

ДІТИ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ

Поняття «діти з особливими освітніми потребами», широко охоплює всіх учнів, чиї освітні проблеми виходять за межі загальноприйнятої норми. Воно стосується дітей з особливостями психофізичного розвитку, обдарованих дітей та дітей із соціально вразливих груп (наприклад, вихованців дитячих будинків тощо).

У довідковій літературі **обдарованість** визначається комплексом задатків і здібностей, які потенційно за сприятливих умов дають змогу досягти значних успіхів у певному виді діяльності чи діяльностей. У шкільному віці обдарованих дітей нараховується близько 3-5 % від загальної дитячої популяції.

Діти з особливостями (порушеннями) психофізичного розвитку мають відхилення від нормального фізичного чи психічного розвитку, зумовлені вродженими чи набутими розладами.

ДІТИ З ОСОБЛИВОСТЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

Залежно від типу порушення виділяють такі категорії дітей:

- з порушеннями слуху (глухі, оглухлі, зі зниженим слухом);
- з порушеннями зору (сліпі, осліплі, зі зниженим зором);
- порушеннями інтелекту (розумове відсталі, із затримкою психічного розвитку);
- з мовленнєвими порушеннями;
- з порушеннями опорно-рухового апарату;
- зі складною структурою порушень (розумово відсталі сліпі чи глухі; сліпоглухонімі та ін.);
- емоційно-вольовими порушеннями та дітей з аутизмом

Поділяють:

- **вроджені порушення**, спричинені шкідливим впливом на плід генетичних факторів, інтоксикацій, інфекцій, травм, порушенням живлення, гормональним розладами, резусною несумісністю груп крові матері та дитини, впливом медичних препаратів, алкоголю наркотичних та отруйних речовин .

- набуті порушення зумовлені, переважно, різноманітними шкідливими впливами на організм дитини під час народження та у наступні періоди розвитку (механічні ушкодження плоду, тяжкі пологи, пологова асфіксія, крововиливи у мозок, інфекційні захворювання тощо).

Навчання та виховання дітей з порушеннями психофізичного розвитку здійснюється з урахуванням особливостей їхнього розвитку, використанням специфічних заходів та організаційних форм навчальної роботи, залежно від характеру розладу.

Діти з особливостями психофізичного розвитку мають, як і всі інші діти, певні права, серед яких і право на отримання якісної освіти. Так, діти з особливостями психофізичного розвитку мають юридичне право навчатися в масових загальноосвітніх школах.

ДІТИ, ЯКІ МАЮТЬ ТРУДНОЩІ У НАВЧАННІ

Серед причин навчальних труднощів переважають певні порушення психофізичного розвитку. Труднощі у навчанні пов'язані з функціональними обмеженнями слуху, мовлення, академічних здібностей, наочності, уваги, координації, сприйняття та переробки інформації, гнучкості мислення та ін. Учні, які мають такі проблеми відчувають труднощі запам'ятовування та відтворення інформації з пам'яті, концентрації уваги, застосування набутих знань, умінь та навичок тощо. Розглянемо окремі випадки, використовуючи класифікацію та термінологію, усталені в Україні.

Мовленнєві порушення

До таких порушень належать:

- дислалія (порушення звуковимови);
- порушення голосу (дисфонія та афонія);
- ринолалія (порушення звуковимови і тембру голосу, пов'язане з вродженим дефектом будови артикуляційного апарату);
- дизартрія (порушення звуковимови та мелодико-інтонаційної сторони мовлення, зумовлені недостатністю іннервації м'язів артикуляційного апарату);
- заїкання;

- алалія (відсутність або недорозвиток мовлення у дітей, зумовлене органічним ураженням головного мозку);
- афазія (повна або часткова втрата мовлення, спричинена органічним локальним ураженням головного мозку);
- загальний недорозвиток мовлення;
- порушення письма (дисграфія) та читання (дислексія).

Більшість цих порушень усувається в дошкільному та молодшому шкільному віці. Водночас, трапляються випадки, коли і в середніх та старших класах ці розлади не подолані.

Учні з мовленнєвими порушеннями мають функціональні або органічні відхилення у стані центральної нервової системи. Вони часто скаржаться на головні болі, нудоту, запаморочення. У багатьох дітей спостерігаються порушення рівноваги, координації рухів, недиференційованість рухів пальців рук та артикуляційних рухів. Під час навчання вони швидко виснажуються, втомлюються. Їм притаманні дратівливість, збудливість, емоційна нестійкість. У них спостерігається нестійкість уваги і пам'яті, низький рівень контролю за власною діяльністю, порушення пізнавальної діяльності, низька розумова працездатність; часто виникають невротичні реакції на зауваження, низьку оцінку чи несхвальні висловлювання вчителя чи дітей.

Особливу групу серед дітей з порушеннями мовлення складають діти з розладами процесів читання і письма.

Труднощі сприйняття тексту (дислексія) характеризується як нездатність сприймати друкований чи рукописний текст і трансформувати його у слова.

При дислексії під час читання спостерігаються такі типи помилок: заміни і змішування звуків, частіше близьких за акустико-артикуляційними ознаками; побуквенне читання; спотворення звуко-складової структури слова, що проявляються у пропусках приголосних (при збігу) і голосних, додаваннях, перестановках, пропусках звуків і складів; вади розуміння прочитаного, які проявляються на рівні окремого слова, речення, тексту в цілому (без розладів технічної сторони читання); аграматизми, що проявляються на аналітико-синтетичному і синтетичному етапах опанування навички читання (проблеми у використанні

відмінкових закінчень, закінчень дієслів, узгодження іменника й прийменника тощо).

Допомога таким дітям має бути комплексною і здійснюватися групою спеціалістів: невропатологом, логопедом, психологом, педагогом. Ефективність роботи значною мірою визначається своєчасністю вжитих заходів та вибором оптимального методу й темпу навчання.

Порушення опанування письма - дисграфія - спотворення чи заміна букв, викривлення звуко-складової структури слова, порушення злитого написання слів і речень, аграматизми. В основу класифікації дисграфії покладено несформованість певних операцій процесу письма:

- артикуляційно-акустична дисграфія проявляється в замінах, пропусках букв, які відповідають пропускам і замінам звуків в усному мовленні;

- дисграфія на основі порушення фонематичного розпізнавання проявляється в замінах букв відповідних фонематично близьким звукам, хоча в усному мовленні звуки вимовляються правильно; (робота щодо усунення цих двох видів розладів спрямовується на розвиток фонематичного сприймання: уточнення кожного звука, який заміщується, вироблення артикуляційного та слухового образів звуків);

- дисграфія на основі порушення мовного аналізу і синтезу, що проявляється у спотворенні звуко-буквеної структури слова, поділі речень на слова;

- граматична дисграфія пов'язана з недорозвитком граматичної будови мовлення (морфологічних та синтаксичних узагальнень);

(робота щодо усунення цих двох видів розладів спрямована на уточнення структури речення, розвиток функцій словозміни, словотворення, вміння аналізувати склад слова за морфологічними ознаками)

- оптична дисграфія пов'язана з недорозвитком зорового аналізу і синтезу та просторових уявлень, що проявляється в замінах і спотворенні букв на письмі, до оптичної дисграфії належить і дзеркальне письмо;

(робота спрямовуватися на розвиток зорових сприймань, розширення й уявлення зорової пам'яті, формування просторових уявлень і розвиток зорового аналізу і синтезу).

