

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ІЗМАЇЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра соціальної роботи, соціальної педагогіки та фізичної культури

РОЛЬ ІГРОТЕРАПІЇ В СОЦІАЛЬНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

Кваліфікаційна робота здобувача

освітнього ступеня «магістр» _____

спеціальності 231 Соціальна робота
(шифр і назва спеціальності)

освітньої програми: Соціальна робота.

Соціальна педагогіка _____

(назва освітньої програми)

Бороган Ольги Дмитрівни _____

(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

Науковий керівник

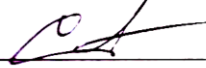
к. п. н., доц. Замашкіна О. Д. _____

Рецензент:

к. п. н. доц. Мазоха І. С. _____

Робота допущена до захисту
на засіданні кафедри соціальної роботи,
соціальної педагогіки та фізичної культури
протокол № 5 від «9 січня» 2020 р.

Завідувач кафедри

 доц. Фурдуй С. Б.

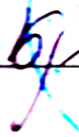
Робота пройшла публічний захист

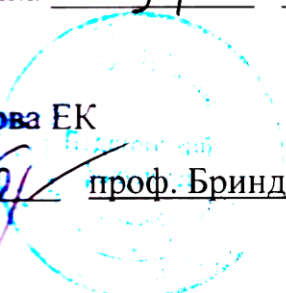
на відкритому засіданні ЕК

20 січня 2020р.

Оцінка 94 відмічено

Голова ЕК

 проф. Бриндіков Ю.Л.



АНОТАЦІЯ

до кваліфікаційної роботи

РОЛЬ ІГРОТЕРАПІЇ В СОЦІАЛЬНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ

магістрантки Бороган О.Д.

Науковий керівник: к.п.н., доц. Замашкіна О.Д.

У кваліфікаційній роботі розкрита роль ігротерапії у соціальній реабілітації дітей з особливими освітніми потребами.

Об'єктом дослідження є процес адаптації, соціалізації, реабілітації дітей з особливими освітніми потребами.

Предметом - ігротерапевтичні методики соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями.

Метою магістерського дослідження є: вивчення особливостей дітей з особливими освітніми потребами на підґрунті аналізу педагогічної та психологічної літератури, а також обґрунтування та експериментальну перевірку можливостей комплексного застосування ігротерапевтичних методів у соціальній реабілітації «особливих» дітей.

У I розділі охарактеризовано нозології дітей з особливими освітніми потребами: виявлено, що «діти з особливими освітніми потребами» – це своєрідний, складний контингент, а нозологічна група інвалідів – це сукупність людей, що мають схожі ознаки патології або споріднені захворювання. Проаналізовано медичні характеристики «людей з особливими потребами», які включають наступні порушення: зору, слуху, мовлення, аутизм, олігофренія, затримка психічного розвитку, синдром Дауна, дитячий церебральний синдром, синдром дефіциту увагу.

Розкрито психологічні та соціальні особливості дітей з обмеженими можливостями: виявлено, що «інклюзивне навчання» – індивідуалізована система навчання «дітей з особливими освітніми потребами» в умовах «звичайної» загальноосвітньої школи за місцем проживання.

Розглянуто законодавчу базу організації реабілітаційної роботи з даною категорією дітей.

У II розділі проаналізовано технології ігротерапевтичної діяльності з соціальної реабілітації особливих дітей; розкрито суть провідних сучасних видів соціальної реабілітації «особливих дітей» виявлено, що найбільш поширеними є наступні: дельфінотерапія, арт-терапія, нейрон-розвивальна терапія, іпотерапія, Монтессорі-терапія, метод Петьо, Войта-терапія.

Розкрито основні характеристики таких методів, як пальчикова терапія, пісочна терапія, гудзикова терапія, лялькотерапія, казкотерапія, музикотерапія, які створюють оптимальні умови для самовираження і розвитку дитини, та сприяють розвитку розумових здібностей, дрібної моторики.

У III розділі розроблено та досліджено авторську модель «Реабілітаційний потенціал ігротерапії в роботі з дітьми з особливими освітніми потребами».

З'ясовано: методика «Малюнок сім'ї», дозволила на основі виконання зображення, відповідей на питання оцінити особливості сприйняття і переживань дитиною стосунків у сім'ї; за допомогою методу анкетування доказано підвищення рівня навчальної активності, покращення засвоєння знань, та позитивну динаміку взаємовідносин з однокласниками і ставлення до вчителя.

Використання тесту «Будиночки» дозволив визначити переважання позитивних або негативних емоцій, ставлення до соціальних об'єктів, оцінити рівень комфортності під час навчання у школі.

Отже, можемо зробити висновок, що ігрова терапія дійсно має позитивний вплив на соціальну реабілітацію дітей з особливими освітніми потребами і стає більш ефективною за умови комплексного застосування ігротерапевтичних методів, а саме: пісочної терапії, пальчикової терапії, гудзикової терапії, та ін.

ANNOTATION

to qualification work

THE ROLE OF GAME THERAPY IN A SOCIAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH THE SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS

by the undergraduate: Borohan O.

Scientific mentor: phd, Associate Professor Zamashkina O.

The qualification work discloses the role of game therapy in a social rehabilitation of the children with the special educational needs.

The object of the work is the process of adaptation, socialization, rehabilitation of children with special educational needs.

The subject of the work is game therapy methods of social rehabilitation of children with disabilities.

The aim of the undergraduate work is the study of the characteristics of children with the special educational needs on the basis of the analysis of a pedagogical and psychological literature, and the argumentation as well as the experimental verification of the possibilities of a complex application of game therapy methods in the social rehabilitation of «special» kids.

Part I describes the nosology of the children with the special educational needs: it is revealed that «the children with the special educational needs» are unique, complex contingent, but the nosological group of disabled people is a special people's collection with the similar signs of pathology or related diseases. The medical characteristics of «people with the special needs» are analyzed, they include the following disorders: the disorder of vision, hearing, speech, autism, oligophrenia, mental retardation, Down's syndrome, pediatric cerebral syndrome, the syndrome of an attention deficiency.

Psychological and social features of the children with disabilities are discovered: it was found that «inclusive education» is an individualized system of teaching «children with special educational needs» in the conditions of «regular»

secondary school at the place of residence. It was learned the legislative basis of the organization of rehabilitation work with such a category of children.

In Part II the technologies of game therapy activity for a social rehabilitation of «special children» were analyzed; the essence of the leading modern types of social rehabilitation of «special children» is revealed: it is found that the most widespread ones are the following: dolphin therapy, art therapy, neuron - development therapy, hippo therapy, Montessori therapy, Petio Method, Voight therapy.

It is revealed the basic characteristics of such methods as finger therapy, sand therapy, button therapy, puppet therapy, fairytale therapy, music therapy, which creates optimal conditions for self-expression and child's growth, and promotes the development of mental abilities, fine motor skills.

In Part III the author's model «Rehabilitation potential of game therapy in work with the children with the special educational needs» is developed and investigated. It is found that the technique «A picture of the family» allowed us to evaluate the peculiarities of perception and child's experience of family relationships, based on the drawing a picture, answering questions; the using of the questionnaire method demonstrated increasing of the learning activity level, improving knowledge assimilation, and positive dynamics of the relationships with the classmates and an attitude towards the teacher.

The use of the test «Houses» allowed us to determine the predominance of positive or negative emotions, the attitude to social objects, evaluate the level of comfort during the studying at school.

Therefore, we can make the conclusion that game therapy does have positive effect on the social rehabilitation of the children with the special educational needs and becomes more effective with the help of complex usage of game therapy methods, such as sand therapy, finger therapy, button therapy, etc.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	9
РОЗДІЛ 1. НАУКОВІ ПІДХОДИ ЩОДО ВИЗНАЧЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ.....	15
1.1. Діти з особливими освітніми потребами: характеристика (кваліфікація) нозологій.....	15
1.2. Психолого-педагогічна і соціальна характеристика дітей з особливими освітніми потребами.....	33
1.3. Законодавча база організації реабілітаційної роботи з даною категорією дітей.....	55
ВИСНОВКИ ДО 1 РОЗДІЛУ.....	57
РОЗДІЛ II. ТЕХНОЛОГІЇ ІГРОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ.....	61
2.1. Сучасні напрямки ігротерапевтичної роботи соціального педагога.....	61
2.2. Характеристика методик ігротерапії в роботі з дітьми з особливими освітніми потребами:	
2.2.1 пісочна ігротерапія.....	75
2.2.2 пальчикова ігротерапія.....	79
2.2.3 гудзикова ігротерапія.....	82
2.2.4. традиційні методики.....	85
ВИСНОВКИ ДО 2-ГО РОЗДІЛУ.....	93
РОЗДІЛ III. ДОСЛІДНИЦЬКА РОБОТА ЗА АВТОРСЬКОЮ МОДЕЛЛЮ «РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ІГРОТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ДІТЬМИ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ».....	95
3.1. Аналіз дослідження позитивної динаміки у реабілітації дітей з особливими освітніми потребами засобами ігротерапії.....	95

3.2. Кількісний і якісний аналіз результатів експериментальної роботи.....	97
ВИСНОВКИ ДО 3-ГО РОЗДІЛУ.....	122
ЗАГАЛЬНИЙ ВИСНОВОК.....	125
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	127
ДОДАТКИ.....	133

ВСТУП

Актуальність дослідження. Кожна дитина – особистість, зі своїми поглядами на світ, своїми думками, мріями, почуттями, грандіозними відкриттями і натхненням жити... Але, погіршення екологічної ситуації, дитяча захворюваність, погане здоров'я батьків, відсутність культури здорового способу життя, зростання травматизму, медичні і соціальні проблеми, що існують у нашому житті, сприяють збільшенню кількості «дітей-інвалідів», або «дітей з особливими освітніми потребами».

Стан здоров'я молодого покоління – найважливіший показник добробуту суспільства і держави, та як зазначають К. Дмитренко, М. Коновалова (2018), що «відображає не тільки справжню ситуацію, але і дає точний прогноз на майбутнє. А освіта служить гарантом надійності нашого майбутнього».

«Кожна людина має невід'ємне право на освіту. Особливе місце в процесі навчання займають діти з обмеженими можливостями, що мають психічні або фізичні вади розвитку», як зазначено у Концепції «Нової української школи» (Нова українська школа: концептуальні засади реформування середньої школи, 2017).

Актуальність використання ігротерапії в роботі з дітьми з особливими потребами, а також недостатня розробка цієї проблеми зумовили вибір теми магістерського дослідження: **«Роль ігротерапії в соціальній реабілітації дітей з особливими освітніми потребами».**

Об'єктом дослідження є процес адаптації, соціалізації, реабілітації дітей з особливими освітніми потребами, **предметом** - ігротерапевтичні методики соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями.

Метою дослідження є: вивчення особливостей дітей з особливими освітніми потребами на підґрунті аналізу педагогічної та психологічної літератури, а також обґрунтування та експериментальну перевірку можливостей комплексного застосування ігротерапевтичних методів у соціальній реабілітації «особливих» дітей.

Гіпотеза дослідження полягала в тому, що соціальна реабілітація дітей з особливими освітніми потребами стає більш ефективною за умови комплексного застосування ігротерапевтичних методів, а саме: пісочної терапії, пальчикової терапії, гудзикової терапії, та інші.

Відповідно до об'єкта, предмета, мети і гіпотези дослідження були визначені наступні **завдання**:

- надати характеристику нозологій дітей з особливими освітніми потребами;
- охарактеризувати психологічні та соціальні особливості дітей з обмеженими можливостями;
- розглянути законодавчу базу організації реабілітаційної роботи з даною категорією дітей;
- проаналізувати технології ігротерапевтичної діяльності з соціальної реабілітації особливих дітей;
- розробити та експериментально перевірити авторську модель «Реабілітаційний потенціал ігротерапії в роботі з дітьми з особливими освітніми потребами».

Теоретико-методологічну основу магістерської роботи становили:

- філософські положення про соціальну сутність особистості, про взаємодетермінацію соціальних, культурних і психологічних факторів у формуванні особистості, про діалектичну єдність ігрової діяльності та соціалізації дитини в процесі онтогенезу;
- теорії особистісного, системного, та діяльнісного підходів у розкритті специфіки соціальної реабілітації дітей з особливими освітніми потребами;
- соціологічні теорії соціалізації особистості: рольова теорія (Т. Парсонс, Г. Хайман), теорія адаптивної соціалізації (І. Пінчук, І. Мигович, М. Лукашевич), еволюційна теорія (Г. Спенсер), теорія соціальної дії (М. Вебер), теорія аномії (Р. Мартон), теорія соціальної ситуації (У. Томас), теорія комунікативної дії (Ю. Хобермас), теорія суспільства(системна теорія (Н. Луман), теорія об'єктивного вивчення соціальних фактів (Е. Дюргейм);

- теорії ігрової діяльності (А. Фрейд, Л. Виготський, К. Гросс, З. Фрейд, Д. Ельконін);

- законодавчі документи, що регламентують вимоги суспільства до соціальної реабілітації дітей з особливими освітніми потребами;

- використання міждисциплінарних зв'язків соціологічної науки у розкритті ролі ігротерапії у роботі з дітьми, які мають фізичні або психочні відхилення; визначення перспективи ігротерапії в роботі з дітьми молодшого шкільного віку з особливими освітніми потребами;

- установлення специфіки ігротерапії як інноваційного методу соціальної реабілітації дітей з особливими освітніми потребами.

Теорією гри займалися: Д. Ельконін, Л. Виготський, Г. Плеханов, Л. Леонт'єв, Е. Аркін, К. Бюлер, К. Гросс, В. Сухомлинський. Теорією ігрової терапії - А. Фрейд, З. Фрейд, А. Осипова, М. Кляйн, Г. Гег-Гельмут, Г. Лендрет, Л. Абрамян, К. Роджерс, Д. Леві, В. Екскляйн, А. Співаковська, О. Ранк, Д. Тафти, А. Варга, Ф. Аллен, та інші.

Методи магістерського дослідження використовувалися на двох рівнях: *на теоретичному*, що дало можливість синтезувати інформацію про особливості дітей з обмеженими можливостями; загальнонаукові методи (системно-генетичний, історичний і порівняльний аналіз психолого-педагогічної літератури, законодавчих документів: аналіз і синтез теоретичних досвіду і ідей соціальної реабілітації «особливих» дітей), індуктивний метод (установлення загальних тенденцій застосування гри у соціальній реабілітації дітей з особливими освітніми потребами), парадигмальний метод (визначення загальних теоретичних засад, у тому числі й нормативно-правової бази, а також підходів до вирішення проблеми освіти і виховання, розвитку «особливих» дітей);

на емпіричному, що дозволило узагальнити фактичний матеріал про особливості соціальної реабілітації дітей з особливими освітніми потребами; праксиметричний метод (вивчення та узагальнення передового досвіду соціальної реабілітації «особливих» дітей методами ігротерапії), порівняльний

метод (установлення відмінності та подібності підходів у застосуванні методів ігротерапії в соціальній реабілітації дітей із фізичними чи психічними розладами), формуючий і констатує експеримент (визначення ефективності методів ігротерапії в соціальній реабілітації дітей з особливими освітніми потребами, конкретизація і перевірка висунутої гіпотези), статистичні методи (кількісно-якісний аналіз одержаних даних і встановлення достовірності результатів експериментальної роботи).

Теоретичне значення магістерського дослідження: обґрунтовано позитивний вплив методів ігротерапії на соціальну реабілітацію дітей з особливими освітніми потребами.

Практичне значення: результати даної роботи можуть застосовуватися у практичній діяльності фахівців соціально-психологічної сфери з дітьми з особливими потребами, під час підготовки соціальних педагогів до майбутньої роботи із даною категорією клієнтів, а також для подальших наукових розробок даної проблеми.

Достовірність результатів дослідження забезпечується подальшим застосуванням методик та методів, які є аналогічними меті і завданням нашого дослідження, кількісним та якісним аналізом отриманих даних, застосуванням методів з математичної статистики, результатами експериментальних завдань.

Джерельна база дослідження складається з наукових публікацій, матеріалів преси, статистичних збірників, досвіду вчених, Internet ресурсів.

Апробація результатів дослідження. Основні результати та положення наукового дослідження викладено у матеріалах наступних наукових конференцій: II Міжнародна науково-практична конференція «Партнерська взаємодія у системі інститутів соціальної сфери» (15-16. 2018 року, м. Ніжин); Всеукраїнська науково-практична Інтернет – конференція «Традиції та інновації в сучасній педагогічній діяльності: європейський вимір» (10.04.2019 року, м. Ізмаїл, ІДГУ); IX Всеукраїнська студентська науково-практична конференція «Пріоритетні напрями європейського наукового простору: пошук студента» (15. 05.2019 року, м. Ізмаїл, ІДГУ); IV Всеукраїнська студентська

науково-практична конференція «Науковий пошук студентів XXI ст.: актуальні питання гуманітарних і соціально-економічних наук» (14.11.2019 року, м. Ізмаїл, ІДГУ); III Всеукраїнської науково-практичної Інтернет – конференції «Традиції та інновації в сучасній педагогічній діяльності: європейський вимір» (22.11.2019 року, м. Ізмаїл, ІДГУ).

Основні положення дослідження висвітлено у публікаціях:

1. Використання ігрової терапії в роботі з дітьми з особливими потребами //Партнерська взаємодія у системі інститутів соціальної сфери: збірник матеріалів II Міжнародної науково-практичної конференції (15-16 листопада 2018 р., м. Ніжин) / За заг. ред. С.О.Борисюка та О.В. Лисовця. - Ніжин, Видавництво НДУ ім. М.Гоголя, 2018.-188 с.- С.145-147

2. Напрями роботи соціального педагога з дітьми з особливими потребами // Традиції та інновації в сучасній педагогічній діяльності: європейський вимір. Збірник наукових праць з матеріалами Всеукраїнська науково-практичної конференції – Ізмаїл: РВВ ІДГУ, 2019.- 64 с., С.10-13. (10.04.2019 р.).

3. Характеристика методики ігрової терапії в роботі з дітьми з особливими освітніми потребами// IX Всеукраїнська студентська науково-практична конференція «Пріоритетні напрями європейського наукового простору: пошук студента» 15.05.2019, ІДГУ, м. Ізмаїл.

Прийнято до друку:

- Можливості використання пісочної терапії в соціальній реабілітації дітей з ЗПР // IV Всеукраїнська студентська науково-практична конференція «Науковий пошук студентів XXI ст.: актуальні питання гуманітарних і соціально-економічних наук» 14.11.2019, м. Ізмаїл, ІДГУ.

- Нова українська школа (НУШ) – система розвитку інклюзивної освіти // III Всеукраїнська науково-практична Інтернет – конференція «Традиції та інновації в сучасній педагогічній діяльності: європейський вимір» 22.11.2019, м. Ізмаїл, ІДГУ.

Експериментальна база дослідження: дослідження експериментальної роботи проводилося на базі Ізмаїльської ЗОШ № 6. Всього в експерименті приймало участь 4 респондента.

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків за розділами, списків посилань за розділами, загальних висновків та додатків; містить 20 таблиць, 17 діаграм, 6 додатків. Загальний обсяг роботи - 142 сторінки (основна частина 103 сторінки). Список посилань налічує 84 джерела.

РОЗДІЛ 1. НАУКОВІ ПІДХОДИ ЩОДО ВИЗНАЧЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ

1.1. Діти з особливими освітніми потребами: класифікація нозологій

Певний час термін «інвалідність» використовувався в медичному аспекті, а також визначався у поняттях фізіологічної, психологічної, «ненормальності», анатомічної «дефектності» людини (Зверева, Безпалько та Харченко, 2004). Пізніше воно інтерпретувалося як «функціональні обмеження можливостей людини» (постійні або тимчасові). Завдяки поглибленню та розширенню знань відносно інвалідності, науковці дійшли до того, що «непрацездатність» - являється одним з проявів інвалідності, і саме тому процес «інтегрування» ніяк не може бути обмежений тільки заходами щодо вироблення компенсаторних функцій та відновлення працездатності організму (Григор'єв, 2006).

За останні десятиріччя також значно змінилося визначення терміну «інвалідність». Якщо раніше воно тлумачилося як «фізичні недоліки», або «функціональне порушення органів чуття», то в сучасному світі воно означає «несприятливе становище в якому може опинитися людина – інвалід, внаслідок тих чи інших порушень розвитку» (Дмитренко, Коновалова та Семиволос, 2018).

На увагу заслуговує той факт, що поряд з такими поняттями - «інвалід», «інвалідність» в суспільстві використовуються такі девіації, як: «люди з інвалідністю», «люди з обмеженими фізичними можливостями», «людина з особливими потребами», «люди з функціональними обмеженнями», «діти, що потребують корекції психофізичного розвитку», «діти з особливими освітніми потребами», «неповносправні діти», «діти з проблемами у розвитку», «аномальні діти» (Декларація про права інвалідів від 9 грудня 1975). Ці терміни не є законодавчо закріпленими, але все частіше використовуються в законодавчих документах.

Слово «інвалід» прийшло до нас з латинської мови і перекладається як «безсилий», «слабкий», «важко поранений», З англійської, слово «invalid»

означає - «неповноцінний», «непрацездатний», «хворий», «непридатний» (Коваль, Зверєва та Хлебик, 1997).

Поняття «інвалід» як науковий термін застосовується у соціальній педагогіці і характеризує особу, яка через обмеження життєдіяльності сенсорних або розумових недоліків, фізичних причин, потребує соціальної підтримки, захисту, допомоги (Колупаєва та Савчук, 2011).

Деякий час у свідомості суспільства слово «інвалід» ототожнювалося з такими поняттями як: «неповноцінна людина», «дефектна людина», «маргінал», «соціальний аутсайдер». Саме ці особливості свідчили про низький статус інвалідів в соціумі і відображали категорично негативну установку у суспільстві щодо самої «інвалідності» (Капська ред., 2000).

При визначенні інвалідності людини спеціалісти враховують міру і якість первинного дефекту (стану або хвороби), вікові та статеві особливості психофізичного розвитку, час настання інвалідності, міру працездатності. Виходячи з вищесказаного, визначають наступні групи інвалідів:

- *за віком* (діти-інваліди, молоді та дорослі інваліди, інваліди похилого віку);

- *за видами обмежень та захворювань* (особи з фізичними, сенсорними, розумовими обмеженнями, тобто з слабким слухом і глухі, порушеннями зору або сліпі, з дефектами мовлення і глухонімі, з функціональними обмеженнями опорно-рухового апарату, а також дитячий церебральний параліч);

- *за походженням* (інваліди від народження або з дитинства, інваліди війни, праці, або за загальним захворюванням);

- особи з нервово-психічними та внутрішніми захворюваннями (Тюптя та Іванова, 2008).

