23. Нікашина Н.А. Педагогічне вивчення дітей із затримкою психічного розвитку// Дефектологія.-1982.- №5.-С.31-42.
24. Подьячева Н.П., Панкина Л.Н. Коррекционно-развивающее обучение детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития. Формирование основ математического мышления: Методическое пособие. – Ульяновск: ИПК ПРО, 2001. – 120с.
25. Подобед В.Л. Особливості короткочасної пам'яті дітей із затримкою психічного розвитку// Дефектологія.- 1981.-№ 5.-С. 45-53.
26. Подготовка к школе детей с задержкой психического развития. Кн. 2.: Тематическое планирование занятий/ Под ред С.Г. Шевченко, Р.Д. Триггер и др. – М.: Школьная Пресса, 2004. –108 с.

27. Рейдибойм М.Г. Задержка психического развития. Клинико-психологическое обоснование дифференцированного отбора и обучения.- М., 1997.- 116 с.
28. Решетілова В. Корекція затримки психічного розвитку у дітей молодшого шкільного віку засобами фізичної культури //Фізична культура, спорт та здоров'я нації //Зб. наук. пр./ Редкол.: О.С. Куц та ін. – Київ – Вінниця: ДОВ “Вінниця”, 2000. – С. 318 – 320.
29. Решетняк О.В., Банникова Т.А. Особенности организации физического воспитания дошкольников, имеющих задержку психического развития //Научно-методический журнал, 2002. – №4. – С. 12 – 14.
30. Сак Т.В. Особливості формування причинно – наслідкового мислення у дітей з затримкою психічного розвитку: Автореф.дис....канд.пед.наук. – К., 1997. – 24с.
31. Синьов В.М. Роль та завдання розумового виховання учнів із ЗПР // Питання дефектології. – К.: Радянська школа, 1980. – Випуск 13. – С. 10-15
32. Ульянова У.В. Про особливості саморегуляції в інтелектуальній діяльності 6-літніх дітей із затримкою психічного розвитку//Дефектологія.- №4.-1982.-С. 35-43.
33. Шевченко С.Г. К вопросу о коррекции умственного и речевого развития детей с задержкой психического развития //Дефектология. – 1994. – №1. – С. 15 – 19.
34. Шмаков С., Безбородова Н. Від гри до самовиховання: Збірник ігор-корекцій.-М.: Педагогіка, 1999.-С. 56-143.

РОЗДІЛ III. Психофізичний стан дітей із затримкою психічного розвитку

3.1. Рівні фізичного розвитку дітей із ЗПР

Виходячи з уявлень і розуміння наявності тісних взаємозв'язків та взаємовпливів між тілом, фізичним станом і психікою необхідно пам'ятати, що за затримки психічного розвитку можна коригувати такий стан цілеспрямованим впливом на тіло дитини. Для реалізації цієї мети необхідно знати рівень фізичного розвитку нормально розвинених дітей і встановити особливості або ступінь його відхилення у дітей із ЗПР (методика виконання цього завдання обґрунтовується в 4-му розділі). Саме у зв'язку з цим нижче наводяться експериментально отримані дані про рівень фізичного розвитку дітей.

Дослідженнями останніх років доведено, що кількість дітей дошкільного і шкільного віку із затримкою психічного розвитку від року до року нестримно зростає. Для визначення фізичного розвитку дітей із ЗПР треба враховувати такі морфологічні показники: довжину тіла, масу тіла і окружність грудної клітки. З цього приводу в порівняльній таблиці №1 наводяться показники нормально розвинених дітей старшого дошкільного віку та їхніх однолітків із ЗПР.

Наведені числа свідчать про незначну різницю між довжиною та масою тіла у нормально розвинених дітей і їхніх однолітків із ЗПР, тобто затримка психічного розвитку має незначний вплив на ці показники. Але такий показник, як окружність грудної клітки, у дітей із ЗПР значно відстає від аналогічного у дітей з нормальним психічним розвитком. Це означає, що його обов'язково слід враховувати під час визначення фізичного стану дітей із ЗПР, хоча за методикою І.О. Калениченко (2002) і на основі морфологічних показників можлива оцінка фізичного розвитку дітей з визначенням гармонійного чи дисгармонійного його стану. Вони показують, що більшість дітей із ЗПР мають дисгармонійний фізичний розвиток.

**Показники фізичного розвитку нормально розвинених дітей
та дітей дошкільного віку із ЗПР до і після проведення корекції**

Досліджувані параметри	Нормально розвинені діти					
	Вік дітей (у роках)					
Маса тіла (кг)		3	4	5	6	7
		Х	15,57±1,62	17,13±2,34	20,18±2,44	22,68±2,84
	Д	14,98±1,33	17,31±1,45	21,04±2,30	23,41±3,04	25,42±3,11
Довжина тіла (см)	Х	95,82±4,50	100,66±5,18	108,34±6,07	116,43±5,84	125,9±6,77
	Д	94,60±4,37	98,85±5,24	107,30±6,32	115,02±5,88	124,77±6,13
ОГК (см)	Х	51,98±3,13	53,16±8,45*	54,80±4,48	57,02±4,41	58,70±5,02
	Д	52,04±4,18	53,00±8,66*	54,41±4,38	57,21±3,86	58,65±4,71
Маса тіла (кг)		Діти із ЗПР. Експериментальна група до корекції				
	Х	16,85±2,12	18,54±2,26	22,04±3,16	23,86±6,88*	25,54±3,44
	Д	17,40±2,30	19,02±2,74	22,11±3,30	24,31±4,07	26,43±3,66
Довжина тіла (см)	Х	89,54±3,45	93,25±5,45	100,51±10,86*	107,34±6,08	115,32±7,66
	Д	88,65±4,85	92,03±5,16	99,86±5,18	106,73±6,11	114,86±6,83
ОГК (см)	Х	51,00±2,86	52,26±4,03	53,03±3,1	54,02±4,13	56,14±4,22
	Д	50,84±3,03	52,20±4,48	52,62±3,80	54,11±4,01	56,05±4,86
Маса тіла (кг)		Діти із ЗПР. Експериментальна група після корекції				
	Х	15,21±3,03	21,66±3,45	21,76±6,94*	23,01±2,44	24,07±2,66
	Д	18,07±3,24	22,00±3,70	22,00±3,13	23,40±2,60	24,58±3,02
Довжина тіла (см)	Х	93,37±5,44	100,41±6,33	107,33±7,11	114,42±7,07	122,31±7,82
	Д	92,78±5,03	99,97±5,45	106,83±6,24	114,07±6,80	121,86±6,90
ОГК (см)	Х	52,01±4,08	53,02±2,91	53,92±4,17	56,48±4,33	57,83±5,44
	Д	52,07±3,89	52,84±3,44	53,86±4,04	56,40±4,11	57,20±4,86

Примітка: Х – хлопчики; Д – дівчатка;

ОГК – окружність грудної клітки; * – $p > 0,05$.

Безумовно, рівень фізичного розвитку залежить від фізичної підготовленості та фізичного стану дітей, тому визначення особливостей його в дітей із ЗПР є обов'язковим. Це можна здійснити за методикою О.В. Решетняк (2002), використання якої дозволяє виявити всі основні рухові якості людини: швидкість, силу, гнучкість, спритність і витривалість.

Зауважимо, що визначення за цією методикою силових здібностей засвідчило розбіжності між нормально розвиненими дітьми та дітьми із ЗПР. Так, наприклад, (репрезентативна вибірка) показники кистьової динамометрії відстають від аналогічних у нормально розвинених дітей на 10 %, а така вправа, як піднімання прямих ніг за 10с. – на 25 %. Особливо велика відмінність у показниках між нормально розвиненими дітьми та дітьми із ЗПР виявляється під час виконання вправ на швидкість та спритність. Вона становить 101 % – у хлопчиків (постукування двома руками) і 52% – у дівчаток (згинання і розгинання пальців рук). Більше 80 % складає різниця в показниках у ході кидання м'яча в ціль. Отже, можна зробити висновок про те, що діти із затримкою психічного розвитку мають значно нижчі показники фізичного стану й підготовленості порівняно з нормально розвиненими однолітками.

3. 2. Ступінь прояву психічних функцій у дітей із затримкою психічного розвитку

Доцільно наголосити на тому, що вивчення ступеня прояву психічних функцій у дітей із ЗПР слід проводити з обов'язковим урахуванням якісної структури дефекту, віку та даних клінічного й неврологічного обстежень. Разом і тим діагностування розвитку психіки в дітей дошкільного віку методично значно складніше, ніж у дорослих. Для досягнення цієї мети потрібно мати на увазі, що одним із головних компонентів психічного стану дитини є її пізнавальна діяльність, тому для вивчення особливостей прояву психічних станів у дітей із ЗПР слід використовувати методи, призначені для виявлення мислення, пам'яті та уваги як основних психічних функцій у пізнавальній діяльності. Для цього існують загальновідомі апробовані методики, які для

зручності використання систематизувала Т.П. Вісковатова (детально вони описані в четвертому розділі).

Увага у дітей є однією з провідних психічних функцій, адже у процесі пізнавальної діяльності зміна провідних властивостей уваги є однією з основних умов зниження працездатності та втомлюваності, особливо у дітей із ЗПР. Під час дослідження уваги слід враховувати такі її основні властивості, як об'єм і розподіл.

Так, за методикою «Знайти відмінності» можна вивчити сформованість розподілу уваги в дітей. Зазначимо, що нормально розвинені діти виявляють практично всі розбіжності, на відміну від дітей із затримкою психічного розвитку, які можуть відшукати практично лише половину предметів із тієї кількості, що їм пропонується.

Використовуючи методику «Знайди перестановки», можна визначити рівень сформованості об'єму уваги. Дослідження свідчать, що нормально розвинені діти майже не припускаються помилок під час знаходження перестановок як на об'ємних, так і на площинних предметах. На відміну від них діти із затримкою психічного розвитку роблять на 35 – 45 % більше помилок під час знаходженні перестановок предметів, причому ця закономірність характерна як для хлопчиків, так і для дівчаток. Поряд з цим можна зауважити, що знаходження перестановок простіше виконується на об'ємних предметах, ніж на площинних, оскільки вони краще сприймаються дітьми й потребують меншої концентрації уваги, ніж площинні.

Для уявлення про особливості психічного розвитку дітей із його затримкою слід також виявити особливості однієї з найважливіших психічних функцій у пізнавальній діяльності – пам'яті. Використовуючи методику «Запам'ятовування десяти слів» з наступним їх відтворенням, можна вивчити короткочасну й довгострокову види пам'яті. У цьому випадку теж можна констатувати: нормально розвинені діти запам'ятовують більше половини названих їм слів. Водночас діти із затримкою психічного розвитку утримують в

пам'яті в середньому на 20 – 25% слів менше, причому в дівчаток ці показники ще вищі, ніж у хлопчиків.

У дітей із ЗПР найнижчі показники довгострокової пам'яті, далі йдуть показники зорової пам'яті і найкраще розвинено короткочасну пам'ять. Щодо асоціативної пам'яті, то в дітей із ЗПР виникають більші труднощі в доборі асоціацій зі словами, які вони запам'ятовують, ніж їх відтворення. Вважається, що це викликано недоліками у сформованості процесів мислення.

Стосовно останніх можна відмітити, що в дітей із ЗПР вони сформовані недостатньо, про що свідчать результати досліджень з використанням матриць Дж. Равена, де застосовується найбільш легка серія (А). Розв'язання поставлених завдань виконується на 40 – 42% гірше, ніж нормально розвиненими дітьми. У цих же межах перебуває різниця і під час визначення сформованості процесів узагальнення за методикою Т.П. Вісковатової.

Найбільш суттєво відрізняються показники в дітей з нормальним і затриманим розвитком при визначенні сформованості просторового мислення, причому використання методики з кубиками Кооса дає можливість пересвідчитись у тому, що одна із складових просторового мислення – зорово-просторове орієнтування – як на об'ємних, так і на пласких предметах, більше ніж на 130 – 170 % відстає у сформованості в дітей із ЗПР, тобто такий важливий психічний процес, як мислення, у дітей із ЗПР є найменш сформованим [83, с.87-88].

Значне відставання у сформованості основних пізнавальних процесів є головною причиною затримки психічного розвитку дітей. У зв'язку з цим варто звернути увагу на положення, яке було доведене Л.С. Виготським. Він підкреслював, що вищі психічні функції проходять довгий шлях свого формування, яке переважно залежить від навколишнього соціального середовища. При цьому докілья виступає не лише як умова, але і як джерело розвитку, а це означає, що для дітей із затримкою психічного розвитку вельми суттєвим буде саме спрямованість дії чинників навколишнього середовища. Якщо це будуть чинники спрямовані на оптимізацію їхнього розвитку, на

активізацію ступеня прояву та якості пізнавальних процесів, то діти із ЗПР значно швидше й ефективніше подолають вади свого онтогенезу, тобто використання цілеспрямованого впливу засобів фізичного виховання і є саме тою групою чинників, яка може прискорити процес дозрівання психічних функцій і ліквідувати відставання в розвитку дітей із ЗПР від нормально розвинених дітей.

Питання до третього розділу

1. У чому проявляється вплив затримки психічного розвитку на фізичний стан дітей?
2. У чому полягають особливості прояву психічних функцій у дітей із затримкою психічного розвитку?
3. Які психологічні методики можна використовувати для діагностики затримки психічного розвитку у дітей?

Рекомендована література:

1. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей /Под ред. К.С. Лебединской М.: Педагогика, 1982. – 127с.
2. Борякова Н.Ю. Ранняя диагностика і корекція затримки психічного розвитку. М., 2000.-С. 93-146.
3. Блинова Л.Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с задержкой психического развития: Учебное пособие /Биробиджанский государственный педагогический институт: Биробиджан, 1996. – 188с.
4. Вайзер Г.А. Опоры для саморегуляции умственной деятельности детьми с задержкой психического развития //Дефектология. – 1985. – №4. – С. 3 – 10.
5. Висковатова Т.П. Дифференциация задержки психического развития от нормы до олигофрении //Практична психологія та соціальна робота – №9, 2001. – С. 13 – 23.

6. Гайдук Ф.М. Определение степени тяжести задержек психического развития у детей //Здравоохранение Белоруссии. – 1982. – № 6. – С. 14 – 15.
7. Горбунов Н.П., Хамадиярова Т.А. Валеологический подход к оценке реакции организма на физические нагрузки у школьников с задержкой психического развития //Физическая культура: Научно-методический журнал. – 2000. – №1. – С. 22 – 27.
8. Діагностика психічного розвитку дітей раннього віку: Методичні рекомендації /Укл. Н.В. Карпенко – Сашньова. – К.: ІЗМН, 1996. – 60с.
9. Діти із затримкою психічного розвитку та їх навчання. Навчальний посібник для педагогів і шкільних психологів /Укл. Т.Д. Ілляшенко, Н.А. Бастун, Т.В. Сак. – К.: ІЗМН, 1997. – 128с.
10. Діти з затримкою психічного розвитку /Під ред. Т.А. Власовой, В.І. Лубовського, Н.А. Ципіной.- М.: Педагогіка, 1984.-С. 34-112.
11. Ілляшенко Т.Д., Бастун Н.А., Сак Т.В. Діти із затримкою психічного розвитку та їх навчання. – К.: ІЗМН, 1997. – 128с.
12. Ілляшенко Т.Д. Діти із затримкою психічного розвитку в масовій школі //Початкова школа. – 1996. – №1. – С. 12 – 15.
13. Калмыкова З.И. Особенности генеза продуктивного мышления детей с задержкой психического развития //Дефектология. – 1978. – №3. – С. 3 – 9.
14. Лубовский В.И. Общая психологическая характеристика младших школьников с задержкой психического развития //Обучение детей с задержкой психического развития. – М.: Просвещение, 1981. – С. 6 – 10.
15. Лубовський В.І. Вища нервова діяльність і психологічні особливості дітей із затримкою психічного розвитку//Дефектологія.-1992.-№ 2.- С.13-21.
16. Марковська І.Ф. Затримка психічного розвитку. Клінічна нейропсихологічна діагностика.- М.: “Ейдос”, 1993.-126 с.

17. Методичні рекомендації до вивчення дітей із затримкою психічного розвитку /Укл. М.В. Рождественська; Пер. з рос. Е.Ф. Ващук. – К.: ІСДОУ, 1995. – 48с.
18. Подобед В.Л. Особливості короткочасної пам'яті дітей із затримкою психічного розвитку// Дефектологія.- 1981.-№ 5.-С. 45-53.
19. Рейдибойм М.Г. Задержка психического развития. Клинико-психологическое обоснование дифференцированного отбора и обучения.- М., 1997.- 116 с.
20. Решетілова В. Корекція затримки психічного розвитку у дітей молодшого шкільного віку засобами фізичної культури //Фізична культура, спорт та здоров'я нації //Зб. наук. пр./ Редкол.: О.С. Куц та ін. – Київ – Вінниця: ДОВ “Вінниця”, 2000. – С. 318 – 320.
21. Решетняк О.В., Банникова Т.А. Особенности организации физического воспитания дошкольников, имеющих задержку психического развития //Научно-методический журнал, 2002. – №4. – С. 12 – 14.
22. Стадненко Н.М. Індивідуальний підхід до дітей із ЗПР в процесі навчально-виховної роботи з ними. – К., 1983. – 35 с.
23. Синьов В.М. Роль та завдання розумового виховання учнів із ЗПР // Питання дефектології. – К.: Радянська школа, 1980. – Випуск 13. – С. 10-15
24. Тарасюк С.О. Зовнішні чинники стимулювання соціально-комунікативної активності (СКА) дітей із затримкою психічного розвитку //Дефектологія. – 2001. – №1. – С. 11 – 12.
25. Ульянова У.В. Про особливості саморегуляції в інтелектуальній діяльності 6-літніх дітей із затримкою психічного розвитку//Дефектологія.- №4.-1982.-С. 35-43.
26. Фишман М.Н. Функциональная асимметрия мозга у детей с задержкой психического развития и умственной отсталостью //Дефектология. – 1996. – №4. – С. 3 – 7.

27. Шевченко С.Г. К вопросу о коррекции умственного и речевого развития детей с задержкой психического развития //Дефектология. – 1994. – №1. – С. 15 – 19.

РОЗДІЛ IV. Корекція психіки дітей із затримкою розвитку

4.1. Умови успішної корекції психічного розвитку дітей

Здійснюючи корекцію психічного розвитку дітей, педагог повинен пам'ятати, що провідною умовою досягнення успіху є розуміння складності цього процесу й багаторівневий підхід до його здійснення, проте, які ж умови можна назвати дієвими в успішному проведенні корекції психічного розвитку? За якими ознаками можна здійснити діагностику в затримці розвитку дитини?

Передусім це ознаки становлення фізичного розвитку й функцій опорно-рухового апарату. Затримка розвитку таких важливих функцій, як сидіння, стояння, ходіння повинна бути для батьків і вихователів ознакою відставання. Потрібно розуміти, що невпевненість у рухах або взагалі порушення рухової діяльності є прямим доказом і затримки психічного розвитку.

Суттєвою ознакою ЗПР є також запізнілий розвиток мовлення – це затримка у вимові перших слів, повільне засвоєння їх кількості, тривалий термін у побудові фраз.

До ознак, які вказують (можливо із анамнестичних даних) на наявність у дитини затримки психічного розвитку, слід також віднести особливості її поведінки під час гри, тобто недостатню допитливість і активність, невміння гратися з різними предметами або спілкуватися з іншими дітьми.

Затримку психічного розвитку дитини можна діагностувати і під час аналізу порушень видів її діяльності, Так, відомо, що кожному віковому періоду (сензитивному) життя дитини має відповідати певний вид діяльності, тобто з часом іграшки міняються, але дитина повинна вміти ними гратись. А це буває не під силу дітям із ЗПР, особливо якщо іграшки складні і вимагають докласти до гри елементи мислення або уяви.

Умовами успішної корекції затримки психічного розвитку дитини слід назвати такі:

- ранній початок, оскільки від того, наскільки рано почнеться корекція, залежить ефективність її результатів (найважливіша умова);

- формуванні батьками або педагогом програми корекції з обов'язковим урахуванням особливостей розвитку конкретної дитини;
- важливою умовою діяльності вихователів повинен бути добір видів гри з дітьми, наявність відповідних іграшок та допомога в побудові дитиною ігрових ситуацій;
- зацікавленість та інтерес дитини в тому, що вона робить;
- стимулювання дитини до виконання фізичних навантажень, які здійснюються у вигляді гри;
- спілкуватися з дитиною бажано на цікаву для неї тематику з акцентом на зосередженні уваги, запам'ятовуванні, розв'язанні простих розумових завдань;
- підтримання активності та зацікавленості дитини тією справою, що вона виконує, з обов'язковою позитивною оцінкою опанованого нею завдання;
- активізація чуттєвого пізнання світу, оскільки початком формування вищих психічних функцій є саме чуттєве ставлення до навколишнього середовища;
- корекція має бути постійна, систематична і їй необхідно підпорядковувати всю діяльність дитини.

Отже, слід зазначити, що успішна корекція затримки психічного розвитку дитини можлива за умов її діагностики та послідовної цілеспрямованої діяльності батьків і вихователів дошкільної дитячої установи.

Провідними принципами в діяльності спеціального (корекційного) дитячого садка (або дошкільної установи з таким призначенням) мають бути :

- урахування особливостей ЗПР та її структури;
- відомості про умови життя та виховання дитини в сім'ї;
- інформація про стан її здоров'я;
- відомості про проведення з цією дитиною конкретної корекційної роботи.

С.Г. Шевченко (1999) розробила сучасну концепцію корекційно-розвивального навчання, яка охоплює такі блоки:

- 1) діагностико-консультативний;
- 2) фізкультурно-оздоровчий;
- 3) навчально-виховний;
- 4) корекційно-розвивальний;
- 5) соціально-педагогічний.

Серед перерахованих блоків для дітей із ЗПР найбільш важливими вважається фізкультурно-оздоровчий, соціально-педагогічний та навчально-виховний.

У чому полягає специфіка кожного блоку? Який їх зміст та структурні компоненти?

Діагностико-консультативний блок необхідний для комплексного, різнобічного, якісного аналізу особливостей пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери, особистісного розвитку, а також наявних знань, умінь та навичок дитини, яка почала відвідувати дитячий садок.

Чільними завданнями діагностики дітей мають бути такі:

- вивчення якісних особливостей психічного розвитку дитини;
- виявлення характеру, динаміки розвитку і здатності до навчання;
- диференціація, видокремлення подібних видів ЗПР.

Психолога та дефектолога передусім повинні зацікавити якісні характеристики інтелектуальної та продуктивної діяльності дитини:

- особливості мотивації;
- здатність до розуміння інструкції та свідомого, цілеспрямованого її виконання;
- сформованість знань, практичних вмінь та навичок, необхідних для вирішення завдань;
- особливості самоконтролю та самооцінки.

Фізкультурно-оздоровчий блок посідає чільне місце не лише безпосередньо в корекції психічного розвитку, але й у вихованні позитивного ставлення до свого здоров'я, прагнення до здорового способу життя.

Основними завданнями цього блоку є:

- формування умов для збереження та укріплення здоров'я й повноцінного розвитку дітей;
- медичний контроль та профілактика захворюваності;
- включення оздоровчих технологій до педагогічного процесу;
- навчання педагогів методам корекційного впливу на психомоторний розвиток дитини;
- організація роботи з фізичного виховання та формування рухових навичок.

Одним з важливих завдань цього блоку є спеціальна підготовка вихователя з фізкультури, який володів би прийомами та засобами фізичної культури, що використовуються для психологічної корекції дітей із ЗПР.

Навчально-виховний блок передбачає наявність «Навчальної програми» з засадами корекційно-розвивального навчання й виховання.

Він охоплює декілька розділів:

- моральний розвиток;
- пізнавальний розвиток;
- естетичний розвиток;
- розвиток мовлення та спілкування;
- розвиток ігрової, образотворчої та конструктивної діяльності.

Корекційно-розвивальний блок повинен охоплювати всі розділи фізкультурно-оздоровчої та соціально-педагогічної діяльності.

Цей блок містить такі види діяльності:

- стимуляцію пізнавальної активності та орієнтовно-дослідницької діяльності;
- розвиток грубої та дрібної (ручної) моторики;
- збагачення сенсорного досвіду дитини та розвиток усіх видів сприйняття.

Провідними напрямками корекційної роботи мають бути:

- корекція недоліків емоційно-вольової сфери і формування особистості;

- корекція пізнавальної діяльності і цілеспрямоване формування вищих психічних функцій;
- корекція мовлення й комунікативної діяльності;
- корекція провідних видів діяльності (їх мотиваційних, орієнтовно-педагогічних та регуляційних компонентів).