Заїкання - одне з найскладніших і тривалих мовленнєвих порушень. Медики характеризують його як невроз (дискоординацію скорочень м'язів мовленнєвого апарату). Педагогічне трактування: це розлад темпу, ритму, плавності мовлення судомного характеру. Психологічне визначення: це розлад мовлення з переважним порушенням його комунікативної функції. Мовна судома перериває мовленнєвий потік зупинками різного характеру. Судоми виникають тільки при продукуванні мовлення. Заїкання буває невротичне та неврозоподібне.

При заїканні з дитиною працюють логопед, невропатолог, психотерапевт, психолог, педагог. Лише команда, до складу якої входять ці фахівці, може кваліфіковано розробити комплексні заходи щодо подолання заїкання.

Логопед може призначити охоронну терапію - режим мовчання, а лікар - проведення усього комплексу лікування, яке рекомендоване при невротичних станах у дітей. Незалежно від форми заїкання, усім дітям паралельно з логопедичними, необхідні заняття з логоритміки, медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування.

Кілька порад вчителіві

- Коли ви помітили, що у вашому класі є учень, який має схожі труднощі, проконсультуйтеся з учителями, котрі навчали дитину в попередні роки.
- Зверніться до психолога та логопеда, поговоріть з батьками. Виконуйте усі настанови та рекомендації фахівців.
- Від складу команди, яку ви організуєте, залежатиме правильність визначення діагнозу, стратегії корекційної допомоги та вибір необхідних засобів для успішного навчання дитини у вашому класі.
- Запитуйте у учня про труднощі, які він/вона відчуває під час сприйняття, обробки, застосування інформації (нового матеріалу). З'ясуйте, яку інформацію учень не сприймає.

- Запропонуйте інший спосіб (якщо учень не може читати, поясніть усно, якщо не сприймає на слух - подайте у письмовому вигляді).
- Виконуйте всі рекомендації логопеда, інших фахівців, батьків щодо спеціальних вправ та адаптації матеріалу для конкретного учня.
- Дізнайтеся про можливості використання спеціальних комп'ютерних програм (наприклад, перетворення друкованого тексту в аудіо відтворення), інших технічних засобів, залежно від особливостей навчання конкретного учня.

ДІТИ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

Затримка психічного розвитку може зумовлюватися багатьма чинниками.

Зокрема, це: спадкова схильність, порушення функціонування мозку в період внутрішньоутробного розвитку, пологові ускладнення, хронічні й тривалі захворювання в ранньому дитинстві, невідповідні умови виховання тощо.

Залежно від цих факторів виділяють різні форми затримки.

- Конституціонального та соматогенного походження - дитина мініатюрна і зовні тендітна, структура її емоційно-вольової сфери відповідає більш ранньому вікові, часті хвороби знижують вимогливість батьків, загальна слабкість організму знижує продуктивність її пам'яті, уваги, працездатності, гальмує розвиток пізнавальної діяльності.

- Психогенного походження - зумовлена невідповідними умовами виховання (надмірна опіка чи недостатнє піклування про дитину). Розвиток затримується внаслідок обмеження комплексу подразнень, інформації, що надходить з оточуючого середовища.

- Церебрально-органічного походження - найстійкіша і найскладніша, зумовлена ураженням головного мозку дитини внаслідок патологічних впливів (переважно у другій половині вагітності). Характеризується зниженою навчованістю з огляду на низький рівень розумового розвитку і проявляється у труднощах засвоєння навчального матеріалу, відсутності пізнавального інтересу та мотивації навчання.

Значна частина дітей із затримкою психічного розвитку, отримавши своєчасну корекційну допомогу, засвоює програмовий матеріал і "вирівнюється" по закінченні початкової школи. Водночас, чимало учнів і в наступні роки шкільного навчання потребують особливих умов організації педагогічного процесу через значні труднощі у засвоєнні навчального матеріалу.

Учень, який має подібні труднощі, потребує ретельного психолого-педагогічного вивчення для визначення оптимальних та ефективних методів навчання. Робота з батьками таких дітей має виключно важливе значення, оскільки їхнє розуміння природи труднощів і відповідна допомога в колі родини сприятимуть подоланню труднощів у навчанні.

Кілька порад вчителеві

- Зосередьте увагу на сильних сторонах учня і спирайтеся на них у процесі навчання. Водночас, будьте готові, що доведеться поступово заповнювати прогалини у знаннях, вміннях і навичках учня.
- Подавайте зміст навчального матеріалу невеликими частинами, використовуючи мультисенсорний підхід (слуховий, візуальний, маніпуляційний). Якомога більше повторюйте та закріплюйте вивчене.
- Заохочуйте учня, підтримуйте позитивну мотивацію навчання.
- Дещо сповільніть темп навчання, зважаючи на знижені психічну витривалість і розумову працездатність учня. Будьте терплячими, якщо учневі необхідно пояснити чи показати щось багаторазово. Віднайдіть оптимальний варіант взаємодії з ним (поясніть новий матеріал до уроку, на занятті дайте письмовий тезовий план, алгоритм дій тощо).
- Розчленовуйте завдання на окремі невеликі частини. Якщо необхідно - складайте письмовий алгоритм поетапного виконання завдання. Усні інструкції давайте по одній, доки учень не навчиться утримувати у пам'яті одразу кілька.
- Практикуйте прикладне застосування набутих учнем знань.

- Спільно з учнем покроково аналізуйте виконання завдання.
- Урізноманітнюйте навчальну діяльність, однак, забезпечуйте плавний перехід від одних видів діяльності до інших.
- Завдання мають відповідати можливостям учнів та виключати відчуття стійких невдач.
- Надавайте учням достатньо часу для виконання завдання та практичного застосування нових умінь і навичок, водночас, надто тривале виконання однієї вправи може стомити його.
- Не перекладайте подолання проблем у навчанні виключно на батьків. Допомагайте їм усвідомлювати найменші успіхи учня та закріплювати їх. Учні з труднощами у навчанні потребують не авторитарних підходів у сімейних стосунках, а виваженого, доброзичливого ставлення до дитини.
- Подолання труднощів у навчанні - це результат спільної тривалої та копіткої роботи педагогів, психологів, батьків і навіть терапевтів.

ДІТИ ІЗ ПОРУШЕННЯМ ЗОРУ

На сьогодні в Україні порушення зору посідають перше місце серед інших розладів. До цієї групи належать сліпі (близько 10%) та слабозорі (люди зі зниженим зором). Сліпими вважаються особи, у яких повністю відсутні зорові відчуття або ж ті, котрі мають лише незначну частку світловідчуттів (гострота зору до 0,004). Слабозорими - ті, хто має значне зниження зору (в межах від 0,05 до 0,2 при використанні коригуючих окулярів).

Основною причиною зниження гостроти зору є вроджені захворювання або аномалії очей (70% випадків). Фактори, що спричиняють аномалії очей надзвичайно різноманітні. Серед ендогенних (внутрішніх) - спадковість, гормональні порушення у матері та плоду, резус-несумісність, вік батьків, порушення обміну речовин тощо. До ендогенних (зовнішніх) факторів можна віднести різноманітні інтоксикації, інфекційні та вірусні захворювання та ін.

Серед поширених розладів органів зору - мікрофтальм, анофтальм, катаракта, глаукома, атрофія зорового нерва, дегенерація сітківки, астигматизм, короткозорість, далекозорість і т. ін.