Даний підхід до розуміння проблеми «інвалідності» виявляє певні відмінності щодо становища та поведінки інвалідів, а також людей, які не відносяться до цієї групи. Це і дає підставу стверджувати, що основою соціальної допомоги «людям з функціональними обмеженнями» повинна стати така низка заходів через яку можна було зменшити будь-які відмінності

шляхом певного впливу на соціально-культурні, освітні, психологічні процеси, або інтеграції, які відбулися в різноманітних галузях діяльності людства. Саме гуманізація відносин у суспільстві сприяла виходу проблеми «інвалідності» за межі сфери медичної реабілітації.

Термін «людина з функціональними обмеженнями» є одним з найбільш уживаних на сьогодні в Україні і у соціальному сенсі найбільш гуманним. Зокрема, Д. Джойнер зауважує, що значення слова «disabled» - це «недієздатний» – змушує «нормальних» людей формувати соціальну концепцію стосовно «людей з обмеженими можливостями» і накладає на них самих відбиток. Він пропонує для вживання протилежне за значенням слова «abled people» або «people with abilities» тобто «люди, які мають певні здібності». На його думку, «це відіграє важливу роль у визначенні шляхів допомоги і потреб цих людей. Адже, наше відношення до конкретної людини визначається, і тим, як ми її називаємо, і ким вона є для нас» (Тарасова та Фонарьова, 2010).

Г. Силласте зазначає, що «за кордоном, термін «людина з функціональними обмеженнями» - дозволяє мати деякі можливості у хворих людей до суспільно - корисної праці за певних умов, і в різноманітних формах. Адже, інтеграцією в суспільство – є процес оновлення втрачених зв'язків індивіда з соціумом, який також забезпечує введення людини до головних сфер життєдіяльності: дозвілля, побут, праця» (Логвінова, 2013). А принцип, який поєднав саморепрезентацію та самозахист інвалідів, став наступний: «надання можливостей» або «improvement», в якому була сформована ідея, що «саме соціально - зумовлені ставлення та умови, через механізми ізоляції, сегрегації та вигнання перетворюють людину в інваліда» (Капська ред., 2000).

«Діти з особливими освітніми потребами» – це своєрідний, складний контингент. У них спостерігаються недорозвинення пізнавальної діяльності – основна ознака, симптом розумової відсталості і деякі особливості емоційно-вольової сфери (Дмитренко, Коновалова та Семиволос, 2018).

«Діти з порушеннями психофізичного розвитку» - це діти, які мають психічні або фізичні порушення, які відображаються на психофізичному

розвитку дитини та затримують засвоєння нею соціокультурного досвіду без спеціально створених на те умов (Корольова та Петер. *Дети с нарушениями слуха для родителей*).

Також існує термін «особа з обмеженими можливостями в стані здоров'я» - це особа, яка має фізичні або психічні недоліки, які у свою чергу, перешкоджають оволодінню освітніх програм без створених для цього комфортних умов. До спеціальних умов освіти належать: індивідуальні технічні засоби навчання й середовище життєдіяльності, спеціальні освітні програми та методи навчання, а також педагогічні, соціальні, медичні, та інші види послуг, без яких неможлива освіта осіб даної категорії (Колупаєва та Савчук, 2011).

«Інвалідність», якщо виходити з різноманітності порушень фізичного або психічного здоров'я, поняття досить містке. І описати особливості «інвалідів», не використовуючи спеціальної класифікації, вельми складно. Тому для організації реабілітації і адаптації, а також допомоги (соціальної та медичної), прийнято поділяти таких пацієнтів на певні категорії, які називаються «нозологічними групами інвалідів» (НГІ) (Ільєнко та Стах, 2015).

НГІ має під собою класифікацію, згідно з якою «люди з особливими потребами» здоров'я поділяються на категорії, що характеризують їх відхилення. Поняття складається з двох слів, тобто це похідне від «нозологія» або «наука відносно цих хвороб» (у перекладі з давньогрецької νόσος «хвороба» і λόγος «слово, вчення») і «інвалід» (від латинського in – «не», validus – «сильний»).

Під терміном «інвалідність» мається на увазі стан людини, що характеризується психічними, інтелектуальними, фізичними або сенсорними порушеннями, що завжди призводять до порушення чи обмеження її життєдіяльності. «Нозологія», в свою чергу, повністю описує захворювання – його відмінність від здоров'я, причини та механізми виникнення, особливості типових проявів і ураження органів, а також одужання і смерті (Дмитренко, Коновалова та Семиволос, 2018).

З усього сказаного випливає, що нозологічна група інвалідів – це сукупність людей, що мають схожі ознаки патології або споріднені захворювання. Крім того, при роботі з даними пацієнтами, слід враховувати і класифікацію інвалідності, тяжкість його проявів, що є важливим для розробки терапевтичних і соціально-адаптивних заходів для них (Ільєнко та Стах, 2015).

У медичній практиці «інвалідів» прийнято поділяти на 2 основні групи та 3, що відрізняються за ступенем вираженості присутньої симптоматики. Таким чином, до перших двох належать вроджена інвалідність, причиною якої стало аномальний розвиток плоду в утробі матері чи родова травма, і придбана, яка виникла після народження на тлі пошкодження або захворювання.

ЛТЕК або «лікарсько-трудова експертна комісія» у дорослих виділяє 3 наступні групи:

- 1) встановлюється хворим, які абсолютно втратили працездатність, і потребують постійного догляду;
- 2) присвоюється пацієнтам з менш важким станом, здатних самостійно себе обслуговувати, але не мають можливості здійснювати трудову діяльність в стандартних виробничих умовах;
- 3) встановлюється особам, які в змозі працювати в звичайних виробничих умовах в їх полегшеному варіанті (Григор'єв, 2006).

Обмеження функціональності інвалідів прийнято поділяти на категорії, що пов'язані з порушеннями діяльності тієї чи іншої системи. До них відносяться наступні порушення:

- психічної (мислення, пам'яті, сприйняття, мови, уваги, волі та емоцій);
- сенсорної (зору, нюху, слуху, дотику);
- кровообігу, виділення, дихання, обмінних процесів травлення і внутрішньої секреції;
- рухової (статодинамічної) функції (Григор'єв, 2006).

Даний поділ інвалідів на різні групи являється одним з найбільш об'ємних, великих і популярних на сьогоднішній день. Завдяки цьому, лікар, побачивши таку позначку в будь-якому бланку, може отримати приблизну картину стану

пацієнта на даний час. У подальшому тексті, розглянемо медичні характеристики «людей з особливими потребами», які включають наступні види порушень:

Порушення зору - дана патологія відноситься до сенсорних відхилень, і виступає одним з основних різновидів захворювань, здатних стати причиною отримання групи інвалідності. Виділяють кілька категорій ступенів порушення зору пацієнтів:

«Сліпі» – хворі з абсолютною втратою зорових відчуттів або люди зі світовідчуттям, тобто вони нездатні бачити обриси об'єктів, а можуть розрізнити лише присутність світла. Така група пацієнтів, у свою чергу, класифікується на два ступені: перша – повна втрата зорової функції і друга – практична сліпота зі світовідчуттям, і здатністю бачити силуети об'єктів (Дмитренко, Коновалова та Семиволос, 2018).

Слабозорі – діти, яким якість зору дає можливість розрізнити об'єкти, але при цьому мають можливість чітко бачити їх контури. Одними з причин слабозорості є: аномалії рефракції, атрофія зорового нерва, мікрофтальм, катаракта, альбінізм, тощо (Замашкіна, 2015, с. 128-134).

Зниження якості зору, в більшості випадків супроводжується порушенням формування просторових образів, здійснення саморегуляції та самоконтролю, а також погіршенням точності рухів тіла і його координації. Крім цього, відзначається зміна постави, поява плоскостопості, і нерідко слабкість дихальних м'язів.

Такі поняття як: «слабозорий», «знижений зір», «залишковий зір», «тотально сліпий» використовуються для опису стану учнів, які мають порушення зору. Стан зору можна можна наступним чином:

- «слабозорий» – розкривається як наявність деяких проблем із зором, які потребують спеціального навчання;

- «зі зниженим зором» – дитина не може прочитати книжку навіть за допомогою контактних лінз або окулярів. Для навчання застосовуються комбінація зорових та інших сенсорів, проте вони можуть вимагати збільшення

розміру шрифту, відповідного освітлення, використання інших збільшувальних приладів тощо;

- «із залишковим зором» - коли гострота зору має дуже обмежений кут зору або становить 0,04 і нижче на око (у найширшій точці 20 градусів);

- «тотально сліпі» - це учні у яких вже зафіксована цілковита відсутність зору (рівна 0) і навчаються вони за допомогою «друку Брайля» або інших не візуальних засобів (Маркова та Рисович, 2015).

Іншими супутніми патологіями при порушенні зору, як правило, можуть бути: хвороби органів серцево-судинної і дихальної системи, неврози, розлади метаболічних процесів. Може спостерігатися загальне недорозвинення мовної функції, зниження якості слуху, швидка стомлюваність.

Поняття **«порушення слуху»** часто використовують для опису широкого діапазону розладів, пов'язаних із проблемами зі слухом, одним з яких є глухота. Глухоту визначають як цілковиту відсутність слуху або його значне зниження, унаслідок якого сприймання та розпізнавання усного мовлення неможливе. Інваліди зі зниженням якості слуху бувають: «глухі» (повна втрата слухової функції) і «слабочуючі».

«Глухі, позбавлені мови» - це пацієнти з вродженою відсутністю даного детектору або втратили його в ранньому дитинстві (Корольова та Петер. *Дети с нарушениями слуха для родителей*).

До глухих, але при цьому присутня мова певною мірою, відносяться пацієнти, які втратили слух в більш пізньому віці. Внаслідок вродженої втрати слухового сенсора досить часто розвиваються патологічні зміни функціонування вестибулярного апарату, просторової орієнтації, погіршується постава. Крім цього, формується глухонімота і затримка в розвитку здатності до прямо стояння. На тлі подібних порушень, як вторинні патології відзначаються психічні відхилення - відставання функції мислення, проблеми зі спілкуванням, убогість емоцій і погана пам'ять (Постанова КМУ № 1545, 2000.)

«Слабочуючі», або «люди з частковою втратою слухової можливості», але при цьому зберегли власне мовлення, не відчувають ніяких труднощів, при

застосуванні розумових здібностей. Порівняно з глухими, «діти із зниженим слухом» (зниження слуху від 15 до 75 дБ - слабчуючі), які мають слух, що у свою чергу, за допомогою аудіо підсилювальної апаратури дає змогу сприймати мовлення інших.

Справжню причину втрати слуху дуже складно визначити. Це можуть бути: інфекційна хвороба матері під час вагітності, спадкові гени, ліки якими підтримували життя дуже хворої дитини. А ще втрата слуху може бути поєднана з іншими паталогіями при народженні (хвороби серця, зору). Наймовірно, щоб втрата слуху була спричинена їжею, незначними падіннями дитини, чи неінфекційними хворобами протягом вагітності. Часто причина втрати слуху залишається невиявленою (Корольова та Петер. *Дети с нарушениями слуха для родителей*).

Наступне порушення – **мовлення**. На думку О. Ушакової мова і мовлення традиційно розглядалися в психології, педагогіки, дефектології та філософії як: «вузол, у якому сходяться всі лінії психічного розвитку: мислення, пам'яті, уяви, емоцій». Будучи найважливішим засобом людського спілкування, пізнання навколишнього світу, мова служить каналом для прилучення до цінностей духовної культури, а також є необхідною умовою навчання і виховання людини» (Іпполітова ред., 1989).

Мова – це одна з найважливіших соціальних функцій людини, здійснення якої обумовлено злагодженою діяльністю головного мозку та безліччю периферичних нервів особи. В її забезпеченні, а також здійсненні читання, посилення, задіяні чотири аналізатори: зоровий, слуховий, кінестетичний і руховий (Григор'єв, 2006).

Для такого складного процесу дуже важливим збереження працездатності всіх м'язів (гортані, щелеп, мови, неба), а також стан рота, глотки і додаткових пазух носа, так званих резонаторних порожнин. Не менш значущим є координація дихання і можливість якісної вимови. Мовні механізми є складною і багаторівневою організацією, і зміна на будь-якій ділянці даного ланцюга може призвести до втрати або зниження якості

функції. Фактори, що обумовлюють мовні аномалії, можуть бути наступними: спадкова схильність; внутрішньоутробна патологія; генетичні зміни у організмі дитини; несприятливе розродження; захворювання дитини в перші роки життя (Лохвицька та Доброскок ред., 2007).

Порушуватися може як усна мова, так і письмова, причому супроводжуватися подібні зміни можуть патологіями зору, слуху, інтелекту чи ОРА. Залежно від присутніх поєднань нерідко виникають характерні види загального недорозвинення індивіда. Присутність різних «конфігурацій» мовних порушень дає привід, для висновку розумової відсталості людини. Різноманітність і поєднання патологій, що ведуть до інвалідності, на жаль, дуже велике, але завдяки даній класифікації фахівцям ЛТЄК та іншим лікарям набагато простіше виділяти основне захворювання у того чи іншого пацієнта. Це дозволяє знайти більш швидкий і доступний спосіб організації медичної допомоги подібним хворим, а також їх реабілітації і адаптації до повсякденного життя (Зверева, Безпалько та Харченко, 2004)

Також порушенням являється *аутизм*. Проблема вивчення «аутизму та аутистичних порушень» у дітей шкільного віку досліджується в Україні надзвичайно активно (І. Марценковський, К. Островська, В. Бондар, С. Конопляста, В. Кротенко, М. Рождественська, І. Логвінова, та ін.).

Зокрема, термін «аутизм» (з грец. - сам) належить швейцарському психіатру Е. Блейлеру, уперше він використав його для визначення категорії егоцентричного мислення при шизофренії (від грец. «σχιζω — розсікаю, розділяю» і «ψυχή — душа, розум»). Першим описав «аутистичні порушення емоційного контакту маленьких дітей» американський психіатр Л. Каннер, якому і належить термін «ранній дитячий аутизм» з причин раннього (від народження) прояву цього синдрому (Кукушкіна, 2003)

Академіки В. Синьов та В. Бондар рекомендують використовувати таке поняття: «аутизм – це тяжке порушення розвитку, яке характеризується певними недоліками у формуванні соціальних і комунікативних зв'язків із реальністю; проявляється у сконцентруванні на власних переживаннях,

обмеженні спілкування з іншими людьми, а також проявами своїх стереотипних інтересів і думок» (Денискіна, 2010, с. 73-77). Також спостерігається деяка суперечливість у підходах до встановлення діагнозу і визначення граничних особливостей між «аутизмом», «раннім дитячим аутизмом», «розладом спектру аутизму», «порушенням аутистичного спектру», «аутистичними порушеннями», і «розладом аутистичного спектру» (Башина, 2010).

Частота прояву хвороби 1:800 дітей. Причиною аутичних проявів можуть стати наступні: відчуженість або холодність матері зі слабкою емоційною прив'язаністю до дитини, недостатній рівень заохочення, тривала «деривація» (відсутність матері). У внутрішньому утробному періоді причинами аутизму – краснуха, кисневе голодування плоду (Кукушкіна, 2003).

Важливою проблемою здоров'я являється *олігофренія*. Останнім часом значно збільшилась кількість дітей з порушенням інтелекту. Основними причинами цього процесу є: паління і вживання алкогольних напоїв жінками в преднатальний і постнатальний період (під час годування грудьми), періоди розвитку дитини. Близько 75-85 % випадків «олігофренії» приходить на вплив шкідливих факторів у період внутрішньоутробного розвитку, а також спадкових захворювань.

«*Олігофренія*» - являє собою порушення розумового розвитку дитини, а також спостерігається недорозвинення всієї психіки (Сухенко, 2014). У подібних дітей дефект мозку, може виявлятися: у внутрішньоутробному (пренатальному), постнатальному періоді; на ранніх стадіях розвитку; у перші три роки життя дитини, можливо, під час сформування мовлення. При наявності олігофренії, органічна недостатність мозку носить «непрогресивний» (такий, що не поглиблюється), або «резидуальний» (залишковий) характер.

Недорозвинення емоційно-вольової й пізнавальної сфери в олігофренів виявляється не тільки у відставанні від норми, а й у глибокій своєрідності. Вони здатні до розвитку, хоча цей процес здійснюється повільно, можливо з певними

відхиленнями. Таким дітям складно сприймати картини. У «олігофренів» також відзначається неповноцінність уявлень, що безумовно негативно позначається на розвитку їхнього мовлення. Часто наявні в них зорові образи ніяк не співвідносяться зі словесними визначеннями. Значення слів, однобічне і розуміється тільки у визначених умовах для дитини. У всіх розумово-відсталих дітей спостерігаються порушення мовної діяльності, що більш-менш піддаються корекції, а у деяких відсутня мова навіть у чотирьох – п'яти - річному віці. А олігофренам характерне затримання мовлення, яке виявляється у пізньому розумінні (у порівнянні з нормою), а також дефекти користування нею самостійно (Виготський. Проблема умственной отсталости).

Формування головного мозку людини відбувається гетерохронно, вже на третьому місяці розвитку ембріона виділяються його основні частини, до п'ятого місяця вже помітні борозна великих півкуль. Верхній шар кори, його асоціативна область, при народженні дитини ще дуже слабо розвинутий і може вдосконалюватися при його активному розвитку. У «дітей-олігофренів» верхній шар кори, що забезпечує всі форми аналізу і синтезу, а також відповідальний за поведінкову діяльність людини, залишається недорозвиненим», саме так вважав І. Сухенко (2014).

Особливістю процесу розвитку розумово відсталої дитини є невідповідність між собою рівнів фізичного і психічного розвитку, що зв'язано з недорозвиненням кори головного мозку відставанням у розвитку процесів мислення, свідомості, розвитку мови, і до свого фізичного розвитку.

У корі головного мозку є локальні ділянки, що відповідають за визначені функції організму, так названі сенсорні зони. За допомогою аналізаторів у зони попадає і переробляється інформація про стан внутрішніх органів і зовнішнього середовища. П. Павлов проводячи досвіди на тваринах зв'язані з видаленням різних зон кори, сунув теорію локалізації функцій. Він зазначив, «що крім локальних ділянок оповідальних за конкретну функцію, у корі ще є її розсіяні елементи, що з часом можуть у визначеній мірі компенсувати дану функцію, це свідчить про пластичність нервових центрів» (Сухенко, 2014).

Видатний вчений, Л. Виготський доводив, «що в розвитку дитини існують періоди в які гальмування визначеної функції відбувається найбільше швидко і повноцінно», саме ці періоди він назвав сенситивними (Виготський. Проблема умственной отсталости).

Інтенсивний розвиток головного мозку відбувається в перші два роки після народження дитини. Тому цей час вважається найбільш сприятливим для виявлення і проведення корекційно - педагогічної роботи з «дітьми - олігофренами» (Ходжкін, 1985).

Також надамо характеристику *дітям із затримкою психічного розвитку* (у подальшому ЗПР).

В загальному психолого-педагогічному напрямку проблему ЗПР досліджували Т. Андрющенко, А. Богущ, В. Ямницький, Т. Карабанова, Н. Максимова, Н. Менчинська, В. Піскун, Є. Мілютіна, Л. Носкова, та інші. Дослідження заключились у розробці методів «компенсуючого навчання» (Є. Мастюкова, Г. Кумаріна), а також визначенні засобів і прийомів відновлення розумової працездатності «дітей з затримкою психічного розвитку» (К. Корольова, М. Раттер) (Дмитренко, Коновалова та Семиволос, 2018).

В. В.Войтко розглядає: «ЗПР - певне уповільнення розвитку психіки дитини, яке виявляється в недостатності запасу знань загалом, переважанні ігрових інтересів, швидкій перевтомі в інтелектуальній діяльності, незрілості мислення» (2017).

В. Лебединський, звертаючись до клінічної картини хвороби, стверджує, «що це аномалія розвитку, яке наділене певним ступенем важкості і прогнозу, а також «поліморфізмом» клініко-онтогенетичної структури» (Зверева, Безпалько та Харченко, 2004).

В свою чергу С. Бородуліна вказує на те, що «термін «затримка психічного розвитку», необхідно використовувати по відношенню до дітей з мінімальною функціональною недостатністю або органічними відхиленнями центральної нервової системи, а також тих, які перебували чи продовжують перебувати в умовах «соціальної деривації» (Баранова, 2015, с. 8-17).

Поняття «затримка психічного розвитку» А. Григор'єв, розглядає «як термін, що включає різноманітні стани чи форми за клінічною картиною, до яких можна відносити дітей, як із незначним відставанням у психічному розвитку (вони наближені до нормальних), так і дітей з вираженою затримкою психіки (відносяться до «дебілів»))» (2006).

У свою чергу, вчені пропонують для загального використання дане визначення, «затримка психічного розвитку - є уповільненням темпу розвитку психіки дитини, яке виявляється в недостатності запасу загальних знань, переважанні ігрових інтересів, швидкою перевтомою в інтелектуальній діяльності, незрілості мислення (Капська ред., 2000).

ЗПР зумовлюється наступними чинниками, зокрема, це: порушення функціонування мозку в період внутрішньоутробного розвитку, пологові ускладнення, тривалі й хронічні захворювання в дитинстві, несприятливі умови виховання, спадкова схильність дитини, тощо.

Причини виникнення ЗПР поділяються на *біологічні та соціально-психологічні*. До біологічних відносяться:

- церебрально-органічні фактори(різні варіанти патології вагітності);
- порушення конституційного розвитку дитини;
- соматогенно - обумовлені фактори (гострі та хронічні захворювання внутрішніх органів), що призводить до соматичної астенії і інфантилізації.

Соціально-психологічні причини це:

- «соціальна деривація» (дитину рано відлучили від матері з наступним вихованням в несприятливих умовах;
- несприятливі умови виховання дитини в сім'ї (авторитарний тип виховання чи гіперопіка);
- дефіцит предметної і ігрової діяльності, також спілкування з ровесниками та іншими дорослими (Дмитренко, Коновалова та Семиволос, 2018).

Більша частина «дітей із затримкою психічного розвитку», які своєчасно отримують корекційну допомогу, добре засвоюють програмовий матеріал і

приходять до «норми» після закінчення четвертого класу. Але, чимало учнів і у середній та старшій школі, потребують особливих умов організації освітнього процесу через труднощі у засвоєнні матеріалу, та навчаються за індивідуальною програмою.

Синдром Дауна – це найбільш поширене генетичне порушення, спричинене у результаті наявності додаткової хромосоми у 21-й парі. Коливання частоти народження дітей з таким діагнозом становить один випадок на 600–800 новонароджених. «Синдром Дауна» – не хвороба, «синдром» називають певний набір особливостей, симптомів або ознак». Уперше ознаки людей із зазначеним синдромом описав лікар Дж. Даун у 1866 р., ім'я якого було взято за назву даного порушення – «синдром Дауна». Але тільки в 1959 р. французький вчений Ж. Лежен з'ясував причину синдрому, яка й визначає його характеристики (Постанова КМУ № 1545, 2000). Цей діагноз може визначити тільки лікар-генетик за допомогою аналізу клітин епітелію, який стверджує присутність зайвої хромосоми в організмі.