Соціально-педагогічний блок.

Головним завданням цього блоку є взаємодія педагогічного колективу спеціального дитячого садка з батьками, сім'єю дитини із ЗПР.

Можна виділити такі форми організації психолого-педагогічної допомоги сім'ї в умовах спеціальної дитячої установи:

- колективні форми взаємодії – це «сімейні клуби», спільне вирішення організаційних питань тощо;
- індивідуальні форми роботи з родиною: вивчення потреб батьків, збір інформації про особливості особистості їхньої дитини;
- наочно-інформаційне забезпечення – це інформаційні стенди, стінгазети, ознайомлення батьків з формами і методами психокорекційної роботи з дітьми із ЗПР.

Загальними умовами успішності в психологічній корекції дітей із ЗПР є:

- створення спеціального розвивального середовища: добір устаткування та іграшок, які б мали корекційно-розвивальну спрямованість;
- формування колективу компетентних у питаннях психологічної корекції та виховання педагогів;
- збирання методичних матеріалів для корекційної роботи;
- розробка нормативних документів щодо організації життя, діяльності, виховання та навчання дітей із ЗПР;
- обладнання спортивних майданчиків та спортивних зал (або басейнів) для занять з корекції ЗПР методами фізичної культури.

Зауважимо, що лише врахування й постійне дотримання педагогами й батьками дітей із ЗПР наведених умов психологічної корекції, підпорядкування

всього їхнього життя цим глобальним завданням спроможне забезпечити успішність процесу.

4.2. Обґрунтування методики проведення корекційних занять із дітьми за затримки психічного розвитку

Для корекції психофізичного стану дітей авторка використала методику занять із фізичного виховання дітей старшого дошкільного віку із затримкою психічного розвитку, яку розробила С.В. Гвоздецька (2004).

Зміст програмного матеріалу корекційних занять з фізичної культури , що розробила С.В. Гвоздецька

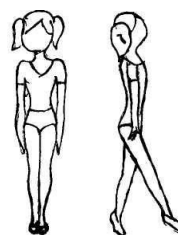
Заняття починається з шиккування в шеренгу і виконання основної стійки (стати прямо, руки опущені вниз вздовж тулуба, спина пряма, плечі злегка відведені назад, підборіддя злегка підняте, п'ятки разом, носки нарізно). Далі здійснюються вправи, які виконуються під час ходіння. Деяких дітей потрібно підтримувати за руку або плечі, щоб у них постійно відпрацьовувались навички правильного ходіння в строю та відчуття дистанції.

1. Вправи в основних рухах:

а) вправи з ходіння (образ і вид рухів):

1) «Жираф» – ходіння навшпиньках, головою потягнутися догори.

В.п.: стояти на носках, руки вниз;



2) «Курча» – ходіння на п'ятках з ритмічними рухами рук у обидва боки.

В.п.: стояти на п'ятках, руки донизу, пальці розставлені;



3) «Ведмедик» – ходіння на внутрішньому боці стопи, з перекачуванням з однієї стопи на іншу.



В.п.: стояти на внутрішній стороні стопи, руки в сторони вниз;

4) «Лелека» – ходіння з високим підніманням колін.



В.п.: ноги разом, руки на поясі;

5) «Кошеня» – ходіння напівприсядки, на носках.



В.п.: напівприсядки на носках, руки на поясі;

6) «Качка» – ходіння у повному присіданні.



В.п.: упор присід, руки на колінах;

7) «Повзунок» – ходіння на колінах, руки на поясі;



8) «Балетний крок» – ходіння, стопи розвернені трохи всередину,

носки не відриваються від підлоги,
ноги трохи згинаються в колінах;



б) *вправи з бігу* (образ і вид рухів):

1) «Козлик» – біг з високим підніманням колін.

В.п.: руки на поясі;



2) «Грайливе лоша» – біг із закиданням голень назад.

В.п.: руки на поясі;



3) «Олень» – біг з «викиданням» стегна вперед.

В.п.: руки вздовж тулуба;



4) «Змійка» – біг «змійкою» між розставленими в одну лінію предметами, не торкаючись їх.

В.п.: руки вздовж тулуба, зігнуті у ліктях;



5) «Ходулі» – біг на прямих ногах;



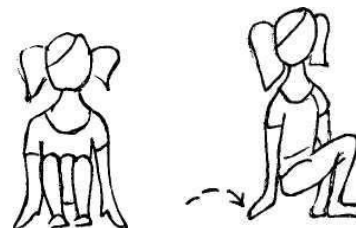
б) «Липучки» – біг напівприсядки,
руки на поясі;



в) *вправи зі стрибків* (образ і вид рухів):

1) «Зайчечья» – стрибки в упорі присівши з опорою на руки.

В.п.: упор присід, руки вниз;



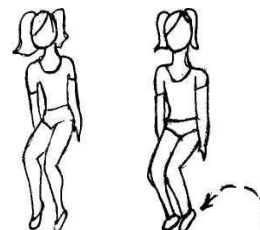
2) «Жабеня» – стрибки з упору присівши, вгору.

В.п.: упор присівши, руки вниз;



3) «Кенгуру» – стрибки на двох ногах з вихідного положення напівприсядки вперед-догори.

В.п.: напівприсядки, руки вздовж тулуба, зігнуті в ліктях;



4) «Страус» – підстрибувати з ноги на ногу, просуваючись уперед.

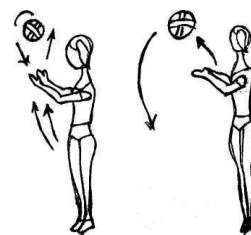
В.п.: руки на поясі;



г) *вправи з кидання, ловлі та метання* (образ і вид рухів):

1) «Злови м'ячик» – кидання м'яча догори двома руками знизу та ловля

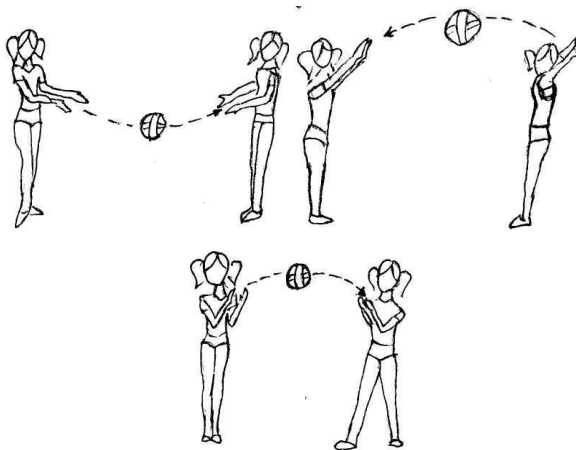
його;



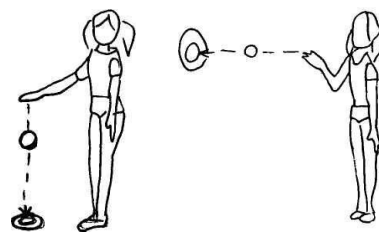
2) «Плигунець» – кидання м'яча догори, а коли він відскакує від землі, ловля його обома руками;



3) «Один одному» – перекидання м'яча один одному в парах (обома руками від грудей, із-за голови, знизу, з відскоком від підлоги);



4) «Точно в ціль» – метання торбинки з піском, м'яча (вага 150 г) правою та лівою рукою у вертикальну та горизонтальну цілі;



д) *вправи у повзанні та лазінні (образ і вид рухів):*

1) «Котись, м'ячику» – повзання на передпліччях і колінах зі штовханням головою м'яча перед собою (великий, набивний);

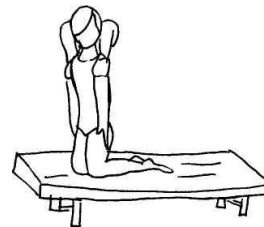


2) «Змійка» – повзання навкарачки

змійкою між предметами;



3) «Переправа» – повзати лавою (колодою, похилою дошкою), стоячи в упорі на колінах;



4) «Драбинка» – навчання лазити на мотузковій драбині;



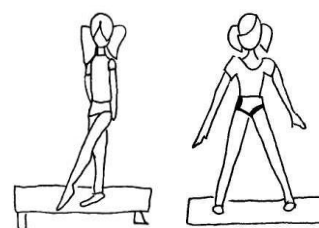
5) «Павучок» – повзання з опорою на ноги спереду, а руки позаду за спиною.



В.п.: упор присівши, руки позаду, тулуб підняти;

е) вправи з рівноваги (образ і вид рухів):

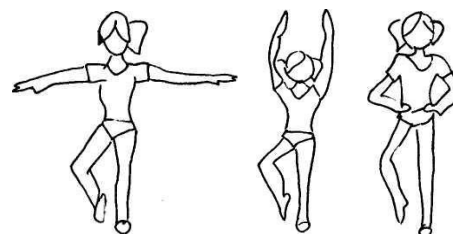
1) «Гімнаст» – ходіння дошкою, гімнастичною лавою (завширшки 20 – 25 см, заввишки 30 – 35 см), колодою прямо і боком, з різним положенням рук;



2) «Циркачі» – ходити дошкою, лавою, колодою, тримаючи у руках палицю, м'яч, переступаючи через палицю, мотузок;



3) «Чапля» – стійка на одній нозі
(руки в сторони, вгору, на поясі);

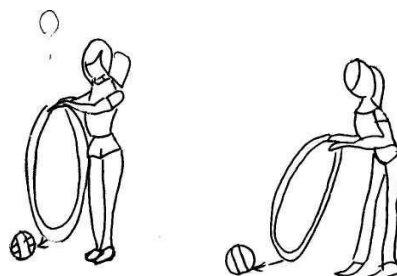


4) «Карусель» – крутитися парами,
тримаючись за руки;



ж) вправи з обручем і м'ячем (образ і вид рухів):

1) Тримати обруч обома руками
перед собою (або однією по черзі).
Йти, штовхаючи м'яч обручем;



2). Тримати обруч обома руками
(або однією) за спиною. Просуваючись
вперед, тягти м'яч обручем за собою;

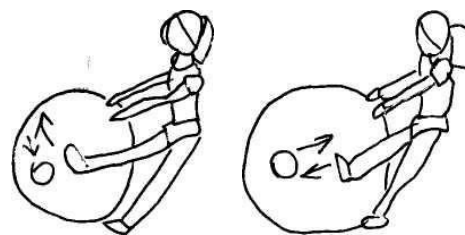


3) Пересуваючись напівприсядки,
правою рукою рухати вертикально
поставлений обруч, лівою –
прокочувати крізь нього м'яч вправо –
вліво. Змінити положення рук;

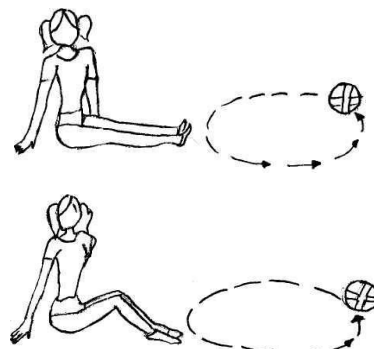


4) Сісти на підлогу, розвівши ноги.
Перед собою тримати обома руками

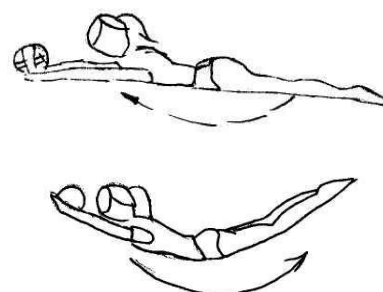
обруч, м'яч – всередині обруча. Трохи піднявши обруч над підлогою, штовхати ним м'яч так, щоб він прокочувався всередині обруча: вліво – вправо, вперед – назад, колом – за годинниковою стрілкою і проти неї;



5) Сісти на підлогу, ноги разом. Обруч – перед ногами, м'яч – у середині обруча. «Переступаючи» на підлозі сідницями, легко штовхати обруч ногами, намагаючись так розрахувати рухи, аби м'яч увесь час був усередині обруча. (Вправо можна виконувати стоячи: обруч штовхати то правою, то лівою рукою);



б) Обруч – на підлогу. Лягти животом у його середину, м'яч – у випростаних руках перед собою. 1 – прогнутися, одночасно трохи піднявши над підлогою ноги і руки з м'ячем. 2 – вихідне положення.



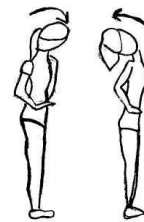
2. Загальнорозвивальні вправи:

а) вправи для голови:

1) «Тік-так» – рухи головою догори – донизу.

В.п.: ноги нарізно, руки на поясі.

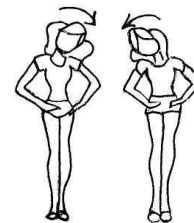
1 – нахил голови вперед; 2 – нахил голови назад; 3 – 4 – те ж саме;



2) «Дзвіночок» – нахили голови до плечей.

В.п.: те ж саме.

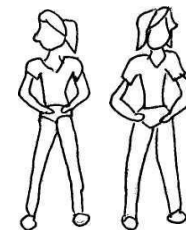
1 – нахил голови до правого плеча; 2 – те ж саме вліво; 3 – 4 – те ж саме (виконується енергійно з намаганням доторкнутись плеча вухом, плечі не підіймати);



3) «Скажи „ні”» – повороти голови вліво – вправо.

В.п.: те ж саме.

1 – поворот голови вліво; 2 – поворот голови вправо; 3 – 4 – те ж саме;



4) «Колобок» – рухи головою колом.

В.п.: те ж саме.

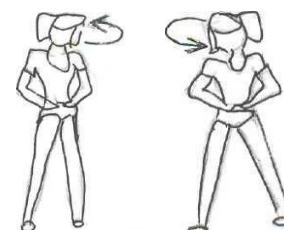
1 – 4 – перекач голови вправо; 5 – 8 – перекач голови вліво;



5) «Зміїні рухи» – рухи в горизонтальній площині колом:

В.п.: ноги нарізно:

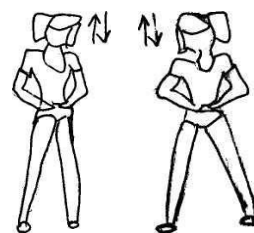
1 – 4 – рухи головою колом у



горизонтальній площині вправо; 5 – 8
– те ж саме вліво;

б) «Півник» – «дзьобальні» рухи
головою.

В.п.: ноги нарізно, руки на поясі:
1 – 4 – «дзьобальні» рухи головою
паралельно підлоги вправо; 5 – 8 – те
ж саме вліво;



7) «Східний танок» – переміщення
голови вліво – вправо.

В.п.: ноги нарізно, руки переплести
над головою.

1 – перемістити голову вправо,
зберігаючи вертикальне положення
голови; 2 – те ж саме вліво; 3 – 4 – те ж
саме;



8) «Подивись на сонечко» – нахили
голови назад.

В.п.: ноги нарізно, руки на поясі.
1 – нахил голови назад; 2 – в.п; 3 – 4 –
те ж саме;



б) вправи для рук і плечового пояса:

1) «Ножиці» – перехресні рухи
руками.

В.п.: стійка ноги нарізно, руки



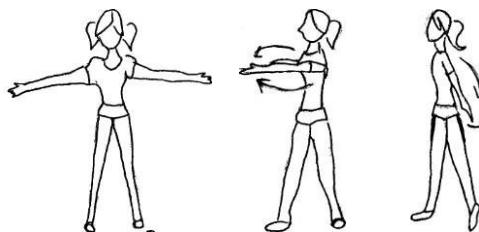
вперед.

1 – перехресний рух правою; 2 – перехресний рух лівою; 3 – 4 – те ж саме;

2) «Долоньки».

В.п.: стійка ноги нарізно, руки в сторони.

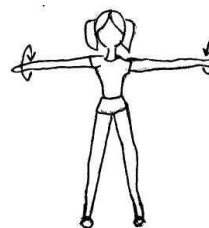
1 – руки вперед, з'єднати долоні; 2 – вихідне положення; 3 – руки назад, з'єднати долоні; 4 – вихідне положення;



3) «Вентилятор» – кругові рухи зап'ястями рук.

В.п.: те ж саме.

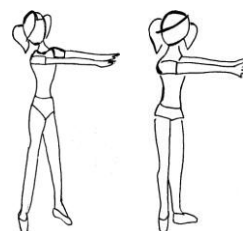
1 – 4 – кругові рухи кистями рук уперед; 4 – 8 – кругові рухи кистями рук назад;



4) «Дряпання» – згинання-розгинання пальців рук.

В.п.: ноги нарізно, руки вперед.

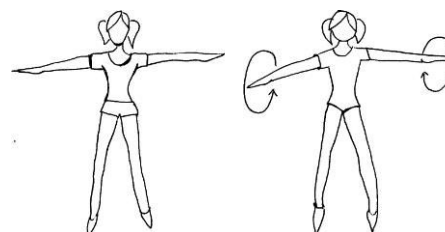
1 – 4 – згинання-розгинання пальців рук;



5) «Плавець» – обертання передпліччями.

В.п.: ноги нарізно, руки в сторони:

1 – 4 – оберти передпліч вперед; 5 – 8

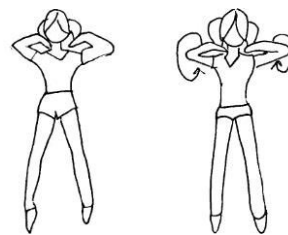


– те ж саме назад;

б) «Колеса паровоза» – обертання плечей.

В.п.: ноги нарізно, руки в сторони, кисті рук до плечей:

1 – 4 – обертові рухи вперед; 5 – 8 – те ж саме назад;

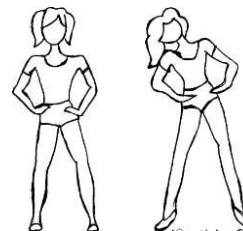


в) *вправи для тулуба:*

1) «Маятник годинника» – нахили тулуба вліво-вправо.

В.п.: ноги нарізно, руки на поясі.

1 – нахил вліво; 2 – нахил вправо; 3 – 4 – те ж саме;



2) «Рибак ловить рибку» – нахили вперед.

В.п.: ноги нарізно, руки вперед.

1 – нахил вперед, долоньями доторкнутись до полу; 2 – вихідне положення; 3 – 4 – те ж саме;



3) «Вертоліт» – кругові рухи тулуба.

В.п.: ноги нарізно, руки на поясі.

1 – 4 – кругові рухи тулуба в правий бік; 5 – 8 – те ж саме у лівий;



4) «Бутерброд» – нахили вперед.

В.п.: основна стійка.

1 – нахил вперед; 2 – вихідне положення; 3 – 4 – те ж саме;



5) «Подивись, що за спиною» – повороти тулуба вліво-вправо.

В.п.: ноги нарізно, руки на поясі.

1 – поворот тулуба вправо; 2 – вихідне положення; 3 – те ж саме вліво; 4 – вихідне положення;



б) «Дровосік» – нахили тулуба вперед.

В.п.: широка стійка, ноги нарізно, руки у «замок».

1 – нахил вперед, руки вниз; 2 – вихідне положення; 3 – 4 – те ж саме;



г) *вправи для ніг:*

1) «Стрункі ніжки» – піднімання навшпиньки:

В.п.: основна стійка.

1 – піднятися на носки; 2 – вихідне положення; 3 – 4 – те ж саме;



2) «Пружинка» – присідання.

В.п.: руки на поясі.

1 – упор присівши; 2 – вихідне



положення; 3 – 4 – те ж саме;

3) «М'ячик» – стрибки на місці.

В.п.: те ж саме.

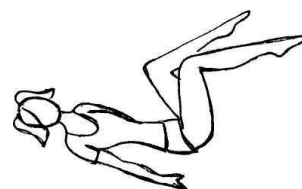
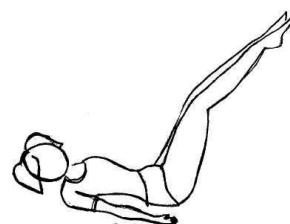
1 – 4 – стрибки на місці;



4) «Велосипед» – кругові рухи зігнутими ногами з імітуванням їзди велосипедом.

В.п.: лежати на спині, ноги догори.

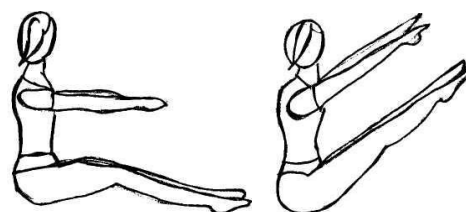
1 – 4 – виконувати колоподібні рухи зігнутими ногами вперед; 5 – 8 – те ж саме назад;



5) «Зроби „до побачення”» – рухи кистями рук та стопами ніг догори.

В.п.: сидячи, рухи вперед.

1 – 4 – рух кистями рук та стопами ніг догори;



6) «Гостра коса» – повороти кистями рук та стоп наліво-направо.

В.п.: те ж саме.

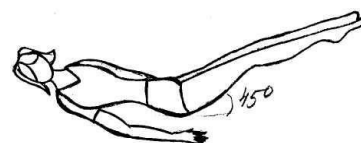
1 – поворот кистями і стопами вправо;
2 – те ж саме вліво; 3 – 4 – те ж саме;



7) «Підніми пір'їнку» – піднімання ніг.

В.п.: лежати на спині.

1 – підняти на 45° праву ногу; 2 –



вихідне положення; 3 – підняти ліву ногу; 4 – вихідне положення;

8. «Хрест» – піднімання ніг.

В.п.: лежати на спині, руки в сторони:

1 – підняти праву ногу на 90° ; 2 – опустити ногу до лівої руки; 3 – підняти на 90° ; 4 – вихідне положення; 5 – 8 – те ж саме лівою ногою.



3. Корекційні вправи:

а) асинхронна гімнастика:

1) «Вітаються ручки з ніжками» – рухи кистями догори та стопами донизу й навпаки.

В.п.: сидіти, ноги разом, руки вперед.

1 – одночасний рух кистей догори, а стіп донизу; 2 – те ж саме кистями донизу, стопами – догори; 3 – 4 – те ж саме;



2) «Педалі машини» – рухи кистями та стопами:

В.п.: те ж саме.

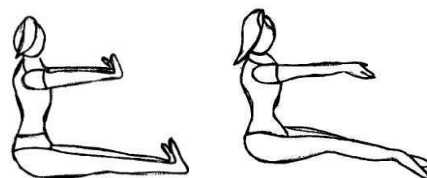
1 – праві кисть та стопа – догори, ліві – донизу; 2 – те ж саме навпаки; 3 – 4 – те ж саме;



3) «Коса» – рухи кистями та стопами вправо – вліво.

В.п.: те ж саме.

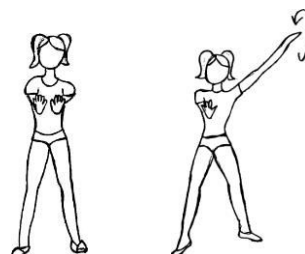
1 – стопи – вправо, кисті – вліво; 2 – те ж саме навпаки; 3 – 4 – те ж саме;



4) «Малюємо коло» – кругові рухи руками.

В.п.: ноги нарізно, руки вперед.

1 – 4 – кругові рухи правою рукою вправо, лівою – вліво;



5) «Млин».

В.п.: ноги нарізно, руки вгору.

1 – 4 – різнойменні кругові рухи руками вправо; 5 – 8 – те ж саме вліво;



6) «Танок».

В.п.: руки вгору.

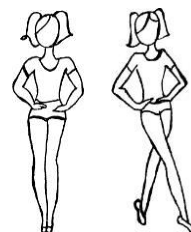
1 – 4 – плескання над головою і удар об підлогу правою-лівою ногою;



7) «Різні ніжки».

В.п.: ноги разом, руки на поясі.

1 – стрибок, права нога вперед, ліва – назад; 2 – те ж саме навпаки; 3 – 4 – те ж саме;



8) «Хрестики».

В.п.: теж саме.

1 – стрибок навхрест правою; 2 – те ж саме лівою; 3 – 4 – те ж саме.