Захворювання очей призводить до складних порушень зорової функції - знижується гострота, звужується поле зору, порушується просторовий зір.

Внаслідок неповного чи спотвореного сприйняття довкілля уявлення таких дітей певною мірою збіднені, фрагментарні, одержана інформація погано запам'ятовується. Діти відчують труднощі під час читання, письма, практичних робіт; швидко стомлюються, що зумовлює зниження розумової та фізичної працездатності. Саме тому вони потребують дозованого зорового навантаження та охоронного режиму під час організації навчального процесу.

З огляду на те, що упродовж навчання зір учнів може змінюватися (відповідно змінюватимуться офтальмологічні рекомендації), необхідна скоординована робота педагогів, шкільного лікаря, офтальмолога та батьків, які мають тримати під контролем допустимі фізичні та зорові навантаження учня.

Організовуючи навчальний процес для таких учнів, педагог має враховувати офтальмологічні дані щодо ступеня зниження зору, характеру захворювання, особливостей його перебігу та прогнозу на майбутнє (можливість погіршення чи покращення). З огляду на це, вчитель має бути поінформованим з рекомендаціями офтальмолога стосовно використання звичайних і спеціальних засобів корекції (окуляри, контактні лінзи тощо) та додаткових засобів, що покращують зір (збільшувані лінзи, проектори, тифлоприлади, аудіозаписи, спеціальні комп'ютерні програми, що трансформують письмовий текст у звуковий та ін.). Педагог має знати кому з учнів окуляри призначені для постійного використання, а кому для роботи лише на далекій чи близькій відстані та контролювати дотримання дітьми визначеного режиму.

Лікар має надати рекомендації щодо освітлення робочого місця учня (це не завжди перша парта чи місце біля вікна).

Кілька порад вчителіві

- Через кожні 10-15 хвилин учень має 1-2 хвилини перепочити, роблячи спеціальні вправи.
- Освітлення робочого місця учня має бути не менше 75-100 кд/м².
- Приберіть усі перешкоди на шляху до робочого місця учня.
- В унаочненнях доцільно збільшити штифт, фон зробити не білим, а світло-жовтим чи світло-зеленим.
- Пишучи на класній дошці, намагайтеся розташовувати матеріал так, щоб в учня він не зливався в суцільну лінію. З'ясуйте, написи яким кольором крейди учень бачить краще.
- Давайте можливість учням підійти до дошки чи унаочнення, щоб краще роздивитися написане.
- Озвучуйте все, що пишете.
- Намагайтеся все, що пишете на дошці, продублювати роздатковим матеріалом.
- Зверніть увагу на якість роздаткового матеріалу: має бути матовий, а не глянцевий папір, шрифт великим і контрастним.
- Учневі з порушенням зору потрібно більше часу на виконання вправ, читання тексту. Не переобтяжуйте учня читанням великих текстів під час самостійного опрацювання матеріалу, краще поясніть ще раз усно, переконайтеся, що він все зрозумів.
- З таких предметів як література, історія, географія тощо можна використовувати аудіозаписи. Такі організації як УТОС мають аудіо бібліотеки літературних творів та інших навчальних матеріалів, якими вчитель може скористатися для індивідуалізації занять зі слабозорими учнями.
- Доцільно переглянути вимоги до письмових робіт. Іноді слабозорому учневі необхідно писати з використанням

трафарету, щоб правильно розташувати текст на сторінці та дотримуватися рядків.

- Частіше перевіряйте розуміння учнем матеріалу, який подається на уроці.
- Стежте за поставою учня, водночас, не обмежуйте його, коли він надто близько підносить тексти до очей.
- Дитина може погано бачити вираз вашого обличчя і не розуміти, що ви звертаєтеся саме до неї. Краще підійти до учня, і торкаючись його, звернутися на ім'я.
- Не робіть зайвих рухів і не затуляйте учневі джерело світла, не використовуйте невербальні засоби спілкування (кивання головою, рухи рук тощо).

ДІТИ ІЗ ПОРУШЕННЯМ СЛУХУ

Поняття «порушення слуху» часто використовується для описання широкого діапазону розладів, пов'язаних зі зниженням слуху, що включає і глухоту. 6 із 1000 новонароджених дітей мають порушення слуху, в 1 із 6 фіксують глухоту.

Серед поширених причин зниження слуху можна назвати: пологові травми, інфекційні захворювання, отити, запалення, наслідки вживання певних медичних препаратів тощо.

Глухота визначається як цілковита відсутність слуху або його значне зниження, внаслідок якого сприймання та розпізнавання усного мовлення неможливе.

Порівняно з глухими, діти зі зниженим слухом (слабочуючі) мають слух, який з допомогою аудіопідсилювальної апаратури, дає змогу сприймати мовлення оточуючих та самостійно опановувати мовлення (хоч і певною мірою спотворено). Загалом, діти, які мають втрату слуху від 15 до 75 дБ вважаються слабочуючими, вище ніж 90 дБ - вважаються глухими (за педагогічною класифікацією).

За статистичними даними близько 10-12% населення має той чи інший ступінь зниження слуху.

Частково зниження слуху компенсується слуховими апаратами та кохлеарними імплантами. За належних умов навчання у дітей з порушеним слухом формується мовленнєве

спілкування та розвивається мовленнєвий слух, що дає їм можливість достатньо успішно навчатися у звичайних школах, отримувати вищу та професійну освіту.

Водночас, необхідно враховувати певні особливості учнів з порушеннями слуху. Деякі слабочуючі можуть чути, однак сприймають окремі звуки спотворено, особливо початкові і кінцеві звуки у словах. В цьому випадку потрібно говорити дещо гучніше і чіткіше, добираючи прийнятну для учня гучність. В інших випадках потрібно знизити висоту голосу, оскільки учень не в змозі сприймати на слух високі частоти. В будь-якому випадку вчитель має ознайомитися з медичною картою учня, проконсультуватися зі шкільним лікарем, отоларингологом, сурдопедагогом, логопедом, батьками, вчителями, у яких навчався учень у попередні роки щодо створення та дотримання особливих умов його навчання. Порадьтеся з фахівцями стосовно можливостей індивідуального слухового апарату учня, спеціальних вправ для розвитку мовного дихання, відпрацювання вимови.

Кілька порад вчителеві

- Навчіться перевіряти справність слухового апарату дитини.
- Ознайомтеся зі спеціальними технічними засобами, які сприятимуть ефективності навчального процесу. Доцільно, аби навчальний заклад придбав необхідну апаратуру.
- Учень має сидіти достатньо близько, добре бачити вчителя, однокласників та унаочнення. Він має чітко бачити артикуляційний апарат усіх учасників уроку.
- Використовуйте якомога більше унаочнень.
- Стежте за тим, щоб учень отримував інформацію в повному обсязі. Звукову інформацію необхідно підкріплювати та дублювати зоровим сприйняттям тексту, таблиць, опорних схем тощо.
- Починаючи розмову, приверніть увагу учня: назвіть його на ім'я чи торкніться його руки. Звертаючись і розмовляючи з учнем,

дивіться на нього, щоб він міг бачити усі ваші рухи (артикуляцію, вираз обличчя, жести, мову тіла).