Поява зайвої хромосоми – це випадковий процес, спричинений зайвою хромосомою у статевій клітині жінки (яйцеклітині) або у статевій клітині чоловіка (сперматозоїді). Ще одна хромосома може з'явитись під час ділення заплідненої яйцеклітини вже в ембріональному періоді розвитку.

Однак досі не сформувалось однозначної думки про те, що є причиною такої генетичної аномалії. Адже діти із синдромом Дауна народжуються з однаковою частотою в усіх країнах світу, незалежно від рівня добробуту чи стану екології (Бурая, 2000).

«Дітям Сонця» притаманні: деформація грудної клітини; м'язова гіпотонія (зниження м'язового тону); поперечна складка на долонях як універсальна ознака синдрому Дауна – може спостерігатися лише в 45 % таких дітей; підвищена рухливість суглобів; деформовані вушні раковини; великий складчастий ніс; короткі та широкі кисті; пігментні плями по краю райдужної оболонки очей (плями Брушфільда) (Дмитренко, Коновалова та Семиволос, 2018).

Нетиповий розвиток немовлят із синдромом Дауна помітний з перших місяців їхнього життя. У першу чергу помітні занижена активність і млявість дитини, проблеми з розвитком дрібної моторики рук, що пов'язано зі зниженням м'язового тону та особливою формою кисті. Специфічними є й інші види рухової діяльності. Також такі діти починають ходити уже в два роки, а інші тільки на 4-му році після народження. Але необхідно зазначити, що з розвитком ходьби такі діти стають активніше, а моторна діяльність покращується. Тому важливо, щоби з дитиною працював реабілітолог чи інструктор ЛФК (Лохвицька та Доброскок ред., 2007).

Затримка формування всіх рухових функцій викликає сповільнення розвитку психічних процесів. М. Швед звертає нашу увагу на те, що «Структура психічного розвитку «дітей із синдромом Дауна» своєрідна: часто виявляються дизартричні прояви та поліморфна дислалія, мовлення з'являється пізніше, ніж у дітей з нормальним розвитком, а також словниковий запас обмежений; часто ускладненим є розуміння зверненого мовлення» (2015).

Ще одним медичним явищем є *порушення опорно-рухового апарату* (ОРА). Р. Маранчак, О. Василенко запропонували поділити захворювання ОРА, здатних стати причиною отримання групи інвалідності на три види:

- патології нервової системи;
- вроджені «аномалії» - «артрогрипоз» (вроджена каліцтво), вивих стегна. Деформації і дефекти кінцівок – клишногість, відхилення у розвитку пальців, стопи і кисті;
- набуті хвороби і пошкодження – патологічні зміни в результаті травми головного або спинного мозку, рук, ніг, деформації кінцівок, поліартрит, системні хвороби скелета (2013, с. 128- 132).

У пацієнтів з групою інвалідності щодо порушення функціонування ОРА ведучим є недоліки даної системи - недорозвинення, патологія чи втрата тих чи інших рухових здібностей. При захворюваннях ОРА церебрального походження, відбувається зниження опоро спроможності, порушення

координації рухів, орієнтування в просторі, вертикальної пози або рівноваги, макро - і мікромоторики (Тарасова та Фонарьова, 2010).

Найчастіше діагностується такі захворювання як: остеохондроз, остеопороз, контрактури, м'язова гіпотрофія і дисгармонійність фізичного розвитку. Крім цього, приєднуються захворювання серцево-судинної та дихальної системи, а також патології внутрішніх органів. Нерідко відзначається зниження якості зору, слуху та інтелекту, що в результаті веде до низької працездатності.

О. Тарасова та М. Фонарьова доводять, що «При патологіях ОРА спинального походження діагностується часткова або безумовна втрата чутливості, рухів, розлад функціонування органів таза. Розвиваються вегетативні дисфункції, утворюються пролежні. Все частіше виникає остеопороз» (2010).

«При ураженні верхнього відділу (шийного) спостерігаються дихальні та ортостатичні порушення. Розвиток млявого паралічу супроводжується м'язовою атрофією, спастичного – зниженням рухливості суглобів, появою контрактур, підвищенням м'язового тону», зауважує Л. Коваль (1997).

«При наявності патологій ОРА в результаті вроджених вад або ампутації втрачається звичайна опоро здатність, рух і ходьба (при втраті ніг), постава, координація рухів, а також здатність підтримання вертикальної пози. Найчастіше при наявності таких змін відзначається зменшення судинного русла і маси тіла», зазначила І. Зверєва (1997).

В цілому дані патології супроводжуються дегенеративними змінами кісткової і нервово-м'язової тканини, розладом регуляторних механізмів, контрактур. Виникають дисфункції дихання, кровообігу, травлення, обмінних процесів, в результаті чого знижується працездатність. Крім усього перерахованого вище, нерідко присутні фантомні болі, що доставляють значну дискомфортність пацієнтам.

«Одним з видів ураження ОРА, що ведуть до отримання статусу інвалідності є насильницькі рухи або мимовільні рухові реакції (наприклад,

третиння верхніх кінцівок). Вони створюють великі перешкоди для виконання простих рухів, і ускладнюють оволодіння багатьма навичками рухового апарату», констатує А. Колупаєва (2012).

Розглянемо характеристики *дітей із дитячим церебральним паралічем* (ДЦП). Перший клінічний опис дитячого церебрального паралічу було зроблено В. Літтем в 1853 році. Однак розробка терміну «дитячий церебральний параліч» належить З. Фрейду. Саме він запропонував «об'єднати всі існуючі форми спастичних паралічів внутрішньоутробного походження з подібними клінічними ознаками в групу церебральних паралічів» у 1893 році (Колупаєва та Савчук, 2011).

У 1958 році на засіданні ВООЗ в Оксфорді в Міжнародній класифікації хвороб затвердили цей термін і дали наступне визначення: «Дитячий церебральний параліч – це не прогресуюче захворювання головного мозку, але він уражує його відділи, які відповідають за рухи і положення тіла, також захворювання може набуватися на ранніх етапах розвитку головного мозку» (Іпполітова ред., 1989).

У клінічній картині провідним симптомом при ДЦП є рухові порушення, до яких у багатьох випадках приєднуються деякі порушення психіки, слуху, зору, мови. Провідні вчені (Л. Данилова, Л. Бадалян, М. Іпполітова, Л. Журба, В. Мастюкова, К. Семенова,) розкривають у своїх роботах етіологію, причини ДЦП, а також вказують на структуру рухових і мовних порушень, класифікацію форм даного захворювання. Всі автори наводять наступну картину: наявність рухових порушень, викликаних ураженням рухових зон кори головного мозку; мозаїчний характер ураження; відсутність прогресивності, поразки на ранніх стадіях онтогенетичного розвитку (Ільєнко та Стах, 2015).

Церебральний параліч виникає через порушення в тій частині мозку, яка відповідає за контроль та координацію роботи м'язів. Більше страждають «молоді» відділи мозку, а саме, великі півкулі, які регулюють мову, коркові функції, довільні рухи, та інші. Хвороба проявляється у вигляді різноманітних психічних, мовних, рухових відхилень. А також характеризується нездатністю

повністю координувати власну м'язову силу та рухи. Залежно від того, який відділ мозку уражено, іноді виникають різкі мимовільні рухи, м'язове напруження (спазми), а ще буває «танцююча» хода (Іпполітова ред., 1989).

Також ДЦП іноді виникає внаслідок органічного ураження центральної нервової системи під впливом несприятливих факторів, що впливають на дитину в перший рік життя (ранній постнатальний період), внутрішньоутробний (пренатальний) період, а також у момент пологів (інтранатальному період). Виникнення ДЦП більш вірогідне при поєднанні ураження мозку в момент пологів, а також у внутрішньоутробному періоді. За численними дослідженнями доведено, що більше 400 факторів здатні шкодити центральній нервовій системі розвитку плода. Це не прогресуючий стан, він не може передаватися іншим людям (Григор'єв, 2006).

До шкідливих факторів, що несприятливо діють на плід внутрішньоутробно, відносяться: серцево-судинні і ендокринні порушення в матері; перенесені майбутньою матір'ю інфекційні захворювання під час вагітності; фізичні травми, забиття плода; можлива несумісність крові матері і дитини по резус-фактору або групами крові; фізичні фактори (переохолодження чи навпаки перегрівання, опромінення, вібрація у великих дозах); екологічне неблагополуччя; деякі лікарські препарати. Всі несприятливі фактори порушують матково-плацентарний кровообіг, що призводить до кисневого голодування або розладів харчування плода (внутрішньоутробної гіпоксії). Крім того, можуть виникати також аномальні відчуття та сприйняття, спостерігають порушення зору, слуху і мовлення, напади, затримку в розумовому розвитку (Маркова та Рисович, 2015).

Отже, «діти з особливими освітніми потребами» – це своєрідний, складний контингент. Нозологічна група інвалідів – це сукупність людей, що мають схожі ознаки патології або споріднені захворювання. Ми розглянули медичні характеристики «людей з особливими потребами», які включають наступні порушення: зору, слуху, мовлення, аутизм, олігофренія, затримка психічного

розвитку, синдром Дауна, дитячий церебральний синдром, синдром дефіциту увагу.

1.2. Психолого-педагогічна і соціальна характеристики дітей з особливими освітніми потребами

Сучасне поняття «інклюзія» першим у науку вів М. Уїлл. Основною метою інклюзивної освіти – розбудова суспільства, яка дозволить, незалежно від етнічної належності, від статі й віку, наявності або відсутності особливостей у розвитку, здібностей, брати участь у житті суспільства й робити власний внесок у його розвиток. Саме у такому суспільстві особливості поважають й цінують. І тому «інклюзивна освіта» розглядається, як система, завдяки якій діти з «особливими освітніми потребами» отримують освіту в «звичайних» школах, як і «нормальні» учні; втілюють свої освітні потреби у життя, згідно з індивідуальними особливостями кожної дитини; перебувають у класах з дітьми такого ж віку; забезпечуються необхідним супроводом і підтримкою (Дмитренко, Коновалова та Семиволос, 2018).

На сьогоднішній день, «інклюзивне навчання» передбачає створення комфортного освітнього середовища, яке б відповідало можливостям і потребам кожної дитини, згідно з даними ознаками її фізичного або психічного розвитку. *Інклюзивне навчання* – рівна, індивідуалізована система навчання «дітей з особливими освітніми потребами» в умовах «звичайної» загальноосвітньої школи за місцем проживання (Нова українська школа: концептуальні засади реформування середньої школи, 2017).

Т. Лорман зауважила, що «Навчання дітей спрямоване на розширення у них світогляду й формування власної думки, вироблення навичок і вмінь, що необхідні їм для повноцінного життя в сучасному соціумі» (2010). Таке навчання відбувається за індивідуальним навчальним планом, а також забезпечується психолого-педагогічним та медико-соціальним супроводом. Працюючи з «незвичайними» дітьми слід пам'ятати про твердження К. Марго «що світ «особливої» дитини цікавий, похлипливий, неповторний і красивий, а

часом дивний і незграбний, а ще добрий, щирий і відкритий. Світ «особливої» дитини, іноді лякає, агресивний... і закритий для чужих...» (Маранчак та Василенко, 2013, с. 128-132).

«Інклюзивна школа» – це освітній заклад, який забезпечує інклюзивну освіту як концепцію освітніх послуг, зокрема: створює комфортне фізичне середовище, адаптує навчальні плани та програми, форми та методи навчання, залучає батьків, використовує існуючі в громаді ресурси, працює зі спеціалістами, які надають ряд послуг для різних потреб дітей, а ще вона створює позитивний клімат у шкільному середовищі (Нова українська школа: концептуальні засади реформування середньої школи, 2017)

Слова Л.Тюптя , І. Іванова тільки підтверджують сьогоденні зміни: «Дітей з особливими потребами в навчанні, насправді, у наших школах мало б бути ще більше. Однак для цього вони мусять пройти психолого – медико - педагогічну комісію, яка дає рекомендації для навчання, а не «забирає мою дитину у якийсь спец заклад» або «навішує ярлики», як досі думають деякі батьки, які відмовляють своїй дитині у проходженні такої комісії» (2008).

Вчений А. Дістервег наголошує: «Навчання, впливаючи на розум, почуття і волю, гармонійно виховує цілісну людину, розвиваючи всі його таланти та здібності» (Дмитренко, Коновалова та Семиволос , 2018). Тому НУШ – освітній заклад, який приємно відвідувати усім вихованцям. Саме тут вчать критично мислити, висловлювати власну думку, підтримують нові починання, ідеї, виховують відповідальність та патріотизм (Нова українська школа: концептуальні засади реформування середньої школи, 2017).

Вчена О. Замашкіна зауважила: «На сьогодні актуальною та недостатньо вирішеною ... являється проблема навчання дітей з особливими потребами, адже більшість з них не отримує належної освіти... Характерною особливістю сьогодення є реконструювання системи спеціальної освіти на демократичних, гуманістичних засадах, створення в країні альтернативних моделей психолого-педагогічної підтримки, механізмів для вільного вибору форм навчання дітей, рівня і діапазону освітніх потреб (2015, с.128-134).

«Інклюзія - це більш гуманна наука, яка може вдовольняти запити всіх груп дітей, згідно з фізичним розвитком, та сприяє створенню соціуму, яке визнавало б потреби і освіту особливих дітей» (Швед, 2015).

Існує таке поняття як *«труднощі у навчанні»*, (яке добре знайоме як освітянам так і батькам) - так зазвичай позначають специфічні проблеми, пов'язані з навчанням. Саме ці труднощі в навчанні перешкоджають процесу засвоєння знань, зазвичай - це навички міркування, слухання, читання, письма, лічби, зв'язного мовлення тощо (Постанова КМУ № 872, 2011).

Труднощі в навчанні бувають різними. Наприклад, в одному випадку спостерігали труднощі в опануванні читання і письма. Друга дитина може зазнавати труднощів під час усвідомлення математичних дій, третя, окрім цього, ще й недостатньо усвідомлює звернене мовлення до неї. Спеціалісти вважають, що дані проблеми в навчанні зумовлені особливостями в опрацюванні мозком інформації. Ці діти, не ліниві, вони мають «нормальний» інтелектуальний розвиток, але їхній мозок опрацьовує інформацію інакше. Для дітей передбачено спеціальне навчання та супутні послуги (корекційна допомога) (Колупаєва та Савчук, 2011).

Труднощі в навчанні в одних дітей можна скоригувати, а у інших ні. Проте такі діти можуть досягти певних успіхів, якщо їх навчити, як саме здолати труднощі, пов'язані з їхніми порушеннями. Якщо надати вчасну допомогу таким дітям, то вони зможуть навчатися досить успішно. Л. Тюптя зауважує, що «Дані труднощі часто описують таким чином: це дефект одного або більше основних психологічних процесів, які часто виявляються зниженням адаптації в соціумі, а ще ефективності пізнавальної діяльності загалом» (2008).

Проте такі труднощі не охоплюють навчальних проблем, які є здобутком порушень слуху, або зору, моторних функцій, зниження емоційного балансу, впливу навколишнього оточення, відхилення розумового розвитку, економічних або культурних чинників.

Затримка психічного розвитку найбільш яскраво розкривається на початку шкільного навчання, саме в цей період, розкривається недостатність

уявленнь і знань про оточуючий світ, недостатня зрілість емоційної сфери та мотивації (відсутність пізнавальних інтересів, але переважання ігор), дефекти у розвитку мовлення, не сформована довільна поведінка учня (Войтко, 2017).

Як доводять дослідження таких науковців, як Т. Єгорової, М. Певзнер, К. Лебединської, Т. Власової, значна частина дітей, які зазнають труднощів у навчальній діяльності, складають «діти з затримкою психічного розвитку», у яких ступінь сформованості деяких психічних функцій не відповідають їхньому віку, а ніби перебувають на більш ранніх стадіях розвитку. Головною ознакою таких дітей, являється незріла емоційно-вольова сфера, тому вони не здатні протягом тривалого часу (30-35 хвилин) бути сконцентрованими, уважними, та зосередженими на навчанні (Гаврилов, 2009).

М. Вагнерова звертає увагу, «на безліч реакцій, які були спрямовані проти волі батьків, відсутнє правильне розуміння соціальної ролі» (Капська ред., 2000).

В. Лебединський окреслює «безпосередню залежність розвитку дітей із ЗПР від ефектних умов виховання» (Колупаєва та Савчук, 2011).

О. Слепович, вважає що, проблемами у сфері соціальних емоцій молодших школярів із ЗПР є такі: «ці діти не готові до теплих емоційних стосунків з ровесниками, а також у них бувають порушення емоційних контактів зі своїми близькими, також вони погано орієнтуються в морально-етичних нормах поведінки» (Постанова КМУ № 872 , 2011).

Виділяють різні форми затримки, залежно від перерахованих факторів:

- *Психогенного походження* – дана форма зумовлена некомфортними умовами виховання (недостатнє піклування або надмірна опіка дитини). При цьому розвиток, може затримуватися через обмеження чинників інформації, подразнень, як надходить з навколишнього середовища;

- *Соматогенного та конституціонального походження* – така дитина зовні тендітна і мініатюрна, емоційно - вольова сфера відповідна ранньому віку, частота хвороб майже завжди знижує кількість вимог батьків, слабкість

організму загалом знижує продуктивність уваги, пам'яті, працездатності, гальмує розвиток пізнавальної діяльності;

- *Церебрально-органічного походження* - найстійкіша і найскладніша форма, яка зумовлюється порушеннями головного мозку дитини внаслідок впливів патологічних змін (під час вагітності). Характеризується зниженою навчуваністю (зважаючи на низький рівень розумового розвитку) та проявляється у труднощах освоєння шкільного матеріалу, а також відсутністю мотивації та інтересу до отримання освіти (Дмитренко, Коновалова та Семиволос, 2018).

У молодших школярів із ЗПР виділяється порушення самоконтролю у всіх видах діяльності, труднощі пристосування до дитячого колективу під час гри та занять, агресивність поведінки і його провокуючий характер, емоційна нестійкість, часта зміна настрою, метушливість, відчуття страху, невпевненість, фамільярність по відношенню до дорослого. Конфуцій говорив: «Добром треба відповідати на добро, а на зло – по справедливості. Тому дитина повинна розуміти, що уникнення конфлікту - це не слабкість, а перемога сил добра. Вміти керувати своїм гнівом і агресією» (Зверєва, Безпалько та Харченко, 2004).

На початку шкільного навчання такі діти недостатньо усвідомлюють правила поведінки в школі, свої учнівські обов'язки. Частіше через це поряд із своїми однокласниками вони виглядають «дивними», оскільки поводять себе як дошкільнята: ходять по класу, встають без дозволу із-за парти, звертаються до вчителя під час пояснення матеріалу чи граються, не звертаючи уваги на події, які відбуваються на будь-якому уроці. Також добре виявляється і брак інтересу до певних занять, і надмірна втомлюваність. Особливості соціального розвитку дитини із ЗПР впливають на її соціалізацію і адаптацію у колективі, взаємини з батьками, однолітками і вчителями, а тому, є дуже важливим раннє виявлення та корекція захворювання (Войтко, 2017).

Під час психолого-педагогічного вивчення необхідно використовувати завдання з великою кількістю наочності, що значно підвищує якість їх

виконання. З метою оцінки рівня розвитку мислення необхідно протиставляти результати досягнень дитини у виконаних завданнях із наочно-дієвим або словесно-логічним матеріалом. У цих учнів великий розрив між тим, які завдання вони можуть виконати самостійно, а які тільки за допомогою дорослих або вчителів, на відміну від «розумово – відсталих» вони краще застосовують допомогу при виконанні аналогічних завдань. Даний факт є дуже важливим і для діагностики затримки психічного розвитку, так і позитивного прогнозу для навчання подібних дітей. Кінцеве рішення буде ухвалене лише після тривалого психологічного і педагогічного вивчення у процесі (Войтко, 2017).

Л. Виготський зауважив, що «навчання веде за собою розвиток», а єдиним засобом компенсації відхилень розвитку є «коректувальне навчання». І тому дуже важливо підтримувати і зберегти у дітей, необхідний високий мотиваційний рівень протягом усього навчання в школі (Проблема умственной отсталости).

З одного боку затримка психічного розвитку - це одночасно педагогічне і психологічне твердження для найпоширенішого серед дефектів, який зустрічається в психофізичному розвитку дітей. За багатьма даними різних авторів, у популяції дитинства виявлено від 6 до 11% дітей з таким діагнозом різного генезису. ЗПР належить до «прикордонної» форми «дизонтогенеза» і виявляється у вигляді дозрівання різноманітних психічних функцій сповільненому темпі. А також для неї є характерним «гетерохронність» (різночасність) прояви істотних відмінностей і відхилень, як у прогнозі наслідків, так і ступеня їх вираженості хвороби (Войтко, 2017).

З іншого боку С. Дуванова, Т. Пушкіна, Н. Трофімова, вказують, що «затримка психічного розвитку - поняття, яке має на увазі, не тільки незворотний, нестійкий психічний розвиток, а уповільнення його темпу, яке виявляється частіше під час вступу до школи і виражається: обмеженим запасом знань загалом, переважанням ігрових інтересів, низькій

інтелектуальній цілеспрямованості, незрілості мислення і уявлення, швидкою перевтомою у навчальній діяльності» (Гаврилов, 2009).

Отже, вчені стверджують, що «затримка психічного розвитку – є уповільненням темпу розвитку психіки дитини, яке супроводжується: швидкою перевтомою в інтелектуальній діяльності, недостатнім загальним запасом знань, переважанням ігрових інтересів, незрілістю уявлень і мислення».

З психологічної точки зору, у дитини молодшого шкільного віку виявляються наступні лінії розвитку: сприйняття - як орієнтовної діяльності, спрямованої на дослідження якостей і властивостей предметів; розвиток загальних рухів; накопичення емоційних образів; удосконалення наочно-дієвого і образного мислення; формування довільної пам'яті; розвиток сенсорних еталонів; розвиток моторики рук, рухової та зорової координації; довільної уваги; формування уявлень про оточуючий світ; розвиток сюжетно-рольової гри, спілкування з однолітками, здатності дружити, конструювання, малювання; розвиток самосвідомості; розуміння зверненої до неї мови; оволодіння лексичними, граматичними, фонетичними сторонами мови, основною функцією мови - комунікації; мовного спілкування; вдосконалення загальної моторики; супідрядність мотивів; волі; самостійності; пізнавальної активності; готовності до учбової діяльності. (Колупаєва, 2012).

В. Сухомлинський про таких дітей пише: «я переконаний, що вчити і виховувати таких дітей треба в звичайній школі: повноцінна інтелектуально насичена і постійно збагачує середовище-одне з найважливіших умов їх порятунку» (1975)

Учень, який зазнає подібних труднощів, потребує ретельного психолого-педагогічного вивчення для визначення оптимальних та ефективних методів навчання. Консультаційна робота з батьками даних дітей має дуже важливе значення, оскільки розуміння ними особливостей світу труднощів і допомога фахівців таким родинам сприятимуть подоланню дитиною негараздів у навчанні.