Примітка: стрибки можна виконувати з різноманітними рухами рук;



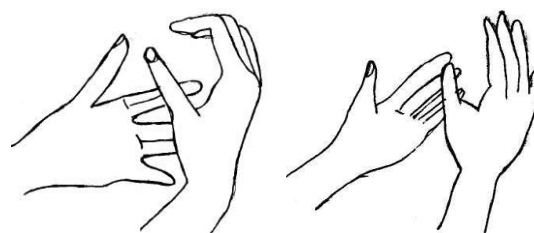
б) артикуляційні вправи:

- 1) «Усмішка» – розтягнути губи якомога ширше, повернути їх у вихідне положення;
- 2) «Похмурість» – губи стулити, розтулити;
- 3) «Вітерець» – набрати повний рот повітря і повільно випускати;
- 4) «Хрюша» – витягувати губи у «п'ятачок»;
- 5) «Укольчики» – робити уколи язиком то в одну, то в іншу щоку;
- 6) «Образа» – одну губу якомога більше натягнути на іншу та навпаки (рот закритий);
- 7) «Півник» – з губ зробити дзьоб та відкривати його;
- 8) «Кобра» – відкрити трохи рот та дуже швидко викидати язика вперед та втягувати його;
- 9) «Жабеня» – витягнути язика, скласти його в трубочку під верхню щелепу і те ж саме під нижню;
- 10) «Відкрий двері» – з силою давити язиком на стиснуті зуби;

в) вправи на дрібну моторику рук:

1) «Пальчики вітаються»:

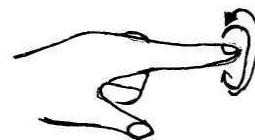
кінчиком великого пальця правої руки торкатися по черзі кінчиків вказівного, середнього, безіменного пальців та мізинця цієї ж руки.



В.п.: ноги нарізно, руки вперед;

2) «Джміль»:

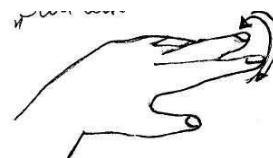
вирівняти вказівні пальці правої та лівої руки і робити ними кругові рухи часовою стрілкою і проти неї. Потім виконати ту саму вправу іншими пальцями рук.



В.п.: те ж саме;

3) «Зайчик»:

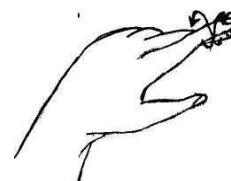
втягнути вгору вказівний і середній пальці обох рук, інші стиснути в кулак. Рухати пальчиками.



В.п.: ноги нарізно, руки зігнуті у ліктях;

4) «Ножиці»:

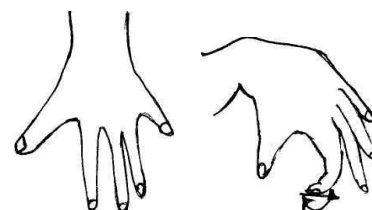
те ж саме, але пальці рухаються назустріч один одному, імітуючи ножиці.



В.п.: те ж саме;

5) «Деревце»:

широко розвести пальці рук. Згинати та розгинати пальці один за одним, імітуючи, як вітерець колише гілочки.

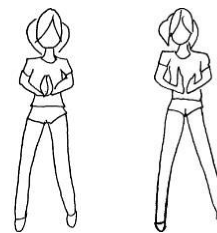


В.п.: те ж саме;

6) «Розквітає квітка»:

стиснувши пальці рук у кулачки,

притиснути їх один до одного. Повільно піднімати пальці вгору, поки їх кінчики не з'єднаються, відвести пальці рук, не відриваючи долонь і утворити «бутон квітки». Те ж саме виконати у зворотному напрямку.



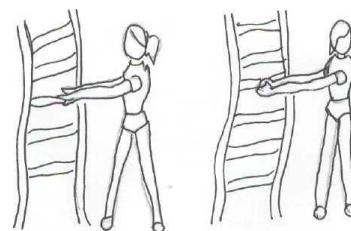
В.п.: стійка ноги нарізно, руки зігнуті, лікті опустити, долоні перед грудьми зігнуті в кулак;

г) вправи на грубу моторику:

1) «Мавпи».

Мета: сприяти розвитку спритності та координації рук.

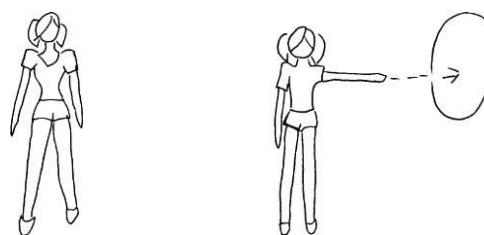
Завдання: по черзі захоплювати рейку гімнастичної стінки руками, хватом зверху та хватом знизу;



2) «Мішень».

Мета: сприяти розвитку координації та направленості рухів.

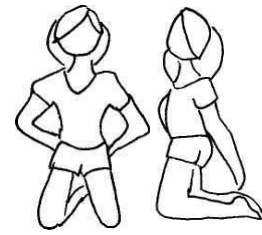
Завдання: метання в обруч на стіні, який розташований на рівні очей дитини (на відстані 4-ох – 6-ти метрів);



3) «Дістань п'ятку».

Мета: сприяти координації тіла, контролю за рівновагою.

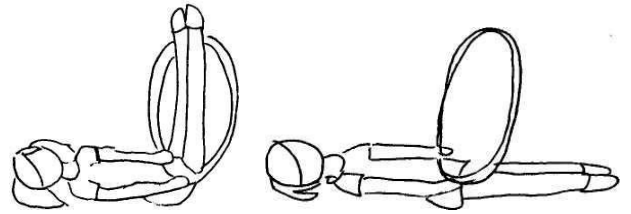
Завдання: стоячи на колінах, руки на поясі, 1 – повернутися вправо, дістати правою рукою ліву п'ятку; 2 – те ж саме вліво;



4) «Одягаємось».

Мета: сприяти розвитку координації рухів.

Завдання: лежати на спині, обруч внизу, 1 – підняти обруч вперед вертикально, просунути ноги в обруч; 2 – вихідне положення;



д) масажні вправи пальцями рук:

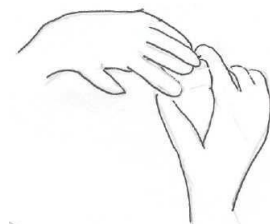
1) розігріти пальці тертям від кінчиків пальців до зап'ястя;



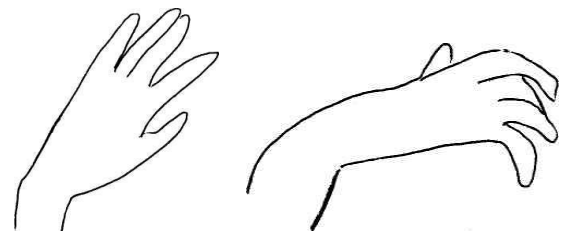
2) палець здавити з обох боків і рухати вправо – вліво – донизу;



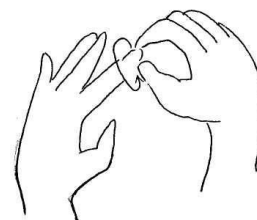
3) здавлювати пальці з усіх боків;



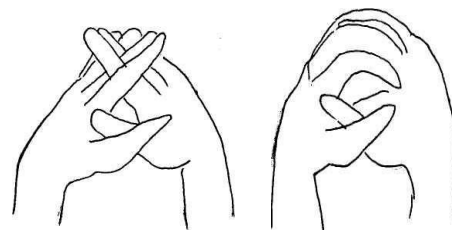
4) розгинати і згинати пальці;



5) узяти палець за кінчик і повернути його колом вправо;



6) пальці однієї руки проходять між пальцями іншої і виконують стискальні рухи;



7) рухи долонями до обличчя, кінчики пальців на чолі, провести донизу до підборіддя, мізинець навпроти ніздрі;

8) кінчики пальців зібрати в центрі чола та виконувати рухи до висків;

9) вказівним пальцем робити кругові рухи біля крил носу;

10) вказівний палець поставити біля крила носу й виконувати надавлювання.

4. Орієнтовні рухливі ігри та ігрові вправи для розвитку пам'яті, уваги, мислення та уяви:

а) «Запам'ятай рухи».

Мета: розвинути моторно-зорову пам'ять.

Діти повторюють рухи рук і ніг за ведучим, а коли запам'ятовують черговість вправ, повторюють їх у зворотному порядку;

б) «Запам'ятай своє місце».

Мета: та ж сама.

Ведучий шикуює дітей за певною ознакою (зростом, першою літерою в імені за алфавітом, кольором одягу тощо). За командою всі діти розбігаються, а за сигналом повинні повернутися на свої місця;

в) «Запам'ятай свою позу».

Мета: та ж сама.

Діти стоять колом, кожна дитина повинна стати в будь-яку позу та запам'ятати її. За командою всі діти розбігаються, за сигналом вони повинні повернутися на свої місця та встати у ту ж саму позу;

г) *«Найуважніший»*.

Мета: розвивати мислення та увагу.

Ведучий називає 1-2 рази кілька різноманітних рухів, не показуючи їх. Діти повинні виконати рухи у тій же послідовності, у якій їх назвав ведучий;

д) *«Заборонений рух»*.

Мета: розвиток мислення та уваги.

Ведучий показує рух (наприклад, руки в сторони), який діти повторювати не повинні, а потім робить різноманітні рухи, які діти повторюють за ним. Діти повинні виконувати все, крім забороненого;

е) *«Мавпочка»*.

Мета: розвивати увагу та пам'ять.

Ведучий або один з дітей показує різноманітні цікаві рухи, усі інші діти виконують їх у відповідності з показом;

ж) *«Розвідники»*.

Мета: розвивати мислення та пам'ять.

У залі розставлено різноманітні перешкоди (лави, кільця, драбинка тощо). Ведучий або одна дитина (розвідник) йде через перешкоди вільними рухами і у вільному напрямку. Друга дитина запам'ятовує дорогу і веде «загін» тим самим напрямком та способом, який показав «розвідник». Потім «розвідником» та «командиром» стають інші діти;

з) *«Будь уважним»*.

Мета: розвивати увагу та вчити швидко та точно реагувати на звукові сигнали.

Діти виконують звичайне ходіння колом. Потім на слово «стрибунчики», яке каже ведучий, діти повинні почати стрибати, на слово «коники» – піднімати високо коліна, на слово «птахи» – бігати, руки в сторони, «чапля» – стояти на одній нозі тощо;

к) *«Оплески»*.

Мета: та ж сама.

Діти йдуть колом. Коли ведучий плескає в долоні 1 раз, діти повинні зупинитися і стати на одній нозі, якщо 2 рази – йти напівприсядки, 3 рази – звичайною ходою тощо;

л) *«Прапорець»*.

Мета: та ж сама.

Діти ходять колом під музику. Коли ведучий піднімає прапорець угору, всі діти повинні зупинитись, хоча музика продовжує звучати;

м) *«Знайди свій дім»*.

Мета: закріплення уявлення про прості геометричні фігури. Дітей поділяють на дві рівні групи. Одній з них дають великі фігури, ці діти будуть «будинками», другій – маленькі фігури, ці діти – «господарі». За сигналом всі «господарі» повинні «оселитися» у свої «будинки», тобто, знайти фігури такої ж форми. Поки звучить музика або бубен, усі діти мають рухатися залом, за сигналом всі зупиняються, «будинки» піднімають високо великі фігури, а «господарі» «займають» потрібні «будинки». Хто неправильно «оселився» – вибуває з гри;

н) *«Кольорові прапорці»*.

Мета: закріплення уявлення про кольори предметів.

Дітей ділять на дві рівні групи. Одній з них дають прапорці трьох відтінків (червоного, зеленого, синього), іншій – смужечки. Поки звучить музика або бубен, діти зі смужечками повинні рухатись залом. За сигналом: «Раз, два, три – до своїх прапорців біжи», «смужечки» повинні знайти потрібний за кольором прапорець. Хто неправильно знайшов – вибуває з гри.

5. Орієнтовний зміст естафет для розвитку мислення, уваги, координаційних здібностей та грубої і дрібної моторики:

а) *«Спритний м'яч»*.

Мета: розвинути координаційні здібності, грубу та дрібну моторику.

Діти діляться на дві команди, кожній з яких дається м'яч. Діти повинні «провести» м'яч (однією, двома руками) до цілі (прапорець, стілець тощо) та повернутися на своє місце. Перемагає та команда, яка першою закінчить завдання.

Ускладнення: біг з м'ячем між колінами; стрибки з м'ячем між колінами, між щиколотками; слалом з м'ячем тощо;

б) *«Естафета з м'ячем».*

Мета: та ж сама.

Команди шикуються в колону. Перші передають м'яч наступним доти, доки він не потрапить до останнього. Ті у свою чергу біжать кожен до своєї цілі, оббігають навколо неї і повертаються, щоб стати попереду своїх команд і передавати м'яч гравцям, які стоять за ними. Перемагає та команда, гравці якої раніше поміняються місцями;

в) *«Липучки».*

Мета: та ж сама.

Діти поділяються на дві команди з однаковою кількістю людей. Розділившись на пари, вони стають спинами один до одного та з'єднують руки. За командою перші пари повинні пробігти до своєї цілі, повернутись на своє місце і передати естафету іншій парі. Перемагає та команда, пари якої перші закінчать естафету;

г) *«Сонечко».*

Мета: розвинені мислення та увагу.

Діти поділяються на дві команди. Завдання кожної – у зазначеному місці намалювати сонечко. Кожна дитина повинна добігти до призначеного місця, намалювати одну з деталей сонечка (коло, промінь, очі та ін.) і повернутись на своє місце, передаючи олівець іншій дитині. Перемагає та команда, яка першою закінчить завдання і у якої сонечко буде найкращим. Примітка: в естафеті можна використовувати інші завдання (намалювати людину, будинок, квітку тощо). Граючи з дітьми вперше, вихователь може допомогти дітям намалювати коло або ще якусь деталь;

д) «Веселка».

Мета: закріплення у дітей здатності сприймати предмет.

Вихователь розкладає фішки різних кольорів. Дітям роздає кольорові смужки. Діти, розділившись на дві команди, повинні добігти до фішок та покласти смужку біля тієї фішки, яка відповідає її кольору. Перемагає та команда, яка швидше виконає завдання.

Примітка: естафету можна проводити також з різними фігурами, літерами тощо;

е) «Посади город».

Мета: розвинути у дітей мислення та увагу.

Вихователь розкладає картки з намальованими на них овочами (цибуля, картопля, буряк тощо) – це «город». Дітям роздає ті ж самі картки. Розділившись на дві команди, вони повинні добігти до своєї ділянки і покласти свою картку на ту, яка їй відповідає і повернутися на своє місце. Перемагає та команда, яка швидко та правильно «посадить город».

6. Орієнтовні рухливі ігри та ігрові вправи на розвиток психомоторики:

а) ігри з ходінням, бігом, рівновагою:

1) «Дракон кусає свій хвіст».

Мета: сприяти розвитку та спритності координації рухів. Діти стоять один за одним, тримаючи за талію того, хто попереду. Перша дитина – це «голова дракона», остання – «кінчик хвостика». Поки «голова дракона» хоче зловити свій «хвіст», діти повинні міцно триматись один за одного. Якщо «дракон» зловив свій «хвіст», то на його місце стає інша дитина;

2) «Ловець».

Мета: удосконалити біг, спритність та орієнтування у просторі. «Ловець» стає, відвернувшись до стіни обличчям. Інші діти – біля протилежної стіни. За сигналом діти підбігають до «ловця», плескають у долоні і кажуть: «раз, два, три – скоріше нас лови». Потім біжать на свої місця, а «ловець»

доганяє дітей. Гра повторюється, доки когось не зловлять. Потім «ловцем» стає хтось інший;

3) «Сова».

Мета: удосконалювати стриманість та рівновагу.

Вибирається «сова», яка сідає у гніздо і спить. У цей час діти починають бігати і стрибати. Потім за сигналом «Ніч», «сова» відкриває очі і починає літати. Всі діти повинні зразу завмерти. Хто заворушиться або посміхнеться, стає «совою»;

4) «Білі ведмеді».

Мета: сприяти розвитку спритності та координації рухів. Вибирається місце, де будуть жити «білі ведмеді». Двоє дітей беруться за руки – це «білі ведмеді». Потім: «Білі ведмеді голодні – спіймають кого завгодно», – вони біжать, щоб оточити і спіймати кого-небудь з дітей. Потім знову йдуть на полювання. Гра закінчується, коли зловлять усіх дітей;

5) «Бочечка».

Мета: сприяти розвитку уваги та спритності.

Діти йдуть колом зі словами: «котилася велика бочечка із маленького горбочка, та об землю трісь, та об землю крах, покотилася ось так». Усередині кола сидить бондар. Коли слова прозвучали, діти розбігаються, а бондар їх ловить. Кого піймали, той стає бондарем;

6) «У ведмедя у бору».

Мета: сприяти розвитку уваги та спритності.

Вибирається хтось один з дітей – «ведмідь». Він сідає у свій барліг, а інші діти стоять на протилежному боці. Зі словами: «у ведмедя у бору гриби, ягоди беру, а ведмідь не спить, він на нас ричить», діти йдуть у барліг ведмедя. Після промовки діти тікають, а ведмідь прокидається і ловить їх. Кого спіймали, той стає «ведмедем»;

б) ігри зі стрибками:

1) «Хто далі».

Мета: удосконалювати стрибок з місця.

Діти стають на одну лінію. Вони повинні стрибнути в довжину з місця, відштовхнувшись обома ногами, якомога далі. Хто далі всіх стрибне, той і виграв;

2) «Вудочка».

Мета: удосконалювати стрибки вгору, розвивати увагу і спритність. Декілька дітей стоять колом обличчям всередину. Відстань між ними 2 – 3 кроки. Дорослий стає в центрі кола та крутить шнур, на кінці якого мішечок з піском – «вудочка» (довжиною 3,5 – 4 м) так, щоб вона ковзала по підлозі. Діти стрибають вгору через «вудочку», намагаючись не зачепити її;

3) «Вовк і зайці».

Мета: удосконалювати біг і стрибки на обох ногах.

На одній стороні зали, перед лінією, стоять діти – «зайці». На протилежному боці, за стільчиком (лавкою тощо), сидить один гравець – «вовк». За словами: «Зайці лісом стрибають, на сонечко поглядають, весело та жваво грають» (повторити 2 – 3 рази) діти бігають, стрибають залом. На слова: «Зайчики, поспішіть, – за деревом вовк сидить» – вони тікають за лінію, а вовк їх ловить;

4) «Горобці та кіт».

Мета: удосконалювати біг та стрибки на обох ногах.

Хтось із дітей обирається «котом», інші стають «горобцями». «Кіт» лежить на сонечку, ганяє лапою метеликів. «Горобці» стрибають залом та клюють зернятка. Почувши їх, «котик» ловить «горобців». Кого піймали, той стає «котиком»;

в) ігри з киданням та ловлею м'яча:

1) «Влуч-но в ціль».

Мета: удосконалення кидка м'яча на точність, координацію, грубу моторику рук. Від лінії влучити м'ячем у корзину (на відстані 1,5 – 2 м);

2) «Спіймай м'яч».

Мета: розвиток спритності, грубої моторики рук.

Різновиди гри:

- підкинути м'яч догори та спіймати його обома руками;
- підкинути м'яч, плеснути у долоні та спіймати його;
- вдарити м'ячем об стіну (або щит) та спіймати його обома руками;
- вдарити м'ячем об стіну, після того, як він відскочить від землі, спіймати його двома руками;

3) «Хто далі».

Мета: удосконалення метання м'яча на дальність.

Діти стають на одну лінію. Вони виконують метання м'яча на дальність;

4) «Мисливець і зайці».

Один з дітей стає «мисливцем», інші – «зайцями». За сигналом «зайці» бігають залом, грають, співають. За словами: «Он мисливець вже іде, всіх зайчаток розжене», діти починають швидше бігати залом, а «мисливець» за допомогою м'яча (м'якої текстури) намагається влучити в «зайчат». Той, у кого влучили, виходить із гри;

г) ігри з повзанням і лазінням:

1) «Проповзти по-ведмежому».

Мета: удосконалення лазіння, укріплення м'язів рук і ніг, покращення координації. Діти повинні пролізти по лаві на долонях і ступнях (3 – 5 м);

2) «Пожежники».

Мета: удосконалення лазіння, координації рухів.

Діти повинні пролізти вгору гімнастичною драбиною, дістати закріплений там предмет та злізти вниз;

3) «Пролізь в обруч».

Мета: удосконалення координації рухів, укріплення м'язів рук та ніг.

Діти повинні, стоячи навколішках, пролізти прямо та боком (відстань 3 – 5 м) в обруч, добігти до прапорця. Хто швидше, той і виграв;

4) «Під дугою».

Мета: та ж сама.

Діти повинні підлізти під предмети (стійка, дуга, шнур), не торкаючись руками підлоги.

7. Вправи на розслаблення м'язів:

а) «Шалтай-Бовтай».

На слова: «Шалтай – Бовтай сидів на стіні» – діти повертають тулуб вправо – вліво, руки розслаблені. На фразу: «Шалтай-Бовтай звалився уві сні» – діти нахиляють корпус тіла вниз;

б) «Спляче кошеня».

Дитина вдає з себе кошеня, яке лягає спати на підлогу та засинає. Воно спочатку позіхає, складає лапки, закриває оченятка та тихесенько дихає уві сні;

в) «Штанга».

Дитина піднімає «важку штангу», потім кидає її і відпочиває;

г) «Дереvence».

Дитина вдає з себе дерево, гілочки якого колише вітерець. Спочатку вітер дуже сильний, потім він стихає і зовсім зникає;

д) «Сплячі фігури».

Хтось із дітей вибирається ведучим, інші діти удають з себе фігури, які застигли у різних позах. Ведучий хоче їх розбудити, беручи за руки, піднімає чиюсь руку, але вона опускається;

е) «Фея сну».

Діти сидять на великій відстані один від одного. До них підходить дівчина – «фея сну» (хлопчик – «чародій»). Фея торкається плеча одного з дітей, той засинає, нахиливши голову та заплющивши очі. Так вона обходить усіх дітей. Дивиться, чи всі заснули, та йде у своє «царство». Під час проведення цих вправ вихователь повинен зберігати відчуття міри, не затягувати відпочинок і «дозувати» свій вплив на дітей.

На кінець навчального року діти повинні мати уявлення про:

а) просторові, часові показники:

- довгий – короткий;
- малий – великий;
- вузький – широкий;
- верхній – нижній;

- лівий – правий;
- задній – передній;
- тонкий – товстий;
- повільний – швидкий;
- багато – мало;
- сильний – слабкий тощо;
- прийменникові відношення: «на», «у», «в», «біля», «коло», «за», «над», «під», «перед», «між» тощо;

б) фізичні властивості:

- важкий – легкий;
- гладкий – шершавий;
- м'який – твердий;
- холодний – гарячий;
- мокрий – сухий тощо;

в) для чого і як використовується той чи той предмет.

Вихователь повинен:

а) розширювати дієслівний словник дітей:

- ловити, кидати, котити, набивати (м'яч);
- висіти, перехвачувати руками, розкачуватися, підвішувати (предмети);
- підніматися, спускатися, лазити, нахилитися, зістрибувати;

б) розвивати за допомогою рухових завдань, ігор, естафет увагу, пам'ять, мислення, уявлення та інші психічні якості;

в) виховувати у дітей необхідні особисті якості: чесність, сміливість, індивідуальність, наполегливість, працездатність, витривалість тощо;

г) формувати естетичні якості охайності, бережливості, джентльменства, почуття прекрасного (у діях, музиці тощо);

д) закріплювати позитивні емоції під час занять і створювати мотивацію до рухової діяльності.

Діти повинні вміти:

а) володіти різними способами ходіння і бігу;

б) правильно виконувати основні рухи, а також загальнорозвивальні вправи з різних вихідних положень (з предметами і без них);

в) лазити гімнастичною стінкою, лавою;

г) стрибати в довжину з місця, узгоджуючи рухи рук і ніг;

д) кидати м'яча догори й ловити його;

є) кидати м'яча (торбинку з піском – вагою 150 г);

ж) знати рухливі ігри і вміти в них грати.

Використовуючи цю методику, можна досягти корекції вад психічної та фізичної сфер, розвитку дитини в цілому та підготувати її до шкільного навчання.

За думкою С.В. Гвоздецької, застосування цієї методики дає змогу вирішити цілу низку завдань, як-то:

1. Оздоровчі завдання:

- зміцнення фізичного і психічного здоров'я дитини;

- удосконалення функцій організму;

- підвищення фізичної та розумової працездатності;

- формування правильної постави.

2. Навчальні завдання:

- розвиток необхідних умінь і навичок щодо основних рухів засобами фізичної культури;

- цілеспрямований розвиток та корекція рухових якостей (спритності, швидкості, сили, гнучкості, витривалості).