- Перед тим, як розпочати повідомлення нового матеріалу, інструкцій щодо виконання завдання тощо, переконайтеся, що учень дивиться на вас і слухає.
- Не затуляйте обличчя руками, не говоріть обернувшись до учня спиною. Якщо необхідно - зробіть запис на дошці, а потім, повернувшись обличчям до класу, повторіть написане та прокоментуйте.
- Говоріть достатньо гучно (але не надто - це спотворює слова), в нормальному темпі, не перебільшуючи артикуляцію, рухи губами.
- Час від часу переконуйтеся, що учень вас розуміє. Не вважатиметься нетактовним запитати його про це. Якщо учень просить щось повторити, спробуйте перефразувати повідомлення, вживаючи короткі прості речення.
- Якщо ви не зрозуміли відповідь учня, попросіть його повторити ще раз чи написати те, що він хотів повідомити.
- Якщо ви повідомляєте складний матеріал, що містить терміни, формули, дати, прізвища, географічні назви, доцільно надати його учневі в письмовій формі. Використовуйте роздатковий матеріал, що найповніше передає зміст уроку.
- Переконайтеся, що всі слова в тексті зрозумілі. По можливості спрощуйте текст.
- Ініціюйте мовленнєве спілкування учня. Не перебивайте його, дайте можливість висловити думку.

ДІТИ ІЗ ПОРУШЕННЯМ ОПОРНО - РУХОВОГО АПАРАТУ

Такі розлади спостерігаються у 5-7 % дітей і можуть бути вродженими чи набутими. Серед порушень опорно-рухового апарату виділяють:

- захворювання нервової системи: дитячий церебральний параліч; поліомієліт;

- вроджені патології опорно-рухового апарату: вроджений вивих стегна, кривошия, клишоногість та інші деформації стоп; аномалії розвитку хребта (сколіоз); недорозвиток і дефекти кінцівок: аномалії розвитку пальців кисті; артрогрипоз (природжене каліцтво);
- набуті захворювання та ураження опорно-рухового апарату: травматичні ушкодження спинного мозку і кінцівок; поліартрит; захворювання скелету (туберкульоз, пухлини кісток, остеомієліт); системні захворювання скелету (хондродитрофія, рахіт).

У всіх цих дітей провідним порушенням є недорозвиток, порушення або втрата рухових функцій. Домінуючим серед цих розладів є дитячий церебральний параліч (близько 90%).

Для пристосування соціального середовища, необхідно підготувати вчителів та учнів школи, класу до сприйняття ними дитини з такими порушеннями як звичайного учня.

ДІТИ ІЗ ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ (ДЦП)

Церебральний параліч виникає внаслідок уражень мозку плоду у допологовий період та під час пологів. Серед факторів, що призводять до церебрального паралічу - киснева недостатність, пологові черепно-мозкові травми, інтоксикація в період вагітності, інфекційні захворювання тощо. Частота дитячого церебрального паралічу у популяції- 1,7 випадків на 1000 дітей.

Характерними для ДЦП є рухові розлади (паралічі, неповні паралічі), неспроможність контролювати та координувати рухи, мимовільність рухів, порушення загальної та дрібної моторики, рівноваги, просторової орієнтації, мовлення, слуху та зору, залежно від того, які відділи мозку зазнали ураження, підвищена виснажуваність, нестійкий емоційний тонус. Ці стани можуть посилюватися при хвилюванні, несподіваному зверненні до дитини, перевтомі, намаганнях виконати певні цілеспрямовані дії. Чим значніші ураження мозку, тим сильніші прояви церебрального паралічу. Проте церебральний параліч не прогресує з часом.

Залежно від тяжкості ураження, такі діти можуть пересуватися самотійно, на милицях, за допомогою "ходунка", у візку. Водночас, чимало з них можуть навчатися у звичайній

школі за умови створення для них безбар'єрного середовища, забезпечення спеціальним устаткуванням (пристрої для письма; шини, які допомагають краще контролювати рухи рук; робоче місце, що дає змогу утримувати певне положення тіла тощо).

Зазвичай, діти із церебральним паралічем можуть потребувати різних видів допомоги. Спеціальне навчання та послуги можуть охоплювати фізичну терапію, окупаційну терапію та логопедичну допомогу.

Фізична терапія допомагає розвивати м'язи, навчитися краще ходити, сидіти та утримувати рівновагу.

Окупаційна терапія допомагає розвивати моторні функції (одягатися, їсти, писати, виконувати повсякденні дії).

Логопедичні послуги допомагають розвивати комунікаційні навички, коригувати порушену вимову (що пов'язано зі слабкими м'язами язика та гортані).

На додаток до терапевтичних послуг та спеціального обладнання дітям із церебральним паралічем може знадобитися допоміжна техніка. Зокрема:

Комунікаційні пристрої (від найпростіших до найскладніших). Комунікаційні дошки, наприклад, з малюнками, символами, буквами або словами. Учень може спілкуватися вказуючи пальцем або очима на малюнки, символи. Існують і більш складні комунікаційні пристрої, в яких використовуються голосові синтезатори, що допомагають „розмовляти” з іншими.

Комп'ютерні технології (від простих електронних пристроїв до складних комп'ютерних програм, які працюють від простих адаптованих клавіш).

Кілька порад вчителеві

- Дізнайтеся більше про церебральний параліч, про організації, які надають допомогу та джерела, з яких ви можете отримати корисну інформацію.
- Інколи вигляд учня з церебральним паралічем справляє враження, що він не зможе навчатися як інші. Зосередьте увагу на конкретній дитині і дізнайтеся безпосередньо про її особисті потреби і здібності.

- Проконсультуйтеся з іншими вчителями, які у попередні роки навчали дитину, стосовно організації навчального середовища для саме цього учня. Батьки найкраще знають потреби своєї дитини. Вони можуть чимало розповісти про особливі потреби та можливості учня. Залучивши у свою команду фізіотерапевта, логопеда та інших спеціалістів, ви зможете використати найкращі підходи для конкретного учня, з огляду на його індивідуальні та фізичних можливості.
- Шлях учня до його робочого місця має бути безперешкодним (зручне відкривання дверей, достатньо широкі проходи між партами тощо). Продумайте, яким чином він діставатиметься класу, пересуватиметься у межах школи, користуватиметься туалетом тощо. Ймовірно у закладі доведеться зробити певні архітектурні зміни (пандус, спеціальні поручні, пристосування у туалеті тощо)
- Можливо знадобиться, щоб хтось з персоналу чи учнів завжди був готовий допомогти учневі з церебральним паралічем (потримати двері доки заїде візок, під час подолання сходів чи порогів тощо). Такі помічники мають бути проінструктованими спеціалістом (ортопедом, фізіотерапевтом, інструктором з лікувальної фізкультури).
- Навчіться використовувати допоміжні технології. Знайдіть експертів у школі та поза її межами, які б допомогли вам. Допоміжні технології можуть зробити вашого учня незалежним (спеціальні пристрої для письма, додаткове устаткування для комп'ютера тощо).
- З допомогою фахівців чи батьків облаштуйте робоче місце учня з урахуванням його фізичного стану та особливостей розвитку навчальних навичок (для утримання постави у зручному положенні, для обмеження мимовільних рухів, полегшення письма, читання).
- Проконсультуйтеся з фізіотерапевтом стосовно режиму навантаження учня, необхідних перерв і вправ. Нагадуйте про це учневі та стежте, щоб він не перевтомлювався.