Дітям, які мають **порушення зору**, якомога раніше необхідно надати допомогу, для того, щоб вони отримали користь від ранніх програм втручання. Деякі комп'ютерні технології, відео та оптичні допоміжні засоби можуть знадобитися дітям з даними проблемами різної важкості під час «звичайних» занять в школі. Для таких дітей існують надруковані великим шрифтом навчальні матеріали, книжки зі «друком Брайля» та на плівці (Маркова та Рисович, 2015).

Дітям з «дефектами зору» зайвою не буде і додаткова допомога, наприклад: спеціальне обладнання, розвиток навичок слухання, мобільності, орієнтування, комунікації, професійне становлення, а особливо у повсякденному житті. «Майже сліпим» дітям, або зі «зниженим зором» обов'язково знадобиться допомога для розвитку вміння використання залишків зору. Учні, які мають і інші порушення, найбільше потребують розвиток навичок самообслуговування (Дмитренко, Коновалова та Семиволос, 2018).

Існує безліч технологій і засобів, які можуть допомогти людям з порушеннями зору бути самостійними від простого годинника і диктофону «який розмовляє», до «міні - комп'ютеру», що надає можливість добре орієнтуватися в просторі. Долаючи труднощі у роботі з такими дітьми, можна опиратися на слова М. Швед: «Найвища ступінь людської мудрості заключається у вміннях пристосуватися до обставин і зберігати спокій всупереч зовнішнім грозам» (2015).

Діти з порушеннями слуху

Особливості психічних процесів можна охарактеризувати в цілому як недостатня динамічність інтелектуальної сфери в цілому. У дітей з порушеннями слуху через блокуваність слухового аналізатору відбувається збій в системі сприйняття оточуючого зоровим аналізатором. Слуховий аналізатор «чуючої» дитини фокусує зір, тобто «звертає його увагу» на відповідний до звучання і розуміння слова, конкретний предмет. Без допомоги слухового аналізатору, зорове сприйняття є «панорамним», тобто розсіяним. Дитина дивлячись на предмет, може не звертати уваги на його основні характеристики,

а вдивляться на його фрагменти, деталі (Корольова та Петер. *Дети с нарушениями слуха для родителей*).

Через це виникають труднощі у сприйнятті оточуючого світу, це такі: змішування наслідків, причин події чи ситуації, трудність осмислення одного і того ж об'єкта з різних «варіацій» і включення його в систему зв'язків, низький рівень словесної пам'яті з повільним темпом утворення значень слів; слабе запам'ятовування словесного матеріалу, труднощі у співставленні і впізнанні предмету (Дмитренко, Коновалова та Семиволос, 2018).

І. Корольова наголошує що «дітям з порушеним слухом складніше навчитися спілкуватися з оточуючими тому, що у багатьох з них через патології нервової системи, підвищена збудливість і порушена увага. Відсутність систематичних занять з сурдопедагогом також негативно впливає на розвиток у малюка вміння спілкуватися за допомогою доступних для нього способів. І таку дитину важко чомусь навчити, поки у неї немає перед річних навичок спілкування. Тому з самого початку у малюка важливо розвивати» (Корольова та Петер. *Дети с нарушениями слуха для родителей*).

До **порушень мовлення** належать:

- порушення голосу – «дисфонія та афонія»;
- «дислалія» - порушення звуковимови;
- «дизартрія» - це дефекти мелодико-інтонаційної сторони мовлення, звуко-вимови, яке зумовлюється недостатньою «іннервацією» м'язів артикуляційного апарату;
- «ринолалія» - дефекти тембру голосу і звуковимови, яке тісно пов'язане з вродженими порушеннями структури артикуляційного апарату;
- «заїкання»;
- «афазія» - часткова чи повна втрата мовлення, спричинене у результаті, органічного локального ураження головного мозку людини;
- «алалія» - недорозвиток чи відсутність мовлення, яке частіше всього зумовлюється ураженням мозку;
- загальне недорозвинення мовлення;

- порушення письма («дисграфія») та читання («дислексія») (Лорман, Деспелер та Харні, 2010).

Отже, більша частина цих дефектів долаються в дошкільному, або шкільному віці. Трапляються винятки, коли навіть і в старших класах вони залишаються не усунутими.

Діти з дефектами мовлення, мають органічні чи функціональні порушення у діяльності нервової системи. Частіше всього, такі діти скаржаться на запаморочення, нудоту, головні болі, а також у них спостерігається порушення: координації рухів, не диференційованість артикуляційних рухів, рівноваги. На заняттях, такі діти швидко втомлюються, виснажуються. Також у них спостерігається: порушення пізнавальної діяльності, емоційна нестійкість, слабка розумова працездатність, низький рівень контролю за власною діяльністю, дратівливість, нестійкість уваги і пам'яті, збудливість, часто виникають невротичні реакції на низьку оцінку, несхвальні висловлювання дітей, або зауваження вчителя (Соботович, 2005, с. 3-17).

Серед дітей з порушеннями мовлення особливо виділяють учнів, з розладами письма і читання.

Складнощі сприймання учнем тексту або «дислексія», розглядається - як нездатність його трансформувати за допомогою словесних засобів, або сприймати рукописний, друкований текст.

Під час читання, при «дислексії» розглядаються наступні помилки: змішування чи заміна звуків, близьких за акустико - артикуляційними ознаками; по буквене читання; спотворення звуко - складової будови слова, яке проявляються пропусками голосних, приголосних, перестановках, розуміння прочитаного, додавання, складів і звуків; «аграматизми», виявляються у свою чергу, на синтетичному чи аналітико-синтетичному етапах опанування навичок читання (закінчень дієслів, відмінкові закінчення, узгодження прийменника, іменника), проявляються окремими реченнями, текстом (без дефектів технічної сторони), словами. Г. Себеус визначає, що «причиною «дислексії і дисграфії»

може стати двомовність. Невипадково від цього так часто страждають діти-мігранти» (2018).

Допомога даним учням повинна бути комплексною, і надається вона групою фахівців: логопедом, невропатологом, педагогом, психологом. Успішність роботи визначається значною мірою своєчасним вибором оптимального темпу і методу, щодо заходів навчання.

«Дисграфія» - це розлади навиків письма, заміна або спотворення букв, порушення злитого написання слів, викривлення звуко - складової будови слова, «аграматизмів, речень. Основу «дисграфії» складає не сформованість операцій процесу письма:

- дисграфія – яка у свою чергу, розкривається порушенням фонематичного розпізнавання, замінами букв близьким фонематичним звукам, але в усному мовленні звуки промовляються правильно. Усунення даних дефектів, уточнення кожного звука, який заміщується, вироблення слухового або артикуляційних образів звуків, і направлене на розвиток фонематичного сприймання);

- артикуляційно-акустична дисграфія, виявляються пропусками або замінами букв, які відповідають замінам чи пропускам звуків в усному мовленні;

- дисграфія на основі дефектів мовного синтезу чи аналізу, яке проявляється поділом речень на окремі слова, спотворенням звуко - буквенної будови слова;

- граматична дисграфія - розглядається як, недорозвиток граматичної структури мовлення (синтаксичних та морфологічних узагальнень). Для усунення розладу, необхідно проводити роботу, яка спрямована на розвиток функцій словозміни, уточнення структури речення, вміння аналізувати склад слова за морфологічними ознаками, словотворення;

- оптична дисграфія – це недорозвиток зорового синтезу, просторових уявлень, чи аналізу, яке проявляється спотворенням чи замінами букв на письмі, до неї також належить: дзеркальне письмо – робота з яким спрямоване

на розширення уявлень зорової пам'яті, формування просторових уявлень, зорових сприймань, розвиток зорового синтезу і аналізу (Соботович, 2005, с 3-17).

«Заїкання» - це один із тривалих і найскладніших мовленнєвих дефектів. Медики наголошують, що це «невроз» - дискоординація м'язів мовленнєвого апарату». Психологи дають наступне значення: «заїкання - є порушенням мовлення з переважними відхиленнями комунікативної функції». Педагогічне трактування: «це розлад ритму, темпу, плавності мовлення судомного характеру». Судомна мови перериває словесний потік зупинками різних особливостей, яке виникає при продукуванні мовлення. У свою чергу, заїкання поділяється на «неврозоподібне та невротичне» (Тарасова та Фонарьова, 2010).

При заїканні з дитиною працюють логопед, психотерапевт, невропатолог, педагог, психолог. Лише команда вищевказаних спеціалістів, можуть професійно підібрати комплексні заходи для подолання цієї проблеми.

Саме лікар проводить цілий комплекс лікування, а логопед може призначити «охоронну терапію» - це режим мовчання, яке рекомендується при невротичних станах. Усім дітям паралельно з логопедичними, незалежно від форми заїкання, необхідні заняття з ритміки, фізіотерапевтичне та медикаментозне лікування. А найголовніше, будьте терпимі, проводячи бесіди з такою дитиною, яка має своєрідні проблеми (Швед, 2015).

В основі ознак *порушення інтелекту* лежить недорозвинення різних аспектів психічної функції: пізнавальних процесів, емоційної, потребо – мотиваційної, вольової сфери. Провідне значення у відхиленнях психіки відводиться затримці розвитку пізнавальної здібності, стандартною характеристикою якої вважається розумова відсталість. В. Сухомлинський наголошує: «Нещасна, знедолена природою або погана від оточуючих «маленька» людина не повинна дізнатися про те, що вона малоздатна, що у неї слабкий розум. Виховання такої дитини має бути у сто раз більш ніжним, чуйним, турботливим» (1975).

«Інтелектуальна відсталість» – це неповноцінне формування психічних процесів або їх затримка, що в основному проявляється зниженням здібностей, характерних для певного періоду дозрівання. До них відносяться соціальні, когнітивні, мовленнєві та моторні здібності, які в результаті складають основу особистості, і дають можливість для подальшого розвитку (Дмитренко, Коновалова та Семиволос, 2018).

У людини з патологічними відхиленнями розумового розвитку практично завжди спостерігається розлад пізнавальної активності. Знижується швидкість і інтенсивність нервових процесів, якість психічних функцій, а також порушується аналітико-синтетична діяльність. На тлі даних відхилень нерідко формується «дисплазія» (патологічна зміна клітин).

Починаються проблеми з кістковою тканиною, поставою, розвивається деформація кистяка, стоп, що, загалом, характеризується як фізична дисгармонійсть супроводжується порушенням координації рухів. Крім цього, у подібних пацієнтів відзначаються інші сенсорні аномалії, захворювання внутрішніх органів, вроджені вади серця та ендокринні патології (Баранова, 2015, с. 8-17).

У дітей з задовільною формою розумової відсталості в 90-100% спостерігається моторна недостатність, страждає швидкість, точність і узгодженість рухів. Вони незграбні, повільні, і мають недостатньо сформовані механізми кидків, бігу та стрибків. «На жаль, - пише Сухомлинський,- і в навчанні нормальних дітей часто етап пізнання проходить дуже поспішно. А для дітей з «відхиленнями» від норми дуже важливо не тільки побачити, але і зосередитися на тому, що вони бачать. Такій дитині необхідно довго, іноді дуже довго дивитися, розглядати предмети, певні сторони предметів і явищ. Думка у них виникає часто тільки після дуже тривалого розглядання (наприклад, малюнків, схем). Ось чому важливо на уроках таким дітям давати спеціально підготовлені завдання з наочними зображеннями того, що потрібно осмислити, наприклад, схематичне зображення завдань» (1975).

Основними причини порушень звуковимови у дітей без порушень інтелекту, без виражених відхилень у поведінці є наступні:

- дефекти слуху та слухової диференціації звуків мови;
- відхилення у будові артиляційного апарату;
- порушення його нормального функціонування (недостатня рухливість артикуляційних органів);
- неправильна або мова зі значними помилками оточуючих дитину людей і недостатня з їх боку уваги до його мови (Баранова, 2015, с. 8-17).

Л. Виготський наголошує: «Фізично – він не може, розумово – він не знає, психічно – він не бажає. Він би і міг, і знав, якби тільки він хотів; але вся біда в тому, що він перш за все не хоче...» (Проблема умственной отсталости.).

Для дітей з діагнозом *дитячий церебральний параліч* властивим є: відхилення емоційної та вольової сфери. У одних, «дитячий церебральний параліч» розкривається у вигляді: дратівливості, розгальмованості рухів, підвищеної емоційної збудливості, а у інших: сором'язливості, боязкості, загальмованості. Часто зміни настрою об'єднуються з «інертністю» емоційних дефектів. Проблемна поведінка часто зустрічається і проявляються у вигляді: реакції протесту по відношенню до оточуючих, агресії, розгальмованості рухів. Іноді спостерігається, повністю байдуже ставлення до оточуючих людей чи предметів. Але слід помітити, що порушення поведінки виявляється не у всіх дітей з ДЦП, у розумово відсталих дітей частіше, ніж зі збереженим інтелектом, а у спастиків — рідше, ніж у дітей з гіперкінезами. У 55% випадків (за даними К. Семенової), крім важких рухових порушень у дітей з атоническо-астатичними формою ДЦП, має місце важкий ступінь розумової відсталості (Брызгунов, 2007).

Будова відхилень пізнавальної діяльності при нашому діагнозі, має ряд відмінностей, які є характерними для усіх індивідів, і заключаються у наступному:

1) Низький рівень уявлень і знань про оточуючий світ. «Діти з церебральним паралічем» не розпізнають більшість явищ соціальної сфери і

оточуючого їх предметного світу, а частіше всього мають світогляд тільки про те, що власноруч використовували на практиці. Обумовлюється це такими причинами: обмеження контактів дитини з ровесниками та дорослими у зв'язку з тривалим періодом труднощів пересування чи зовсім нерухомістю, вимушена ізоляція, також виникають труднощі у пізнанні світу навколо, в процесі практичної та предметної діяльності, які пов'язані з проявом сенсорних або рухових відхилень;

2) Дисгармонійний, нерівномірний характер відхилень деяких психічних функцій, яке тісно пов'язане з мозаїчним ураженням головного мозку на ранніх стадіях розвитку дитини при ДЦП;

3) Вираженість астеничних проявів, спостерігається у вигляді: виснаженості психічних процесів, підвищеної стомлюваності, яке пов'язане з органічним ураженням центральної нервової системи (Ільєнко та Стах, 2015).

Основними цілями корекційної роботи при ДЦП є: медична, психологічна, педагогічна, логопедична, соціальна. «І важливим – є те, щоб діти не відчували себе інвалідами... Це маленькі люди, яким доля послала важкі випробування...Тільки співчуття мало, треба розвивати можливості», слова належать Л. Швецової (Дмитренко, Коновалова та Семиволос, 2018).

Дітям, які страждають на ДЦП, можуть відвідувати «звичайну» школу та вчитися на рівні з іншими учнями. Залежно від характеру й ступеню порушень дітей з ДЦП потрібно створювати для навчання відповідні умови: наприклад, без бар'єрне середовище (будівля повинна бути обладнано пандусами, ліфтами або підйомниками, широкими дверима) для тих, хто пересувається на візку, пристосування для письма або запису, якщо дитина має проблеми з моторикою. Зі «звичайними» учнями потрібно обов'язково провести бесіду (і не одну), на цю тему, запросити в клас людей з «обмеженими можливостями», фахівців, які зможуть розповісти про проблему переконливо, про своє життя, відповісти на питання дітей і продемонструвати наочні матеріали (Маранчак та Василенко, 2013, с. 128-132).

«Аутизм», або «первазивний чи наскрізний, проникний розлад» – особливий розлад розвитку. Зазвичай уже до трирічного віку помітними стають неврологічні розлади, які впливають на комунікативні вміння дитини, гратися з іншими дітьми, можливість розуміти їхнє мовлення. Діагностувати «аутичний розлад» можна, якщо дитина показує шість чи більше з дванадцяти симптомів, які стосуються соціальної діяльності, комунікації і поведінки. Якщо вона показує схожу поведінку, яке не відповідає симптомам «аутичного розладу», діагнозом може бути «проникний розлад розвитку» (Логвінова, 2013).

«Аутичний розлад» – це одне з відхилень, за яким діти дістають спеціальні послуги та навчання. Даний стан суттєво позначається на розвитку соціальної діяльності, невербальної і вербальної комунікації, а у подальшому і навчанні учня. Деякі особливості, які досить часто асоціюють з аутизмом, це повторювані дії, стереотипні рухи, опір змінам у навколишньому середовищі, повсякденним змінам, незвичні реакції на сенсорний досвід. Унаслідок схожості симптомів, які спостерігають під час «аутизму» та проникного розладу розвитку, використання терміну «проникний розлад розвитку» дещо заплутує батьків і фахівців. Проте лікування й навчальні потреби дітей за обох діагнозів подібні (Башина, 2010).

«Аутизм» характеризує значне зниження або відсутність контактів з оточуючими людьми, поринання у свій внутрішній світ. Слабкість або відсутність контактів спостерігаються по відношенню як до близьких, так і до однолітків (Лохвицька та Доброскок ред., 2007).

«Аутична дитина», будучи вдома з рідними або в дитячому колективі, здебільшого поводить себе так, ніби знаходиться одна: вона може дивитися повз людей, не відгукуватись на звернення, не звертати увагу на дії інших. Вона грається переважно наодинці або поруч з іншими дітьми, нерідко розмовляє сама із собою, а частіше мовчить. Усі її зовнішні прояви, навіть гра, скупі, а у тяжких випадках обходяться мінімальним набором стереотипної міміки і рухів. Дитина з аутизмом часто ні про що не розповідає сама, а інколи і не відповідає на запитання. Нерідко тільки за непрямими ознаками, випадковими звуками та

несподіваним фразами близькі можуть здогадатися про її переживання, ігри, фантазії, страхи (Маранчак та Василенко, 2013, с. 128-132).

Як свідчать дослідження науковців (Т. Скрипник, М. Рождественська, М. Шеремет, Д. Шульженко, В. Тарасун, та ін.) процес вивчення світу «дитиною із синдромом дитячого аутизму» проходить дещо інакше, ніж у дітей з «нормальним» розвитком. Зокрема, О. Янушко виділяє наступні закономірності: «аутична дитина не диференціює предмети і матеріали за можливостям їх використання, діє з ними, не враховуючи їх властивості, пробує на смак все підряд (від прального порошку і зубної пасти до пластиліну і свічки), підкидає різні предмети без урахування наслідків (від шматка пінопласту і кубиків до посуду і будильника) і т. п. Така поведінка може призвести до неприємних наслідків та виникнення різних небезпечних ситуацій» (Тюптя та Іванова, 2008).

Для «аутичної дитини» сенсорний компонент світу несе в собі особливу значимість, яка зберігає актуальність за межами раннього віку, при цьому інтерес до предмета в аутичної дитини відділений від тієї функції, для якої предмет створений. Для такої дитини багато предметів навколишнього світу являють собою абстрактні об'єкти, що мають певні сенсорні властивості. Така дитина часто виділяє для себе якісь специфічні властивості, які не основні і недостатньо незначущі для оточуючих. Так, наприклад, вона може підкидати високо вгору журнали і стежити за їх польотом, який супроводжується шелестом сторінок, рвати на шматки тісто, але відмовлятися зліпити з нього пірижки. Дитина досліджує предмети і матеріали у пошуках приємних сенсорних відчуттів, а вподобане відчуття прагне отримувати знову і знову. Інтерес до соціального світу самостійно не виявляється і не стає важливим мотивом життя і діяльності (Башина, 2010).

Отже, із вище зазначеного можна зробити висновок, що такій дитині важко соціалізуватися та адаптуватися, а тому використання нетрадиційних методик з основним курсом корекції психічних, пізнавальних та мовленнєвих процесів допоможуть дитині розкрити свої потенційні можливості та почувати себе

природно поруч з близькими та колективом однолітків. Також це свідчить про потребу використання потужних емоційних факторів, які найчастіше проявляються в дитячій творчості. Е. Гравино про таких дітей пише: «Я хотіла б передати дітям з аутизмом ось що – це знання їх власної внутрішньої сили і впевненість у тому, що одного разу, «крок за кроком», вони переможуть» (Логвінова, 2013).

На сучасному етапі ще й досі триває пошук різних підходів, методів, форм роботи з корекції аутизму, серед яких чільне місце займає арттерапія, музикотерапія, драма терапія, терапія танцю, дельфінотерапія, ігрова терапія.

Отже, безперечно, розвиток нових методів корекції аутизму не стоїть на місці і дедалі більше з'являється нових можливих варіантів його подолання. І, не дивлячись на те, який використовується підхід – традиційний чи не традиційний – дитина з порушеннями психофізичного розвитку, в тому числі з аутизмом, почуває себе впевненіше у соціумі. Використовуючи нетрадиційні підходи, з'являється більше варіантів заохотити чи зацікавити таку дитину грою з доросли чи з твариною, корегуючи при цьому порушення та розвиваючи вищі психічні функції та пізнавальні процеси (Дмитренко, Коновалова та Семиволос, 2018).

Враховуючи складність та варіативність проявів аутизму, передбачаємо, що використання нетрадиційних підходів у корекційно-розвивальній роботі, у поєднанні з традиційними методами навчання і спеціально розробленими методиками корекційної роботи з аутистами, дасть можливість більш повно і всебічно вплинути на психічні процеси дітей даної категорії.

Нетрадиційні методи корекційної роботи допомагають творчого підійти до вирішення проблеми даної проблеми, здійснити додатковий позитивний вплив через використання емоційного забарвлення використовуваних методик, можливість запропонувати дітям нові й цікаві для них види діяльності. Доктор Т. Грандін наголошує, що «для власного розвитку діти повинні стикатися з безліччю речей. Бо дитина ніколи не дізнається, що йому подобається грати на

музичному інструменті, якщо ви ніколи йому цього не запропонуєте...» (Логвінова, 2013).

Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) – являється найбільш поширеною формою хронічних порушень поведінки у дитячому віці. «СДУГ – невелика мозкова дисфункція, специфічна незрілість мозку, яка супроводжується порушенням уваги, руховою імпульсивністю, розгальмованістю поведінки, а також порушенням дрібної моторики та легкою недоступністю координації рухів, що не властиве дитини з нормальним розвитком», пише дослідниця Г. Себеус (2018). У перекладі з латини «активний», означає «дієвий», «діяльний», а з грецької префікс «гіпер - позначає перевищення норми» (Денискина, 2010, с. 73-77).

За даними психолого-педагогічної літератури, в описі таких дітей зазвичай уживають такі терміни: «спритний», «рухливий», «енерджайзер», «імпульсивний», «живчик», «вічний двигун», «вулканчик» (Колупаєва ред. 2012). Деякі автори використовують і такі словосполучення, як: «діти підвищеної активності», «моторний тип розвитку», «діти з підвищеної ефективності» (Лорман, Деспелер та Харні, 2010). За даними фахівців, мало не половина дітей страждає на так звану «гіперактивність». Не лише в нашій країні, а й по всьому світу, їхня кількість швидко зростає. Фахівці вважають, що якщо дитина «гіперактивна», то труднощів зазнає не лише вона, а й її оточення: батьки, однокласники, вчителі. Такому малюкові потрібна вчасна, професійна допомога, а інакше пізніше, може сформуватися психопатична чи асоціальна особистість: відомо, що серед малолітніх правопорушників значний відсоток становлять «гіперактивні діти» (Бурая, 2000).