3. Виховні завдання:

- за допомогою ігрової та змагальної діяльності виховання таких особистісних якостей, як: сміливість, дисциплінованість, чесність, взаємодопомога, працелюбність, відповідальність тощо;

- виховання у дітей проявів позитивних емоцій, життєрадісності;

- розвивати вміння швидко долати негативний психічний стан;

- виховувати вміння творчо ставитися до отриманих знань і навичок у своїй руховій діяльності;

- прищеплювати гігієнічні навички, які пов'язані із заняттями фізичною культурою;

- виховувати інтерес до активної діяльності та формувати потребу у систематичних заняттях фізичними вправами.

4. Корекційні завдання:

- корекція порушень психофізичного розвитку дитини;

- розвиток фізичних якостей (особливо швидкості і спритності), що суттєво відрізняються від таких же в нормально розвинених дітей і мають високу кореляційну залежність з показниками психічного розвитку;

- розвиток м'язово-суглобового відчуття, статичної й динамічної рівноваги, орієнтування у просторі;

- розвиток пізнавальної сфери, уявлення, творчих здібностей.

Для розвитку відповідних знань та уявлень у дітей із ЗПР необхідно спиратись на базу спеціальних занять, які проводить з дітьми вихователь. Такий підхід буде сприяти закріпленню вивченого матеріалу і відповідатиме принципу не ізольованого педагогічного впливу, а системі впливів на навчання дитини, що об'єднує в собі різні навчальні предмети.

Кінцевий результат цього етапу педагогічного процесу передбачає досягнення дітьми з менш вираженими порушеннями розвитку стандарту готовності до навчання в масовій школі, який виявляється у відповідності рівня довільної поведінки віковій нормі та шкільній мотивації, сформованості інтелектуальної діяльності, обсягу знань та уявлень про навколишній світ. Дітей, які за цими показниками виявляють характерну для затримки психічного розвитку неготовність до навчання в масовій школі, рекомендують до спеціальної школи чи класів інтенсивної педагогічної корекції для дітей із затримкою психічного розвитку.

Здійсненню завдань фізичного виховання дітей старшого дошкільного віку сприяє створення оптимального рухового режиму в дитячому садку. Його підґрунтя, крім занять з фізичного виховання, повинні складати щоденні заняття фізичними вправами та іграми у різних формах (під керівництвом

вихователя, у процесі самостійної рухової діяльності дітей) у режимі дня дошкільного закладу.

Основними принципами психомоторної корекції дітей із ЗПР є: свідомість і активність, індивідуалізація, доступність, наочність, послідовність і систематичність, варіативність навантаження. Використовуючи загально-дидактичні принципи, слід враховувати специфіку певної категорії дітей.

Принцип свідомості й активності. Неусвідомлене виконання рухової дії, що досить характерно для дітей із ЗПР, – одна із основних причин, яка не дозволяє багатьом із них засвоїти програму дитячого садка, мати достатню фізичну підготовленість і фізичний розвиток, а також отримувати необхідну корекційну допомогу в розвитку психічних якостей. Через це мета заняття, методи й засоби його проведення мають відповідати інтересам і потребам дитини із ЗПР. Заняття має бути доступним, цікавим, емоційно-забарвленим з урахуванням функціонального стану дітей та їхньої працездатності.

Принцип індивідуалізації. Вихователь на корекційних заняттях повинен обов'язково враховувати вік, стать, особливості стану здоров'я, фізичного і психічного розвитку, особистісні якості, інтереси, наявність попереднього навчання й виховання дітей. Потрібно брати до уваги загальні закономірності фізичного і психічного розвитку дітей цієї категорії, враховувати потенційні можливості кожної конкретної дитини, протипоказання до виконання вправ за станом її здоров'я.

Принцип доступності. Усі засоби, які використовують на заняттях, за своєю структурою, рівнем навантаження та рівнем попереднього досвіду повинні бути доступними цій категорії дітей і кожній дитині окремо за станом її здоров'я та рівнем фізичної підготовленості.

Принцип наочності реалізується безпосередньо через формування уявлень про рухову дію. Виникнення образу цієї дії відбувається через сигнали, що надходять через органи чуття, а для дітей із ЗПР насамперед – зору. Разом із тим, для повного образу рухової дії недостатньо лише зорових відчуттів, потрібні також ті, які надходять з інших органів чуття – слуху, вестибулярного

апарату та інших, які у дітей цієї категорії недостатньо розвинені. Отже, на корекційних заняттях необхідно використовувати наочні безпосередні (показ вправи, пояснення її виконання) та опосередковані орієнтири (певні орієнтири, різноманітні асоціативні образи), що дозволяє впливати на різні аналізатори для сприйняття окремих рухів і елементів вправи. Що зрозуміліші, цікавіші, емоційніші асоціативні образи для дітей, то ефективніше засвоюються нові рухові дії. З огляду на це вихователь повинен постійно розширювати діапазон подібних порівнянь, щоб активно впливати на рухові уявлення дітей із ЗПР.

Принцип *послідовності й систематичності*. Під час навчання дітей із ЗПР слід намагатися поєднати два процеси – повторення старого матеріалу і вивчення нового. Ця системність забезпечується тим, що виучувана рухова дія ґрунтується на тимчасових зв'язках, закріплених попередньою руховою дією. На заняттях з дітьми із ЗПР слід завжди брати до уваги більш повільне засвоєння рухової дії в порівнянні з нормально розвиненими дітьми. Реалізація послідовності досягається через обов'язкове виконання дидактичних правил: від засвоєного – до незасвоєного, від простого – до складного, від відомого – до невідомого. На кожен тему необхідно відводити стільки часу, скільки потрібно для засвоєння рухової дії всіма дітьми і лише по цьому переходити до наступної.

Принцип *варіативності навантаження* дуже важливий для попередження втоми дітей із ЗПР, які мають досить низьку працездатність у порівнянні з нормально розвиненими дітьми. Він також передбачає оптимальне співвідношення вправ різного спрямування, уможливаючи здійснення у дітей відновлюваних процесів. Різноманітні, цікаві, емоційні й доступні вправи та ігри попереджують втомлюваність дітей із ЗПР.

Крім загальнодидактичних принципів дефектології, у корекційній роботі варто керуватись відомими положеннями, що їх за різних часів сформулювали видатні педагоги й психологи (Л.С. Виготський, О.Р. Лурія, Д.Б. Ельконін, В.І. Лубовський, Т.А. Власова, М.С. Певзнер та ін.). Найвагомішими серед них зокрема вважають такі:

- що раніше буде надано дитині із ЗПР корекційно-педагогічну допомогу (цілеспрямовану, з розумінням сутності і психологічної структури дефекту), то ефективніше вона буде діяти, оскільки менше виникатиме нашарувань, дефектів вторинного, третинного порядків, які ускладнюють психічний розвиток дитини;

- положення про співвідношення первинних і вторинних порушень, яке доводить, що існує багато проявів у розвитку аномальної дитини, що визначаються не лише основним порушенням, але й тими, що виникають унаслідок неправильного підходу до виховання й навчання. Вторинні порушення взагалі можуть не виникнути, якщо виховання дитини спрямоване на їх попередження, або можуть бути вчасно скориговані психолого-педагогічними методами;

- корекційно-розвивальний характер навчання враховує як віковий чинник, так і особливості структури дефекту. Навчання буде розвивальним лише тоді, коли буде враховуватись зона найближчого розвитку дитини. Навчати можна й потрібно, оскільки дитина наразі не спроможна сприймати самостійно, але успішно засвоює під керівництвом вихователя. Розвивальне навчання має ґрунтуватися на основі єдності всіх сторін навчально-виховного процесу із урахуванням інтересів дитини;

- діяльнісний підхід у розвитку психічних процесів і особистості дитини. Цей принцип повинен реалізуватися через формування на заняттях таких психічних процесів, як сприйняття й мислення, розвиток практичного орієнтування в предметному середовищі. Це є підвалиною взаємопов'язаного становлення всіх видів дитячої діяльності (предметної, ігрової, конструктивної, образотворчої, елементарно-трудової);

- принцип єдності діагностики й корекції розвитку дитини. Корекція порушень розвитку можлива лише за врахування результатів діагностики й аналізу соціально-психологічної ситуації розвитку дитини, адже правильний підхід в корекційно-виховній роботі з дітьми, що страждають на вади розвитку,

полягає не лише у врахуванні основних особливостей їхнього психічного розвитку, але й у аналізі соціального середовища, у якому вони виховувалися;

- корекційна робота повинна спиратися на збережені функції дитини. Ефективність використання засобів і методів у корекції розвитку має бути нерозривно пов'язана з вірою в активні сили самої дитини.

У процесі корекційних занять дітей із ЗПР потрібно враховувати, що їхня активна діяльність сприяє розвитку всіх зон кори великих півкуль мозку, покращенню координації міжцентральної зв'язків, формуванню рухових взаємодій, підвищенню розумової працездатності (Горбунов Н.П., Хамадиярова Т.А., 2000).

Цілеспрямовані й дозовані фізичні вправи є сильним засобом корекції й компенсації недоліків психофізичної сфери дітей із ЗПР, що підтверджує положення: «рухова активність є необхідною вимогою нормального функціонування внутрішніх органів, аналізаторних систем та асоціативних зв'язків».

Якщо заняття фізичною культурою для людини, яка не має рухових вад, є умовою активного загального розвитку, то для дітей із ЗПР фізичне виховання є невід'ємною частиною корекційної роботи, спрямованої на усунення недоліків їхнього психофізичного розвитку. Цілеспрямований корекційний психолого-педагогічний вплив у процесі формування й удосконалення рухової сфери значно розширює потенційні можливості дітей із ЗПР.

Ефективність індивідуальної корекційно-виховної роботи має ґрунтуватися на правильному доборі дієвих методичних прийомів усунення наявних у дітей старшого дошкільного віку із ЗПР недоліків психофізичного розвитку, а саме:

1. Усі вправи та ігри, що використовуються на занятті, повинні мати цікаву і зрозумілу для дітей назву, оскільки це сприяє більш чіткому усвідомленню та швидкому їх засвоєнню і запам'ятовуванню, розвитку уваги, асоціативного мислення.

2. Діти із ЗПР мають виконувати вправи за описом і назвою, що сприяє розвитку їхніх пам'яті та мислення.

3. Рухову дію, яка буде виконуватись, варто піддати попередньому вербальному опису, що сприяє кращому усвідомленню вправи.

4. Під час виконання вправи доцільно задіювати різні аналізаторні системи (за сигналом, музичним супроводом, наочним орієнтиром, тактильним відчуттям, за допомогою відповідних предметів тощо), що сприяє швидкому засвоєнню вправи та розвитку просторово-часової орієнтації.

5. Виконуючи вправи як у статичному, так і динамічному стані, слід широко застосовувати різні вихідні положення, різноманітний інвентар. Це сприяє розвитку координації рухів та набуттю незамінного рухового досвіду.

6. Краще пропонувати дітям самим розповідати про виконані дії або ті вправи та ігри, які будуть виконуватися, за допомогою відповідних запитань педагога. Це дозволяє швидше запам'ятовувати вправи та ігри, розвивати пізнавальні процеси, а також долати мовні порушення.

Корекційна робота може складатись з декількох різновидів корекційних вправ: вправи з рівноваги, вправи на грубу та дрібну моторику, асинхронні та артикуляційні вправи, заспокійливі вправи та ігри, а також естафети та ігри, спрямовані на корекцію недоліків психофізичного розвитку дітей із ЗПР.

Основною формою організації навчання дітей у спеціалізованому дитячому садку є заняття з фізичного виховання (фронтальне, групове, індивідуальне). Воно повинно задовольняти низку вимог: проходити у формі цікавої для дітей діяльності (гри) на високому емоційному рівні; під час заняття слід передбачати зміну видів діяльності дитини, раціонально сполучати мовні, наочні та практичні методи, індивідуальні, групові та фронтальні форми роботи.

Корекційні заняття доцільно вибудовувати так, щоб по досить інтенсивному фізичному навантаженню, а також після застосування вправ та ігор з психофізичною напругою, йшли заспокійливі вправи та методи

релаксації. Це дасть змогу підтримувати необхідну інтенсивність роботи на занятті, підвищувати її ефективність, а також запобігати втомі дітей із ЗПР.

Окрім того, плануючи, організовуючи й проводячи корекційну роботу з дітьми із ЗПР необхідно враховувати рівень їхнього фізичного розвитку, сформованості психічних функцій, фізичної підготовленості.

Загалом корекційні заняття мають складатись з трьох частин: підготовчої, основної та заключної. У підготовчій частині виконуються вправи в основних рухах (ходьба, біг, стрибки) та загальнорозвивальні вправи (як загального, так і спеціального спрямування), корекційні вправи.

Досить ефективно у підготовчій частині заняття проводити з такими дітьми шиккування, перешикування в шеренги й колони, розмикання, фігурне марширування, що розвиває процеси гальмування нервової системи, координацію рухів, просторову уяву, зосередженість, просторове мислення.

Під час корекційних занять слід використовувати рухи залогою або майданчиком: в обхід, колом, квадратом, трикутником, змієюю, спіраллю, – використовуючи наочні орієнтири. Під час пересування можна використовувати різні види ходьби, бігу під музичний супровід із зміною темпу, ритму та швидкості руху.

У процесі виконання загальнорозвивальних вправ, разом із загальними завданнями фізичного виховання, можна вирішувати конкретні завдання, які обумовлені особливостями вікового розвитку, психофізичним станом дітей із ЗПР, а також специфікою самих вправ.

У зв'язку з цим необхідно:

- 1) стежити за правильністю виконання вправ дітьми;
- 2) привчити, щоб вони намагалися починати й закінчувати вправу всі одночасно за сигналом вихователя;
- 3) максимально сконцентрувати увагу дітей на вихователі; якщо можливо, усувати всі відтяжні чинники;
- 4) стежити, щоб діти зберігали основний напрямок руху окремих частин тіла, наслідуючи вихователя, а також за допомогою наочних орієнтирів;

5) намагатися сполучати вплив слова й наочності з одночасним виконанням вправи;

6) повторювати добре відомий рух спочатку з вихователем, потім самостійно;

7) поступово привчати дітей до виконання рухів за описом, назвою;

8) виховувати в дітей інтерес і бажання фізично розвиватися;

9) проводити заняття цікаво й різноманітно;

10) не перевтомлювати дітей.

Загальнорозвивальні вправи відіграють важливу роль у оздоровленні всього організму, сприяють укріпленню великих м'язових груп плечового поясу, тулуба, ніг, покращують рухливість у суглобах, нормалізують процеси напруження та розслаблення м'язів.

Результатом правильного виконання цих вправ є формування правильної постави, укріплення всього опорно-рухового апарату та покращення кровообігу, дихання, обмінних процесів, діяльності нервової системи.

Загальнорозвивальні вправи активізують роботу нервових центрів, які керують мимовільними рухами і сприяють прояву фізичних якостей – сили, витривалості, гнучкості, викликають позитивний емоційний стан.

Добираючи вправи, варто враховувати особливості фізичного, психічного розвитку дітей, дотримуватися поступового ускладнення вправ.

У підготовчій частині заняття можна використовувати комплекси загальнорозвивальних вправ, які діти знають за назвами («Метелик», «Літак», «Дзига» та інші). Це допомагає розширити уявлення про навколишній світ, сприяє розвитку уявлення, мислення, інтересу до занять, що передусім допомагає дітям більш легко і швидко засвоїти рухову дію.

Багато загальнорозвивальних вправ можна проводити з предметами. Відомо, що в дітей із ЗПР недостатньо розвинено просторову орієнтацію. Дії з предметами уможливають більш чітку рухову уяву, яка ґрунтується на різноманітних відчуттях і сприйняттях (просторово-часові параметри рухів). Вони створюють у дітей інтерес до занять, впливають на краще засвоєння

рухів, на розвиток сенсомоторики, рухових якостей. Активні дії з предметами у процесі виконання вправ сприяють пізнанню кольору, ваги, форми, якості, матеріалу та інших властивостей предметів.

Усі вправи з предметами певною мірою потребують роботи пальців рук. Це активізує діяльність аналізаторних систем, впливає на розвиток мовлення, на інтелектуальний розвиток у цілому. Удосконалення координації рухів пальців важливе не лише в дитячому садку, але й у навчальній діяльності в школі. Під час виконання вправ з предметами розв'язуються й виховні завдання: діти привчаються охайно, обережно поводитися з ними, організовано й швидко брати і класти їх на місце, допомагати вихователю в їх підготовці.

Упроваджуючи загальнорозвивальні вправи з предметами, можна застосовувати малий (прапорці, кубики, кіски, кеглі, стрічки тощо) і великий (рейки, обручі) фізкультурний інвентар.

Бажано, щоб вихователь показував вправи дзеркально, а образ, який при цьому пропонується, був знайомий дітям. Педагог має намагатися бути якомога виразнішим, щоб спонукати дітей краще передавати характер руху.

Важливе значення у корекційній роботі з дітьми із ЗПР мають коригувальні вправи, які можна застосовувати переважно в підготовчій частині заняття:

1. Асинхронна гімнастика.

Відомо, що для гармонійного розвитку дитини дуже важливо, щоб були задіяні обидві півкулі головного мозку, без різкої переваги однієї над іншою. Вправи з асинхронної гімнастики сприяють залученню обох півкуль головного мозку, зняттю м'язової напруги, подоланню стереотипів у дітей із ЗПР.

2. Артикуляційні вправи.

Ці вправи дуже важливі, якщо в дитини спостерігаються порушення вимови, адже відомо, що у дітей із ЗПР спостерігаються мовні недоліки, а артикуляційні вправи сприяють розвитку специфічних м'язів, що беруть участь у формуванні правильної вимови в дітей.

3. Масажні вправи пальцями рук.

Масажні вправи впливають на розвиток дрібної моторики пальців рук, а також сприяють відновленню, бадьорості, гарному настрою, зняттю емоціональної напруги в дітей.

4. Заспокійливі вправи.

Заспокійливі вправи слід проводити в заключній частині заняття. Вони допомагають дітям із ЗПР зняти емоційну напругу, сприймати образ свого тіла та сприяють саморегуляції.

5. Вправи на дрібну і грубу моторику.

Ці вправи впливають на розвиток координації рухів, а також мовленнєвих і психічних функцій.

Усі ці вправи спрямовано на корекцію певних порушень психофізичного розвитку. Їх можна використовувати як на корекційних заняттях, так і під час інших занять з дітьми.

Особливо варто наголосити на великому значенні вправ, спрямованих на тренування маніпулятивної функції кисті в дітей із затримкою психічного розвитку. В руховій проекції різних частин тіла в центральному аналізаторі великих півкуль головного мозку більше третини площі посідає проекція кисті руки. Дрібні м'язи кожної фаланги всіх пальців руки представлені там окремо, у той час, як великі м'язові групи рук, ніг, тулуба представлені сумарно.

Вправи на дрібну моторику рук справляють сильний тонізуючий вплив на кору великих півкуль головного мозку, відіграють важливу роль у розвитку мовлення, впливають і на інтелектуальний розвиток, оскільки мовлення тісно пов'язане з мисленням. Формування рухів кисті тісно пов'язане з дозріванням рухового апарату, розвитком зорового та слухового аналізаторів, орієнтацією у просторі та іншими складними психічними функціями.

Гарне володіння рухами рук і пальців є істотною передумовою для набуття багатьох навичок (письма, малювання, ліплення тощо) і функцій догляду за собою.

Набуттю дрібноmotorних навичок сприяють насамперед ті вправи, що спонукають цілеспрямовано використовувати руки та пальці. Дрібноmotorні вправи охоплюють такі основні навчальні завдання:

1. Контрольний рух рук та пальців.
2. Самостійне хапання рукою.
3. Цілеспрямоване оперування предметами.
4. Координоване використання рук.

Основну частину заняття доцільно присвятити безпосередньо навчання основних видів рухів згідно з головною метою занять з корекції психофізичних порушень у дітей.

Як під час виконання комплексів загальнорозвивальних вправ, так і протягом опанування програмного матеріалу в навчанні основних видів рухів, слід прагнути, щоб, окрім основного впливу, виучувана вправа вдосконалювала й координацію рухів. Встановлено, що від рівня розвитку просторової орієнтації залежить успішність навчання дітей в усіх видах діяльності (А.М.Воропаєв, 1990), через що слід надавати важливого значення їхнім координаційним здібностям в психомоторному розвитку. Так, виконання більшості вправ ускладнюється шляхом зміни просторових характеристик рухів (з різних вихідних положень). Комплекси вправ можуть виконуватися дітьми на гімнастичній лаві, стінці, стільцях, колоді та ін.

У процесі корекційних занять особлива увага має приділятися усвідомленню дітьми виконуваних вправ. З цією метою в процесі занять необхідно звернути увагу на поєднання кінестетичних, зорових, слухових, тактильних відчуттів зі знаннями про засоби виконання рухової дії, що надає великого корекційно-розвивального впливу на функції центрального рухового аналізатора. У результаті цього поєднання в дітей формується розуміння таких характеристик рухової дії, як напрямок, амплітуда, темп, ритм.

Бажано також активно використовувати такий методичний прийом, як попередній вербальний опис рухової дії, яка буде виконуватися. На думку

В.М.Шмаргуна (2000), такий підхід сприяє кращому усвідомленню дітьми рухової дії, а також долає мовленнєві порушення в дітей із ЗПР.

Для забезпечення доступності сприйняття й усвідомлення дітьми основних ознак рухів доцільно використовувати різноманітні наочні засоби, прості і зрозумілі для цієї категорії дітей (гімнастичні палиці, обручі, стрічки тощо). Ураховуючи властиве їм наслідування, можна широко запроваджувати на заняттях аналогії й асоціації, використовуючи при цьому знайомі дітям назви предметів, тварин, птахів, рослин, персонажів із казок, явищ природи тощо, адже це активно сприяє розвитку пізнавальної діяльності дітей.

Відомо, що діти із ЗПР значно повільніше вдосконалюють свої рухи, і це слід завжди враховувати під час підбору засобів і методів роботи на корекційних заняттях: лише переконавшись у впевненому засвоєнні попереднього матеріалу, можна розпочинати вивчення нового.

Основну увагу в розвитку рухових якостей дітей із ЗПР необхідно приділяти вихованню швидкісних, швидкісно-силових і координаційних здібностей. Регулярні додаткові фізичні навантаження, які розвивають ці якості, розглядаємо не тільки як засіб всебічного фізичного розвитку, але і як засіб корекції дефектів ЦНС, оскільки вони тісно пов'язані з рухливістю нервових процесів аналітико-синтетичної діяльності. Розвитку координації рухів, швидкісних та швидкісно-силових здібностей сприяють використання спеціальних ігрових вправ, естафет та ігор, деякі з них поєднують у собі не лише розвиток цих здібностей, але і психічні функції дитини: увагу, пам'ять, мислення, уяву.

Упродовж усього заняття вихователю варто активно використовували ігровий метод навчання, який полягає у створенні спеціальних ігрових ситуацій. На думку видатного вітчизняного психолога О.М. Леонтьєва, перехід від однієї стадії психічного розвитку дитини до іншої залежить не від діяльності взагалі, а від того її різновиду, який на цей час є провідним. З огляду на це в дошкільному віці розвиток рухів відбувається в ігровій діяльності, яка є чільною в психічному розвитку дошкільника.

Важливе місце в корекційно-виховній роботі мають посідати блоки рухливих ігор, на які відводиться до 50% часу заняття. Їм властивий творчий характер, що ґрунтується на азарті, руховому досвіді та точному дотриманні правил. Тікаючи та наздоганяючи, вивертаючись, діти максимально мобілізують свої зусилля, уміння та навички, самостійно вибираючи при цьому засоби, які забезпечують результативність ігрових дій, а також формуючи психомоторні якості. У процесі гри діти із ЗПР навчаються відчувати часові, просторові та динамічні параметри рухів, у них ефективніше усталюються зв'язки між системами аналізаторів (зоровою, слуховою, руховою, тактильною), що має велике значення для розвитку просторової уяви, координації рухів.

Рухливі ігри доцільно застосовувати переважно в основній частині заняття після комплексу загальнорозвивальних вправ спеціального спрямування (розвиток дрібної моторики, асинхронна гімнастика тощо) і вивчення одного основного руху, яке теж проводиться з ігровою настановою.

У рухливих іграх, естафетах, ігрових вправах слід використовувати різноманітний ігровий матеріал (обручі, м'ячі, кеглі та ін.), який всебічно впливає на психофізичний розвиток дитини (відчуття та сприйняття форми предмету, його розміру, ваги), зокрема розвиває перцептивне мислення. Упровадження в корекційний процес ігрових вправ з предметами сприяє розвитку дрібної моторики пальців рук, що позначається на стані координації рухів руки взагалі, яка серед інших рухових функцій посідає особливе значення в розвитку вищої нервової діяльності дитини.