- Іноді у дітей з церебральним паралічем може спостерігатися зниження слуху на високочастотні тони, водночас, зберігається на низькі. Намагайтеся говорити на нижчих тонах, переконайтеся, що учень добре чує звуки т, к, с, п, є, ф, ш.
- Знизьте вимоги до письмових робіт учня. Можливо йому буде зручно використовувати спеціальні пристосування, комп'ютер чи інші технічні засоби.
- Стежте, щоб необхідні матеріали, навчальне приладдя, унаочнення були у межах досяжності учня.
- Не обтяжуйте учня надмірним піклуванням. Допмагайте, коли напевно знаєте, що він не може щось подолати, або коли він звернеться по допомогу.
- Учневі необхідно більше часу для виконання завдання. Адапуйте вправи відповідним чином, розробіть завдання у вигляді тестів тощо.

ДІТИ ІЗ ГІПЕРАКТИВНІСТЮ ТА ДЕФІЦИТОМ УВАГИ

Один з поширених розладів, притаманний за різними даними 3-5 - 8-15% дітей та 4-5% дорослих. Причини цього стану досі вивчаються. Серед факторів, що спричиняють його, можна виділити спадкові та соматичні порушення (соматичний - від грец. - тіло, тілесний - у медичній практиці використовується для визначення явищ, які пов'язані з тілом, на відміну від явищ психічного характеру. Хвороби за цією ознакою поділяють на соматичні та психічні). У таких дітей спостерігається комплекс клінічних, фізіологічних, психологічних і біохімічних змін, іноді певні мінімальні мозкові дисфункції (збірна група різних паталогічних станів, які проявляються у комбінованих порушеннях сприймання, моторики, уваги) тощо. Водночас, такий стан може нагадувати низку інших порушень: неврози, затримку психічного розвитку, аутизм, деякі психічні розлади та ін. Іноді гіперактивність з дефіцитом уваги важко відмежувати від нормального розвитку з характерною для певного віку руховою активністю, від особливостей темпераменту окремих дітей. Зазвичай цей стан частіше спостерігається у хлопчиків.

Серед характерних ознак гіперактивності з дефіцитом уваги можна виділити надмірну активність, порушення уваги, імпульсивність у соціальній поведінці, проблеми у стосунках з оточуючими, порушення поведінки, труднощі у навчанні, низьку академічну успішність, низьку самооцінку тощо.

Якщо дитині вчасно не надається психолого-педагогічна допомога, у підлітковому віці цей стан може перерости в антисоціальну поведінку.

Педагог, помітивши ознаки гіперактивності із дефіцитом уваги, має залучити до команди фахівців психолога, невропатолога, терапевта, батьків. В окремих випадках може знадобитися медикаментозне лікування. У повсякденній роботі та спілкуванні з учнем всі члени команди мають дотримуватися виробленої спільної стратегії поведінки. Корисними будуть і сімейні психологічні тренінги, які знизять рівень стресу в родині, зменшать ймовірність конфліктів у соціальній взаємодії з дитиною, вироблять у батьків навички позитивного спілкування з нею.

Кілька порад вчителеві

- Найдоцільніше посадити учня за першу парту, він менше відволікатиметься.
- Розклад уроків має враховувати обмежені можливості учня зосереджуватися та сприймати матеріал.
- Види діяльності на уроці мають бути структурованими для учня у вигляді картки чітко сформульованих дій, алгоритму виконання завдання.
- Вказівки мають бути короткими та чіткими, повторюватися кількаразово.
- Учневі важко зосередитися, тому його потрібно кількаразово спонукати до виконання, контролювати цей процес до його завершення, адаптувати завдання таким чином, щоб учень встигав працювати у темпі всього класу.
- Домагайтеся виконання завдання і перевіряйте його.

- Знаходьте різноманітні можливості для виступу учня перед класом (наприклад, як саме виконував завдання, що робив під час чергування, як готував творчу роботу тощо).
- Навчальний матеріал потрібно по можливості унаочнити настільки, щоб він утримував увагу учня і був максимально інформативним.
- Хваліть дитину, використовуйте зворотній зв'язок, емоційно реагуйте на найменші її досягнення, підвищуйте її самооцінку, статус у колективі.
- Необхідно постійно заохочувати учня, рідше явно вказувати на хиби, віднаходити коректні способи вказати на помилки.
- Потрібно виробляти позитивну мотивацію у навчанні.
- Спирайтеся на сильні сторони учня, відзначаєте його особливі успіхи, особливо у діяльності, до якої він виявляє інтерес.
- У разі епатажних чи неадекватних проявів чи дій учня, дотримуйтеся тактики поведінки, обраної командою фахівців.
- Тісно, якомога частіше спілкуйтеся і співпрацюйте з батьками учня.

ДІТИ ІЗ РАННІМ ДИТЯЧИМ АУТИЗМОМ (НЕКОНТАКТНІ ДІТИ)

Обмежена товариствість дитини може бути наслідком різних причин: боязкості, вразливості, лякливості, емоційних порушень (депресії), незначної потреби у спілкуванні.

Характеристика особливостей мало контактних дітей:

- 1) невміння організовувати спільну гру та встановлювати дружні стосунки з однолітками;
- 2) відсутність чуйності до людей, байдужість до проявів любові, фізичного контакту;
- 3) уникнення емоційних прихильностей, негативістичні реакції на прохання;
- 4) недостатність очного контакту і мімічного реагування

5) підвищений рівень тривоги від контакту з іншими людьми

Ці особливості можуть бути спричинені специфічним психічним захворюванням – ранній дитячий аутизм.

Частота прояву хвороби 1:800 дітей. РДА часто плутають з дитячою шизофренією (спільні ознаки: фантазії, мутизм). Причиною аутичних проявів можуть бути холодність та відчуженість матері зі слабкою емоційною прихильністю до дитини, недостатнє заохочення, тривала депривація (відсутність матері). У внутріутробному періоді причинами виникнення аутизму можуть бути краснуха, кисневе голодування).

Низка особливостей дітей з синдромом РДА:

- 1) нерухомий або «наскрізний» погляд;
- 2) не любить фізичний контакт, уникає обіймів;
- 3) неадекватна реакція на нове;
- 4) відсутність контакту з однолітками (не спілкується, спроби втекти);
- 5) любить іграшки звукові і ті, що рухаються;
- 6) агресія до тварин, дітей, аутоагресія ;
- 7) затримка навичок жування, самообслуговування;
- 8) відмова від спілкування, ехолалії, мова про себе в 3 особі: «Оленка не може поїсти»;

Допомога дитині : заняття з психологом, забезпечення уваги і любові, почуття безпеки, привчати до доторкувань, мімічних реагувань, самостійності, музики, віршів, складання пазлів.

Корекційна робота при аутизмі.

Корекційна робота з аутистами орієнтовно розділяється на два етапи.

Перший етап: «Встановлення емоційного контакту, подолання негативізму у спілкуванні з дорослими, нейтралізація страхів».

Дорослим слід пам'ятати про 5 «не»:

- 1) не говорити голосно;
- 2) не робити різких рухів;
- 3) не дивитись пильно в очі дитині;
- 4) не звертатись прямо до дитини;
- 5) не бути занадто активним і нав'язливим.