«Дефект концентрації уваги» - причина невірного виконання завдань на навчальних заняттях. Натомість, зосередженість уваги значно зростає під час ігрових занять, з якими учень може впоратися на «відмінно». Проте, нудні завдання, які не підкріплюються заохоченнями і не приносять ніякого задоволення «гіперактивній дитині», вона виконує гірше. Поряд з

труднощами концентрації уваги, можна спостерігати часте відволікання - підвищене реагування на сторонні стимули (Швед, 2015).

Постійно спостерігається імпульсивність - як у повсякденних ситуаціях, так і при виконанні звичайних завдань. На заняттях дитина перебиває інших, «через силу» дотримується своєї черги, а коли настає час висловитися, відповідає передчасно та невлад. Проблеми у взаєминах з рідними, батьками, вихователями у такої дитини є регулярними.

Г. Себеус наголошує, що «У дитячому колективі «гіперактивна» дитина – це постійне джерело неспокою: не замислюючись, бере чужі речі; вона шумить; заважає оточуючим; відволікає їх. Все це, на жаль, призводить до конфліктів, дитина стає полишеною та небажаною» (2018).

Удома дитина стикається з постійним порівнянням її з сестричкою (братиком), які поводять себе добре і краще займаються у школі. Але ці зауваження та покарання гіперактивної дитини не дають ніяких результатів. СДУГ завжди лікується комплексно, і передбачає «методи модифікації» поведінки, психолого-педагогічну корекцію, психотерапію. «Такі діти часто являються «візуалістами». Тому є сенс розписувати або розмальовувати план дій на папері. Це може бути план тижня, режим дня, розпорядок прибирання кімнати. Для підкріплення усних інструкцій використовуйте будь-яку зорову стимуляцію. Зручно, наприклад, мати спеціальну магнітну дошку і набір різнокольорових аркушів, на яких ви будете писати або малювати «нагадувальнички». Це може бути малюнок тарілки і чашки під струменем води або назва книжки із зазначенням сторінок, прочитання яких ви ввечері перевірите. Дошка може бути будь-яка: з кольоровою крейдою або різнокольоровими маркерами (Дмитренко, Коновалова та Семиволос, 2018).

Важливий принцип: «гіпери» краще управляються зоровими командами», рекомендує Г. Себеус, і продовжує: «А ще обов'язковий, без варіантів, порядок розташування речей в кімнаті, де живе дитина. Його іграшки повинні бути розкладені в залежності від виду по коробках з певною наклейкою. Книжки структуровані за віком: віршики і потішки на одній полиці, казки на іншій,

розмальовки на третій. Пластилін і фарби окремо. Щоб повністю виключити ситуацію розгубленості і роздратування від неможливості знайти потрібну. Порядок підтримувати щодня, краще ввечері, перед сном...А ще потрібно купити зручний одяг для учня - хоча б черевики не на шнурках, а на липучках. Одяг підписати. Рукавиці зробити на гумці. Для прогулянок краще мати водолазки, щоб не возитися з шарфами» (2018).

Необхідно пояснити батькам, що вчинки дитини та погані здібності не є навмисними, її дії не є руйнівними, однак через свої особливості дитина не може розв'язувати складні ситуації. Важливо також розповісти, що покращення поведінки дитини залежить не тільки від призначеного спеціального лікування, а більшою мірою від доброї та спокійної атмосфери в родині. У вихованні такої дитини необхідно уникати двох крайнощів: виказування надмірної жалості та вседозволеності - з одного боку, та встановлення дитині завищених вимог, які вона не здатна виконати (зокрема вимога до пунктуальності), у поєднанні з покаранням та жорстокістю - з іншого (Коваль, Зверева та Хлебик, 1997).

Важливо те, що поведінкові порушення підлягають лікуванню, а гіперактивність частіше зменшується з віком, хоча і займає багато часу. «Добре було б організувати хоча б подобу ранкових розвиваючих занять: три заняття по 15 хвилин. Постаратися виробити звичку всидіти на стільчику. Піднятися і пострибати і помахати ручками – можна, йти і займатися іншими справами – не можна. У вихідні теж проводити заняття, не варто знищувати те, що будували 5 днів. Винятком можуть стати тільки свята і хвороби. – Привчити до обов'язкових перших страв, різних запіканок і компотів. Годування почати не тоді, коли хочеться, а по режиму. Не поїв вчасно-поголодуй. Це не небезпечно. Але важливо розуміти, що з-за одну дитину не можна позбавити всю групу розвиваючих занять, які завжди бувають після сніданку», доводить Г. Себеус (2018).

Така дитина потребує «особливого» спілкування і поведінки батьків з нею, а полягає воно в наступному:

- Необхідна позитивна модель у взаєминах з дитиною. Щоразу хваліть дитину, коли вона того заслуговує, не забувайте підкреслювати успіхи. Це значно підвищить впевненість дитини у своїх силах.

- Говоріть стримано, спокійно та м'яко.
- Намагайтеся уникати слів «ні» та «не можна».
- Направляйте і заохочуйте дитину до всіх видів діяльності, які потребують концентрацію уваги.

- Пропонуйте дитині тільки одне завдання на встановлений проміжок часу, так щоб вона могла його завершити. Для підкріплення словесних інструкцій користуйтеся зоровою стимуляцією.

- Ніколи не давайте дитині втомлюватися, це призводить до підвищення гіперактивності та зниження самоконтролю.

- Завжди давайте можливість витратити зайву енергію. Найкориснішим є фізична активність на свіжому повітрі щодня.

- Удома дотримуйтеся чіткого розпорядку дня.

- У ігрових моментах обмежуйте дитину тільки однією людиною. Уникайте неспокійних і шумних приятелів (Кукушкіна, 2003).

Можна ще опиратися на твердження Г. Себеус: «І взагалі введіть в звичай все читати вголос (активізація звукової пам'яті), робіть це зі смаком (активізація емоційної пам'яті). Практикуйте написання історій, і усно, і письмово. Дитина з СДУГ із задоволенням підключиться і буде «блищати». Ці діти бувають дуже талановиті. Але за рахунок того, що вони живуть своє життя трохи в іншому темпі, ми не в змозі оцінити їх належним чином» (2018).

Отже, *інклюзивне навчання* – рівна, індивідуалізована система навчання «дітей з особливими освітніми потребами» в умовах «звичайної» загальноосвітньої школи за місцем проживання. «Труднощі у навчанні» - специфічні проблеми, пов'язані з навчанням. Саме ці труднощі в навчанні перешкоджають процесу засвоєння знань, зазвичай - це навички міркування, слухання, читання, письма, лічби, зв'язного мовлення.

І так, ми розглянули педагогічні, психологічні та соціальні особливості «дітей з особливими освітніми потребами».

1.3. Законодавча база організації соціально-реабілітаційної роботи з даною категорією дітей

В Україні останнім часом «інвалідність» як соціальне явище привертає значну увагу органів виконавчої влади та суспільства. І ця тенденція викликана, передусім, проблемами, з якими стикається більшість інвалідів різних вікових груп, а також обумовлюється неухильним зростанням їхньої загальної кількості. Так, за даними МОН України, у спеціалізованих загальноосвітніх навчальних закладах отримують освіту близько 58 тисяч дітей, які потребують корекції фізичного та розумового розвитку. Ще 65 тисяч дітей з інвалідністю навчаються в загальноосвітніх школах. У професійно-технічних навчальних закладах здобувають освіту і професію 3,5 тисячі дітей з інвалідністю. У вищих навчальних закладах I-IV рівнів акредитації кількість студентів з інвалідністю характеризувалось неухильним збільшенням до 10 тисяч осіб.

З початку розбудови України як незалежної демократичної держави «науковці не залишилися осторонь соціально-державницьких проблем суспільства. Інтегрування в суспільство людей з обмеженими можливостями, та їх професійна підготовка регламентовані Конституцією України, Всесвітньою Декларацією про забезпечення виживання, захисту і розвитку дітей (1990), Законами України «Про освіту», «Про вищу освіту», «Про внесення змін до Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» (1991), «Про реабілітацію інвалідів в Україні», «Про освіту осіб з обмеженими можливостями здоров'я»; Указами Президента України «Про першочергові заходи щодо створення сприятливих умов життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями», «Про першочергові заходи щодо захисту прав дітей» (2005); Постановами Кабінету Міністрів України «Про встановлення строку навчання у загальноосвітніх навчальних закладах для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку» (2003), «Про

затвердження Державного стандарту початкової загальної освіти дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку» (2004); Наказами Міністерства освіти і науки України: «Про проведення науково-педагогічного експерименту «Соціальна адаптація та інтеграція в суспільство дітей з особливостями психофізичного розвитку шляхом організації їх навчання у загальноосвітніх навчальних закладах» (2001), «Про створення умов щодо забезпечення права на освіту осіб з інвалідністю» (2005), «Про проведення науково-педагогічного експерименту «Соціальна адаптація та інтеграція в суспільство дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, шляхом запровадження їх інклюзивного навчання» (2008), «Про заходи Міністерства освіти і науки України на виконання завдань, визначених розпорядженням Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 № 1482-р «Про затвердження плану заходів щодо запровадження інклюзивного та інтегрованого навчання у загальноосвітніх навчальних закладах на період до 2012 року» (2009), «Про затвердження Плану дій щодо запровадження інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах на 2009-2012 роки» (2009) тощо» (Замашкіна, 2015, с. 128-134).

ВИСНОВКИ ЗА РОЗДІЛОМ

Поняття «діти з особливими освітніми потребами» – це своєрідний, складний контингент. У яких спостерігається недорозвинення пізнавальної діяльності – основна ознака, це симптом розумової відсталості і деякі особливості емоційно-вольової сфери.

Під терміном «інвалідність» мається на увазі стан людини, що характеризується психічними, інтелектуальними, фізичними або сенсорними порушеннями, що завжди призводять до порушення чи обмеження її життєдіяльності. «Нозологія», в свою чергу, повністю описує захворювання – його відмінність від здоров'я, причини та механізми виникнення, особливості типових проявів і ураження органів, а також одужання і смерті.

З усього сказаного випливає, що нозологічна група інвалідів – це сукупність людей, що мають схожі ознаки патології або споріднені захворювання. Крім того, при роботі з даними пацієнтами, слід враховувати і класифікацію інвалідності, тяжкість його проявів, що є важливим для розробки терапевтичних і соціально-адаптивних заходів для них.

Обмеження функціональності інвалідів прийнято поділяти на категорії, що пов'язані з порушеннями діяльності тієї чи іншої системи. До них відносяться наступні порушення: психічної (мислення, пам'яті, сприйняття, мови, уваги, волі та емоцій); сенсорної (зору, нюху, слуху, дотику); кровообігу, виділення, дихання, обмінних процесів травлення і внутрішньої секреції; рухової (статодинамічної) функції.

«Порушення зору» – ця патологія відноситься до сенсорних відхилень, і виступає одним з основних різновидів захворювань, здатних стати причиною отримання групи інвалідності. «*Сліпі*» – хворі з абсолютною втратою зорових відчуттів або люди зі світловідчуттям. «*Слабозорі*» – діти, яким якість зору дає можливість розрізняти об'єкти, але при цьому мають можливість чітко бачити їх контури.

«Порушенням слуху» - називають діапазон розладів, пов'язаних із проблемами зі слухом, одним з яких є глухота. Глухоту визначають як

цілковиту відсутність слуху або його значне зниження, унаслідок якого сприймання та розпізнавання усного мовлення неможливе. Інваліди зі зниженням якості слуху бувають: «глухі» та «слабочуючі». Також у дітей може порушуватися як усна мова, так і письмова, причому супроводжуватися подібні зміни можуть патологіями зору, слуху, інтелекту чи ОРА. Залежно від присутніх поєднань нерідко виникають характерні види загального недорозвинення індивіда.

«Інтелектуальна відсталість» – це неповноцінне формування психічних процесів або їх затримка, що в основному проявляється зниженням здібностей, характерних для певного періоду дозрівання. До них відносяться соціальні, когнітивні, мовленнєві та моторні здібності, які в результаті складають основу особистості, і дають можливість для подальшого розвитку.

«Аутизм» – визначають як тяжке порушення розвитку, що характеризується значними недоліками у формуванні соціальних і комунікативних зв'язків із реальністю; проявляється воно у зосередженні на власних переживаннях, обмеженні спілкування з іншими людьми, а також проявами стереотипних інтересів.

«Олігофренія» - це порушення розумового розвитку дитини, при якому спостерігається стійке недорозвинення всієї психіки.

«Затримка психічного розвитку» - це уповільнення темпу розвитку психіки дитини, яке виражається в недостатності загального запасу знань, незрілості мислення, переважанні ігрових інтересів, швидкою пересичуваністю в інтелектуальній діяльності.

«Синдром Дауна» - одне з найпоширеніших генетичних порушень, спричинене наявністю додаткової хромосоми у 21-й парі. Частота народження дітей із синдромом Дауна становить один випадок на 600–800 новонароджених.

«Дитячий церебральний параліч» – це не прогресуюче захворювання головного мозку, уражує його відділи, які відають рухами і положенням тіла, захворювання набувається на ранніх етапах розвитку головного мозку.

Сучасне поняття «інклюзія» першим вів у науку М. Уїлл. Основною метою інклюзивної освіти – є розбудова суспільства, яка дозволить, незалежно від етнічної належності, від статі й віку, наявності або відсутності особливостей у розвитку, здібностей, брати участь у житті суспільства й робити власний внесок у його розвиток. І вже сьогодні, «інклюзивне навчання» передбачає створення такого освітнього середовища, яке б відповідало потребам і можливостям кожної дитини, незалежно від особливостей її психофізичного розвитку. Це гнучка, індивідуалізована система навчання дітей з особливими освітніми потребами в умовах «звичайної» загальноосвітньої школи за місцем проживання.

Працюючи з «особливими» дітьми необхідно день у день докладати зусиль, натхнення, любові і розуміння, терпіння для їхнього розвитку.

Науковець М. Нансен пише «Неможливо - всього лише гучне слово, за яким ховаються «маленькі» люди, їм простіше жити в звичному світі, ніж знайти в собі сили його змінити. Неможливо – це не факт. Це тільки думка. Неможливо - це не вирок. Це виклик. Неможливо - шанс перевірити себе. Неможливо – це не назавжди. Неможливе завжди можливо! Пам'ятайте, що у житті все можливо» (Маранчак та Василенко, 2013).

РОЗДІЛ II. ТЕХНОЛОГІЇ ІГРОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

2.1. Сучасні напрямки ігротерапевтичної роботи соціального педагога

Основною метою освіти «незвичайних» дітей, зазначає Н. Бібік, є «введення у суспільство раніше ізольованих індивідів, а також успіх кожної дитини, зарахованої до цієї категорії, максимального рівня освіти й розвитку, активізування у неї бажання до пізнання оточуючого світу» (2018).

Вчені наголошують, що «навчання дітей направлене на розширення у них світогляду й вироблення власної думки, формування навичок і вмінь, що необхідні їм для повноцінного життя в нинішньому соціумі» (Дмитренко, Коновалова та Семиволос, 2018).

Саме контроль за процесом соціалізації, адаптації, контроль за мірою безпеки, спостереження і аналіз рівня комфорту у спілкуванні з однолітками у межах освітнього закладу здійснює соціальний педагог. А. Колупаєва окреслює головну задачу соціального педагога у роботі з особливими дітьми: «Соціальний педагог - це спеціаліст із виховної роботи з дітьми, підлітками, батьками, який забезпечує сприятливі соціальні, виховні і навчальні умови для всебічного розвитку особистості» (2012).

Тому, на сьогодні, популярним у нашій країні є використання різних технологій соціальної реабілітації. Найпоширенішими серед новітніх напрямів соціальної реабілітації «дітей з особливими освітніми потребами» є: дельфінотерапія, іпотерапія, арт-терапія, Монтессорі-терапія, нейрон-розвивальна терапія, метод Петьо, Войта-терапія.

Під «Арт-терапією» В. В. Ляшенко розуміє «метод соціальної роботи, який ґрунтується на перспективах мистецтва в досягненні позитивних зворушень в інтелектуальному, особистісному чи емоційному зростанні особистості, де кожен має шанс виражати себе за допомогою кольорів, ліній,

рухів, або звуків, набувати власні навички невербального спілкування, який сприятиме полегшенню взаємин з оточуючими в майбутньому» (2014).

О. Замашкіна звертає увагу на те, що «арт-терапію вважають методом зцілення не тільки фізичних, розумових недуг, але й духовних, тобто, по суті, це психотерапевтичний метод, метою якого є досягнення єдності душі і тіла, набуття гармонії між зовнішнім й внутрішнім світосприйняттям, цілісності й комфорту свого «Я»; для людей з «особливими потребами» – це можливість відобразити свій внутрішній світ, почуття, емоції, думки через діяльність, мистецтво, рухи тіла, голос» (2016, с. 52-59).

Необхідно зазначити, що уперше поняття «арт-терапія» було введено в психологію в 1938 році А. Хіллом. Власне, він використав цей метод при описі своєї роботи з хворими туберкульозом, і зробив відкриття, що заняття образотворчим мистецтвом значно поліпшують їх психологічний стан. Ця методика охоплює усі різновиди здобутків мистецтва, які проводяться в центрах здоров'я та лікарнях. Живопис, малювання, ліплення є найбезпечнішими засобами, щоб якось знімати напругу, усувати агресію невербальним способом, а успішний результат гарантується під час проведення терапевтичних або медичних заходів. «Внутрішні конфлікти і підсвідомі переживання краще виражаються через зорові образи, ніж під час словесної взаємодії з дитиною», - констатує В. Ляшенко (2014).

Е. Бюлов пише: «Арт-терапія хороша тим, що вона задовольняє саму фундаментальну потребу людини – потреба в самоактуалізації. Простіше кажучи – потреба бути Творцем, Художником. Арт-терапія - це знак про себе» (Вознесенська та Мова, 2007).

Як інновацію, цей метод варто застосовувати в комплексі, медико-соціальної та функціонально-системної реабілітації «особливих» дітей. «Використання арт-терапії підвищує рівень пізнання дітей, сприяє концентрації уваги, руховому і сенсорному розвитку. Також спонукає до якісного розвитку компенсаторних властивостей функціональних систем, здійснює надмірний вплив на формування емоційної сфери», - зауважує В. Ляшенко (2014).

Педагогічна корекція «дітей із обмеженими можливостями» має свою специфічну характеристику, доцільно визначає врахування умов роботи, індивідуальних і загальних напрямів, а саме: степеню зрілості всіх функціональних ідеологій, індивідуальних властивостей, а також віку дитини (Вознесенська та Мова, 2007).

Процес терапії більше нагадує заняття хобі, що не викликає настороженості і упереджень у пацієнта. В його основі лежить «сублімація», це дозволяє трансформувати внутрішні конфлікти, емоційне напруження та інші проблеми в більш прийнятний для пацієнта і соціуму вигляд. Важливо, що в арт-терапії ставка робиться не на талант і здібності, а на вираження свого «Я». Дженнінгс С. наполягає на тому, що вона «ідеальна для роботи з маленькими дітьми, особами з обмеженими можливостями, замкнутими підлітками, людьми в похилому віці» (2003).

«Арт-терапія – особливий метод лікування, який залучає дитину до різноманітних видів мистецтв». Також учень набуває корисний досвід спілкування з оточуючим світом на рівні екосистеми, застосовуючи для цього рухові, звукові, виражаючи, образотворчі техніки. Він може «самостійно висловлювати свої потреби, почуття, мотивацію, поведінку, які є необхідними для пристосування до навколишнього середовища та його повноцінного розвитку», - зауважує Дженнінгс С. (2003).

При проведенні соціальної арт-терапії, увага зосереджується на ставленні дитини до власних малюнків, гри на музичних інструментах чи іншої діяльності. Е. Фромм стверджує, що «гармонія в кольорі, є гармонією в душі - гармонією в житті». Основне завдання педагога полягає у відборі прийомів арт-терапії, формування мотивації дитини до будь-якої діяльності, з різними формами відхилення нервової системи» (Колупаєва та Савчук, 2011).

Показаннями для проведення арт-терапії є наступні: вікова або екзистенційна криза, невміння контролювати емоції, стрес, запальність, уразливість, втрата інтересу до життя, апатія, погіршення настрою, психологічні травми, депресивний стан, негативна Я-концепція, підвищена

тривожність, комплекси, занижена самооцінка, внутрішні чи міжособистісні конфлікти, страхи. Е. Фромм впевнений, що «арт-терапія є потенціалом розвитку творчості - як здатності пізнавати і дивуватися, прагнення до відкриття нового, вміння знаходити рішення в нестандартних ситуаціях, схильність до глибокого усвідомлення свого досвіду» (Колупаєва та Савчук, 2011).

Умови та напрями проведення арт-терапії подібні до інших технологій соціальної реабілітації, які застосовуються в процесі відновлення дітей з пошкодженнями нервової системи. При цьому педагог повинен:

- встановлювати завдання та напрями реабілітаційної роботи з арт-терапії;
- підбирати форми арт-терапії, які дитина може виконати і при цьому отримати успішний результат;
- пам'ятати та усвідомлювати можливі ускладнення в реалізації дитиною своїх функціональних можливостей;
- встановлювати доброзичливий контакт з пацієнтом;
- регламентувати роботу дитини, яке дає можливість зосередження уваги;
- дати можливість самостійно обирати завдання.

Дані правила проведення процесу відновлення арт-терапією «організують поведінку учня, підвищують самооцінку, стимулюють активність пізнання» (Мак-Ніфф, 2006).

Дельфінотерапія - сучасний напрям соціальної реабілітації, який працює в нашій країні останні п'ять років, а за кордоном він почав розвиватися з 70-х років. «Дельфінотерапія є нетрадиційним, альтернативним способом соціальної роботи, де в основі процесу терапії перебуває контакт дельфіну та людини. Спеціально-організований процес, який відбувається під супроводом групи спеціалістів: психолога, ветеринара, лікаря, тренера, можливо дефектолога, педагога, психотерапевта. У даній терапії приймають участь навчені тварини спеціально, що мають «гарний характер» - зауважує Курент К. (2013).

Вчені доводять, що контактування з дельфінами приносить не тільки насолоду прекрасним, а й терапевтичну користь: почуття, які відчуває пацієнт

нормалізують його психіку та загоюють душевні страждання та рани. Благополучно діють ультразвукові хвилі, що відходять від цих тварин (Лисенко, Загоруйченко та Батозький, 2000).

Курент К. зазначає, що дельфінотерапія включає наступні типи реалізації:

- Вільна взаємодія дитини з дельфіном з мінімальною кількістю спеціалістів. У такому випадку клієнт сам обирає засоби взаємодії з твариною, будує свої відносини, у рамках допустимих можливостей. Роль спеціалістів обмежується забезпеченням безпеки дельфінів і пацієнтів.