Особливу роль у корекційній роботі з дітьми із ЗПР відіграють вправи, ігри та естафети з м'ячем. Вправи з м'ячем варто починати із засвоєння прийомів утримання м'яча: двома руками, тильною стороною кистей, між кистями, перехресним хватом.

У сучасній педагогіці доведено, що гра-забава з м'ячем удосконалює гносеологічні якості дитини, підвищує емоційність та зацікавленість у руховій активності, збільшує ефективність систем навчання та виховання. М'яч є

найбільш доступним ігровим предметом на всіх етапах навчання дитини. Найбільш простою його властивістю є те, що він може котитися.

Діти можуть ефективно використовувати великі (до 120 см) або малі (50 – 60 см) м'ячі. При цьому доцільно використовувати такі вправи, як-от: котіння м'яча прямо лінією, через «ворота», крізь перешкоди, колом, у слаломі навколо маркування або прямо до наміченої цілі. Ці вправи сприяють розвиткові дрібної моторики руки, вони є доступними й цікавими для дітей цього віку, а також уможливають досягнення виховної мети.

Однією із основних, базових для багатьох ігор і естафет, вправ з м'ячем є його відбивання. Спочатку слід навчити дітей із ЗПР відбивати й ловити м'яч у вертикальному положенні (спочатку сидячи, потім стоячи на колінах, далі – стоячи на повен зріст), згодом слід запроваджувати відбивання почергово різними руками з різних вихідних положень, що сприяє підвищенню вимог до координаційних здібностей дитини загалом.

У корекційній роботі можна також активно використовувати повітряні кульки, м'ячі для купання й м'ячі з пінопласту (25 – 40 см), які доцільно використовувати для навчання дітей із ЗПР таких навичок, як: утримання, ведення, кидок, поштовх та ловля м'яча. У русі вони легкі, м'які й повільні, тому в дітей зникає страх перед ними.

Дальність кидка, його висоту й точність у дітей із ЗПР слід розвивати за допомогою відповідних рухових засобів: нерухомі цілі (коло на стіні, вертикально встановлені обручі, корзини різної висоти) та рухомі цілі (обручі, які котяться; м'ячі; люди, які йдуть або біжать).

На корекційних заняттях також можна використовувати м'ячі зменшеного розміру та різних кольорів, на яких чорним кольором слід намалювати малі та великі літери абетки, цифри від 0 до 9, прості геометричні фігури. Отже, діти, які займаються з такими м'ячами, одночасно вдосконалюють свої моторні та інтелектуальні якості.

Ураховуючи недостатньо розвинену оптико-просторову орієнтацію дітей із ЗПР, функції аналізаторів перцептивної діяльності, координаційні здібності,

варто виділити в окрему групу відповідні ігри й завдання, які розвиватимуть ці функції.

Зважаючи на те, що сприйняття простору походить із взаємодії різних аналізаторних систем, необхідно окремо розвивати функції кожного з аналізаторів. Так, на заняттях потрібно активно використовувати вправи з об'ємними предметами під музичний та мовленнєвий супровід, різні еталони, схеми, орієнтири, рухомі та нерухомі цілі.

Ефективність виконання багатьох фізичних вправ залежить від здатності зорового аналізатора розрізняти параметри предмета. Під час визначення просторових параметрів руху пропроцептивні відчуття коригуються зоровою оцінкою відстані або взаємного розташування частин тіла, через що велику увагу слід приділяти іграм, які потребують зорового контролю, зорової пам'яті.

Деякі з дослідників вважають, що фізіологічні механізми прояву координаційних здібностей мають пряму залежність від рухливості нервових процесів, тому потрібно активно запроваджувати на заняттях ігри, спрямовані на розвиток властивостей вищої нервової діяльності, як-то: ігри на швидкість переключення нервової системи і здатності до диференційованого гальмування (ігри та вправи на швидкодію), на рівновагу, на дрібну моторику, на відтворення й збереження заданого ритму.

Вищезазначені вправи та ігри вміщують рухові дії: біг, стрибки, метання, ловлю, що дозволяє активно впливати і на загальну психомоторику дітей.

Під час корекційних занять також необхідно активно використовувати ігри та ігрові вправи на подолання смуги перешкод. Такі вправи дають дитині із ЗПР різнобічні знання про своє тіло, розширюють індивідуальний набір рухів і поз, просторове уявлення та уможливають придбання незамінного рухового досвіду.

У деяких дітей із ЗПР спостерігаються додаткові мовленнєві порушення, тому на корекційних заняттях велику увагу слід приділяти іграм, які окрім вирішення основної мети, сприяють розвитку мовлення за допомогою віршів,

речитативних вправ. Такі ігрові завдання виявляють високу ефективність щодо дітей з мовленнєвими дефектами.

Інший ігровий блок може бути спрямований безпосередньо на розвиток психічних якостей дітей із ЗПР (рухової пам'яті, мислення, уяви, уваги, уявлення). Це потребує придумування рухів самими дітьми, імітацію рухів тварин, предметів тощо. Збільшенню асоціативних зв'язків сприяють різноманітні ігри – «Малюнок», «Пора року», «Пташки», «Розумний м'яч» тощо, які активізують мовленнєву активність дитини, сприяють формуванню словникового запасу.

У процесі корекційної роботи з дітьми із ЗПР потрібно ефективно використовувати наочно-предметне і наочно-образне мислення, зорову пам'ять (показ із поясненням, імітацію, спеціальні наочні орієнтири).

Зміст роботи з формування мислення спрямовано на розвиток орієнтувально-пізнавальної діяльності, на взаємозв'язок між основними компонентами діяльності мислення: дією, словом, образом.

Розвиток мислення в дошкільному віці пов'язано з практичними діями дитини, сприйняттям властивостей і відношень предметів навколишнього середовища. Отже, на корекційних заняттях потрібно застосовувати разом із предметними діями і уявлення про їх фізичні властивості, використання в навколишньому середовищі, розширювати словниковий запас. Поєднання уявлення дитини про предмет чи явище з конкретною дією допомагає закріпити в уяві образи цих предметів чи явищ, їх властивості і відносини, робить їх більш чіткими та узагальненими.

Заключна частина заняття забезпечує дитині поступовий перехід від збудженого стану до відносно спокійного, уможливорює перехід до іншого виду діяльності. Це досягається шляхом проведення вправ на відновлення дихання, на увагу, тобто заспокійливих для нервової системи. Після проведення різноманітних ігор та ігрових вправ у основній частині заняття, що викликають у дітей емоційну радість, варто застосовувати заспокійливі ігри та вправи, які супроводжуються повільною музикою й навчають дітей саморегуляції.

Дошкільні психологи рекомендують вводити розслаблювальні вправи до повсякденного життя дитячого садка й застосовувати їх неодноразово протягом дня. Психофізичний спокій, який досягається внаслідок розслаблювальних вправ та ігор, відновлює сили дитини, сприяє зняттю напруги в м'язах.

Під час проведення психом'язових тренувань, особливо в заключній частині заняття, слід намагатися зберігати відчуття міри, щоб не затягувати відпочинок і «дозувати» навіювання. Закінчувати заняття можна спокійною ходьбою з елементами дихальних вправ.

Дуже важливим у корекційній роботі з дітьми із ЗПР є музичний супровід. Музика допомагає дітям розвивати емоційність, увагу, пам'ять, підвищує працездатність, формує вміння диференціювати просторові та часові параметри рухів. Крім того, ритм має першочергове значення для навчання рухових дій. Розвиток почуття ритму допомагає виконанню вправ і розвитку інших рухових якостей. Вправи, які виконуються у правильному ритмі, значно простіше автоматизуються.

На початку та у кінці заняття можна використовувати такий методичний прийом, як розповідь самими дітьми про виконані дії або ті вправи та ігри, які будуть виконуватися, що досягається шляхом відповідних запитань педагога до дітей («Які вправи ми виконували на занятті?», «У яку гру ми з вами сьогодні грали?» «Які кольори ми з вами складали в грі?» тощо). Завдяки такому аналізу діти із ЗПР краще запам'ятовують вправи та ігри, аналізують виконані дії, розвивають пізнавальні процеси, а також долають мовленнєві порушення, які у них трапляються досить часто.

Ефективності всьому процесу навчання надає використання цілої низки прийомів: індивідуальний та диференційований підхід, який виражається в змісті, формах і методах роботи з кожною конкретною групою дітей та кожною дитиною окремо; наочність, яка забезпечує можливість розвитку в дітей емоційної та сенсомоторної сфери, мислення та інших психічних процесів; активність і самостійність дитини в процесі навчання, як умова її психічного розвитку та основу формування усіх видів дитячої діяльності; необхідний темп

навчання, який враховує особливості вищої нервової діяльності дітей; повторюваність у навчанні, що забезпечена концентричним принципом побудови змісту програми; структурна простота викладання та навчання знань, умінь і навичок, які формуються та поліпшуються.

Вихователь має постійно формувати в дітей позитивне емоційне ставлення до запропонованої діяльності, використовувати схвалення та винагороду, вживати методи заохочування (схвалення), що стимулює діяльність дитини, піднімає її настрій, підтримує впевненість в успішності виконання справи.

Розподіл матеріалу занять, крім вирішення основних корекційних завдань, повинен спиратися на перелік питань, пов'язаних із розвитком пізнавальної діяльності дошкільників із затримкою психічного розвитку (з урахуванням інтелектуального розвитку дитини). Розвиток відповідних знань та уявлень на заняттях із такими дітьми ґрунтується на змісті спеціальних навчальних занять, передбачених програмою дитячого закладу, що проходять відповідно до програмного матеріалу. Це сприяє закріпленню вивченого матеріалу і відповідає принципу не ізольованого педагогічного впливу, а системі впливів на навчання та виховання дитини, що об'єднує в собі різні навчальні предмети, кожен з яких має своє корекційне значення в розумовому розвитку дитини.

4.3. Ефективність корекції психічного розвитку дітей засобами фізичного виховання

Використовуючи методику корекційних занять С.В. Гвоздецької, зокрема враховуючи умови успішної корекції, можна отримати позитивні результати в прискоренні психічного розвитку дітей, які мають відставання в цьому процесі. Застосування фізичного виховання в реалізації цієї мети, окрім впливу на психіку дітей через відповідну рухову активність, має й безпосередньо психологічні механізми корекційної дії, що охоплюють:

1) *групову згуртованість* – бажання дитини залишатись у групі, взаєморозуміння, привабливість групи для її членів;

2) можливість у процесі занять у групі допомагати одне одному, тобто *виховання почуття альтруїзму* (допомагаючи іншим, дитина відчуває впевненість у собі, усвідомлює, що вона потрібна комусь, а це у свою чергу викликає впевненість у собі);

3) спілкуючись із членами колективу, дитина розвиває *здібності міжособистісного спілкування* (крізь призму особистих переживань дитина може побачити неадекватність своєї міжособистісної взаємодії й у разі її прийняття в групі змінити на більш конструктивну, з подальшим включенням останньої до своєї поведінки);

4) *отримання інтерперсонального впливу* – це можливість виникнення в колективі емоційних переживань, з якими дитина ще не зустрічалась або, якщо й відчувала їх, то не могла з ними розібратися. А тепер у неї є можливість їх видокремити і, побачивши як справляються з ними інші, взяти це до особистого арсеналу;

5) наслідуючи поведінку товаришів, вихователя або психолога, дитина може навчитись більш конструктивних способів поведінки – це так звана *імітаційна поведінка*;

6) виробляється універсальність страждань і переживань, яка призводить до розуміння дитиною того, що вона не самотня, бо інші члени групи також мають конфлікти, проблеми й переживання, таке розуміння сприяє *переборюванню егоцентричної позиції, появи почуття взаємності й солідарності з іншими, а також підвищенню самооцінки*;

7) оптимістичні перспективи виникають у дитини під час спостереження й під впливом успіхів і покращення стану інших дітей, а також особистих досягнень, що є дуже важливим чинником, який *формує надію на успіх*;

8) вплив групи дає можливість «розвантажитись» емоційно – можливість, відреагувавши, проявити сильні почуття – це *формування катарсису*;

9) у процесі групових психокорекційних занять дитина отримує інформацію про особливості поведінки, перебіг конфліктів, взаємодопомогу тощо, а те, що повідомляється в групі однолітками, викликає значно більшу увагу й зацікавленість у дітей, наприклад, обговорення причин виникнення й розвитку порушень у психіці буде мати для них першочергове значення; це ще один чинник групового впливу – *одержання бажаної інформації*.

Відомо, що результатом будь-якої психокорекційної роботи має бути досягнення позитивних змін у трьох основних сферах: когнітивній, емоційній і поведінковій. Завдяки груповій формі психокорекційної роботи за використання фізичного виховання досягається вплив на всі вказані сфери дитини із ЗПР.

Ураховуючи провідну мету роботи з дітьми із ЗПР (активізувати психофізичний розвиток дитини, надавши їй можливість повноцінно навчатись і брати участь у житті суспільства), зауважимо, що насамперед необхідно домогтися позитивних змін у когнітивній сфері. Можливість цілеспрямованого впливу на цей бік психічної діяльності дитини засобами фізичного виховання цілком ймовірна. Використання комплексу методик, адаптованих для дітей дошкільного віку й орієнтованих на дослідження основних пізнавальних процесів (уваги, пам'яті та мислення), уможливорює досягнення успіху в інтенсифікації формування когнітивної сфери у дітей із ЗПР.

Так, застосування занять із фізичного виховання за методикою С.В.Гвоздецької протягом року дало змогу впевнитися в позитивних змінах показників уваги дітей із ЗПР. Перевірка розподілу їхньої уваги за тестом «Знайди відмінності» переконує в тому, що швидкість і ступінь прояву уваги як на об'ємних, так і на площинних предметах зростає. Використання саме названої методики дає вдвічі більший приріст об'єму уваги порівняно з показниками виявленими у дітей, які вправлялися фізично за звичайним розкладом дошкільного закладу.

Суттєві зміни в ступені сформованості короткочасної, довгострокової, зорової та асоціативної пам'яті як важливих складових когнітивної сфери,

виникають унаслідок цілеспрямованого корекційного впливу занять із фізичного виховання.

Зазначимо, що згадані заняття по-різному діють на процес формування пам'яті. Так, найбільш активні зміни зауважено в показниках короткочасної, довгострокової та зорової пам'яті, менші – у асоціативній пам'яті. Це пояснюється уповільненням розвитку мислення, яке бере участь у функціонуванні асоціативної пам'яті.

Під час перевірки конструктивної діяльності дітей із ЗПР встановлено, що вони по-різному реагують на об'ємні і площинні предмети, зокрема виявлено, що на перші вони реагують краще, бо ті ясніше сприймаються.

Ефективність психологічної корекції пізнавальних процесів у дітей із ЗПР у відсотковому вираженні виглядає так: показники уваги покращуються на 70%, пам'яті – на 60%, а мислення – на 10%, тобто знакова методика корекції засобами фізичного виховання по-різному діє на складові когнітивної сфери дітей із ЗПР.

Разом із тим використання методики, що полягає в поєднанні корекційних вправ із блоками коригувальних ігор та естафет, має позитивний вплив на емоційну сферу й поведінку дітей. Вправи бажано виконувати в музичному супроводі, використовуючи ігри та естафети, що викликає в дітей емоційний підйом, емоційне ставлення до цієї діяльності. Водночас вихователь повинен використовувати такі прийоми, як заохочення, схвалення, винагороду.

Про величезне значення ігор для розвитку дитини відомо давно, але розвиток проходить на більш високому рівні, якщо діяльність дитини супроводжується позитивними емоціями. Спортивні ігри, які пропонуються дітям із затримкою психічного розвитку, мають цей компонент. Завдяки тому, що всі вони проводяться в групі, кожна дитина може отримати емоційний заряд саме від взаємодії з товаришами, від сумісного переживання ігрових ситуацій, від радощів перемоги, тобто вона отримує такі емоції, які не може мати самотійно.

Насамперед, необхідно підкреслити взаємозв'язок емоційних і когнітивних процесів. Про єдність і вплив емоцій на інтелектуальну діяльність писав С.Л. Рубінштейн: «Йдеться... не лише про те, що емоція перебуває в єдності та взаємозв'язку з інтелектом чи мислення з емоцією, а про те, що саме мислення як реальний психічний процес уже виступає єдністю інтелектуального та емоційного, а емоція – єдністю емоційного та інтелектуального». Наразі більшість психологів визнають роль емоцій у мисленні.

Отже, проводячи психокорекційні заняття на емоційному рівні, ми досягаємо впливу на обидві сфери дитини: на емоційну й когнітивну. Стосовно дії корекційних занять на поведінку дітей із ЗПР можна також відповісти позитивно.

Справа в тому, що, по-перше, поведінка завжди мотивується і ґрунтується на набутих з навколишнього середовища і зв'язаних із мисленням діях, а, по-друге, вона завжди остаточно проявляється в русі. Так, у «Психологічному словнику» читаємо: «Поведінка – властива істотам взаємодія із середовищем, опосередкована їхньої зовнішньою (руховою) та внутрішньою (психічною) активністю» [82].

З огляду на це використання рухової активності дітей із ЗПР для корекції їхнього психічного розвитку має сенс, оскільки в умовах цієї діяльності в них формуються такі важливі прояви поведінки, як: конформність, емпатія й альтруїзм. Хоча конформність слід розуміти як зміну поведінки внаслідок реального або уявного впливу інших людей, але в умовах групової гри, коли діти переживають спільні емоції, конформність формується якнайкраще.

Особливістю спортивних ігор, що використовуються в психокорекційній роботі, є виховання «почуття ліктя», тобто впевненості в тому, що тобі допоможуть. У командних іграх, коли в членів команди є спільна мета – отримати перемогу, це є найкращою умовою і джерелом формування позитивного ставлення до інших, почуття взаємодопомоги, а отже, і просоціальної поведінки, що її визначають як будь-які дії, виконувані з метою

здійснення корисної справи. Зазвичай дитина самотня у своїх проблемах, у повсякденному житті часто ізольована від соціальних контактів і може почуватися відторгнутою, а заняття в групі дітей з такими ж проблемами має позитивний вплив. Уже сама безпосередня участь у групових корекційних заняттях впливає ефективно і викликає бажані зміни.

Важливим чинником отримання позитивних результатів корекційних занять з фізичного виховання є *приймання* або *акцепція*, яку ще називають емоційною *підтримкою*. Інакше кажучи, дитину, якщо вона є членом групи, приймають, незважаючи на її положення й особливості поведінки. Потім виявляється співчуття, що формує у дитини відчуття надійності умов, у яких вона перебуває і психологічної безпеки.

Зрозуміло, що в груповому корекційному процесі діти перебирають на себе психокорекційні ролі щодо інших членів групи. Ефективність такої корекції виявляється в тому, що ці умови стимулюють дитину до щирого прояву скритих бажань і переживань. Таке саморозкриття дуже цінне для дитини, якщо інші члени групи реагують взаєморозумінням і підтримкою.

Позитивним у психокорекції також є наявність зворотного зв'язку, коли дитина чує від інших членів групи, як вони сприймають її поведінку, як вона на них діє. Досить часто про себе самих ми більше дізнаємося від тих, з ким спілкуємося, тому це не лише спосіб самопізнання, але й умова коригування власних дій, звичок і поведінки крізь призму поглядів групи. А це у свою чергу підносить на новий щабель самоповагу дитини, вона відчуває себе значущою в колективі. Окрім того, у цій ситуації дитина починає розуміти наявність неусвідомлених раніше зв'язків між характерними рисами своєї особистості й неадаптивними способами її поведінки. Разом з емоційним корекційним досвідом і досвідом нової поведінки це все належить до *когнітивного навчання*, а саме усвідомлення називають *інсайтом*. В описаних умовах діє й так зване *моделювання*. Діти наслідують дії своїх товаришів з групи: вони спостерігають, які форми поведінки група схвалює, а які – відкидає. Це допомагає їм навчатися

поводитись таким же чином. При цьому дитина спостерігає, здійснює аналогії, узагальнює, робить висновки і так вчиться й пізнає особливості людських стосунків.

Отже, можемо стверджувати, що ефективність корекції психічного розвитку дітей із його затримкою засобами фізичної культури полягає в справлянні різнобічного впливу на індивідуально-психологічні параметри особистості. Вочевидь, що використання такого підходу оптимізує процес психологічної корекції й робить її більш результативною.

Питання до четвертого розділу

1. Які рухливі ігри для розвитку пізнавальних психічних процесів у дітей із затримкою психічного розвитку існують?
2. За допомогою яких естафет можна розвивати моторику в дітей із затримкою психічного розвитку?
3. Назвіть рухливі ігри, спрямовані на розвиток психомоторики в дітей із затримкою психічного розвитку?
4. Які основні принципи психомоторної корекції затримки психічного розвитку у дітей?

Рекомендована література:

1. Гвоздецька С. Корекція психофізичного стану дітей старшого дошкільного віку із затримкою психічного розвитку в процесі занять з фізичного виховання // Молода спортивна наука України: Зб. наук. пр. з галузі фізичної культури та спорту. Вип. 8: У 4-х т. – Львів: НВФ “Українські технології”, 2004. – Т. II. – С. 74 – 78.
2. Гвоздецька С. Стан фізичного розвитку дітей дошкільного віку із затримкою психічного розвитку // Молода спортивна наука України: Зб. наук. пр. з галузі фізичної культури та спорту. – Львів: ЛДІФК, 2001. Випуск 5. – Т. II. – С. 127 – 130.
3. Горбунов Н.П., Хамадиярова Т.А. Валеологический подход к оценке реакции организма на физические нагрузки у школьников с задержкой

- психического развития //Физическая культура: Научно-методический журнал. – 2000. – №1. – С. 22 – 27.
4. Калмыкова З.И. Особенности генеза продуктивного мышления детей с задержкой психического развития //Дефектология. – 1978. – №3. – С. 3 – 9.
 5. Круцевич Т.Ю. Методы исследования индивидуального здоровья детей и подростков в процессе физического воспитания. – К.: Олимпийская литература, 1999. – 232с.
 6. Лускаєва Т.Д. Про вивчення специфіки структури пізнавальної діяльності дітей із затримкою психічного розвитку.-М.: Поліграфсервіс, 1998.– С. 45 – 53.
 7. Особенности умственного развития учащихся школы с ЗПР/ Под ред. Ж.И.Шиф. – М.: Просвещение, 1985. – 343 с.
 8. Подьячева Н.П., Панкина Л.Н. Коррекционно-развивающее обучение детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития. Формирование основ математического мышления: Методическое пособие. – Ульяновск: ИПК ПРО, 2001. – 120с.
 9. Подобед В.Л. Особливості короткочасної пам'яті дітей із затримкою психічного розвитку// Дефектологія.– 1981.– № 5. – С. 45 – 53.
 10. Решетілова В. Корекція затримки психічного розвитку у дітей молодшого шкільного віку засобами фізичної культури //Фізична культура, спорт та здоров'я нації //Зб. наук. пр./ Редкол.: О.С. Куц та ін. – Київ – Вінниця: ДОВ “Вінниця”, 2000. – С. 318 – 320.
 11. Решетняк О.В., Банникова Т.А. Особенности организации физического воспитания дошкольников, имеющих задержку психического развития //Научно-методический журнал, 2002. – №4. – С. 12 – 14.
 - 12.Сак Т.В. Особливості формування причинно-наслідкового мислення у дітей з затримкою психічного розвитку: Автореф.дис....канд.пед.наук. – К., 1997. – 24с.

13. Самоукіна Н.В. Ігрові методи в навчанні і вихованні.-М.: Педагогіка, 1992.-С. 76-93.
14. Сермеев Б.В. Пути повышения эффективности физического воспитания детей с отклонениями в развитии //Дефектология. – 1990. – №4. – С.7.
15. Снігур О.І. Руховий режим і розумовий розвиток дітей. – К.: Здоров'я, 1983. – С.4.
16. Стадненко Н.М. Індивідуальний підхід до дітей із ЗПР в процесі навчально-виховної роботи з ними. – К., 1983. – 35 с.
17. Тарасюк С.О. Зовнішні чинники стимулювання соціально-комунікативної активності (СКА) дітей із затримкою психічного розвитку //Дефектологія. – 2001. – №1. – С. 11 – 12.
18. Ульянова У.В. Про особливості саморегуляції в інтелектуальній діяльності 6-літніх дітей із затримкою психічного розвитку//Дефектологія.– №4. – 1982. – С. 35 – 43.
19. Шевченко С.Г. К вопросу о коррекции умственного и речевого развития детей с задержкой психического развития //Дефектология. – 1994. – №1. – С. 15 – 19.
35. Эльконин Д.Б. Психология игры. – М.: ВЛАДОС, 1994. – 359с.