Для встановлення контакту треба знайти підхід, що відповідає можливостям дитини, визвати її на взаємодію з дорослим. Контакти і спілкування базуються на підтриманні елементарних, не відповідних віку, ефективних проявах і стереотипних діях дитини посередництвом гри. Наприклад: дитина махає руками – дорослий організовує гру «Метелики літають», дитини бігає по колу – гра «Дожену» і т.д. Для організації початкових етапів спілкування дорослий повинен спокійно і зосереджено займатись чимось, наприклад, розмальовувати щось, пересипати мозаїку і т.д. Вимоги спочатку повинні бути мінімальні. Успіхом можна вважати те, що малюк погоджується бути поряд, пасивно слідує за діями дорослого. Якщо дитина не виконує завдання, її увагу слід переключити на більш легке, не можна наполягати, доводити дитину до негативної реакції. Після закінчення завдання треба разом порадіти успіху. Для підняття настрою організовуються ігри з емоційними яскравими враженнями: музикою, світлом, водою, кульками, мильними бульбашками. Хвилини сенсорної аутостимуляції, звичні для аутичних дітей (часто проявляють потяг до світла, води, музики), посилюють в таких іграх необхідний навчальний момент. Емоційний дискомфорт дитини зменшується шляхом постійного контролю. Одним з показників такого стану є моторика (визначити, наскільки малюк скутий), а також здавленість та сила голосу, посилення стереотипних рухів.

Пом'якшенню страхів сприяють спеціальні ігри, в яких підкреслюється безпечність ситуації.

Потрібно ретельно підбирати ігри, книжки, вірші, відкидаючи ті, що можуть емоційно травмувати дитину.

Другий етап: «Подолання труднощів цілеспрямованої діяльності дитини.»

Навчання спеціальним нормам поведінки, розвиток здібностей.

Для дітей з аутизмом дуже важлива цілеспрямована діяльність. Вони швидко втомлюються, відволікаються, навіть від цікавих занять. Попередженню цього сприяє часта зміна видів діяльності і врахування бажання і готовності дитини взаємодіяти з педагогом. Змістовою стороною занять з дитиною є діяльність,

яку вона любить, яка додає стану приємних сенсорних відчуттів, тобто потрібно враховувати інтереси та уподобання дитини.

На початку роботи з дитиною активно обігруються її стереотипи.

Під час навчання дорослий знаходиться позаду дитини, непомітно надає допомогу, створює відчуття самостійного виконання дії.

Потрібно дозувати похвалу, щоб не виробити залежності від підказки. Неадекватна реакція у дитини свідчить про перевтому або нерозуміння задачі.

У дитини з аутизмом є специфічна потреба у збереженні постійності в обстановці, слідування заведеному порядку. Потрібно використовувати режим, розклад, картинки, малюнки, чергувати працю і відпочинок.

Специфічні прийоми треба використовувати для соціальної адаптації. Дорослий повинен не лише зацікавити дитину, а зрозуміти внутрішній світ, стати на її позицію розуміння дійсності.

Перш за все, коригується емоційна сфера. Емоційні процеси в нормі є тією сферою психічного буття, котра заряджає та регулює всі останні функції: пам'ять, увагу, мислення і т.д. Нажаль, у дітей-аутистів з великими зусиллями формуються вищі почуття: співчуття, співпереживання. Не формується у них правильне емоційне реагування в різноманітних ситуаціях, розрізнення емоційних станів за зовнішніми проявами (через міміку, жести, пантоміміку), розуміння суті поведінкових реакцій та, відповідно, реагування на них. На це спрямована робота з корекції емоційно-афективної сфери.

На основі результатів обстеження дитини складається індивідуальна програма корекції.

Кілька порад вчителеві

- встановити позитивний емоційний контакт
- використовуються стереотипи дитини
- навчати дитину мові почуттів, фіксувати увагу на емоційному стані людей і тварин

- навчати поведінковій етиці на емоційній основі, аналізувати світ емоцій. В подальшому розвиток творчих здібностей та уяви дозволяє дитині адекватно сприймати літературні казки
- педагогам не слід використовувати травмуючі слова: «ти злякався...», « не вийшло...». Завдання педагога – попередити наростання негативізму, подолати комунікативний бар'єр
- одним з напрямків роботи є соціально-побутова адаптація дітей, формування навичок самообслуговування .

ПСИХІЧНИЙ ІНФАНТИЛІЗМ

Психічний інфантилізм - форма психологічної незрілості дитини, яка приводить при неправильному вихованні до затримки вікової соціалізації та поведінки дитини, які не відповідають віковим вимогам до неї.

Сприяє інфантилізму: гіпоксія, інфекції, інтоксикації під час вагітності, конституційно-генетичні, ендокринно-гормональні фактори, асфіксія при пологах, тяжкі інфекційні хвороби у перші місяці життя. Також егоцентричні та тривожно-вразливе виховання.

Перший варіант психічного інфантилізму - істинний чи простий (по В.В.Ковальову) - базується на затримці розвитку лобних ділянок головного мозку, зумовлений вищеперерахованими факторами.

Як результат, у дитини затримується формування поняття норм поведінки та спілкування, вироблення понять «неможна» і «треба», почуття дистанції у відносинах з дорослими, затримка дозрівання здатності вірно оцінювати ситуації, передбачити розвиток подій, загрози.

Діти з простою формою психічного інфантилізму за своєю поведінкою оцінюються як молодші від свого істинного віку на 1-2 роки.

Психічний інфантилізм - це не загальна затримка розумового розвитку. При його наявності діти засвоюють фразову мову в звичайні терміни і навіть раніше, задають запитання в повній відповідності до вікових нормативів, своєчасно засвоюють читання, рахунок, психічно активні. Часто висловлюють

оригінальні думки і свіжо сприймають природу. Батьків та вихователів бентежить їх безпосередність, невідповідність поведінки віку і непристосованість до реальності. Вони не те, що не здатні обдумати свої вчинки, вони скоріше всього просто над ними не задумуються. Жвавість інфантильної дитини - не розгальмованість, а емоційність, яка б'є через край. Їх необережність - це результат не розумового відставання, а наївності дитини, яка не уявляє, що її можна образити. Вони добрі і не чекають зла. Їх манера вільного звертання до дорослих не від грубості чи безцеремонності, а від щенячої радості життя і тієї безоглядної жвавості, коли відсутнє уявлення про те, що можна, а чого не можна. Психічно інфантильні діти наївно пропонують дорослому побігати чи погратись з ними, не розуміючи, що дорослим не до цього. Вони у всьому йдуть від себе, свого сприйняття життя. Тому вони проявляють веселість, якщо плачуть, то недовго і не пам'ятають зла. Дорослі часто любуються безпосередністю малюка доти, поки реальність адаптації в школі не штовхає батьків на консультації до психіатра.

Ровесники підходять до таких дітей як до рівних, але спілкування не виходить, бо вони у спілкуванні явно молодші. Діти дуже не самостійні, нічого не вміють, бо те, що потребує зусиль, робили за них інші. Відчувши реалії життя, така дитина спочатку дивується, потім сильно засмучується - аж до проявів істеричного невроту.