- Спеціально-організоване порозуміння з твариною здійснюється спеціалістом, де контакт з ним для пацієнта несе психотерапевтичний сенс, а контакт з дельфіном фігурує середовищем, фоном. У цьому напрямі дана терапія вирішує різноманітні завдання: фізіотерапевтичні, психопрофілактичні, психотерапевтичні, психокорекційні, соціально-реабілітаційні, але це обумовлено потребами пацієнта, який і замикатиме терапевтичний ланцюг (2013).

Застосування дельфіну в терапії обумовлене його природними характеристиками: потреба в спілкуванні, поєднання високого інтелекту і унікальних фізичних даних, ігрова поведінка, здатність до міжвидового зв'язку, невербальні прийоми комунікації, а ще особливе ставлення людини до цієї тварини, яке і встановлює сильну позитивну установку. На основі реального сприйняття тварини і з'являється «Ефект дельфіну», який виступає надійним лікувальним чинником, завжди сприйняття дельфіна несе в собі психотерапевтичний вплив. Дане спілкування містить у собі лікувальні чинники: відволікаючий, седативний, катарсичний, активізуючий ефекти, викликає позитивні емоції. Дельфін яскраво показує інтерес до партнера по спілкуванню, зосереджує увагу на собі, яскраво показує щирість намірів, дружлюбність, активно взаємодіє з людиною (Ленів, 2009).

За допомогою контакту з дельфіном можна досягти значних змін:

- виступаючи як сенсорний стимулятор, сприяє активізації роботи організму загалом, або самотніх мозкових структур;

- якісний розвиток інтересу до оточуючого світу, «вихід дитини з полону самоізоляції», який є передумовою для корекції, оперативності соціальних стосунків, відновлення, встановлення організму;

- принципове переконструювання відношення до світу, до самого себе, до природи, до інших людей;

- стимулювання процес розвитку індивіду;

- сприяння сенсорному, моторному і мовному розвитку дітей із низьким рівнем інтелекту та аутичних дітей, стимулює вербальну експресію;

- створення успішних умов для емоційного реагування через тактильну стимуляцію;

- забезпечення підтримки як дорослим, так і дітям, які страждають від дезадаптації, чи самотності, задоволення афелятивної потреби пацієнта, заповнення дефіциту позитивних емоцій (Лохвицька та Доброскок, 2007).

Доведено і підтверджено фізіотерапевтичної практикою, що сприйняття пацієнтом ультразвукових хвиль дельфінів покращує нервову систему на клітинному рівні: оздоровлюється внутрішнє середовище нервової клітини, поліпшується проникність зовнішніх клітинних мембран (Курент, 2013).

За твердженням Супина А. Я., - «показаннями для дельфінотерапії є такі захворювання як: ранній аутизм, олігофренія, хвороба Дауна, гіперактивність з синдромом недостатчі уваги, нейросенсорна приглухуватість, мовні порушення, ДЦП, а ще вони благодійним чином впливають на дітей, які зазнали стійкого стресу» (2002).

Пацієнти з важкими діагнозами і психологічними проблемами не завжди відразу готові до контакту з незвичайними помічниками. Часто потрібна поетапна підготовка.

Дітей з десоціалізацією, синдромом Дауна, аутизмом, та іншими відхиленнями, які шкодять встановленню нових емоційних стосунків, знайомлять з тваринами до відвідання дельфінарію. Тому «психологи радять батькам придбати малюку розмальовки або іграшки із зображенням даних

тварин, показувати відеофільми про дельфінів, а також дітей, що грають з ними, розповідати про них дитині» (Лисенко, Загоруйченко та Батозький, 2000).

Дослідник Курент К. виділив етапи проведення дельфінотерапії:

Перший сеанс не завжди завершується зіткненням дитини з дельфіном. Для нього може виявитися занадто хвилюючою необхідність виходу на поміст і незвичну поведінку раніше невідомої тварини. Досвідчений психотерапевт або психолог повинен допомогти подолати труднощі, зняти напругу дитини, екіпірувати його і залучити в гру з новим другом.

На *другому сеансі* дитина, стоячи на помості, може кидати дельфіну м'ячі і кільця, які він із задоволенням доставить назад. Батьки і психолог намагаються переконати дитину в безпеці ігор і наближення до дельфіна. В кінці сеансу починають готувати малюка до контакту з твариною у воді. Для цього його садять на поміст і пропонують опустити ноги у воду, а тренер дельфіна віддає йому команди, виконання яких допоможе максимально швидко налагодити емоційну, візуальний і тактильний зв'язок між малюком і дельфіном.

На *третьому сеансі* дитину вчать вітатися з дельфіном, виражати радість від зустрічі і спілкування з ним, повторюють ігри, розучені на першому занятті, відновлюють тактильний контакт з твариною, знову опускають ноги з помосту у воду і підводять дитину до спільного плавання з вже знайомий іншому.

На *четвертому сеансі*, як правило, міцно встановлений емоційний зв'язок між учасниками терапії, дитина сама знаходить нові способи тактильних контактів, із задоволенням повторює вже знайомі ігри. На завершення сеансу дитини заохочують попрощатися з дельфіном.

П'ятий сеанс стає дуже бажаним для малюка, тому що встановився контакт з твариною психотерапевт може використовувати для розвитку у пацієнта концентрації уваги та здатності послідовно перемикатися на виконання різних завдань (2013).

Уявіть собі коня, який «летить» по полю назустріч вітру. Які слова можуть описати таку картину? Впевненість, свобода, швидкість, грація, краса... Загалом картина викликає позитивні емоції, коли ми тільки спостерігаємо за дією. У разі

поринання у світ природи за допомогою коня, неймовірні почуття охоплюють наше серце. Дорослі верещать від захвату, коли вперше сідають на коня. А що говорити про дітей і, тим більше, «особливих» дітей. Які емоції може відчутти «маленька» людина, яка є фізично обмеженою? Дитина, яка не може ходити, зате самостійно сидить на коні, вона непомірно щаслива (Іхсанова, 2014).

«Іпотерапія» - це одна з найефективніших технологій лікування за допомогою коней. Дана методика направлена на боротьбу з багатьма хворобами (Лохвицька та Доброскок, 2007).

Деякі вчені розглядають «іпотерапію - як лікувальну верхову їзду». Так як, надзвичайний ефект від лікування можна отримати лише за рахунок вправ, які виконуються на коні. Але це не значить, що ці два терміни абсолютно ідентичні. «Вагому роль для зцілення грає не тільки верхова їзда, а й догляд і спілкування з конем», - як зауважує Гурвіч П.Т. (1999, с. 65-79).

Іпотерапія - є унікальним засобом лікування, що впливає на організм комплексно. Виокремлюють такі принципи її застосування:

- емоційний, чи психологічний (розвантаження психіки при взаємодії з конем);

- фізичний (прямий вплив коня на вершника під час руху тварини чи виконанні вправ) (Денисенков, Роберт та Шпицберг, 2002).

Основа лікування полягає у рухових імпульсах, які кінь передає пацієнту. У цієї тварини особливий хід, такт руху, дуже подібний з людською ходьбою. Вершник непомітно для самого себе, починає докладати певні зусилля: напружує м'язи, щоб тримати рівновагу, координувати рухи аби не впасти. Саме, сидячи на коні, у пацієнта працюють більшість груп м'язів, і навіть ті, які зазвичай не задіяні в процесі життєдіяльності (Дмитренко, Коновалова та Семиволос, 2018).

Зазвичай, іпотерапія проводиться без сідла, адже температура тіла коня значно вище температури людського тіла. Саме так проходить масаж вже розігрітих м'язів, а це значно посилює ефект лікування. «Налагодження контакту з конем і догляд за нею дуже корисні для дітей. Це вчить їх доброти,

чуйності, почуттю відповідальності, виробляє здатність до довіри. Деякі діти навіть можуть ділитися секретами з цими тваринами. Вони вчаться прислухатися до партнера і бути уважнішими. Їх покидає почуття агресії і тривоги. Досить часто маленькі пацієнти і гадки не мають, що проходять лікування, для них верхова їзда є розвагою, почуття опору і страху покидає їх, при цьому лікування дає найкращі результати у короткі строки», - зауважує Гурвіч П.Т. (1999, с. 65-79).

Вчені, що досліджують вплив іпотерапії на стан пацієнта зазначають, що «значно покращується психічний і фізичний стан пацієнта, створюються благодійні стосунки між членами родин цих дітей. Залучення батьків до реабілітаційного процесу представляє собою конкретну мету, оскільки їх діяльна участь здатна фізичну активність дитини, відновити втрачені, або сформувати нові навички, підвищити самооцінку дитини, протидіяти або знизити негативному впливу «гіпокінезії», яка зумовлюється хворобою, чи через мірною опікою дорослих, звільняючи малюка від «недоречних» рухів» (Денисенков, Роберт та Шпицберг, 2002).

Частіше всього, дана методика бореться з аутизмом, порушеннями опорно-рухової системи, ДЦП, синдромі Дауна, олігофренії, та інші. І натомість, «Іпотерапія не має жодних вікових обмежень: нею можуть займатися і діти, і дорослі. Ніяких протипоказань для проходження реабілітації цим засобом не існує на сьогодні», наголошує Ю. Левченко (Іхсанова, 2014).

Відомі дослідники Карел та Берта Бобат зробили неабиякий внесок у розвиток технологій реабілітації ДЦП. Завдяки своїй «Бобат – концепції», ще відомій як «нейрон - розвивальна терапія», яка була визнана цілим світом і мала визначний вплив на прогрес принципів реабілітації «дітей з церебральним паралічем» загалом (Зверєва, Безпалько та Харченко, 2004).

Бобат у свою чергу визначив, що «рухові проблеми при ДЦП виникають через розлади центральної нервової системи, саме це спотворює «нормальний» розвиток моторики дитини, а також уповільнює процес постуральних антигравітаційних механізмів». Тому основною метою лікування таких дітей є:

профілактика деформацій та контрактур, стимуляція «звичайного» моторного розвитку дитини» (Колупаєва та Савчук, 2011).

«Нейрон - розвиваючий» підхід Бобатів спрямований на: «сенсорно-моторні компоненти м'язового тону, патологічні моторні моделі, постуральний контроль, рефлекс, пам'ять, сприйняття, органи чуття, це ті компоненти, які частіше всього страждають від розладів центральної нервової системи» (Ходжкін, 1985).

Шульговский В.В. вважає, що «основною базою підходу служить використання спеціальних засобів догляду, та зміна положень тіла дитини, які ведуть контроль сенсорних стимулів до нервової системи. Вони були використані як для зменшення спастичних скорочень м'язів, патологічних відхилень рухових моделей та рефлексів, так і для стабілізації реакцій рівноваги, правильних рухових моделей, нормального м'язового тону. У свою чергу, дитина являється пасивним одержувачем «нейрон – розвиваючого» лікування» (1987, с. 25-36).

Пізніше, завдяки новим розробкам нейрофізіології і власному досвіду, К. Бобат змінив свій підхід та акцентував увагу на інші сторони лікування. В останній публікації дослідників в 1984 році, були описані зміни головних теоретичних засад їхньої концепції. У якій, вони вважали доречним, передачу дитини в специфічні «правила, які інгібують патологічні реакції». Хоча перебування дитини в цьому стані і знижувало рівень «спастиків», але пізніше Бобати вияснили, «що це зниження тимчасове і в жодному разі не зберігається при інших рухах дитини», а також підкреслили значимість дії на «ключові позиції контролю». У той час як, фізіотерапевт впливає на дитину під час «ходової активності і спрямована в основному, на стимулювання прогресу більш слухних рухів та гальмування рухових патологічних моделей», - продовжує Шульговский В.В (1987, с. 25-36).

Автори виявили, «що приділяли багато уваги розвитку випрямляючих автоматичних реакцій, опираючись на помилкові догадки, що індивід зможе інстинктивно перенести ці навички на свідомо контрольовані рухи». Саме через

це, вони розпочали розвиток у дитини можливості контролювати свої рівновагу, а особливо, рухи. К. Бобат стверджує, що «неправильно заохочувати «звичайний» моторний розвиток дитини, дотримуючись суворої послідовності моторного прогресу» (Самоукіна, 1993).

«Монтессорі - терапія» – є лікувальною педагогікою, яка закладена на принципах Марії Монтесорі, «оглядає дитину як особистість від самого її народження». Основним гаслом даної системи являється звертання дитини до дорослого: «Допоможи зробити цю справу мені самому» - стати незалежним і самостійним. Вчитель не вказує, що чинити дитині, а дитина обирає, веде вчителя за собою. Таким чином, формується самостійність, впевненість у собі, самодисципліна, що і веде до послуху (2016).

Головною метою технології Монтесорі – є розвиток особистості з раннього дитинства взагалі через сенсорну, інтелектуальну, а також невід’ємну моторну активність. Коли зміст методики полягає у вільній співпраці дитини в підготовленому педагогом спеціального навколишнього осередку, яка задовольняє її потреби в даний час, згідно з «сенситивним періодом». «Сенситивні періоди» - це відрізки часу в раннього віку (від немовляти до 6 років), в яких дитина відзначається особливою чутливістю до певних видів діяльності, окремих дій, які мають перевагу над іншими. Це період посиленого сенсорного, мовного, моторного, а також розвитку в соціальному середовищі. Робота дитини в даний момент відрізняється підвищеним інтересом, а важке завдання виконується із задоволенням і ефект досягається з меншими стараннями. Провідний принцип методу Монтесорі було засновано на основі спостережень за дитиною в штучних умовах і процес його прийняття. М. Монтесорі відкрила одне з найважливіших ознак дорослого і дитячого світу – це наявність «сенситивних періодів прийняття світу». Таких періодів кілька, які в дорослому житті більше ніколи не буде «рецидиву» (2000).

М. Монтесорі вважає, що «сенситивними періодами розвитку дитини – є періоди, коли певна зона мозку розвивається, і тому в цей час важливо створити

навколо дитини осередку, яке сприятиме розвитку досвіду, безпосередньо пов'язаних з цією діяльністю:

- від періоду немовляти до 6 років - мовленнєвого розвитку;
- до 5,5 років – являється сенсорний прогрес;
- від народження до 3 років - час динамічної взаємодії з дорослими, фаза прийняття порядку;
- від 2,5 до 6 років у малюка виникає і закріплюється соціальний досвід, коли діти добре відрізняють форми грубої чи ввічливої поведінки, які стають стандартами їхнього життя. Але, якщо ж не скористатися можливостями, які з'являються у малюків, можлива втрата інтересу до даного процесу на все життя або рефрен випадків, чи помилок того часу в неприємних і найнесподіваніших перетвореннях після шести років» (Андрущенко, 2010).

Самостійно вчиться дитина, опираючись на особливі Монтесорі - матеріали, у яких закладена альтернатива самоконтролю, коли може побачити свої помилки, і тому не потребує допомоги дорослих . «Учитель відіграє роль не в освіті, а в професійному керівництві самостійної діяльності учня» (2000).

Діти розпочинають заняття в «групах Монтесорі», загалом в 2,5 - 3,5 року. Це переважно практичні, сенсорні вправи - різного роду: насип піску і дрібниць, застібання «блискавок», гудзиків, глядацькі ручки, миття посуду, рук, прасування, прання, соціальні вправи і навички. Метою практичних вправ служить: розвиток координації рухів, самостійності, вироблення звичок виконання простих дій у певному порядку, розвиток великої і дрібної моторики (Монтесорі, 2016).

Метод Монтесорі формує у дітей: внутрішню мотивацію до пізнання цікавого і нового, широкий кругозір, самостійність, спостережливість вміння концентруватися на роботі. «Зміст філософії полягає, у переконаннях, що надаючи дитині необхідну свободу та відповідну освіту, виховуючи в ньому впевненість у власних силах і забезпечуючи його потреби, повагу, та любов до життя, саме так можна сподіватися на подібне ставлення дитини у відповідь, а в майбутньому така особистість повністю реалізує себе. «Монтесорі – культура»

побудована в наступних аспектах: на повазі до себе, дорослих, викладачів, однолітків, а найголовніше, незалежності дій та мислення, любові до світу навколо», - зауважує Андрущенко Н.В. (2010).

У 1954 році чеський невролог В. Войта запропонував «сучасний принцип відновлення рухової функції у дорослих, дітей та немовлят, які мають розлади м'язового, скелетного комплексу або нервового центру» (Жданюк та Колініченко, 2011).

Змістом *Войта-терапії – рефлекторна локомоція* – служить корекція моторних навичок на базі фізіологічних рефлекторних рухів, «головне завдання якого полягає у сформуванні рухових навичок, згідно віковим особливостям людини і здійснюється за допомогою рефлексів повзання або повертання у дітей, у дорослих - утримання рівноваги під час вправ, феномени яких впливають на управління тілом загалом, можливість руху вперед, його вертикальним положенням. Пройшовши курс Войта-терапії, дитина зможе навчитися ходити, хапати предмети» (Тучков та Киселев, 1992).

Войта-терапія - спосіб реабілітації дітей з руховими відхиленнями реалізовується під час повторення вправ протягом певного часу (максимально 3-4 рази на день), саме так відбувається інтеграція батьків в реабілітаційний процес малюка. Насамперед, 2батьки проходять призначений термін навчання в реабілітаційному центрі під керівництвом спеціаліста, з подальшими вправами на дому. Войта-терапевт систематично проводить корекцію вправ під час повторних курсів або консультацій реабілітації в центрі» (Колупаєва та Савчук, 2011).

Даний метод використовують для виправлення розладів в опорно-руховому апараті, як у дітей старшого віку, так і у немовлят. Войта-терапія найбільш ефективна для немовлят, так як у них не розвинені моделі рухів. У пацієнтів 5-6 років і старше вже повністю вироблені ці моделі, тому «професіонали акцентують увагу на підтриманні, або активації фізіологічних форм руху» (Тучков та Киселев, 1992).

В обов'язковому порядку, батьки малюка отримують інструктаж. Особливо, це стосується криків грудних дітей під час процедури: під час сеансу вайта-терапії батьки думають, що дітям боляче, але це не так. «Немовлята криком висловлюють «протест на незвичайні маніпуляції над ними». Після декількох процедур вони перестають плакати і заспокоюються між заняттями», - зауважує Колупаєва А. (2011).

Ефективність терапії залежить від «зрілості» функціональних зон нервової системи, тривалості лікування, а також стадії та ступеня відхилень рухової сфери. Спосіб Войта дає змогу розпочати лікування рухових порушень з періоду новонародженості. «Успішність лікування краще досягається після попереднього обстеження батьків з допомогою спеціальних прийомів, їх «нормальної» психологічної підготовки при безперервному рукописному виконанні засобів лікування» (Тучков та Киселев, 1992).

Кондуктивна педагогіка заснована угорським педагогом і лікарем Андрашем Петьо, яка на сьогоднішній день практикується в різних країнах світу. Кондуктивна педагогіка має міцну основу здебільшого на освітній моделі інтервенції і об'єднує реабілітаційні та педагогічні цілі в одній концепції. А. Петьо стверджує, що «нервова система все ж здатна формувати нові нейронні зв'язки, незважаючи на пошкодження». Тому, ця «програма допомагає дітям з руховими відхиленнями придбати «ортофункції», які визначають їхню здатність функціонувати і брати участь в житті суспільства, незважаючи на рухову недосконалість», - зазначає Артеменко І.Е. (2016, с. 43-46).

Професор Петьо стверджував, що «моторні відхилення розвиваються не тільки за рахунок пошкоджень центральної нервової системи, а через недостатність взаємодії та координації між відділами мозку і їх функціями. Така здатність нервової системи може бути оновленою за допомогою активного процесу навчання» (Фінк, 2003).

Лікування ДЦП проходить в спеціальних групах, кількістю від 10 до 25 учнів. Під час цих занять, діти разом спостерігають, підтримують, займаються, і заохочують себе і інших до виконання завдань чи вправ. Керують групою

фахівці (кондуктори), які забезпечують емоційну підтримку і мотивуюче оточення. Цілі програми будуються на вміннях кожної окремої дитини, рівнем розвитку групи загалом (Золотоверх, 2004, с. 22-26).

Заняття в групах проводяться згідно розробленої програми, яка містить в собі блоки, що складаються з комплексів педагогічних занять і вправ, переважно ігрових форм. Окрім вправ, до них входять завдання, які обираються в залежності від інтелектуальних, рухових можливостей, та особливостей розладів дитини. Всі вправи містять фізіологічні рухи. В комплекс входять вправи зі спортивними снарядами і предметами, вправи з м'ячем, з гімнастичною палицею, на гімнастичній лавці, на сходах, вправи біля шведської стінки, ходьба з більш складними завданнями. Під час рухових вправ застосовується спеціально розроблене для цієї техніки меблеве обладнання – столи, бокси, драбинки, виготовлені з дерев'яних, лакованих, заокруглених планок. Популярним є використання пісень та ритму в техніці, яка має назву «ритмічний намір», - як констатує Фінк А. (2003).

Вчений Фінк А. наполягає на тому, що «ритмічний намір – це словесні вказівки в певному ритмі, які подаються під час виконання ряду завдань». За допомогою пісень, віршиків, ритму, задається темп рухової активності, який краще сприяє мотивації та навчанню дитини, а також привертає увагу до руху, який виконується в цей момент (2003).

Ефективність і тривалість використання методики залежить від стану індивідуального прогресу пацієнта, а також від бажання батьків або родичів приділяти максимум сил і часу для подальшого застосування його в життя. Однак, як практика показує, що частіше «прогрес обумовлюється віком, в якому почалося застосування методу - чим раніше, тим краще». І все ж, варто відзначити, що саме «завдяки цій методиці, ДЦП перестав бути вироком для дитини і батьків», що є неоціненною заслугою цього видатного вченого (Жданюк та Колініченко, 2011).

Отже, розкривши суть провідних сучасних видів соціальної реабілітації «особливих дітей» було виявлено, що найбільш поширеними є наступні:

дельфінотерапія, арт-терапія, нейрон-розвивальна терапія, іпотерапія, Монтессорі-терапія, метод Петьо, Вінта-терапія. Важливо зауважити, що кожна з цих технологій повинна носити ціленаправлений, системний характер і застосовуватися спеціалістами відповідно до особливостей психічних та фізичних вад дитини. Використання цих напрямків ігрової терапії уже сьогодні надають дитині можливість жити повним життям, виявляти свої здібності і таланти, допомагає пристосуватися до умов сучасного суспільства, мати власну думку, освіту, друзів, активно співпрацювати у колективі.

2.2.1. Пісочна ігротерапія

Для малюків, які ще не вміють говорити, фахівці рекомендують застосовувати «пісочну терапію». Дана технологія дозволяє висловлювати емоції та почуття дитини, розвивати дрібну моторику, та формувати навички спілкування з ровесниками. Крім того, пісочна терапія дозволяє виявити творчий потенціал дитини, розвиває фантазію, творче мислення (Фрейд, 1991).