ВИСНОВКИ

У корекційно-виховній роботі з дітьми із затримкою психічного розвитку особливу роль відіграє фізичне виховання. Поряд із вирішенням завданням укріплення здоров'я дітей, залучення їх до здорового способу життя, підвищення їхньої працездатності та імунітету до захворювань воно може з успіхом застосовуватись для корекції психічного розвитку.

Важливою умовою використання засобів фізичної культури з метою корекції стану дітей із затримкою психічного розвитку є вибір вправ та ігор, що відповідають специфіці здоров'я і психіки конкретної дитини. Потрібно також пам'ятати, що найкращим і найефективнішим засобом корекційного впливу буде використання вправ та ігор, які викликають у дітей зацікавленість, є зрозумілими й легкими для виконання.

Суттєвою умовою отримання позитивних результатів у корекційній роботі з дітьми із затримкою психічного розвитку є застосування рекомендованих засобів фізичної культури спеціально підготовленими для цього вихователями, психологами-дефектологами або педагогами.

Для закріплення й більш ефективного результату дії засобів фізичної культури бажано навчити батьків дитини із затримкою психічного розвитку їх застосовувати та роз'яснити, коли і як їх можна використовувати в домашніх умовах. Це сприятиме закріпленню вивченого матеріалу і відповідатиме принципу неізолюваного педагогічного впливу, а системі впливів на навчання дитини, кожен з яких має своє корекційне значення у психофізичному й розумовому розвитку дитини.

Разом із тим, для фахівців найважливішою умовою подолання затримки психічного розвитку в дітей дошкільного віку є любов до своєї справи, глибока повага до дітей як майбутніх громадян нашого суспільства, як тих, хто прийде нам на зміну і будуватиме майбутнє Батьківщини.

Комплексні тестові завдання

Тест 1

1. Порушення нормального темпу психічного розвитку, які виявляються в повільному темпі дозрівання емоційно-вольової сфери, у інтелектуальній недостатності – це:
 - а) педагогічна занедбаність;
 - б) затримка психічного розвитку;
 - в) розумова відсталість.
2. До причин виникнення ЗПР дітей відносять:
 - а) тривалі соматичні захворювання;
 - б) енцефаліт;
 - в) неповноцінність статевих клітин батьків.
3. Для дитини із ЗПР характерні такі риси:
 - а) балакучість, активність, кмітливність;
 - б) зацікавленість у навчанні, наполегливість;
 - в) низький рівень працездатності, швидка втомлюваність.
4. Які ознаки вирізняють дітей із ЗПР від дітей із розумовою відсталістю :
 - а) не мають порушень окремих аналізаторів, відсутня інтелектуальна недостатність;
 - б) навчаються в масовій школі;
 - в) зазнали тотального враження мозку.
5. Труднощі в навчанні, які спостерігаються в дітей із ЗПР конституціонального походження, пов'язують із:
 - а) слабким здоров'ям;
 - б) незрілістю мотиваційної сфери й особистості у цілому;
 - в) підвищеною самооцінкою.
6. До стійких зрушень нервово-психічної сфери дитини або до розвитку ЗПР психогенного походження призводять:
 - а) хронічні інфекції;

- б) інтоксикації;
- в) несприятливі умови середовища.

7. Умови відсутності догляду, за яких у дитини не виховується почуття відповідальності, форми поведінки, пов'язані з активним гальмуванням афекту, характерні для:

- а) сімей, у яких спостерігається жорстокість, агресія відносно дитини;
- б) гіпоопіки;
- в) гіперопіки.

8. До причин виникнення ЗПР церебрально-органічного генезу відносять:

- а) патологію вагітності, асфіксії та травми під час пологів, нейроінфекції;
- б) запальні захворювання (енцефаліт, міненгоінцефаліт);
- в) спадкові захворювання.

9. Для усного мовлення дітей з ЗПР характерні такі ознаки:

- а) мовлення не відрізняється від мовлення нормальних дітей;
- б) мовлення змазане, нечітке, що пов'язано з малою рухливістю артикуляційного апарату;
- в) мовлення відсутнє.

Тест 2

1. Які особливості мислення не характерні для дітей із ЗПР:

- а) зазнають труднощів під час оволодіння простими умовиводами або зовсім не оволодівають ними;
- б) труднощі під час формування словесно-логічного мислення;
- в) у достатній мірі розвинено такі компоненти мисленнєвої діяльності, як аналіз і синтез.

2. Діти з ЗПР заохочуються до гри, коли:

- а) не можуть упоратися з певним завданням;

- б) їм самотньо;
- в) серед відповідей немає правильного варіанту.

3. Навчання дітей із ЗПР має такі особливості:

- а) збільшення термінів проходження програми, медикаментозна терапія;
- б) збільшення кількості занять із фізичної культури;
- в) надання особливої уваги трудотерапії.

4. Корекційна робота з дітьми із ЗПР здійснюється на ґрунті:

- а) самовиховання;
- б) спеціально створеної програми;
- в) диференційованого та глибоко індивідуального підходу до кожної дитини із ЗПР.

5. Гармонійний інфантилізм, за якого емоційно-вольова сфера перебуває немов на більш ранньому ступені розвитку, багато в чому нагадує нормальну структуру емоційної сфери дітей молодшого віку – це:

- а) ЗПР конституціонального походження;
- б) ЗПР соматогенного походження;
- в) ЗПР психогенного походження.

6. У дітей із ЗПР церебрально-органічного генезу спостерігаються:

- а) енцефалопатичні розлади;
- б) маленький зріст;
- в) недоліки у мовленні.

7. У чому полягає основна причина ЗПР самотогенного походження:

- а) несприятливі умови виховання;
- б) тривала соматична недостатність різноманітного генезу;
- в) стресові умови виховання.

8. Для дітей із ЗПР характерно:

- а) тотальне недорозвинення психічних функцій;
- б) недостатність дрібної моторики;
- в) неакуратність у побуті та праці.

9. Гіперопіка призводить до виникнення:

- а) ЗПР конституційного походження;
- б) ЗПР соматичного походження;
- в) ЗПР психогенного походження.

Тест 3

1. Причинами ЗПР є:

- а) мінімальні органічні пошкодження або функціональні недоліки ЦНС, тривалі соматичні захворювання, вплив стресових ситуацій;
- б) перенесення дитиною інфекційних захворювань;
- в) різні травматичні пошкодження (слухового й зорового аналізаторів).

2. Скільки існує груп дітей із ЗПР:

- а) 6;
- б) 5;
- в) 4.

3. На відміну від розумово відсталих дітей, у дітей із ЗПР вищий рівень:

- а) працездатності;
- б) навчання;
- в) спілкування.

4. Провідним видом діяльності в дітей із ЗПР є:

- а) гра;
- б) навчальна діяльність;
- в) трудова діяльність.

5. В умовах масової школи діти із ЗПР потрапляють до категорії:

- а) дітей, що нормально розвиваються;
- б) середньо успішних;
- в) стабільно неуспішних?

6. До II групи дітей із ЗПР належать:

- а) діти із гармонійним психофізичним інфантилізмом;

- б) діти, які страждають на дисгармонійний психофізичний інфантилізм;
- в) діти із ЗПР церебрально-органічного генезу.

7. Причинами розладів працездатності й поведінки у дітей із ЗПР є:

а) надмірна виснажливість нервових процесів, їх інертність і неврівноваженість;

б) різні травматичні пошкодження;

в) інфекційні захворювання.

8. Однією з особливостей порушень уваги, які часто трапляються в дітей із ЗПР є:

а) недостатність дрібної моторики;

б) відставання у формуванні просторових уявлень;

в) недостатня концентрація на істотних ознаках.

9. Недостатність довільної пам'яті в дітей із ЗПР значною мірою пов'язана:

а) із слабкістю регуляції довільної діяльності, недостатньою її цілеспрямованістю, несформованістю функції самоконтролю;

б) із недостатністю інтегральної діяльності мозку;

в) із порушенням ВНД.

Тест 4

1. Назвіть основні показники ЗПР дитини, які відрізняють її від нормальних однолітків:

а) знижена працездатність; уповільненість сприймання та переробки інформації, недостатня сформованість усіх видів діяльності, зокрема й ігрової;

б) гарна пам'ять, великий словниковий запас, чітка вимова слів, переважання в мисленні словесно-логічних операцій над наочно-дійовими формами;

- в) недостатня сформованість усіх видів діяльності, але достатньо сформована ігрова діяльність; діти ніколи не переживають за свої невдачі; гарно вчаться в масовій школі.
2. Причиною розладів працездатності та поведінки, властивих дітям із ЗПР є:
- а) надмірна виснажливість нервових процесів, їх інертність та неврівноваженість;
 - б) надмірне збудження нервових процесів;
 - в) правильної відповіді немає.
3. Дітей із такими формами ЗПР поділяють на чотири групи:
- а) конституційного, соматогенного, психогенного, церебрально-органічного генезів;
 - б) психофізичний інфантилізм, дисгармонійний психічний інфантилізм, психогенно обумовлений інфантилізм, церебрально-органічний генез;
 - в) правильної відповіді немає.
4. Дитина із ЗПР не може довго засвоїти згорнуті мисленнєві операції, оскільки:
- а) словесно-логічне мислення в таких дітей недорозвинене;
 - б) у них високий рівень працездатності;
 - в) через недостатню сформованість усіх видів діяльності.
5. Характерною ознакою дітей із ЗПР є:
- а) несформованість зорового аналізу;
 - б) зайва рухова активність: дитина робить багато рухів ногами, руками або крутиться на місці;
 - в) недостатність дрібної моторики.
6. Причинами виникнення ЗПР у дитини є:
- а) недостатня кількість вітамінів в організмі дитини;
 - б) серцево-судинні хвороби майбутньої матері, резус-факторна несумісність матері та плоду; асфіксія, травми мозку;
 - в) лише травми мозку та гіперопіка дитини.
7. Спільні риси для олігофренів і дітей із ЗПР:

- а) для них не можливе навчання в масовій школі; засвоєння матеріалу, який не відповідає темпу їхнього індивідуального розвитку;
 - б) тотальне враження мозку;
 - в) відсутня інертність психічних процесів.
8. Психогенно обумовлений інфантилізм пов'язано з:
- а) з ендокринними захворюваннями;
 - б) з неправильним вихованням дитини;
 - в) з епілептикоформними порушеннями.
9. ЗПР соматогенного походження зумовлено:
- а) несприятливими умовами виховання;
 - б) тривалою соматичною недостатністю різноманітного генезу;
 - в) травмами мозку у постнатальний період.

Тест 5

1. Для ЗПР церебрально-органічного походження характерні явища:
- а) порушення голосу;
 - б) відсутність астенії (нервово-психічної слабкості);
 - в) порушення пізнавальної діяльності.
2. Дітям із ЗПР притаманний рівень самоконтролю:
- а) високий;
 - б) середній;
 - в) низький.
3. Провідною діяльністю в дітей із ЗПР у дошкільному віці є:
- а) ігрова;
 - б) трудова;
 - в) розумова.
4. Відмінність розумово відсталих дітей від дітей із ЗПР полягає в тому, що:
- а) діти із ЗПР орієнтуються в побуті та оволодівають навичками самоконтролю, а розумово відсталі діти не опановують цих навичок;

- б) діти із ЗПР не мають порушень окремих аналізаторів, а деякі розумово відсталі мають;
 - в) усі відповіді правильні.
5. У дітей із ЗПР такі особливості нервових процесів:
- а) збудження переважає над гальмуванням;
 - б) гальмування переважає над збудженням;
 - в) вони перебувають на одному рівні.
6. Назвіть особливості пізнавальної активності у дітей із ЗПР:
- а) вони недопитливі;
 - б) вони дуже допитливі та в усьому виражають свою зацікавленість;
 - в) проявляють рішучість у вирішенні будь-якої проблеми.
7. Якщо в дитини не виховується почуття обов'язку та відповідальності, про що можна говорити:
- а) про гіпоопіку;
 - б) про гіперопіку;
 - в) про тотальне ураження головного мозку.
8. Дітям із ЗПР притаманне:
- а) порушення функції активної уваги;
 - б) порушення зорового аналізатору;
 - в) порушення слухового аналізатору.
9. Для мовлення дітей із ЗПР характерна:
- а) підвищена балакучість;
 - б) відставання у розвитку мовлення;
 - в) мовлення у таких дітей не розвивається зовсім.

Тест 6

1. У яких дітей було виявлено “зону найближчого розвитку” та достатню здатність до узагальнення:
- а) у розумово відсталих дітей;
 - б) у дітей із ЗПР;

в) у дітей із ДЦП?

2. Який науковець звернув увагу на роль емоційного розвитку у формуванні особистості дитини із ЗПР, а також на значення нейродинамічних розладів:

- а) М.С. Певзнер;
- б) Т.А. Власова;
- в) К.С. Лебединська;
- г) Г.Е. Сухарева?

3. Що призводить до астеничних та церебрастенічних станів організму:

- а) шкідливі впливи на ЦНС під час вагітності;
- б) затримка у розвитку ЦНС, яка виникає на різних етапах життя дитини;
- в) шкідливі впливи навколишнього середовища?

4. Як оцінюється ЗПР у вигляді неускладненого психічного інфантилізму:

- а) прогностично, більше як сприятлива;
- б) як така, що не потребує спеціальних методів навчання;
- в) потребує втручання фахівців;
- г) потребує спеціального навчання?

5. Що в процесі науково-дослідної роботи К.С. Лебединська заклала в підґрунтя вивчення проблеми ЗПР:

- а) педагогічну занедбаність;
- б) проведення корекційної роботи з дітьми;
- в) етіологічну систематику затримки психічного розвитку?

6. Ускладнення в навчанні, які спостерігалися в дітей молодших класів із ЗПР, М.С. Певзнер та Т.А. Власова пов'язували із:

- а) фізичним розвитком;
- б) несамостійністю;
- в) незрілістю мотиваційної сфери та особистості у цілому;
- г) переважанню ігрових інтересів.

7. Що пов'язано з інфантилізмом в уповільненому темпі формування пізнавальної діяльності:

- а) недостатність інтелектуальної мотивації;
 - б) рухливість психічних процесів;
 - в) тону?
8. Значна роль в уповільненні темпу психічного розвитку дітей належить:
- а) пошкодженню ЦНС;
 - б) впливу навколишнього середовища;
 - в) стійкій астенії.
9. Чим характеризується ЗПР психогенного походження:
- а) аномальним розвитком особистості;
 - б) формами поведінки, пов'язаними з активною загальмованістю афекту;
 - в) імпульсивністю?

Тест 7

1. Варіант патологічного розвитку особистості за невротичним типом почасту спостерігається в дітей, батьки яких виявляють:
- а) відсутність до них уваги;
 - б) любов, турботу;
 - в) жорстокість, агресію, деспотичність.
2. Чим характеризується ЗПР церебрально-органічного походження:
- а) порушенням пізнавальної діяльності;
 - б) зниженням пам'яті;
 - в) незрілістю мотиваційної сфери?
3. Що відбувається за астенії:
- а) затримка емоційного розвитку;
 - б) зниження загального та психічного тону;
 - в) фізична неповноцінність?
4. Якщо дитину виховують так, що їй не прищеплюються риси самостійності, то це:
- а) гіпоопіка;

- б) гіперопіка;
 - в) тотальне ураження головного мозку.
5. Чим відрізняються діти із ЗПР від педагогічно занедбаних дітей:
- а) у дітей із ЗПР більш сформовано усі види діяльності;
 - б) у педагогічно занедбаних дітей немає патологічного розвитку;
 - в) діти із ЗПР – це і є педагогічно занедбані діти?
6. Відставання розумової діяльності й особливості пам'яті дітей із ЗПР найяскравіше виявляються у процесі:
- а) трудової діяльності;
 - б) вирішення завдань, пов'язаних з такими компонентами розумової діяльності, як аналіз, синтез, узагальнення, абстрагування;
 - в) спілкування.
7. Назвіть 2 види органічного інфантилізму:
- а) нестійкий і гальмуючий;
 - б) прискорений і уповільнений;
 - в) стабільний і нестабільний.
8. Характерні риси словникового запасу дітей із ЗПР:
- а) неповноцінно-вузький, неточний, а іноді й помилковий;
 - б) повноцінний – на рівні нормального однолітка;
 - в) відсутній.
9. Учні з легкою формою ЗПР після певного періоду спеціального корекційно-спрямованого навчання:
- а) повертаються до масової школи;
 - б) продовжують навчання в спеціальній школі;
 - в) продовжують навчання в допоміжній школі.

Тест 8

1. Діти з ЗПР – це:
- а) діти з низьким рівнем навчання;
 - б) діти з середнім рівнем навчання;

- в) діти з високим рівнем навчання.
2. Назвіть авторів, які перші надали клінічні дані про дітей із ЗПР та загальні рекомендації з організації корекційної роботи з ними:
- а) Г.Е. Сухарева та К.С. Лебединська;
 - б) Л.С. Виготський та В.Г. Лубовський;
 - в) Т.А. Власова та М.С. Певзнер.
3. Поряд із затримкою розвитку пізнавальної діяльності в дітей із ЗПР може виявлятися:
- а) шизофренія (агенція);
 - б) маніакальний стан;
 - в) енцефалопатичний синдром.
4. Одним з визначальних симптомів дітей із ЗПР, на думку М.С. Певзнер, є:
- а) недорозвиток емоційно-вольової сфери за типом інфантилізму;
 - б) туговухість;
 - в) підвищена працездатність.
5. Причиною зниження рівня навчання дитини, затримки темпу її психічного розвитку є:
- а) фобії;
 - б) астеничний стан;
 - в) великий обсяг інформації.
6. Яку природу має стійка ЗПР?
- а) неорганічну;
 - б) органічну;
 - в) правильної відповіді немає.
7. У більш складному лікуванні та більш складній педагогічній корекції мають потребу діти із:
- а) ЗПР соматогенного походження;
 - б) ЗПР церебрально-органічного генезу;
 - в) ЗПР психогенного походження.
8. Найбільш важкою формою ЗПР є:

а) ЗПР, яка характеризується первинним порушенням пізнавальної діяльності, пов'язаним з дефіцитністю окремих коркових функцій;

б) астеничний стан;

в) психічний інфантилізм.

9. У молодшого школяра із ЗПР не формується діяльність:

а) навчальна;

б) трудова;

в) ігрова.

Тест 9

1. Для продуктивнішої роботи психолого-педагогічна корекція ЗПР має відбуватися в:

а) ранньому віці;

б) шкільному віці;

в) юнацтві.

2. Який характер має діагностична робота з дітьми із ЗПР:

а) комплексний;

б) індивідуальний;

в) комплексний та індивідуальний.

3. Порушення пізнавальної діяльності характерно для дітей із:

а) ЗПР церебрально-органічного походження;

б) ЗПР соматогенного походження;

в) ЗПР конституціонального походження.

4. У яких дітей процеси збудження переважають над процесами гальмування:

а) із ЗПР;

б) аутичних;

в) олігофренів?

5. Несприятливі умови середовища призводять до:

- а) ЗПР психогенного походження;
 - б) ЗПР церебрально-органічного походження;
 - в) ЗПР соматогенного походження.
6. Емоційна незрілість, слабкість мотивацій поведінки, ігровий характер інтересів, нездатність до вольових зусиль дітей із ЗПР свідчить про:
- а) апатію;
 - б) астенію;
 - в) інфантильність.
7. Обмеженість та фрагментарність уявлень про навколишній світ дітей із ЗПР зумовлюють:
- а) специфічні порушення сприймання;
 - б) специфічні порушення уяви;
 - в) специфічні порушення пам'яті.
8. На відміну від яких дітей у дітей із ЗПР вище рівень навчання:
- а) від педагогічно занедбаних;
 - б) від розумово відсталих;
 - в) від однолітків з нормальним рівнем розвитку?
9. Підвалиною науково-дослідної роботи якого вченого була етіологічна систематика ЗПР:
- а) Л.С. Виготського;
 - б) Т.А. Власової;
 - в) К.С. Лебединської?

Тест 10

1. Який синдром за ЗПР церебрально-органічного походження частіше спостерігається в хлопчиків:
- а) синдром психомоторного збудження;
 - б) іпохондричний синдром;
 - в) енцефалопатичний синдром.
2. Період дитячої «словотворчості» в дітей із ЗПР:

- а) відсутній;
- б) настає пізніше, ніж у нормі;
- в) настає раніше, ніж у нормі.

3. У дітей із ЗПР з яким станом пов'язані більше або менше виражені порушення розумової працездатності, які полягають у підвищеній втомлюваності:

- а) з невротичним;
- б) з астеничним;
- в) правильної відповіді немає.

4. Фізична слабкість, швидка втомлюваність, роздратованість, плаксивість у дітей із ЗПР часто призводить до:

- а) ізолюваності дитини в колективі одноліток;
- б) фізичного збудження;
- в) девіантної поведінки.

5. Які умови компенсують відхилення у розвитку, зумовлене соматогенною астеною:

- а) правильний режим харчування;
- б) нові фізичні вправи;
- в) доцільні медико-педагогічні умови?

6. Куди направляють навчатися дитину, якщо в неї виявлено ЗПР:

- а) до школи чи класу спеціального типу інтенсивної педагогічної корекції;
- б) до масової школи;
- в) до допоміжної школи-інтернату?

7. Найчастіше ЗПР у дітей виявляють у:

- а) дошкільному віці;
- б) молодшому шкільному віці;
- в) старшому шкільному віці.

8. На що обов'язково звертають увагу під час обстеження дитини з метою розпізнання ЗПР і диференціації її від розумової відсталості:

- а) на поведінку;

- б) на негативні риси;
в) на позитивні риси?
9. Важливою умовою корекційної роботи в школах для дітей із ЗПР є:
- а) запобігання виникнення втоми;
б) слідкування за вчасним виконанням учнями необхідної кількості вправ;
в) заохочення додаткової розумової праці.

Ключі до тестових завдань

№	Тест 1	Тест 2	Тест 3	Тест 4	Тест 5	Тест 6	Тест 7	Тест 8	Тест 9	Тест 10
1.	Б	В	А	А	В	Б	В	А	А	А
2.	А	А	В	А	В	А	А	В	В	Б
3.	В	А	Б	А	А	А, Б	Б	В	А	Б
4.	А	В	А	А	В	А, Б	Б	А	А	А
5.	Б	А	В	В	А	В	Б	Б	А	В
6.	В	А	Б	Б	А	В, Г	Б	Б	В	А
7.	Б	Б	А	А	А	А	А	Б	А	Б
8.	А	Б	В	Б	А	В	А	А	Б	В
9.	Б	В	А	Б	Б	А	А	А	В	А

Показчик термінів та понять

- Абстракція** – виділення подумки тієї чи іншої ознаки конкретної речі або процесу серед інших. Розумово відсталі діти унаслідок неповноцінності операцій аналізу, синтезу й узагальнення виявляють нездатність узагальнювати окремі ознаки предметів і явищ с.17.
- Агнозія** – порушення процесів впізнавання подразників зовнішнього середовища, що виникають під час руйнування певних зон кори головного мозку за цілісності органів відчуття. За агнозії дитина бачить, чує, але не розуміє, що саме с.25.
- Адаптація** – пристосування організму й окремих органів дитини та їх систем до конкретних умов існування й життєдіяльності. За деяких форм психічних розладів адаптація порушується с.27.
- Адинамія** – надмірна слабкість м'язів, що значно знижує рухову активність, нерухоме положення в ліжку, хвороблива апатія. Виникає за тяжких інфекцій, голодування, отруєння. У дітей спостерігається після черепно-мозкової травми та після інфекційних захворювань с.35.
- Акінезія** – дослівно: відсутність рухів, неможливість довільних рухів унаслідок паралічу, нерухомість суглобів – виникає після психастенії, істерії та сильного переляку, тобто через психогенні чинники с.27.
- Акселерація** – прискорення росту й розвитку дітей і підлітків, а також наставання статевої зрілості в більш ранньому віці.
- Агенція** – порушення свідомості, яке характеризується сплутаністю й неясністю думок, руховим неспокоєм, галюцинаціями. Зустрічається за мозкових та загальних інфекцій та отруень с.132.
- Амнезія** – порушення пам'яті, забування подій власного досвіду; виникає

внаслідок дії на мозок фізичних чи психогенних чинників с.25.

Анамнез – сукупність відомостей про хворого, про умови, у яких він перебував до початку захворювання. На основі аналізу анамнезу ставиться діагноз с.28, 58.