Для інфантильних дітей характерна багата природна емоційність, але вона не збагачується паралельним розвитком якостей істинного розуму, які забезпечують повноцінну орієнтацію і соціалізацію, а тому не досягають рівня зрілих почуттів. Вони непідробно радіють, гніваються, сумують, симпатизують, відчують страх - і все бурхливо, через край. Їх міміка, жестикуляція жвава, виразна. Але вони не знають глибокої любові, істинної печалі, смутку. їм не притаманні тривожність і стриманість. В них немає емоційної основи, щоб плакав, так плакав, або радів, так вже радів. Їх емоційність - як літній дощик: і капає і сонце, а в результаті - ні того, ні іншого. Більше того, у таких дітей страждає вольове начало. Затримка розвитку лобних ділянок головного мозку з їх функцією

довготривалого ціле утворення і планування визначає тенденцію до затримки формування волі. Неправильне виховання ускладнює інфантильність вольового фактору у дітей. Вольовий компонент закладений у темпераменті, але і цю сторону як і інші, не розвивали.

Таким чином, у виникненні психічного інфантилізму зримо прослідковується взаємозв'язок біологічних і мікросоціологічних причин, які породжують дитячу нервовість чи труднощі.

Другий варіант психічного інфантилізму - загальна психофізична незрілість по інфантильному типу. Причини ті ж, що і в першому варіанті. Однак у другому варіанті незрілість стосується також фізичного розвитку. Це діти мініатюрні, слабкі, тендітні. Дитина своєчасно розвиваються у моторному, психомовному розвитку, вона своєчасно засвоює всі навички та вміння, малювання, рахунок, читання. Часто дитина має нахил до музики, емоційно жвава, але у неї, як і в першому варіанті затримується дозрівання вищих орієнтаційних функцій. Час іде, а дитина, не готова до спілкування з однолітками і нестерпно несамотійна. Тендітність, мініатюрність дитини викликає тривогу у батьків. Дитина часто хворіє, на відміну від дітей з першим варіантом психічного інфантилізму. Дитина себе часто поводить як «тіхоня», не вимотує батьків, а викликає щемний жаль. Виховання такої дитини, як правило, набуває тривожного спрямування. В дитячому садку вихователь оберігає дитину, це у неї не викликає протесту, бо вона боїться однолітків. Вчителька водить за руку, мимовільно знижуючи вимоги. Всі сприймають дитячість, і навіть однолітки охоче граються з такою дитиною, відводячи їй роль маленької, проектуючи на неї свій майбутній батьківський інстинкт захищають, втішають і дитина приймає відведену їй роль. Вона зручна і приємна. Дитина не хоче дорослішати в шкільні роки. Якщо події розвиваються в такому спрямуванні, то будучи дорослим, продовжує грати цю роль. Тоді мова йде про чоловіка-сина, жінку-дочку уже в шлюбних стосунках.

У психічно інфантильної дитини за другим варіантом відсутнє почуття невідповідності, сприймає себе такою, якою є, тому рідко розвивається невроз.

Тривожне виховання «захищає» дитину і закріплює в її інфантильності. Правильне ж виховання може позбавити інфантильності. У 6-8 років йде дозрівання вищих психічних функцій і йде набуття якостей змужніння. Після завершення статевого дозрівання дитина відрізняється від однолітків малим зростом та мініатюрністю при фізичній міцності та нормальному здоров'ї. Психічно інфантильну за другим типом, дитину не підганяють з розвитком. Дитина буде слідувати за ровесниками з відставанням від них приблизно на рік, і до початку навчання в школі наздожене їх. Фізичну слабкість та малий зріст компенсують розвитком спритності. І знову ми бачимо - виховання вирішує все. Необхідні лише терпіння, любов і мудрість батьків.

Зовсім неприпустимим є **III варіант психічного інфантилізму**. Дитина народжується психічно та фізично здоровою, але захищаючи її від життя - батьки штучно затримують її соціалізацію егоцентричним чи тривожним характером виховання. Часто такі випадки трапляються у тих батьків, які мріяли про дитину, дуже чекали її. І ось шестеро дорослих любуються і тішаються одним малюком і затримують його у 2-Зрічному віці. Цей вид інфантилізму цілком зумовлений неправильним вихованням, коли здорового зробили незрілим і розвиток лобних функцій мозку штучно затримали. Інфантилізм в такому випадку культивують гіперопікою, від ровесників та життя відгороджують. За дитину думають батьки, прибирають усі труднощі з її шляху, все прощають. І дитина не відаючи ні про що, йде назустріч життю, і ця зустріч не передвіщає нічого доброго. Психічний розвиток йде за жорсткою програмою і упущення за віком багато в чому виявляється упущеним назавжди. У дитини не було об'єктивних даних для подолання інфантилізму, його викликали штучно. В результаті, після 5,5 років, дитина інфантильна об'єктивно, так, ніби їй пошкодили мозок. У перших двох варіантах почалось з пошкодження, в третьому - закінчується ним. Третій варіант гірший за перших два, гірший і прогноз, тяжчі наслідки.

В кінці кінців батьки впадають в паніку. Дитина, яка зовсім нічим не поступається одноліткам на уроці забавляється іграшками, не звертає уваги на заборони вчительки, розмовляє з

сусідами і проситься до мами. Вдома дитина лише грається, поводить себе егоїстично, не визнає відмови ні в чому. Вона капризна, вимоглива, істерична. Дитячість вже нікого не радує і батьки звертаються до лікаря. А в цьому випадку батьки перетворили здорову дитину у хвору. При цьому виді інфантилізму можливий шлях дитини в істеричний невроз.

Дитину з вродженим психічним інфантилізмом або з набутим у перші місяці життя - лікує лікар-психоневролог. Лікування має сприяти дозріванню вищих нервово-психічних функцій. За показами дитину консультують і у лікаря-ендокринолога.

Головне в подоланні психічного інфантилізму - правильне виховання. Зусилля спрямовуються передусім на соціалізацію дитини. Підкреслено та настійливо відрізняються поняття «потрібно», «можна», «не можна», «добре», «погано».

Дотримання з перших місяців життя режиму сну годування і відпочинку, в даному випадку, важливе і як дисциплінуюче, соціалізуюче виховання. Дитині роз'яснюють наслідки її помилок, надають свободу і самостійність, дозволяють помилятися, відчувати коли і від чого буває боляче. Постійно побуджують переборювати труднощі, допомагаючи та радіючи разом з нею. Інфантильну дитину слід навчати та формувати уміння. Заохочувати до спілкування з ровесниками, а не з молодшими дітьми. Велику увагу слід приділяти вихованню поглибленої емоційності, особливо чуйності.

Вихователі, батьки здійснюють вплив на дитину засобами гри, відпрацьовуючи необхідні для успішної адаптації в дитсадку.

Якщо ж інфантильна дитина до 7 річного віку виявиться не готовою до школи, то краще затримати таку дитину ще на 1 рік і відправити в школу з сформованою позицією школяра, ніж зіпсувати початок шкільного навчання і, можливо, все навчання в цілому.

ДІТИ З МІНІМАЛЬНОЮ МОЗКОВОЮ ДИЗФУНКЦІЄЮ (ММД)

За даними російських вчених у 35-40% дітей є відхилення у функціонуванні ЦНС (це, здебільшого, відхилення у роботі мозку, які отриманні внутрішньоутробно). ММД - міждисциплінарна проблема (медики + педагоги).

Зовнішні прояви ММД майже однакові; стерта неврологічна симптоматика, специфічні відхилення у поведінці (рухове розгальмування, неуважність). Відносять до функціональних порушень, які зникають по мірі дозрівання мозку. Часто асоціюють із ЗПР, психопатіями, на початку навчання у школі.