«Батьком» ігор з піском або «sandplay» вважають К. Юнг, який розробив метод «активної уяви», що і стало теоретичною основою «пісочної терапії». Розвиток таких ігор розпочалося в 20-х роках, «світовим тестом», Ш. Бюлер який успішно використали ключем діагностики в дитячій психіатрії (Зінкевич-Євстигнєєва та Грабенко, 2001, с. 277-335).

Так звану, «нову терапію» розробила у 1929 році психотерапевт М. Ловенфельд. Запроваджений нею метод «побудови світу» став дуже популярним і називався «Гра в дитинстві» (Жданюк Л.О., Колініченко І.О., 2011). Саме Д. Калфф ввела поняття «пісочна терапія». Яка наголошує, що «під час застосування «пісочної терапії» – формується самоусвідомлення дитини» (Фрейд, 1991).

Пісочна терапія – засіб зняття душевної напруги, та його втілення на алегоричному рівні, за допомогою піску. Мета терапії – сформувати у малюка прийняття власного «я», навчити любити себе, довіряти оточуючим. На сьогодні втіленням у життя пісочної терапії займаються: О. Паппе, О. Федій, Р.

Амман, Е. Клопотова, Н. Саковіч, та інші (Зінкевич-Євстигнеєва та Грабенко, 2001, с. 277-335).

За твердженням О. Паппе, – «пісочна терапія дозволяє розкривати особистість кожної дитини, вирішувати її психологічні проблеми, формувати змогу усвідомлення своїх бажань, та їх реалізація» (Зверєва, Безпалько та Харченко, 2004.).

На сьогодні, виховання в освітніх закладах розвивається в області інтелекту дитини. Про емоції було забуто, що негативно відбилося на чутливій та духовній сфері дітей. Для всебічного розвитку дитячої індивідуальності, педагоги стали застосовувати терапію з піском (*Концепція розвитку інклюзивної освіти*).

Порівняно нова технологія формує у індивіда здатність пізнання навколишнього світу та самовираження. Це не просто «копання в пісочниці», а використання для цього різноманітних розвиваючих пристосувань: кубики, фігурки, маленькі автомобілі, намистинки, камінці, монетки, листочки дерев. Саме «пісочниця» є надійним посередником для формування контакту с дитиною. За допомогою пісочних картин, малюк, який ще не вміє говорити, з легкістю зможе відобразити свій настрій радість, хвилювання, відчуття. Крім того, у дітей, які проходять дану терапію, стимулюються нервові закінчення, формуються тактильні відчуття, які розміщені на кінчиках пальців (Зінкевич-Євстигнеєва та Грабенко, 2001, с. 277-335).

Значення деяких символів у пісочній терапії, розкриває Н. Сакович, яка відзначає, що:

- «люди – дуже часто ними являються життєві індивіди, які є авторитетами, що якимось чином впливають на малюка. Фігурки людей розкривають межі унікальності пацієнта, та інші;

- пісок – це земля;

- вода – знак емоційного та безсвідомого, очищення думок та почуттів»

(2006).

Програма даної терапії впливає на рішення наступних проблем дитячого розвитку:

- «зняття м'язового та емоційного стресу;
- зменшення надмірної рухової активності, імпульсивності, тривожності, агресії;
- розвиток впевненості в собі, творче самовираження, адекватної самооцінки, особистісного потенціалу, тактильних відчуттів і моторики;
- сприяння усуненню будь-яких комплексів у спілкуванні з іншими;
- підтримка після психологічного стресу, або травми;
- формування відповідальності за власні дії, а також гуманного відношення до інших людей;
- пристосування до нестабільних умов оточуючого світу» (Зінкевич-Євстигнеєва та Грабенко, 2001, с. 277-335).

Для даної терапії розроблена величезна кількість методів та технологій, які дають дітям можливість всесторонньо розвиватися. Найефективнішими являється:

- *«Хованки»*. Для побудови власного світу, малюку необхідно «зарити» фігурку в пісок. Потім, дитині треба віднайти її, та розповісти, чому саме ця іграшка була захована. Внаслідок гри виявляються страхи підсвідомого характеру, добре розвивається логічне мислення.

- *«Історія»*. Спочатку малюку необхідно розмістити вподобаного персонажа у центр пісочниці і додавати до нього по одній іграшці. При цьому потрібно вигадати казку в образі дійових осіб. Через історичну призму та емоції більшість якостей дитини стають помітними психологу (Сакович, 2006).

- *«Тематично зорієнтований світ»*. Малюку треба обрати одну із запропонованих тем, наприклад: «Я та мої друзі», «Моя родина», «Мій дитсадок». Хвилювання, відображені активними фігурами у центрі пісочниці, є надійним інструментом для розпізнання переживань та почуттів «маленької людини».

- *«Піщана злива»*. Завдяки, своїм пальчикам, дитина формує невеликий струмок дощу, пізніше треба набрати в долоню як можна більше піщинок. Внаслідок застосування гри, у дітей зменшується прояв агресії, душевної напруги, страхи, проявляється дитяча причетність до сцен, дій чи подій.

- *«Візерунки на піску»*. За допомогою пальчиків, долонь, рук, малюку потрібно побудувати деякі об'єкти на піщаній поверхні. Після побудови він повинен розказати про ці фігури: «що бачить перед собою», «які емоції відчуває». Даний метод розвиває впевненість та соціальну енергійність дитини.

«Казки на піску». Основна мета, якої полягає: у становленні рівноваги в емоційному стані дітей, словникового запасу, формуванні гостроти сприймань, сенсорних відчуттів, уяви. Наприклад, дітям необхідно створити хмаринку і сонечко з картону. Можуть знадобитися шаблони у вигляді квітів, фігурки кроликів, палички для малювання. Участь у занятті може приймати не більше трьох дітей. Вчитель показує дітям малюнок сонечка і ставить запитання: «хто до них сьогодні приходив в гості». Діти відповідають, що «сонечко». Далі вихователь продовжує свою розповідь у вигляді сюжету казки. Можна брати будь-які сюжети, варіації подій, постановок (Зінкевич-Євстигнеєва та Грабенко, 2001, с. 277-335).

Пізніше дітям пропонують помацати всі фігури і висловити свої відчуття при контактуванні з ними. Казка триває тільки в тому напрямку, в якому діти відчувають все що відбувається навколо них не вербально і тактильно. «Казки на піску» занурюють малюка у творчий осередок, налаштовують на участь у обговоренні, формують психологічні почуття дитини, дає шанс жити всебічно розвиненим та цілісним індивідом суспільства.

Пісочна терапія рекомендована всім дітям без жодних виключень. Але найбільш корисним та ефективним цей метод може стати для дітей, у яких очевидні невміння виражати своїх відчуттів і сімейні проблеми, психологічні бар'єри комунікації (Сакович, 2006).

2.2.2. Пальчикова терапія

Пальчикова терапія - техніка, суть якої полягає у програванні різноманітних казок, римованих історій, відтворення будь-яких фігур за допомогою пальчиків. Більшість ігор передбачає участі обох рук, що дає дітям змогу орієнтуватися в поняттях: «вліво», «вправо», «вниз», «вгору». А втілюють у життя пальчикову терапію видатні науковці, як: Н. Ліонова, І. Агапова, Ю. Антонова, О. Романов, О. Черінкова, Н. Підлужна та інші (Щербакова, 2009, с. 165-174).

Видатний філософ Аристотель наголошує, що: «сама рука – є знаряддям всіх знарядь» (Золотоверх В., 2004). У свою чергу, І. Кант стверджує, що: «рука - являється своєрідним зовнішнім мозком людини» (Мак-Ніфф, 2006).

Видатний педагог В. Сухомлинський підкреслював: «Витоки дарувань та здібностей дітей знаходяться на кінчиках їхніх пальців, від них, образно кажучи, йдуть найтонші струмочки, які живлять струмочок творчої уяви. Чим більше винахідливості і впевненості у метаморфозах дитячої руки, тим тонша взаємодія руки з інструментом праці, тим складніші рухи потрібні для даної взаємодії, тим яскравіша стихія фантазії розуму дитини, чим більше майстерності в дитячій руці, тим дитина розумніша» (1975). Цей факт неодноразово доводила і вчена М. Монтессорі - «таланти дітей знаходяться на кінчиках їхніх пальців» (2016).

Жан-Жак Руссо звертає увагу, на те: «якщо дитя хоче доторкнутися до всього, усе взяти в свої руки. Не заважайте йому, це вкрай необхідна для нього авантюра. Саме так, він навчиться відрізнити холод і тепло, м'якість і твердість, форму, розмір, вагу об'єктів. Таким чином, малюк пізнає властивості оточуючих його предметів, порівнюючи те, за чим він спостерігає очима, з імпульсом дотику, який малюк одержав від власних рук» (Дмитренко, Коновалова та Семиволос, 2018).

Пальчикові ігри формують дитячий мозок, стимулюють творчі здібності, фантазію, розвиток мовлення, допомагають зняти напруженість, не лише рук, а й м'язів усього тіла. Вони здатні покращити рівень промовляння більшості

звуків. «Чим ліпше працюють пальчики, тим краще говорить дитина». Так, як рука відіграє важливу роль як у корі головного мозку так і у розвитку мови. Таким чином, мовлення дитини починає формуватися тоді, коли рухи маленьких пальчиків одержують належну точність (Щербакова, 2009, с. 167-174).

І. Павлов стверджував: «розвиток функцій обох рук щільно пов'язане з формуванням мовних центрів в обох півкулях, це дає перевагу і в інтелектуальному розвитку, оскільки мова найтіснішим чином пов'язана з мисленням. Розвиваючи функції рук, ми сприяємо підвищенню процесу інтенсивності психічного розвитку, сформуванню мислення і мовлення» (Колупаєва та Савчук, 2011). Адже, пізнання навколишньої дійсності дитиною відбувається в процесі активного маніпулювання з предметами.

Тісний зв'язок пальцевої моторики з роботою мовних зон головного мозку підтверджує той факт, що переучування «лівшів» в шкільному віці нерідко є однією з підстав формування у них заїкання та неврозів. «Пальчикова терапія або вправи для долоньок і пальців рук стимулює мозкову діяльність, підвищує працездатність кори головного мозку, активізує біологічні процеси організму і діяльність життєво важливих аналізаторів» (Гузін, 2000).

Спеціалісти наголошують, що якщо людина має затиснутий кулак або великий пальчик в кулаці, то це - ознака повної спустошеності організму, чи розумової відсталості. Не випадково дитина завжди стискає кулаки, і в міру того, як дитина дорослішає і знаходить розум, камера відпускає його. Не виключено, що існує зворотна залежність, адже неврологи і психологи стверджують, що «активність мозку корелює з дрібною моторикою. Коли долонька навчиться розкриватися, тоді голова почне працювати активніше» (Іхсанова, 2014).

Тому, головною метою таких вправ, служить розвиток тісного зв'язку між півкулями головного мозку і синхронізації їх діяльності. У правій півкулі мозку існують різні образи явищ, предметів, а в лівому вони вербалізовані (словесні вислови). Ця «операція» здійснюється за рахунок мостика (мозолистого тіла),

який з'єднує праве та ліву півкулю. «Чим сильніше цей міст, тим частіше та швидше проходять нервові імпульси, тим активніше підвищуються здібності, увага, пам'ять» (Гузїна, 2000).

У багатьох країнах пальчикові ігри поширені уже досить давно. У Китаї розповсюджена «техніка з металевими та кам'яними кульками», регулярні заняття з ними покращують функціональність серцево-судинної системи, пам'ять, розвивають координацію рухів, усувають емоційний стрес, підтримують життєву силу, розвивають жвавість рук. А в Японії широко застосовуються ігри для пальців і долонь грецькими горіхами, успішна дія здійснюється перекочуванням між долонями шестикутного олівця (Щербакова, 2009, с. 167-174).

В Україні найефективнішими вправами вважають наступні:

- *«Гарячі долоньки»*. Треба розтерти долоньки, поки не стане тепло. Енергійно масажуйте кожен палець руки (на долоні покладені всі точки акупунктури, відповідні внутрішній орган).

- *«Кільця»*. Потрібно з'єднати в кільце великий палець і кожен пальчик по черзі. Темп поступово треба збільшувати.

- *«Складні кільця»*. Необхідно з'єднати в кільце великий палець правої руки і демонстративний. На лівій руці з'єднайте великий і мізинець. Треба рухати пальцями одночасно в протилежну сторону.

- *«Розворот»*. Потрібно широко розкинути долоні, розчепіривши пальці. Великий палець правої руки з'єднайте з мізинцем лівої. Потім великий палець лівої руки з'єднайте мізинцем правої руки. По черзі рухати пальцями, поступово збільшуючи швидкість (Гузїна, 2000).

Формування мовних областей головного мозку відбувається під впливом кінестетичних імпульсів від пальців рук. Починати розминати пальчики необхідно, вже у віці 3-7 місяців (пасивне виконання рухів, використання хапального рефлексу, масаж). «Навіть найпростіший масаж і гімнастика-згинання та розгинання пальчиків у однорічного малюка, вдвічі прискорює процес оволодіння їм мовою, так як при цьому індуктивно відбувається

збудження в центрах мови», наголошує М. Кольцова. «При цьому, кисті рук набувають хорошу гнучкість і рухливість» (Щербакова, 2009, с. 167-174).

Перші три роки дитини прийнято вважати «вирішальними», тому що до трьох років, життя мозку досягає 80% свого дорослого потенціалу. «Ключ до розвитку розумових здібностей дитини - це його особистий досвід пізнання за ці три роки життя, тобто в період активного розвитку мозкових клітин».

Якщо мовний апарат недостатньо розвинений, то займатися пальчиковою терапією корисно в будь-якому віці. На кистях рук: тильній і долонній стороні знаходяться зображення усіх внутрішніх органів. Навіть розтирання долонь надає стимулюючу дію на весь організм (Шульговский, 1987, с. 25-36).

2.2.3. Гудзикова терапія

Гудзикова терапія – метод, який також впливає на розвиток дрібної моторики рук. Ж. Гаврильчик стверджує, що «вправи з гудзиками – нагадують собою спортивний зал для розминки розуму» (Колупаєва та Савчук, 2011). Основне завдання даної терапії – це розвиток навичок самостійності та практичного інтелекту малюка. Вправи з гудзиками розвивають індивідуальність малюка, активізують усі психічні процеси: психомоторні, емоційно-вольові, сенсорно-перцептивні, пізнавальні, а також сприяють її пристосуванню в суспільстві (Панфілова, 2017).

Велику увагу цій терапії надають логопеди та психологи. У свою чергу, психологи рекомендують грати у лото, проводити масаж, різноманітні ігри: гудзикове намисто, акваріум, родове дерево, сімейні історії. Граючи з гудзиками різної форми, величини, кольору, у дитини розвивається не тільки рука, але і мова. Денікеєва Ф., Ахунова К. зауважують, що «дитина стає більш працездатною та спостережливою. Таким чином, зосереджується уваги, формується образна і логічна розсудливість, координуються рухи, розвивається посидючість і довільність психічних процесів, точне виконання поставленого завдання, формування аудіального, візуального, кінестетичних каналів

сприйняття, так як завдання виконуються в даному порядку: «побачив, почув, зробив» (2013, с. 69-74).

Це порівняно нова техніка корекції «дітей з обмеженими можливостями», але миттєва і діяльна. Головне правило гудзикової терапії: «чим раніше дитя почне гратися, тим успішніше зможе розвивати свої здібності і таланти, тим більше вершин зможе подолати», - зазначає Штиль С. Ф. (2016, с. 15-22).

В наш час гудзик можна використовувати, щоб завоювати довіру дитини. Перебирання, пересування і просто розгляд гудзиків доставляє і дітям, і дорослим величезне задоволення. «Граючи з гудзиками різної форми, кольору, величини, у дитини розвивається не тільки рука, але і мова. Малюк стає працездатним та спостережливим» (Солоненко, 2013, с. 28-33).

Гудзикова терапія не складна в використанні, маніпуляції з гудзиками не створюють пилюку, не забруднюються, ними не можна вколотися чи порізатися, вони не викликають алергії. Гудзики легко обробляються, миються, як усі пластмасові фігурки чи іграшки в дитячій установі, а помічників для миття гудзиків довго шукати і просити не потрібно (Денікеєва та Ахунова, 2013, с. 69-74).

Дидактичні вправи та корекційні ігри з гудзиками, проводиться як цілим заняттям, так і частиною, індивідуально, або групою. Все залежить від цілей заходу, йде вивчення, чи закріплення нового матеріалу.

Педагог О. Федій рекомендує «риболовлю», у якій малюк виступає в ролі «рибалки», і гудзики у ролі «риби». Запитання для дітей такі: «Чи впізнали ви «рибок»? Якого кольору «риби»? Яка у них вага, форма? Вони теплі чи холодна?» Можна ускладнити гру, тим що діти мають виконувати дану вправу з заплющеними очима (Свістун, 2014).

Денікеєва Ф., Ахунова К. виділяють основні правила «гудзикової терапії», що заключаються у таких моментах:

1. Гра неодмінно повинна дарувати задоволення і дорослому, і дитині.

2. Творчі ігри - необхідно виконувати дитиною самостійно. Обов'язково надайте дитині час подумати і віднайти свої помилки. Дорослі повинні мати терпіння і не говорити ні слова, ні жесту, ні погляду, ні подиху.

3. Утримайте малюка зацікавленим, але не примушуйте її грати. Не доводьте вправи до перенасичення. Не цікавитися вправою дитя може через такі причини: це погано розвинені якості, потрібні в грі, або батьки змушують малюка грати, не розуміючи, що знищують її пристрасть до гри.

4. Завжди починайте вправу з малюком з відповідної дії. Успішний початок гри є умовою появи зацікавленості.

5. Щоб відчуті складність поставлених задач, перед тим, як пропонувати їх дитині, спочатку виконайте їх самостійно.

7. Оживити гру слід казкою або розповіддю: давати гудзиків імена, вигадувати, фантазувати, поки дитину не захопить сам перебіг досягнення бажаних цілей, долання труднощів. Хваліть дитину за успіхи (2013, с. 69-74).

Виділяють декілька типів гудзикової терапії: вправи на розвиток і корекцію психомоторики (координація рухів моторика рук, міміка), комунікативних навичок, сенсорно-перцептивної сфери, довільної уваги, емоційно-вольової сфери. Кожен вид сприяє пристосуванню дитинки до соціуму та відкрити оточуючим власні якості та потенціал (Дмитренко, Коновалова та Семиволос, 2018).

Солоненко Л.В. зазначає, що для ефективності використання даної методики необхідно впроваджувати наступну технологію педагогічної діяльності:

- «встановлення конкретної задачі;
- підвищена увага до дітей;
- підбір фігур, добре знайомих малюку;
- наголошення акцентів в грі згідно з поставленим завданням» (2013, с. 28-33).

Таким чином, вправи та техніки з гудзиками являються значними мотивуючими фактори творчої діяльності. Також сприяють розвитку

концентрованої уваги, спостережливості, і мови - найважливіших компонентів, які складають суть благополуччя та психічного здоров'я дітей (Штиль, 2016, с.15-22).

2.2.4. Традиційні методики

Вчені Зверєва І. Д., Безпалько О. В., Харченко С. Я. зауважують: «У психологічній роботі з малюком виникають певні складнощі – це завоювати довіру, достукатися до нього, отримати свого роду «дозвіл» на надання допомоги. Тому важливим є вибір коректної форми спілкування з проблемною дитиною. У всьому світі для психологічної корекції дітей і підлітків активно використовуються «казкотерапія та лялькотерапія». Ці техніки дозволяють тактовно і м'яко заглянути у внутрішній світ дитини і, зробити так, щоб допомога була прийнята, а усі важливі поради і слова – по-справжньому почуті і прийняті» (2004).

Свістун Е.В. визначає, що «Лялькотерапія – це одна з напрямків арт-терапії та ігротерапії, яка допомагає вирішувати психологічні проблеми, такі як: наслідки психотравми; скутість, відторгнення від реальності, закомплексованість, складнощі труднощі у побудові спілкування з оточуючими та вираження емоцій, аутизм або античність» (2014).

Лялька в даній техніці виступає посередником між малюком та фахівцем. Спочатку малюк, який потребує корекції створює свою ляльку, а потім під керівництвом помічника «грає» з нею, промовляючи хвилюючі його проблеми, і таким чином справляючись з ними.

У нашій країні «лялькотерапію» розвивали і популяризували такі дослідниці, як: Т. Шишова та І. Медведєва, які вперше запропонували «лялькові дитячі театри - як форму дозвілля, що зміцнює психіку підростаючого покоління» (Свістун, 2014).

Отже, можна виділити ряд випадків, при яких використання даної терапії буде доцільним. Наприклад, у житті дитяти була присутня якась психічна травма, впоратися з якою самостійно він не зможе. Або ж дитина втрачена, замкнута, закрита для усього світу. Малюк може, навпаки, бути гіперактивним,

мати схильність до істерик, не справлятися зі своїми емоціями чи переживаннями, важко переживати кризи. І нарешті, ляльки являться дуже корисні для маленької «аутичної» людини (Колупаєва та Савчук, 2011).

Свістун Е.В. констатує : Для вирішення вищевказаних проблем психолог використовує лялькову терапію для досягнення таких цілей:

- «Релаксація (психологічна розрядка напруженої дитини, підвищення градусу його довіри до оточуючого світу);
- Побудова «комунікативних містків» (створення дитячого колективу, налагодження стосунків дитини і дорослого, або між дітьми та ровесником);
- Розвиток (актуалізація кмітливості, пам'яті, фантазії, уяви дітей);
- Отримання нових знань про світ та суспільство.

Використання ляльок у налагодженні контакту з дитиною – «шлях непередбачуваний і дуже творчий». Він цілком залежить від індивіду дорослого, і характеру та віку малюка, від проблеми, яку необхідно опрацювати і скорегувати» (2014).

Методи лялькової терапії безпосередньо залежать від типів ляльок, які використовує психолог. Це можуть бути:

- *Ляльки-маріонетки*. Такі ляльки виготовляються з декількох частин, підвішуються за ниточку і можуть ворушити руками і ногами. Вони вільні в рухах, тому за їх допомогою можна показати багато подій і емоцій. Для того щоб керувати такою лялькою, дитина має володіти певним ступенем майстерності, тому на заняттях цьому має присвячуватись належну кількість часу.

- *Пальчикові ляльки*. Найпростіший варіант іграшки. Деякі психологи навіть практикують використання експрес-ляльки: на кульці для пінг-понгу малюється особа, і така куля надівається на палець дитини. Пальчикові ляльки можуть виготовлятися з фольги, картону, навіть з невеликої спринцівки. У дитини може бути цілий асортимент таких ляльок-акторів – з різними виразами обличчя – для будь-якого настрою (Свістун, 2014).