Аномальні діти- діти, які мають суттєві відхилення від нормального фізичного, (з вадами психічно- психічного розвитку, зумовлені вродженими або набутими фізичного дефектами й потребують спеціальних умов виховання та розвитку) навчання. Аномальний характер психофізичного розвитку призводить до значних відхилень у формуванні особистості дитини. Наразі більш поширений термін – «діти з обмеженими можливостями» с.30, 97.

Апатія – стан байдужості до себе, людей, подій, відсутність бажань та активного ставлення до життя.

Апраксія – порушення довільних цілеспрямованих рухів і дій, що виникає внаслідок ураження різних ділянок кори головного мозку. У цьому стані людина не може писати, користуватися ложкою, виделкою, її рухи стають беспорядними, неорганізованими с.36.

Асинергія – розлад складних рухових навичок та активів. Виникає за патології та недорозвитку мозочку с.36.

Астазія – нездатність стояти.

Астенія – нервово-психічна слабкість, підвищена втомлюваність, різко знижена фізична й розумова працездатність. Астенія виникає після інфекційних захворювань, унаслідок дії отруйних речовин на клітини мозку. У дітей спостерігається послаблення пам'яті та уповільнення темпу розумової діяльності, а тривала астенія викликає затримку психічного розвитку с.24, 27.

Атаксія – розлад координації рухів, який спостерігається за різних захворювань центральної нервової системи. У цьому випадку рухи неточні, дисгармонійні, не досягають мети с.36.

Атетоз – характеризується мимовільними, ритмічними черв'якоподібними рухами пальців, рук та ніг. Це один з видів гіперкінезів, який виникає внаслідок захворювання головного мозку.

Атонія – різке послаблення м'язового тону.

Атрофія – патологічні зміни в органах і тканинах, пов'язані з порушенням обміну речовин, що призводить до зменшення їх об'єму.

Аутизм – хворобливий стан психіки, що характеризується зосередженням людини на своїх переживаннях, розривом зв'язків із реальним зовнішнім світом. У моториці дітей за аутизму домінують примхливі пози, рухи, міміка, пересування на пальцях ніг. Рухи погано координовані, загальмовані, незграбні с.133.

Афективні

порушення – розлади емоційно-вольової сфери, що проявляються у формі як підвищеного збудження (роздратованості, гнівливості), так зниженого збудження (апатія, байдужість). АП в дітей можуть виникнути внаслідок неправильного виховання с.122.

Баті анестезія – втрата м'язово-суглобового відчуття.

Біне-Сімона тест – найбільш розповсюджений метод кількісної оцінки рівня розвитку інтелектуальних можливостей людини, що розробив психолог А. Біне (1905) спільно з лікарем Т. Сімоном. Після цього багаторазово доопрацьовувався і наразі вважається, що сам тест не надає можливості диференціювати різні форми порушення психічного розвитку, за його допомогою лише констатують факт відставання в розвитку інтелекту.

Брадикінезія – сповільнення темпу рухів у дітей; виникає внаслідок перенесеного енцефаліту, при цьому вони рухаються повільно й зі значними труднощами.

Брадипсихія – уповільнення всіх психічних процесів (синонім – бразифренія).

Векслера тест – один із методів діагностики інтелекту. Наразі використовується

«Шкала Векслера для вимірювання інтелекту в дітей». За її допомогою можна діагностувати наявність або відсутність розумового відставання.

Вільямса

синдром – спадкова аномалія, за якої поєднуються розумова відсталість, уроджений порок серця і своєрідна структура обличчя – «ельф». Інтелектуальні порушення можуть поєднуватися з руховою недостатністю.

Втомлюваність – комплекс захисних реакцій організму, які призводять до тимчасового зниження розумової та фізичної працездатності. Утомлюваність у дітей із затримкою психічного розвитку проявляється більшою мірою, ніж у дітей без його затримки.

Габілітація – система лікувальних і психолого-педагогічних заходів, що здійснюються з метою лікування чи попередження патологічних психологічних станів і порушень у дітей, які ще не пристосувалися до соціального середовища. Особливо це стосується дітей раннього віку, у яких ще не сформовано руховий стереотип, навички самообслуговування та відсутній досвід суспільного життя.

Геміплегія – втрата рухливості м'язів однієї половини тіла. Виникає внаслідок запалення, пухлинного росту, травмування головного мозку.

Гідроцефалія – водянка мозку, надмірний вміст внутрішньомозкової рідини в порожнині черепа. Тяжка форма гідроцефалії в дітей може зумовити розумову відсталість, церебральні паралічі, порушення слуху, мовлення.

Гіперкінези – мимовільні рухи, позбавлені змістовного фізичного значення с.36.

Гіпертрофія – збільшення маси й об'єму органів чи розвиток окремих психічних функцій.

Гіпокінезія – зниження рухової активності.

Гіпотоніз – зниження тону м'язів.

Дегенерація – виродження в поколіннях певних рис або властивостей організму, втрата можливостей вищої психічної діяльності.

Деградація

психічна – загальне прогресуюче зниження рівня психічного розвитку людини, пов'язане з психічним захворюванням, від складності й тривалості якого залежить тип психічної деградації.

Декомпенсація – порушення діяльності організму, його системи або органу внаслідок зриву чи виснаження пристосувальних механізмів. У дітей декомпенсація може розвиватися внаслідок екзо- або ендогенного ураження. Найчастіше декомпенсація в дітей спостерігається за ускладнення різних форм олігофренії.

Деменція – набуте слабоумство, стійке ослаблення інтелектуальної діяльності в сполученні з розладами пам'яті та емоційно-вольової сфери. Причини виникнення: захворювання мозку, шизофренія, епілепсія, менінгіти, енцефаліти. У дітей з деменцією спостерігається загальна рухова розгальмованість, підвищена збудливість, свавільність поведінки.

Деонтологія – сукупність етичних норм, яких мають дотримувати працівники під час виконання своїх фахових обов'язків с.36.

Депресія – хворобливий стан пригніченості, безвиході, відчаю, що виникає внаслідок складних життєвих обставин чи психічного захворювання. У дітей з вадами психофізичного розвитку спостерігається часто.

Дефект – фізичний чи психічний недолік, що порушує хід нормального розвитку. Дефект може бути вродженим або набутим с.35.

Дефект

розвитку – фізична чи психічна вада, яка викликає порушення нормального розвитку дитини. Основні види дефекту розвитку:

порушення слуху, зору, мовлення, руху с.97.

Дефектологія – наука про психофізіологічні особливості розвитку дітей з фізичними та психічними вадами с.96.

Дефіцитарний

розвиток – це розвиток дитини за обмеженого спілкування, що характерно для дитячих закладів закритого типу (притулки, інтернати). Недостатня кількість позитивних емоцій, задоволення афективних потреб, недолік любові батьків призводять до порушення психічного розвитку дитини, тобто прояву дефіцитарного розвитку.

Дисплазія – неправильний ріст та розвиток органів і тканин, який може спричинити вади розвитку.

Дистрофія – порушення обміну речовин, яке призводить до морфофункціональних розладів. Проявами дистрофії є: зменшення маси тіла, зниження імунного захисту, розлади травлення та психомоторики. За дистрофії діти хворобливі, кволі, малорухливі, слабо реагують на подразники.

Диференційоване

навчання

аномальних

дітей – організація навчання та виховання дітей з дефектами розвитку в різних типах спеціальних (корекційних) навчальних закладів залежно від характеру дефекту. Направляють до них дитину психолого-медико-педагогічні комісії після комплексного обстеження.

Діагноз – аргументоване визначення певного стану об'єкта. Діагноз може бути медичний, психологічний, педагогічний.

Епілепсія – хронічне поліетіологічне захворювання, що характеризується повторюваними судомами й пароксизмами. Причина виникнення епілепсії – успадкування підвищеної судомної

готовності, яка в результаті дії певних чинників викликає судомні нападки с.127.

Етіологія – вчення про причини та умови виникнення хвороб с.26.

**Затримка
психічного**

розвитку – порушення нормального темпу психічного розвитку, що виявляється в уповільненні темпу дозрівання емоційно-вольової сфери та інтелектуальній недостатності. Ці порушення виявляються в зниженні ефективності навчально-пізнавальної діяльності й соціальної адаптації дитини. За затримки психічного розвитку порушуються процеси працездатності, пам'яті, мислення, сенсомоторики, уваги, пізнавальної активності. Виділяють різновиди затримки психічного розвитку за походженням: конституційного, соматичного, церебрально-органічного та психогенного. Своєчасна й ефективна корекція уможливорює високий ступінь компенсації втрачених функцій с.15.

Імпульсивні дії – дії, що здійснюються під впливом неусвідомлюваних зовнішніх чинників або внутрішніх потреб. У дітей можуть бути наслідком перевтоми, підвищеної емоційної збудженості та хвороб нервової системи.

Інвалід – суб'єкт, який частково або зовсім не здатний виконувати певні дії, втратив працездатність.

Індиффектність – психічний стан людини, що характеризується притупленням інтересу до навколишнього світу. Спостерігається внаслідок психічних травм, перевтоми і є однією з особливостей розвитку дитини із вадами психофізичного розвитку.

Інтелект – загальна розумова здатність людини до пізнання й вирішення проблем. Рівень інтелекту дитини зумовлюється інтелектуальним кліматом сім'ї, пізнавальною активністю

батьків, їхніми соціальними контактами та культурно-історичними обставинами життя суспільства с.38.

Іпохондрія – необґрунтоване занепокоєння людини станом власного здоров'я. У підлітків у період статевого дозрівання її обумовлюють зміни в діяльності залоз внутрішньої секреції с.134.

Кінестезія – відчуття положення й руху частин свого тіла, що спричиняється наявністю в опорно-руховому апараті спеціалізованих рецепторів. Для дітей із затримкою психічного розвитку вельми суттєвим є нормальне функціонування кінестетичних рецепторів, оскільки без нормальної їх роботи неможливе опанування складними координаційними рухами.

Компенсація – відновлення недорозвинених або порушених психічних функцій шляхом використання збережених чи перебудови частково змінених функцій, Компенсація має велике значення в подоланні дефектів розвитку дитини.

Корекційно-виховна робота – система спеціальних психолого-педагогічних заходів, націлених на подолання або ослаблення вад розвитку психіки дітей. Корекційно-виховна робота дієво впливає на всі категорії аномальних дітей і на виправлення їхньої особистості с.61, 120.

Корекція – сукупність психолого-педагогічних та медичних засобів, спрямованих на поліпшення та виправлення процесу розвитку дітей. Корекційні зусилля мають бути спрямовані не лише на усунення окремого недоліку в розвитку, але й на розвиток пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери, фізичних, моторно-рухових якостей, мовлення с.98.

Кретинізм – захворювання, яке характеризується затримкою психічного, фізичного й статевого розвитку. За Кретинізму спостерігається інтелектуальна недостатність, порушення слуху, мовлення й

пам'яті. Кретинізм пов'язаний з недостатністю гормону щитовидної залози.

**Лікувальна
фізична**

культура – система засобів і методів, спрямованих на корекцію та компенсацію вад фізичного й психічного розвитку с.23.

Маразм – це стан фізичного й нервового безсилля, що є результатом біологічного та психічного розладів. За Маразму спостерігається втрата здатності успішно діяти, адекватно сприймати зовнішні обставини й людей, чинити правильно.

Мікроцефалія – зменшення розмірів черепа та мозку за нормальних розмірів інших частин тіла. Мікроцефалія характеризується зниженням інтелекту: від глибокої розумової відсталості (ідіоти) до нерізко вираженої імбецильності.

**Мінімальна
мозкова**

дисфункція – група патологічних станів, супроводжуваних комбінованими порушеннями сприймання, моторики та уваги. Сукупність зазначених симптомів свідчить про порушення психічного розвитку, яке називається затримкою психічного розвитку. Важливою умовою є якомога швидка корекція проявів мінімально-мозкової дисфункції с.18.

Моторика

дітей – сукупність рухових реакцій, властивих дітям. У дітей із затримкою психічного розвитку є певні розлади й у моториці: в координації рухів, формуванні складних рухових дій, особливо за участю дрібної моторики; у рухах кисті та пальців, що гальмує навчання письма, малювання, трудових операцій, самообслуговування. Через це корекція моторики дітей повинна вмещувати й корекцію затримки їхнього психічного розвитку

с.33.

Неврастенія – одна із форм неврозу (див. неврози), неврастенія проявляється дратівливою слабкістю, лабільністю емоцій, нестійкістю настрою, тривожністю, розладами сну. У дітей неврастенія виникає на тлі слабого типу вищої нервової діяльності, соматичної ослабленості та після інфекційних хвороб.

Неврози – порушення взаємовпливу процесів збудження й гальмування в нервовій системі внаслідок перенапруження. Існує три форми неврозу: неврастенія, істерія, невроз нав'язливих станів. Діти з вадами психофізичного розвитку особливо вразливі до невротичних розладів.

Негативізм

дитячий – немотивована безглузда поведінка дитини, що виявляється в діях, навмисно протилежних вимогам і очікуванням дорослих та інших дітей. Подолання негативізму дитячого можливе за використання корекційно-виховних заходів.

Неофобія – хворобливий страх перед будь-якими змінами, незнайомими ситуаціями, перед усім новим. У аномальних дітей неофобія є результатом звуженого соціального досвіду, загальмованості соціалізації.

Олігофренія – особлива форма психічного недорозвитку, яка виникає внаслідок ураження ЦНС в період розвитку. За олігофренії спостерігається порушення пізнавальної діяльності, мовлення, уваги, пам'яті, мислення. Страждає також емоційно-вольова сфера. Найтяжча форма олігофренії – це ідіотія, більш легка – імбецильність, найлегша – дебільність с.23.

Паралогія – розлад мислення, за умови якого втрачається логічна послідовність мовлення й висловлювання хворого стають незрозумілими.

Параноя – хронічний психоз із постійним систематизованим маренням за

відсутності інтелекту й змін особистості. Марення набувають форми манії величності або страху переслідування.

Патологія – загальна назва медичних наук, які вивчають причини виникнення, особливості перебігу та шляхи подолання хвороб с.16.

Педологія – наука про психічний і фізичний розвиток дітей та молоді.

Поліомієліт – гостре інфекційне захворювання, яке виникає внаслідок проникнення до ЦНС фільтруючого вірусу й ураження сірої речовини спинного мозку. При цьому в дітей розвиваються в'ялі паралічі кінцівок з атрофією й відсутністю рефлексів.

Психастенія – психічний стан, який характеризується переживанням астеничних почуттів страху, невпевненості. У дітей цей стан може стати характерологічною особливістю з проявами нерішучості, надмірної вразливості, тривалого переживання сумнівів.

Психіка – форма активного відображення суб'єктом об'єктивної реальності, яка виникає під час взаємодії високоорганізованих живих істот з зовнішнім світом і здійснює в їхній поведінці (діяльності) регулятивну функцію. Психіка виникла на певному етапі розвитку живої природи у зв'язку з формуванням у істот властивості активного переміщення в просторі.

Задоволення своїх потреб тварина здійснює через активні рухи в навколишньому середовищі, сукупність яких характеризує її поведінку. Успішна поведінка спирається на попередній її пошук, тому провідною функцією психіки є пошук необхідних рухів і дій, який виникає на ґрунті потреб і націлений на їх задоволення, випробування цих рухових активів, які приводять до формування узагальненого образу реальної ситуації. Надалі психіка контролює реалізацію рухів і дій у плані вже сформованого образу реальності.

***Психічний
розвиток дитини
із особливими***

потребами – у такої дитини (як і у звичайних дітей) діють загальні закономірності розвитку психіки й лише змінюються їх якісні та кількісні характеристики (темп, терміни дозрівання). Психічний розвиток такої дитини обумовлено ступенем порушення нервової системи, часом виникнення дефекту, умовами, у яких перебуває дитина та своєчасним вжиттям корекційних заходів с.43.

***Психічна
регуляція рухів*** – це одна з функцій психічного відображення. Адекватність рухів і дій дитини умовам, знаряддям та предмету діяльності можлива лише тоді, коли вона так чи так відображає їх.

***Психічний
дизонтогенез*** – порушення розвитку психіки та її складових в онтогенезі дитини. В.В. Лебединський виділив 6 варіантів психічного дизонтогенезу:

- 1) недорозвиток;
- 2) затриманий розвиток;
- 3) ушкоджений розвиток;
- 4) дефіцитарний розвиток;
- 5) перекручений розвиток;
- 6) дисгармонійний розвиток.

Психогенії – розлади психіки, що виникають під впливом психічних травм або нервового перенапруження. За ступенем прояву та тривалістю їх поділяють на психогенні реакції, реактивні стани й неврози.

Психодіагно-

стика– розділ психологічної науки та практики, провідною метою

якого є аналіз особистості, пошук та виявлення особливостей і недоліків її розвитку й постановка діагнозу. Чільним завданням психодіагностики в дефектології є встановлення первинного дефекту, який став причиною аномального розвитку дитини та передбачення перспектив її розвитку.

Психози – розлади психічної діяльності, що проявляються в порушеннях відображення навколишнього середовища та в зміні поведінки особи. Виникають психози внаслідок гострих та хронічних інфекцій, інтоксикацій, травм головного мозку, нервово-психічних потрясінь. Прояви психозу: розлади мислення, пам'яті, марення, зміна поведінки. У дітей психози можуть розвиватися на тлі психогенних травм.

Психологічна

допомога – надання допомоги окремим людям у розв'язанні проблем психологічного змісту. Розрізняють психологічну допомогу психопрофілактичної та психокорекційної спрямованості.

Психологія

спеціальна – галузь психології, що вивчає своєрідність та особливості розвитку дітей з психофізичними вадами. Виявлення цих закономірностей є необхідною умовою грамотного проведення корекційно-виховної роботи з дітьми.

Психопатія – аномалія характеру людини, що проявляється в невірноваженості поведінки, невмінні підкорятися умовам оточення, у підвищеній реактивності, тобто стосується насамперед емоційно-вольової сфери. У людей з психопатією завважаються неадекватні емоційні стани, характерне виникнення депресивних і нав'язливих станів. Виділяють 4 види психопатії: астенічна, збудлива, істерична, паранойальна.

Психотерапія – лікування пацієнтів за допомогою психологічних засобів впливу. У більш широкому розумінні – це надання

психологічної допомоги людям в психологічно складних ситуаціях.

Психотехніка – розділ психології, у якому репрезентуються питання використання знань про психіку людини для вирішення практичних завдань.

Психотропні

засоби – різні за хімічною будовою лікарські препарати, які впливають на психічну, емоційну й поведінкову сфери людини. До них належать: нейролептики, транквілізатори, седативні засоби, антидепресанти, психостимулятори.

Реабілітація – повернення хворого (або дитини з вадами розвитку) до можливості працювати й нормально жити в межах психофізичних можливостей.

Рейбофінг – методика психологічної корекції, самодослідження й духовної трансформації, яка зводиться до використання інтенсивного дихання.

Релаксація – фізіологічний стан динамічної рівноваги, який супроводжується розслабленням чи значним зниженням тону м'язової мускулатури та процесами розконцентрації уваги й сприймання. Розрізняють природну, вольову та штучну релаксацію. Природна – це розслаблення перед сном; вольова – медитація та трансівні стани; штучна – гіпноз або фармакологічна дія міорелаксантів с.100.

Репрезентативна

вибірка – вибірка, у якій всі основні ознаки генеральної сукупності, з якої взято певну вибірку, подані в тій же пропорції або з тією ж частотою, з якою ця ознака виступає в генеральній сукупності с.51.

Респондент – особа, що відповідає на запитання, дає інтерв'ю або заповнює анкети.

Ретардація – незавершеність окремих етапів розвитку, за якої не відбуваються заміни більш ранніх форм розвитку на більш прогресивні. Зустрічається за олігофренії та затримки психічного розвитку.

Ретроградна

амнезія – часткова або повна втрата пам'яті про минулі події, яка є результатом травми або захворювання мозку.

Референтна

група – реальна або уявна група, мета діяльності й ціннісні орієнтації членів якої виступають як еталон для особистості.

Рефлексія – процес самопізнання суб'єктом внутрішніх психічних актів і станів.

Ригідність – особливість мислення, що виявляється в нездатності відмовлятися від звичних способів діяльності.

Розгальмова

ність – надмірна незібраність, метушливість, рухливість і непосидючість дитини. Розгальмованість характерна для дітей дошкільного та раннього шкільного віку. Вона може проявлятися разом із нестійкістю уваги, відволіканням, підвищеною виснажливістю та імпульсивними діями. Розгальмованість спостерігається в дітей з проявами інфантилізму, із затримкою моторного розвитку та із загальним психічним недорозвитком.

Розумовий

розвиток – процес удосконалення пізнавальних здібностей та інтелектуальної сфери людини. Рівень сформованості розумового розвитку є найважливішим у духовному житті людини. Розумовий розвиток здійснюється в поєднанні із психічним розвитком суб'єкта, його потребами, інтересами, емоціями, почуттями, переживаннями тобто компонентами

духовного світу. У ранньому дитинстві, у підлітковому та юнацькому віці розумовий розвиток відбувається активно, а в похилому віці затухає.

У дітей з вадами психофізичного розвитку розумовий також страждає, тому вони повинні навчатись і виховуватись у спеціальних навчальних закладах, що мають корекційну спрямованість с.42.

Сенсибілізація – особливість систем організму і аналізаторів, яка полягає в їх підвищеній чутливості до впливу будь-яких подразників. Сенсибілізація спостерігається після введення до організму стороннього білка, вона є причиною алергічних реакцій.

Сенсомоторні

реакції – взаємодія сенсорних (чуттєвих) і моторних (рухових) компонентів психофізіологічної діяльності. Сенсомоторика є складовою частиною психомоторики, тобто це побудова рухів у відповідь на кінестетичні, слухові, зорові, тактильні та інші стимули. Рухи можуть бути й результатом відповіді на думки, наміри, цілі, що буде вже другим компонентом психомоторики, який називають ідеомоторикою. У дітей з вадами розвитку, сенсомоторика коригується в процесі навчання і виховання с.102.

Синдром – комплекс симптомів і ознак, які виникають переважно разом, взаємозв'язані й характерні для конкретного захворювання с.19.

Складний

дефект – поєднання двох і більше дефектів розвитку дитини, які значною мірою спотворюють їхній психічний розвиток с.35.

Стрес – стан, викликаний надмірними психічними й фізичними напруженнями або дією травмувальних (стресогенних) подразників. Стрес може викликати як позитивний, мобілізуючий, так і негативний, демобілізуючий вплив на

діяльність людини аж до її повної дезорганізації с.30.

Суб'єкт – носій суб'єктивного, зовнішнього об'єктивізованого, це не лише людина, але й будь-яка тварина, що має здатність психічного відображення.

Телекінез – вплив біополя людини, викликаного психічним напруженням, на легкі предмети.

Телепатія – передача сигналів та інформації (думок) про психічні явища від однієї людини до іншої на відстані й незалежно від усіх відомих сенсорних каналів.

Тест – система завдань, які дозволяють виміряти рівень розвитку певної якості (властивості, стану) особливості. Це стандартна психологічна методика, призначена для кількісних оцінок психологічних якостей і функцій людини с.121.

Тремор – мимовільне, ритмічне коливання пальців рук, кінцівок, голови або всього тіла. Тремор спостерігається за перевтоми, інтоксикацій (алкоголізму), за захворювань мозочка, щитовидної залози та паркінсонізму. Виділяють тремор: повільний і швидкий (за ритмом), крупний і дрібний (за амплітудою та локалізацією).

Увага – пізнавальний психологічний процес, який характеризується виділенням певних об'єктів діяльності серед інших і зосередженням на них (або ньому) за одночасного абстрагування від інших. Увага має велике значення особливо під час навчання в грі, у праці. Об'єктом уваги можуть бути і власні думки, почуття й дії. Розрізняють увагу мимовільну, що виникає без спеціальних намірів, і довільну, яка підтримується на якомусь об'єкті зусиллям волі.

Увагу розділяють також на зовнішню і внутрішню. Перша виявляється в зовнішніх діях дитини і спрямовується на опанування зовнішнім середовищем. Друга існує при

внутрішніх процесах, спрямованих на досягнення результатів „про себе”. Особливостями уваги є вибірковість, розподіленість, здатність до концентрації, зосередженості, стійкості, переключення. У розвитку дитини велике значення має опанування цим процесом.

Для дітей із вадами психофізичного розвитку особливих зусиль потрібно докладати до вирішення завдань удосконалення й розвитку в них уваги. Під час роботи з цими дітьми слід зосереджуватись на компенсаторних механізмах формування різних параметрів уваги с.29.