Функціональне відхилення в роботі ЦНС у медиків не вважається важким дефектом, у 1-2 роки знімають з диспансерного обліку, якщо батьки не проявляють хвилювання. З початкового шкільного навчання цей процес іде лавиноподібно. Часто дитина у важких випадках потрапляє до психіатра, психолога чи дефектолога. Корекція за давнених випадків є складною.

Характерні особливості:

- неврози;
- заїкання;
- девіантна поведінка;
- антисоціальні вчинки

Рекомендовано: дотримання режиму праці і відпочинку (тому що у дітей спостерігається підвищена розумова втома, розлади уваги,). Загальмовано темп росту та дозрівання мозку. Це видно на електричній активності мозку (в гіпоталамічних відділах тета-ритм) і не формуються механізми довільної уваги, дисбаланс у дозріванні підструктур мозку і зсув балансу між збудженням та гальмуванням. Мієлінізація провідних волокон завершується у дітей не в 7 років, а в 9-10 років, тому їм притаманна хаотичність рухів та надмірне збудження.

Від нормальних дітей з ММД відрізняє:

- швидка втомлюваність, знижена розумова працездатність;
- різко зниженні можливості довільної регуляції поведінки (скласти план, дотримати обіцянку);
- залежність розумової діяльності від соціальної активності (наодинці -рухова розгальмованість, при багатолюдній обстановці -дезорганізація діяльності);
- зниження об'єму оперативної пам'яті (мало тримає інформації, труднощі утворення довготривалих нервових зв'язків);
- несформована зорово-моторна координація (помилки на письмі при списуванні, змальовує);

- зміна робочих і релаксаційних ритмів у роботі мозку (стан перерв, робочі цикли 5-10 хвилин, релаксаційні - 3-5 хвилин - дитина не сприймає інформацію; (є грамотні і неграмотні тексти; взяти ручку і не пам'ятати; сказати грубість і не пам'ятати). Схоже на стерті епілептичні приступи, але різниця в тому, що дитина продовжує свою діяльність.

Характерні недоліки: уваги, оперативної пам'яті, підвищена втомлюваність.

Рекомендації: після 2-го уроку проводити годину релаксації: прогулянки, сніданок, потім відновлюється працездатність. Групові форми роботи, що не потребують тиші і дисципліни, психотерапія та ігрові методи навчання.

Гіпердинамічний синдром

В основі гіпердинамічного та гіподинамічного синдромів - мікроорганічні пошкодження головного мозку, які виникають внаслідок кисневого внутрішньоутробного голодування, мікрородові травми приводять до мінімальної мозкової дисфункції (ММД). Відсутні грубі органічні пошкодження, але є багато мікропошкоджень кори та підкоркових структур головного мозку

. Ще в пологовому будинку лікарі відмічають в'ялість чи збудливість дитини і перше годування малюка може бути відкладене на 2-3 день. Часто таке трапляється з великим немовлям, що з'явилося на світ при затяжних або стрімких пологах. У кожної 5 дитини проявляється ММД.

Найчастіше гіпердинамічний синдром проявляється в таких випадках: **Основні ознаки:** нестійкість уваги, рухова розгальмованість, яка проявляється в перші місяці життя дитини, коли немовля тяжко втримати в руках, як і невропатичного. Сказати про гіпердинамічну дитину, що вона непосидюча - значить не сказати нічого. Вона рухлива, як ртуть. Саме гіпердинамічні діти частіше втікають з ДНЗ, але ненавмисно, а тому, що раптом виявили щілину в паркані чи прочинені ворота. Руки такої дитини часто перебувають у постійній роботі: щось мнуть, вертять, обривають, відколупують. Навіть постояти такій дитині важко, здається що ще мить - і вона помчить світ за очі.

Гіпердинамічність проявляється в одних дітей зранку, в інших - ближче до вечора, і стає проблемою вкласти спати таку дитину. Навіть у ліжечку дитина продовжує гратися і засинає, стоячи на колінах і ліктях, збиваючи до ранку простирадло від частих вертінь увісні. Імпульсивність гіпердинамічної дитини нагадує коротке замикання: побачив - схопив - побіг. Часто такі діти не тримають зла, хоча досить часто сваряться та миряться з дітьми. Якщо ж спостерігаються озлобленість, агресивність, жорстокість, то можна думати, що у дитини більш грубі ушкодження головного мозку, які помітні на електроенцефалограмі.

Сама велика проблема гіпердинамічної дитини - це відволікання, нестійкість уваги. Нові враження витісняють попередні, жодна справа не доводиться до кінця. На уроках вчителю не вдається привернути увагу такого учня і що найприкріше, що він не пам'ятає пояснень і ніколи не знає, що було задано додому. На письмі часті пропуски букв, недописування слів і речень.

Гіпердинамічна дитина цікавиться всім, але вона не допитлива. Дивиться на все і нічого не помічає. Поверхові знання, хаос у голові як і в кишнях і портфелі приводять до спрощених знань про життя.

Пік прояву гіпердинамічного синдрому - 6-7 років і за сприятливих умов виховання знижується до 14-15 років. За неправильних умов виховання з 13 років набувають руйнівної сили і визначають долю вже дорослої людини. Часті докори, покарання спричиняють протести, адже у дитини пошкоджена нервова система - вона має підвищену збудливість. Часто гіпердинамічні діти стають лідерами у групах важких підлітків, ігнорують навчання.

Отже, **провідною проблемою є розгальмованість та нестійкість уваги.** Увагу формують як і в дітей при затримці розумового розвитку, послідовно та настирливо. З розгальмованістю починають працювати з раннього дитинства, підкреслюючи «можна» і «не можна». Таким дітям важливо організовувати рухову активність, щоб загнуждати розгальмованість (ігри у футбол, хокей; дії за планом,

постановка мети - це спасіння та переведення дій у цілеспрямовану активність).

Гіпердинамічна дитина, як правило, фізично міцна, часто має круглу голову, коротку шию, широкі плечі. Саме через це часто отримує родову травму, а значить і ММД. Позитив: має багато приятелів, багато спілкується, не скиглить, не сумує. Дуже емоційна дитина, яка піддається на добрі слова та навіювання.

Самим нестерпним покаранням є посадити таку дитину на визначений час без діла, телевізора, подалі від вікна. Бездіяльність - найбільше запам'ятовує і стомлює.

Система виховання має базуватися на чіткому дотриманні режиму, заохоченнях та покараннях.

Гіподинамічний синдром при ММД спостерігається у кожної 4-ї дитини. Під час мікрородової травми пошкоджуються підкоркові структури головного мозку, дитина заторможена, малорухлива і в'яла.

Ослаблені м'язи тіла, слабка координація сприяють накопиченню зайвої ваги, що призводить до усамітнення дитини в колективі. Такі діти нагадують розумово відсталих і лише мати знає, що дитина розумна.

Погана успішність у школі засмучує дитину лише тому, що це засмучує маму. Часто діти прагнуть сісти на останню парту, бути непомітними, уникають уроків фізкультури через свою незграбність, однолітки дають прізвисько «тюфяк». Дитина в'яла не лише фізично, але й емоційно і розумово.

Допомога: зацікавити чимось, по-доброму ставитись (ніяких посмикувань та вичитувань). Розвивати фізичну активність, дієта.

Часто проявляється дизартрія, дисграфія - поганий почерк, пропуски голосних, дзеркальне письмо. Допомога невропатолога і психіатра необхідна. Рекомендовано навчання в санаторних школах та полегшений навчальний режим.