Уява – пізнавальний психічний процес, підвалиною якого є створення нових образів з урахуванням уявлень, набутих з попереднього досвіду. Уява розвивається разом зі сприйманням, хоча вона завдяки абстрагувальній діяльності мислення трансформує особливості образів, сформованих за рахунок сприймання. У дітей із вадами розвитку функціонування уяви пов’язано з певними труднощами. Так, у дітей із затримкою психічного розвитку страждають такі процеси мислення, як аналіз і синтез, а це негативно відбивається на якості сприймання процесів і речей, їх узагальненні та в подальшій трансформації в образи уяви.

Фізична культура у спеціальних

школах – обов’язковий навчальний предмет, провідним завданням якого є поліпшення психофізичного стану дітей із вадами розвитку. Заняття з фізичної культури формують у дітей не лише витривалість, силу, гнучкість та інші фізичні якості, але й морально-вольові та інші позитивні якості особистості, тобто заняття фізичною культурою в спеціальних школах має велике

значення в процесі підготовки дітей до життя в суспільстві, до здорового способу життя, правильного режиму праці й відпочинку, до загартування, до уявлення про свою повноцінність і любові до себе.

Дієвість занять фізичною культурою обумовлюється тим, наскільки дитина усвідомлює й уявляє результати виконання фізичних вправ, тому в навчанні фізичної культури дітей із затримкою психічного розвитку існують труднощі, певна специфіка, що вимагає від вчителя спеціальних знань та умінь. Уроки фізичної культури в спеціальних школах повинні мати корекційно-компенсаторну спрямованість, з обов'язковим урахуванням не лише віку й статі дітей, а й особливостей їхнього психічного розвитку, наявності і ступеня прояву вад у ньому.

Отже, фізична культура для цих дітей є не тільки навчальним предметом, а і невід'ємною частиною процесу підготовки їх до життя в суспільстві, отримання освіти, опанування майбутньою професією і взагалі їхньою соціалізацією с.98.

Фізіотерапія – галузь медицини, яка вивчає та використовує дію на організм фізичних чинників зовнішнього середовища для лікування й відновлення.

Для дітей із вадами розвитку широко використовуються методи фізіотерапії, спрямовані на обмеження розвитку патологічних процесів, підвищення стійкості їхнього організму, працездатності та запобігання захворювань.

Фрустрація – психічний стан, який характеризується наявністю реальної чи уявної перешкоди в отриманні бажаного результату, досягненні поставленої мети. Фрустрація має різний рівень прояву і може проявлятися у відчуттях гнітючої напруги, тривоги, гніву.

Наявність фрустрації може бути пов'язана з виникненням неврозів, агресивної поведінки, невпевненості в собі.

У вихованні дітей із затримкою психічного розвитку потрібно намагатися уникати виникнення фрустрації, тобто створювати необтяжливі ситуації, оптимізувати режим їхнього навчання й відпочинку, максимально нейтралізувати негативні емоційні переживання та виникнення конфліктів з вихователями й однолітками.

Характер – наявність і прояв сталих індивідуальних особливостей особистості, які виявляються у ставленні до навколишньої дійсності та в характерних для цієї особи способах поведінки.

Характер формується в онтогенезі людини і обумовлюється сукупністю дії на неї біологічних і соціальних чинників, умовами життя й виховання, рівнем культури й духовності суспільства, її соціалізацією.

У дітей із вадами розвитку риси характеру здебільшого залежать від їхнього основного дефекту, ступеня його прояву та впливу на психіку дитини. У таких дітей може спостерігатися відсутність сталого ставлення до навколишнього середовища, до навколишніх, зміна в способі дій та поведінці в типових ситуаціях.

Церебрастенія – ослаблення функцій центральної нервової системи під впливом її травм, дії інфекційних чинників, психічних переживань та порушення циркуляції й обміну в спино-мозковій рідині. Церебрастенія в дітей виявляється в зниженні працездатності, стомлюваності, дратівливості, загальмованості або підвищеній збудженості, плаксивості, зниженні інтересу до ігор і навчання с.24.

Шизофренія – психічне захворювання, яке призводить до глибоких змін особистості. Сукупність симптомів шизофренії формує типовий

душевний склад хворих, у якому спостерігаються зміни емоційно-вольової сфери, що проявляються в зниженні потреби в спілкуванні, втраті інтересу до навколишньої дійсності, відриві від реальності. У руховій сфері спостерігається уповільненість, стереотипність рухів.

У дітей шизофренія виявляється в порушеннях розвитку пізнавальної діяльності, загальній загальмованості процесів уваги, уваги, зниженому інтересі, зосередженості на своєму внутрішньому світі. Дитяча шизофренія протікає мляво й часто призводить до недоумства с132.

Іменний покажчик

Ананьев Б.Г.	38	Калениченко І.О.	49
Бондар В.І.	4, 15	Лапшин В.А., Пузанов Б.П.	28
Бехтерева Н.П.	21	Лубовский В.И.	18, 29, 37
Блейхер В.М., Крук И.В.,		Лебединский В.В.	18, 29
Боков С.Н.	10,12	Лускаєва Т.Д.	20
Валитова И.Е.	22	Мазепина Е.В.	35
Висковатова Т.П.	17, 36	Максимова С.Ю.	40
Власова Т.А., Лебединская К.С.	17	Максименко С.Д., Бех И.Д.	4
Власова Т.А., Певзнер М.С.	16, 24	Мастюкова Е.М.	34
Воропаев А.М.	39	Марковська І.Ф.	20
Выготский Л.С.	8, 22	Пимонова Е.А.	42
Гайдук Ф.М.	32	Подьячева Н.П., Панкина Л.Н.	41
Гвоздецька С.	39, 66	Подобед В.Л.	37
Горбунов Н.П., Хамадиярова Т.А.	34 98	Рейдибойм М.Г.	32
Власова Т.А., Лубовский В.И.,		Рубинштейн С.Я.	53
Цыпина Н.А.	18	Решетілова В.	41
Коломинский Я.Л.	30	Решетняк О.В., Банникова Т.А.	51
Дробинская А.О., Фишман М.Н.	18	Сак Т.В.	37
Ілляшенко Т.Д., Бастун Н.А.,		Самоукина Н.В.	9
Сак Т.В., Рождественська М.В.	4, 21, 35	Сермеев Б.В.	39
Ильин Е.П.	43	Стадненко Н.М.	18
Каданцева Г.А.	39,42	Стребелева Е.А.	23
Каменщикова Г.А.	44	Шевченко Л.Е.	34, 41, 59
Кольцова М.М.	36	Шмаргун В.М.	40
		Шмарина Е.В.	43

Список рекомендованої літератури

1. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей /Под ред. К.С. Лебединской М.: Педагогика, 1982. – 127с.
2. Ананьев Б.Г. Развитие психофизиологических функций взрослых и людей. –М., 1972.- С. 34-98.
3. Антонов М.М. Методика применения элементов подвижных игр для развития познавательной деятельности детей старшего дошкольного возраста: Автореф.дис....канд.пед.наук. – СПб, 1997. – 24с.
4. Астапов В.М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. М.: Международная педагогическая академия, 1994. – 216с.
5. Афанасьева Н.н. Опыт дифференциального подхода в воспитании детей с задержкой психического развития //Дефектология 1978. – №4. – С. 57- 63.
6. Бехтерева Н.П. Здоровый и больной мозг человека.–Л.: Наука,1988.-262 с.
7. Белопольская Н.Л. Психологическая диагностика личности детей с задержкой психического развития.- М.: Изд-во УРАО, 1999. – 147 с.
8. Бондар В.І. Підготовка учнів допоміжної школи до самостійної трудової діяльності. – К.: Рад.шк., 1988. – 128с.
9. Бондар В.І. Проблеми корекційного навчання у спеціальній педагогіці: Навч. посіб. – К.: Наш час, 2005.- 176 с.
- 10.Борякова Н.Ю. Ранняя диагностика і корекція затримки психічного розвитку. М., 2000.-С. 93-146.
- 11.Блинова Л.Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с задержкой психического развития: Учебное пособие /Биробиджанский государственный педагогический институт: Биробиджан, 1996. – 188с.
12. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Практическая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов.- Ростов-на-Дону: Феникс, 1996.- С. 67-112.
13. Валитова И.Е. Психология развития ребёнка дошкольного возраста.- 2-е изд. – Минск: Университет, 1999.- С. 20-105.

14. Вайзер Г.А. Опоры для саморегуляции умственной деятельности детьми с задержкой психического развития //Дефектология. – 1985. – №4. – С. 3 – 10.
15. Вильчковский Е.С. Теория и методика физического воспитания детей дошкольного возраста. – Львов: ВНТЛ, 1998. – 336с.
16. Висковатова Т.П. Дифференциация задержки психического развития от нормы до олигофрении //Практична психологія та соціальна робота – №9, 2001. – С. 13 – 23.
17. Висковатова Т.П. Проблема генезиса, диагностики и психолого-педагогической коррекции задержки психического развития у детей (на примере неблагоприятного влияния природных и антропогенных факторов): 19.00.08.: Дис. ... д-ра психол.наук. – Одесса, 1997. – 562с.
18. Висковатова Т.П. Психологические особенности подростков с отклонениями в психическом развитии: Учебно-методическое пособие (по курсу «Юридическая психология»). – Одесса: ПНЦ АПН Украины, 2003. – 60с.
19. Власова Т.А., Лебединская К.С. Актуальные проблемы клинического изучения задержки психического развития //Дефектология. – 1975. – №6. – С. 30 – 36.
20. Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии. – М.: Просвещение, 1973. – 178с.
21. Воропаев А.М. Особенности методики физического воспитания детей дошкольного возраста, имеющих недостаточный уровень школьной зрелости: Автореф. дис. ... канд. пед.наук. – М., 1990. – 25с.
22. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В шести томах. Т.2. Проблемы общей психологии /Под ред. В.В. Давыдова. – М.: Педагогика, 1982. – С. 65 – 68.
23. Гайдук Ф.М. Определение степени тяжести задержек психического развития у детей //Здравоохранение Белоруссии. – 1982. – № 6. – С. 14 – 15.

24. Гвоздецька С. Корекція психофізичного стану дітей старшого дошкільного віку із затримкою психічного розвитку в процесі занять з фізичного виховання // Молода спортивна наука України: зб. наук. праць з галузі фізичної культури та спорту. Вип. 8: У 4-х т. – Львів: НВФ “Українські технології”, 2004. – Т. II. – С. 74 – 78.
25. Гвоздецька С. Стан фізичного розвитку дітей дошкільного віку із затримкою психічного розвитку // Молода спортивна наука України: зб. Наук. Праць з галузі фізичної культури та спорту. – Львів: ЛДІФК, 2001. Випуск 5. – Т. II. – С. 127 – 130.
26. Горбунов Н.П., Хамадиярова Т.А. Валеологический подход к оценке реакции организма на физические нагрузки у школьников с задержкой психического развития // Физическая культура: Научно-методический журнал. – 2000. – №1. – С. 22 – 27.
27. Гурова Н.М. О коррекционно-развивающемся образовании детей с трудностями в обучении // Дефектология. – 1996. – №5. – С. 30-33.
28. Дети с временными задержками психического развития / Под ред. Т.А.Власовой, М.С. Певзнер. – М. Педагогика, 1971. – 280с.
29. Дети с временными задержками психического развития / Под ред. Т.А.Власовой, В.И. Лубовского, Н.А. Цыпиной. – М. Педагогика, 1984. – 256.
30. Детская психология: Учеб. Пособие / Я.Л. Коломинский, Е.А. Панько и др.; под ред. Я.Л. Коломинского.- Мн.: Университетское, 1988.- 399 с.
31. Діагностика психічного розвитку дітей раннього віку: Методичні рекомендації / Укл. Н.В. Карпенко – Сашньова. – К.: ІЗМН, 1996. – 60с.
32. Діти з затримкою психічного розвитку / Під ред. Т.А. Власовой, В.І.Лубовського, Н.А. Ципіной.- М.: Педагогіка, 1984.-С. 34-112.
33. Дробинская А.О., Фишман М.Н. Дети с трудностями в обучении (к вопросу об этиопатогенезе) // Дефектология. – 1996. – №5. – С.22 – 28.
34. Дробинская А.О. Ребёнок с задержкой психического развития: понять, чтобы помочь. – М.: Школьная Пресса, 2005. – 96 с.

35. Єгорова Т.В. Особливості пам'яті і мислення молодших школярів, що відстають у розвитку.-М.: Педагогіка, 1973.-276 с.
36. Забрамная С.Д., Романова Л.И. Об организации изучения учащихся вспомогательной школы //Дефектология. – 1978. – №5. – С.34.
37. Запорожець А.В. Развитие произвольных движений. – М.: АПН РСФСР, 1960. – 151с.
38. Ілляшенко Т.Д., Бастун Н.А., Сак Т.В. Діти із затримкою психічного розвитку та їх навчання. – К.: ІЗМН, 1997. – 128с.
39. Ілляшенко Т.Д. Діти із затримкою психічного розвитку в масовій школі //Початкова школа. – 1996. – №1. – С. 12 – 15.
40. Ілляшенко Т.Д., Рождественська М.В. Допоможіть дитині розвиватися (поради для батьків): Абетка. – Кам'янець – Подільський, 1998. – 103с.
41. Ильин Е.П. Психология физического воспитания: Учебник для институтов и факультетов физической культуры: 2-е изд., испр. и доп. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2000. – 480с.
42. Исаев Д.Н., Ефремов К.Д. Функциональные системы мозга и некоторые клинические формы психического недоразвития //Дефектология. – 1978. – №6. – С. 11 – 15.
43. Каданцева Г.А. Взаимосвязь познавательной и двигательной активности детей шести лет //Теория и практика физической культуры. – 1993. – №11 – 12. – С. 40 – 41.
44. Каданцева Г.А. Формирование познавательной активности дошкольников средствами физического воспитания: Автореф. дис. ...канд. пед. наук. – М., 1994. – 124с.
45. Калмыкова З.И. Особенности генеза продуктивного мышления детей с задержкой психического развития //Дефектология. – 1978. – №3. – С. 3 – 9.
46. Каменщикова Г.А. Методика оздоровления в процессе физического воспитания младших школьников с нормальным и замедленным

- психическим развитием: Автореф. дис. ... канд.пед.наук. – Челябинск, 2001. – 19с.
47. Колупаєва А.А. Проблеми державної підтримки дітей із особливими потребами в Україні /Актуальні проблеми виховання та навчання студентів із особливими потребами: Зб. наук. праць /За заг. ред. П.М. Таланчука, Г.В. Онкович. – К.: Університет “Україна”. 2000. – С. 27 – 29.
48. Кольцова М.М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка (роль двигательного анализатора в формировании высшей нервной деятельности). – М.: Педагогика, 1973. – 79с.
49. Калениченко І.О. Фізичний стан дітей із ЗПР.– К., 2002. – С. 20-95.
50. Круцевич Т.Ю. Методы исследования индивидуального здоровья детей и подростков в процессе физического воспитания. – К.: Олимпийская литература, 1999. – 232с.
51. Лазаренко Т.М. Психологічна адаптація до процесу навчання дітей 6-8 років із затримкою психічного розвитку: Автореф. дис. ... канд. психолог.наук. – К., 2001. – 21с.
52. Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии: Учебное пособие для студентов педагогических институтов. – М.: Просвещение. – 1991. – С. 48 – 71.
53. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. – М.: Изд-во МГУ, 1985. – С. 53 – 75.
54. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. – М.: М.: Просвещение, 1977. – 303с.
55. Липа В.О. Основы коррекционной педагогики. Учебное пособие. Донецк, 2001 – 203с.
56. Лубовский В.И. Основные проблемы ранней диагностики и ранней коррекции нарушений развития //Дефектология. – 1994. – №1. – С. 3 – 5.
57. Лубовский В.И. Общая психологическая характеристика младших школьников с задержкой психического развития //Обучение детей с задержкой психического развития. – М.: Просвещение, 1981. – С. 6 – 10.

58. Лубовський В.І. Вища нервова діяльність і психологічні особливості дітей із затримкою психічного розвитку//Дефектологія.-1992.-№ 2.-С.13-21.
59. Лускаєва Т.Д. Про вивчення специфіки структури пізнавальної діяльності дітей із затримкою психічного розвитку.-М.: Поліграфсервіс, 1998.-С. 45-53.
60. Мазепина Е.В. Эффективность применения игровых средств и методов физического воспитания для улучшения психофизического состояния детей 6-8 лет: Автореф.дис. ... канд.пед.наук. – М., 2001. – 22с.
61. Максимова С.Ю. Методика физического воспитания на основе ритмической гимнастики сюжетно-ролевой направленности для старших дошкольников с ЗПР: Автореф.дис. ... канд.пед.наук. – М., 2002. – 24с.
62. Максименко С.Д., Бондарь В.И., Бех И.Д. Психология формирования трудовых умений школьников: (Сравнительный анализ деятельности учащихся массовой и вспомогательной школ.). – К.: Рад.шк., 1980. – 110с.
63. Мастюкова Е.М. Клиническая диагностика в комплексной оценке психомоторного развития и прогноза детей с отклонениями в развитии //Дефектология. – 1996. – №5. – С 3 – 9.
64. Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция. – М.: Просвещение. – 1992. – 195с.
65. Марковська І.Ф. Затримка психічного розвитку. Клінічна нейропсихологічна діагностика.- М.: “Ейдос”, 1993.-126 с.
66. Методичні рекомендації до вивчення дітей із затримкою психічного розвитку /Укл. М.В. Рождественська; Пер. з рос. Е.Ф. Ващук. – К.: ІСДОУ, 1995. – 48с.
67. Миронова С.П. Підготовка вчителів до корекційної роботи в системі освіти дітей з вадами інтелекту: Монографія. – Кам’янець – Подільський: Абетка – НОВА, 2007. – 304с.
68. Нікашина Н.А. Педагогічне вивчення дітей із затримкою психічного розвитку// Дефектологія.-1982.- №5.-С.31-42.

69. Нижегородская Н.В., Шадриков В.Д. Психолого-педагогическая готовность ребёнка к школе. – М.: Владос, 2001.
70. Нижник Л.І., Сагірова О.С. Допомога дітям з особливими потребами. – Ред. загальнопед. газ., 2004 . – 120 с.
71. Особенности умственного развития учащихся школы с ЗПР/ Под ред. Ж.И.Шиф. – М.: Просвещение, 1985. – 343 с.
72. Певзнер М.С. Діти з відхиленнями в розвитку. – М.: вид.АПН РСФСР, 1966.-С. 46-93
73. Педагогічний словник /За редакцією дійсного члена АПН України Ярмаченко М.Д. – К.: Педагогічна думка, 2001. – 516с.
74. Пиаже Ж. Психология интеллекта: Избранные труды. – М., 1958. – Т.5. – 256с.
75. Пимонова Е.А. Содержание и методика физического воспитания детей 5 – 7 лет: Автореф. дис. ... канд.пед. наук. – М., 1990. – 23с.
76. Подъячева Н.П., Панкина Л.Н. Коррекционно-развивающее обучение детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития. Формирование основ математического мышления: Методическое пособие. – Ульяновск: ИПК ПРО, 2001. – 120с.
77. Подобед В.Л. Особливості короткочасної пам'яті дітей із затримкою психічного розвитку// Дефектологія.- 1981.-№ 5.-С. 45-53.
78. Подготовка к школе детей с задержкой психического развития. Кн. 2.: Тематическое планирование занятий/ Под ред С.Г. Шевченко, Р.Д. Триггер и др. – М.: Школьная Пресса, 2004. –108 с.
79. Практикум по олигофренопсихологии. Учебное пособие/Под ред. А.Д.,Виноградова, Е.И. Липецкая, Ю.Т. Мата сов и др.– Л., 1980.- 80 с.
80. Практикум з психології розумово відсталой дитини/Укл. А.Д.Виноградова.- М.: “Просвещение”,1985.-С. 23 – 46.
81. Психологический словарь / авт.-сост. В.Н. Копорулина, М.Н. Смирнова, Н.О. Гордеева, Л.М. Балабанова; Под ред. Ю.Л. Неймера. – Ростов-на-Дону: Фенікс, 2003. – 640 с.

82. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника: 3-е изд. М.: Просвещение, 1986.- 192 с.
83. Рейдибойм М.Г. Задержка психического развития. Клинико-психологическое обоснование дифференцированного отбора и обучения.- М., 1997.- 116 с.
84. Решетілова В. Корекція затримки психічного розвитку у дітей молодшого шкільного віку засобами фізичної культури //Фізична культура, спорт та здоров'я нації //Зб. наук. пр./ Редкол.: О.С. Куц та ін. – Київ – Вінниця: ДОВ “Вінниця”, 2000. – С. 318 – 320.
85. Решетняк О.В., Банникова Т.А. Особенности организации физического воспитания дошкольников, имеющих задержку психического развития //Научно-методический журнал, 2002. – №4. – С. 12 – 14.
86. Розвиток мотивів навчання в дітей 6-7 років. Особливості психічного розвитку дітей 6-7 літнього віку /Під ред. Д.Б. Ельконіна, А.Л. Венгера.- М.: 1988.-С. 45-98.
87. Сак Т.В. Особливості формування причинно – наслідкового мислення у дітей з затримкою психічного розвитку: Автореф.дис....канд.пед.наук. – К., 1997. – 24с.
88. Самоукіна Н.В. Ігрові методи в навчанні і вихованні.-М.: Педагогіка, 1992.-С. 76-93.
89. Сермеев Б.В. Пути повышения эффективности физического воспитания детей с отклонениями в развитии //Дефектология. – 1990. – №4. – С.7.
90. Снігур О.І. Руховий режим і розумовий розвиток дітей. – К.: Здоров'я, 1983. – С.4.
91. Стадненко Н.М. Індивідуальний підхід до дітей із ЗПР в процесі навчально-виховної роботи з ними. – К., 1983. – 35 с.
92. Стребелева Е.А. Коррекционно-воспитательная работа с детьми раннего возраста, имеющими нарушения в развитии //Дефектология. – 1997. – №2. – С. 50 – 55.

93. Синьов В.М. До побудови загальної теорії корекційної педагогіки: визначення предмету науки. – Науковий часопис НПУ ім. М.П.Драгоманова. Серія №19. Корекційна педагогіка та психологія: – К., НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2004. – №1. – 299с. С. 3 – 22.
94. Синьов В.М. Роль та завдання розумового виховання учнів із ЗПР // Питання дефектології. – К.: Радянська школа, 1980. – Випуск 13. – С. 10-15.
95. Спеціальна педагогіка: Понятійно-термінологічний словник / За редакцією академіка В.І. Бондаря.- Луганськ: Альма-матер, 2003.- 436 с.
96. Тарасюк С.О. Зовнішні чинники стимулювання соціально-комунікативної активності (СКА) дітей із затримкою психічного розвитку //Дефектологія. – 2001. – №1. – С. 11 – 12.
97. Ульєнкова У.В., Лебедева О.В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии.- М.: Академия, 2002.- С.21-56.
98. Ульянова У.В. Про особливості саморегуляції в інтелектуальній діяльності 6-літніх дітей із затримкою психічного розвитку//Дефектологія.- №4.-1982.-С. 35-43.
99. Фишман М.Н. Функциональная асимметрия мозга у детей с задержкой психического развития и умственной отсталостью //Дефектология. – 1996. – №4. – С. 3 – 7.
100. Шевченко Л.Е. Содержание и методика коррекционной работы средствами физического воспитания со старшими дошкольниками с задержкой психического развития: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. – Майкоп, 1999. – 24 с.
101. Шевченко С.Г. К вопросу о коррекции умственного и речевого развития детей с задержкой психического развития //Дефектология. – 1994. – №1. – С. 15 – 19.
102. Шилова Т.А. Психологічна типологія школярів з відставанням у навчанні і відхиленнями в поведженні.-М., 1995.- С. 34-56.

103. Шмаков С., Безбородова Н. Від гри до самовиховання: Збірник ігор-корекцій.-М.: Педагогіка, 1999.-С. 56-143.
104. Шмаргун В.М. Психолого-педагогічна корекція затримки психічного розвитку дітей молодшого шкільного віку (на основі занять фізичними вправами в умовах загальноосвітньої школи): Автореф. дис. ...канд. психол. наук. – К., 2000. – 19с.
105. Шмарина Е.В. Формирование познавательной деятельности младших школьников с ЗПР: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. – М., 2002. – 26с.
106. Эльконин Д.Б. Психология игры. – М.: ВЛАДОС, 1994. – 359с.