- *Мотузкові ляльки*. Вони являють собою комбінацію петель. Такі ляльки-абстракції більше підходять для дітей старшого віку. Оскільки осіб як таких у

них немає, маленькій дитині складно пройти шлях ототожнення, а ось підліток навпаки оцінить цю таємничість і недовомовленість. Така лялька може бути будь-якого розміру, в тому числі навіть ростовий. Дитина, забезпечивши її якимось своїм атрибутом, наприклад, гумкою для волосся, обов'язково розгляне в ній своє відображення та інші (Іхсанова, 2014).

Не потрібно думати, що лялька для занять обов'язково повинна бути якісною, красивою і майстерно виготовленою. Ляльку дитина виготовляє сама, і важливо пояснити їй, що будь-який результат буде чудовий, тому що це його робота, і його лялька буде єдиною у світі. Тільки виготовивши ляльку самостійно, дитина зможе досягти з нею успіхів, тому що дуже важливо, щоб він відчував спорідненість з цим твором, бачив у ньому не частинку себе, а всього себе – зі своїми досягненнями і недоліками (Зверева, Безпалько та Харченко, 2004).

Великих успіхів у розкріпаченні і соціальній адаптації «особливих» дітей домагаються лялькові театри, в яких і ляльки-актори, і сценарії постановок створюються найменшими учасниками.

«Лялькова терапія - цікавий, складний, захоплюючий процес». Вкажемо лише основні вправи, без яких складно уявити цей метод: встановлення довірливих відносин з малюком; створення проекту майбутньої ляльки; виготовлення унікальної ляльки-помічника; монолог дитини про життя ляльки; створення спільної історії про декількох ляльок відразу; обговорення сценарію; репетиції вистави; виконання вистави на сцені; обговорення вистави з дитиною індивідуально або в групі (Лохвицька та Доброскок, 2007).

Як метод «казкотерапія» з'явилася в кінці шістдесятих років, вона використовувалася психологами з метою корекції патологічних станів. Казкотерапія - це напрямок практичної психології, та означає – «лікування казками». Головна мета - допомогти дитині або дорослому вирішувати внутрішні психологічні проблеми. Основне правило - м'якість впливу і ефективність (Лохвицька та Доброскок, 2007).

Чуб Н. В. зауважує, що «казкотерапія – як метод корекції є дуже ефективною і здатною вирішувати серйозні психологічні проблеми. Причина використання даного методу - позитивна реакція людей на казку не залежно від віку. У більшості пацієнтів не виникає внутрішнього відторгнення і протесту» (2016).

За твердженням Колупаєвої А.А. і Савчук Л.О., психологи виділяють чотири базових напрямки в даній методиці:

- Діагностичний. Допомагає визначити сценарії, якими користується людина при вирішенні життєвих ситуацій. С допомогою діагностики він визначає риси характеру, сильні і слабкі сторони особистості, таланти, життєві позиції. Проводячи діагностику, фахівець визначає «корінь» проблем у клієнта.

- Корекційний. Допомагає людині створити гармонійний образ себе, налаштуватися на здорову модель поведінки, скорегувати негативні моделі сприйняття світу.

- Прогностичний. Допомагає людині визначити, яким результатом приведе його поведінку і життєва позиція, наявна на даний момент.

- Розвивальний. Допомагає зняти м'язову і емоційну напругу, розвиває увагу, знижує тривожність, полегшує адаптацію до нових умов (2011).

Форми роботи з казкою:

- *Розповідь казки.* Суть в тому, що саме розповідати історію, а не читати. Тут дуже важливі справжні переживання і почуття. Під час сеансу психолог спостерігає за реакцією і коментарями дитини. Іноді дитина перебиває, складає іншу сюжетну лінію, задає питання. Це найважливіші моменти в роботі, саме вони характеризують психо-емоційний стан клієнта;

- *Створення казки.* Тут терапевт і дитина разом складають історію, вкладають туди свої почуття, драматизують, змінюють сюжет. Тут можна все: поміняти місцями добрих і злих героїв, переробити стару казку на новий лад, поставити себе на місце одного з них. Методика допомагає дитині виявляє приховані емоційні стани, розкритися, які не відображаються в поведінці.

- *Малювання казки.* Як правило, ця методика використовується як другий етап роботи з казкою. Пацієнту пропонують намалювати, зліпити або зробити аплікацію на тему почутої історії. Тут він може виплеснути свої почуття і тривоги, звільниться психологічно. При поганому стані пацієнт малює чудовиськ, похмурі картини, в малюнку переважають темні кольори. Але при систематичному проходженні сеансів, кожен наступний малюнок стає позитивнішим і яскравішим. Для малювання можна використовувати будь-які відповідні матеріали: гуаш, олівці, фломастери, акварель.

- *Виготовлення ляльок.* Основа методу – включення механізму самозцілення, закладеного в психіці кожної людини. Виготовляючи ляльку, пацієнт розслабляється, йде стрес, тривога, страх. Людина входить в легкий медитативний стан. Він асоціює ляльку з одним зі своєю особистістю. У казкотерапії психолог пропонує пацієнтові створити ляльку за мотивами казки. Це може бути будь-який герой, який сподобався пацієнтові. Результат – усвідомлення проблеми клієнтом і пошук рішення через розслаблення.

- *Постановка казки.* Кожен учасник може обрати собі роль і наділити свого персонажа такими якостями, якими він захоче. Це може бути і позитивний і негативний герой. Він може бути схожий на учасника, а може бути його повною протилежністю. Метод покликаний знімати напругу і допомагати розкриватися. Учасники повинні мати можливість висловлювати свої відчуття і почуття. Результат – розкриття потенціалу кожної дитини. Діти стають більш товариськими, більш пристосованими до життя, виходять зі своєї «шкаралупи». «При постановці неприпустимо вивчення ролей, тривалі репетиції, жорсткий сценарій. Постановка казки - це завжди експромт» (Свістун, 2014).

Ефективність лікування казками полягає в тому, що більшість людей дуже позитивно сприймають казку, не відбувається відторгнення і внутрішнього конфлікту. У той же час йде глибокий вплив на духовному і моральному рівні.

Основою методики – реакція пацієнта. Саме завдяки їй терапевт робить висновки про стан людини, його життєві ситуації і проблеми. Для цього

потрібно дотриматися таких умов: створити довірливу атмосферу під час сеансу; виявити щире зацікавлення проблемами пацієнта; відкритість і щирість самого терапевта (Золотоверх, 2004, с. 22-26).

«Казка – це своєрідний посередник між терапевтом і пацієнтом». Робота з казкою знижує напругу, тривожність, коригує деструктивну поведінку. Методика в м'якій формі допомагає усвідомити проблему, а при систематичному застосуванні – «знаходити потрібне рішення серйозних завдань», - зауважує Е.В. Свістун (2014).

Цікавою є методика лікування мистецтвом – музикотерапія.

Необхідно зазначити, що використання терапії мистецтвом дає змогу глибше вивчити можливості дітей, їхню фантазію, уяву, працездатність, глибинні психологічні ресурси, креативні якості. О.Ніколаєва аналізуючи різні види дитячої творчості (художньої, музичної, словесної, ігрової), робить висновок про те, що творчість у дитинстві – це механізм адаптації дитини до світу (Свістун, 2014).

Як зазначає Замашкіна О.Д., - «однією з основних цілей музикотерапевтичних занять у соціально-педагогічній роботі з дітьми-інвалідами є інтеграція дитини в соціальну групу, оскільки в музичній співтворчості добре відпрацьовуються різні комунікативні навички, усувається підвищена соромливість, формується витримка і самоконтроль».

Необхідно зауважити на тому, що методи, які застосовує сучасна музикотерапія, відповідають актуальним потребам дітей з особливим типом розвитку. Так, у її класифікації (за критерієм лікувальної дії) виділяються:

- методи, спрямовані на відреагування і емоційну активізацію;
- тренінгові методи, які застосовуються у контексті поведінкової терапії;
- релаксаційні та регулятивні методи;
- комунікативні методи;
- творчі методи у формі інструментальної, вокальної, рухової імпровізації

(2016. *Використання музикотерапії у роботі соціального працівника з дітьми з особливими потребами*).

Терапія за допомогою мистецтва як окрема галузь теоретичних і практичних знань виникла у 30-х роках ХХ ст. Дещо пізніше у професійній лексиці психологів Західної Європи почав уживатися термін «арт-терапія» - лікування на основі занять художнім мистецтвом, що відображає процеси відокремлення самостійних напрямів: медичного, соціального, педагогічного. У медичному аспекті музикотерапія застосовується як засіб емоційного впливу на дитину з ціллю корекції присутніх у неї фізичних та розумових відхилень. Соціальність музикотерапії розуміється як засіб соціалізації дитини з особливими потребами, невербальної комунікації та як одна із можливостей у пізнанні оточуючого світу, самореалізація у ньому в силу своїх можливостей. Створення відчуття конфіденційності та захищеності в міжособистісних стосунках та розвиваючого педагогічного середовища з урахуванням психофізичних можливостей дитини сприятиме її саморозвитку, емоційно - особистісному ставленню до творів музичного мистецтва (Скрипник, 2007, с. 26-29).

Отже, Замашкіна О.Д. підкреслює, що «сучасна музикотерапія широко використовує засоби і методи психотерапевтичних підходів, елементи психоаналізу, гіпнокатарсису, аутогенного тренування, наркопсихотерапії, медитації та ін. Основна концепція музично-образної терапії ґрунтується на сприятливому впливі на душевний стан клієнта, його слухових і зорових образів, які мають різне емоційне забарвлення. Музична освіта дитини-інваліда є одним з найефективніших форм роботи і значний чинник, що сприяє соціокультурній реабілітації дитини, ізольованої від соціуму та його цінностей, допомагає в розвитку емоційної сфери дитини, вихованню естетичних емоцій, смаків.

Відтак, розкривши основні характеристики таких методів, як пальчикова терапія, пісочна терапія, гудзикова терапія, лялькотерія, казкотерапія, музикотерапія варто наголосити, що вони створюють оптимальні умови для самовираження і розвитку дитини. «Способи, якими відбувається гра, цікаві і доступні кожній дитині, які надають змогу їй звільнитися від фрустрації та

емоційного напруження, передбачають виключення конкуренції реальних важливих стосунків між дітьми та дорослими», наголошує М. Монтесорі (2000). Окрім цього, «вони утворюють надійний спокій, сприяють розвитку розумових здібностей, дрібної моторики».

ВИСНОВКИ ДО II РОЗДІЛУ

Отже, розкривши суть провідних сучасних видів соціальної реабілітації «дітей з особливими освітніми потребами» було виявлено, що найбільш поширеними є наступні: дельфінотерапія, арт-терапія, нейрон-розвивальна терапія, іпотерапія, Монтесорі-терапія, метод Петьо, Вінта-терапія. Важливо зауважити, що кожна з цих технологій повинна носити ціленаправлений, системний характер і застосовуватися спеціалістами відповідно до особливостей психічних та фізичних вад дитини. «Арт-терапія – це один із найбільш ефективних та доступних методів соціальної реабілітації дітей». Маючи своєрідну специфіку, вона допомагає дитині розвивати мисленнєві процеси, намагається пробудити емоції, пізнавати навколишній світ, що допомагає їй адаптуватися в суспільстві.

«Дельфінотерапія» є нетрадиційним, альтернативним способом соціальної роботи, де в основі процесу терапії перебуває контакт дельфіну та людини.

«Іпотерапія» - це одна з найефективніших технологій лікування за допомогою коней. Дана методика направлена на боротьбу з багатьма хворобами.

Завдяки своїй «Бобат – концепції», ще відомій як «нейрон - розвивальна терапія», яка була визнана цілим світом і мала визначний вплив на прогрес принципів реабілітації «дітей з церебральним паралічем» загалом.

«Монтесорі – терапія» – є лікувальною педагогікою, яка закладена на принципах Марії Монтесорі, «оглядає дитину як особистість від самого її народження».

Змістом «Войта-терапії» – служить корекція моторних навичок на базі фізіологічних рефлексорних рухів.

«Кондуктивна педагогіка» - програма допомагає дітям з руховими відхиленнями придбати «ортофункції», які визначають їхню здатність функціонувати і брати участь в житті суспільства, незважаючи на рухову недосконалість.

Для дітей «гра – важливий інструмент становлення в житті. Завдяки їй малюки вчаться налагоджувати контакт з оточуючими, розвиваються фізично та інтелектуально, розширюють кругозір, пізнають світ. А головне, роблять це в цікавій формі без примусу».

«Ігрова терапія» - це процес спільного проживання з малюком та розуміння різноманітних ситуації в ігровому жанрі: це «операція» спільної творчості, спільної дії.

Розкривши характеристики таких технологій, як пальчикова терапія, пісочна терапія, гудзикова терапія, лялькотерапія та казкотерапія, варто наголосити, що вони створюють оптимальні умови для самовираження і розвитку дитини.

І так, «пісочна терапія» – засіб зняття душевної напруги, та його втілення на алегоричному рівні, за допомогою піску.

«Пальчикова терапія» - техніка, суть якої полягає у програванні різноманітних казок, римованих історій, відтворення будь-яких фігур за допомогою пальчиків.

«Гудзикова терапія» – метод, який також впливає на розвиток дрібної моторики рук.

«Лялькотерапія» – це одна з напрямків арт-терапії та ігротерапії, яка допомагає вирішувати різноманітні психологічні проблеми.

«Казкотерапія» - це напрямок практичної психології, та означає – «лікування казками».

«Музикотерапія» - психотерапевтичним напрямом, заснованим на лікувальному впливі музики на психологічний стан дитини, це ефективний спосіб зцілення особистості через самовираження у мистецтві і творчості.

«Способи, якими відбувається гра, цікаві і доступні кожній дитині, які надають змогу їй звільнитися від фрустрації та емоційного напруження, передбачають виключення конкуренції стандартів життєвих стосунків між дітьми та дорослими», наголошує М. Монтесорі. Окрім цього, «вони утворюють надійний спокій, сприяють розвитку розумових здібностей, дрібної моторики.

РОЗДІЛ ІІІ. ДОСЛІДНИЦЬКА РОБОТА ЗА АВТОРСЬКОЮ МОДЕЛЛЮ «РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ІГРОТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ДІТЬМИ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ»

3.1. Аналіз дослідження позитивної динаміки у реабілітації дітей з особливими освітніми потребами засобами ігротерапії

Дослідження експериментальної роботи проводилося на базі Ізмаїльської ЗОШ № 6.

Ми обрали панельне дослідження, яке передбачає вивчення одного того ж об'єкту з певним проміжком часу за однією і тією ж методикою і програмою, а також опитування одних і тих же респондентів, що дає можливість порівнювати отримані результати у динаміці.

Отже, респондентами були 4 учні 1 класу з особливими освітніми потребами (діагноз ЗПР).

Завдання нашої дослідницької роботи - розробити та дослідити авторську модель «Реабілітаційний потенціал ігротерапії в роботі з дітьми з особливими освітніми потребами».

Мета експерименту: виявлення позитивної динаміки у реабілітації дітей з особливими освітніми потребами засобами ігротерапії..

В якості діагностичного інструментарію виступили:

- Проективна методика «Моя сім'я» (А. Венгера);
- Методика «Експертна оцінка адаптованості дитини до школи» (О. Соколова, О. Сорокіна, В. Чирков);
- Тест «Будиночки» (О. Орехова).

Проективна методика «Моя сім'я» можна застосувати для дітей починаючи з чотирьох років. Мета застосування даної проективної методики: виявлення особливостей сімейних відносин.

Завдання: на основі виконання зображення, відповідей на питання оцінити особливості сприйняття і переживань дитиною стосунків у сім'ї.

У психологічній практиці даний тест являється одним з найбільш інформативних. Частіше всього батьки атмосферу родини оцінюють позитивно,

в той час як малюком вона сприймається зовсім інакше. У «невинному» дитячому малюнку можна добре побачити не тільки приховані або неусвідомлені проблеми, психологічний стан малюка, але і його сприйняття сім'ї в цілому, ставлення до кожного члена родини. Зрозумівши, якими дитина бачить своїх батьків та родину, можна ефективно допомогти виправити неблагополучний клімат у сім'ї.

Методика «Експертна оцінка адаптованості дитини до школи» (О.Соколова, О.Сорокіна, В.Чирков).

Мета: визначення рівня адаптованості дитини до навчання в школі. Методика складається з таких завдань: 1) вивчення соціально-психологічної адаптації учнів до школи, для вчителів. 2) вивчення соціально-психологічної адаптації, для батьків. В рамках нашого дослідження ми зупиняємось на завданні 1 - вивчення соціально-психологічної адаптації учнів до школи, яке містить 4 критерії адаптованості і 7 характеристик (шкал) для їхньої оцінки.

У зв'язку з поставленими завданням ми повинні були розробити загальні критерії, представлені наступними характеристиками:

1. Ефективність навчальної діяльності.
2. Засвоєння шкільних норм поведінки.
3. Правила поведінки на уроці.
4. Правила поведінки на перерві.
5. Взаємовідносини з однокласниками.
6. Ставлення до вчителя.
7. Емоційне благополуччя.

Для визначення емоційного стану дитини ми задіяли **тест «Будиночки» (О. Орехова).**

Методичним підґрунтям тесту є кольоровий асоціативний експеримент, відомий, як «тест відносин», відомого вченого А. Еткінда. Розробила тест видатний автор О. Орехова, який дозволяє провести діагностику діяльнісних орієнтацій, особистісних переваг емоційної сфери дитини в області соціального генезису, який вважають дуже цінним з погляду рентабельності

аналізу емоційного ставлення учня до школи. Отже, мета проведення тесту, за допомогою використання кольору визначити переважання позитивних або негативних емоцій, ставлення до соціальних об'єктів, оцінити рівень комфортності під час навчання у школі.

Методика має психотерапевтичний ефект, який досягається саме використанням кольору, можливістю відредагування негативних і позитивних емоцій, крім того емоційний ряд завершується на власний вибір в мажорному тоні.

3.2. Кількісний і якісний аналіз результатів експериментальної роботи

Проективна методика «Моя сім'я» (А. Вегнера)

У даній методиці представлені результати по п'ять сиптомокомплексів. Нижче в таблиці 3.1 представимо дані по кожному сиптомокомплексу з описом максимального і мінімальної кількості балів, які може набрати дитина.

Таблиця 3.1.

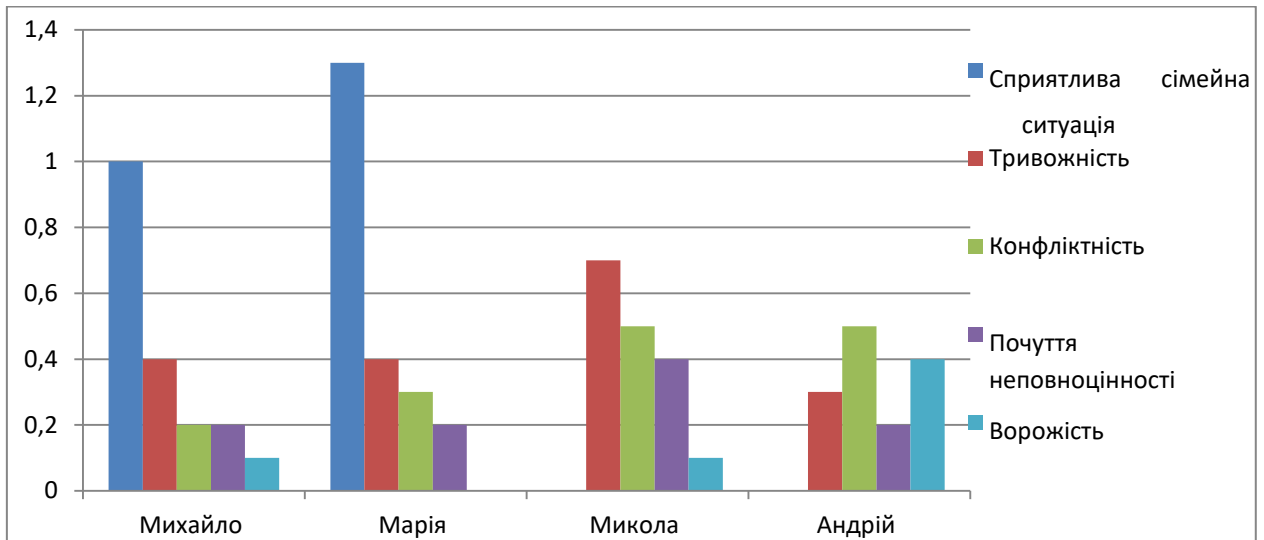
*Ключ для розшифрування результатів методики
«Малюнок сім'ї» А. Вегнера*

<i>Сиптомокомплекс</i>	<i>Симптом</i>	<i>Бал</i>
Сприятлива сімейна ситуація	Загальна діяльність всіх членів сім'ї	0,2
	Переважає людей на малюнку	0,1
	Зображення усіх родичів	0,2
	Відсутні відторгнуті члени родини	0,2
	Відсутнє штрихування	0,1
	Відмінна якість лінії	0,1
	Відсутні показники ворожості	0,2
	Відповідний розподіл родичів на аркуші	0,1
	Підкреслення окремих деталей	0,1
Тривожність	Штрихування	0, 1; 2; 3
	Лінія підстави – підлогу	0,1
	Лінія над зображенням	0,1
	Лінія з сильним натиском	0,1

	Стирання	0,1; 2
	Велика увага до деталей	0,1
	Переважання речей	0,1
	Переривчасті або подвійні лінії	0,1
	Підкреслені одинокі деталі	0,1
	Інші можливі ознаки	
Конфліктність	Окреслені межі фігур	0,2
	Стирання окремих фігур	0,1; 2
	Відсутні основні частини тіла у окремих фігур	0,2
	Виділення деяких фігур	0,2
	Ізолювання деяких фігур	0,2
	Недоречність вербального опису та зображення	0,1
	Переважання речей	0,1
	Відсутні на зображенні окремих членів родини	0,2
	Член сім'ї, що стоїть за спиною	0,1
	Інші можливі ознаки	
Почуття неповноцінності у сімейній ситуації	Автор зображення дуже маленький	0,2
	Розташування фігур на нижній частині листа	0,2
	Лінія переривчаста, слабка	0,1
	Відторгнення автора від інших	0,2
	Малі фігури	0,1
	Нерухома у паралелі з іншими зображення автора	0,1
	Відсутність автора	0,2
	Автор стоїть спиною	0,1
	Інші можливі ознаки	
Ворожість у сімейній ситуації	Одна фігура на іншій стороні аркуша або на другому листі	0,2
	Агресивна позиція фігури	0,1
	Закреслена фігура	0,2
	Деформована фігура	0,2
	Зворотний профіль	0,1
	Руки розкинуті в сторони	0,1
	Підкреслені, довгі пальці	0,1
	Інші можливі ознаки	

Після проведення методики «Малюнок сім'ї» А. Венгера ми дійшли наступних висновків, представлених у діаграмі 3.1.

Діаграма 3.1



В цілому, згідно отриманих даних, як ми бачимо у всіх дітей переважає висока сприятлива сімейна ситуація, крім Миколи, у якого низька дана ситуація і високий рівень конфліктності. Також ми бачимо, що високий рівень конфліктності у Андрія. У всіх учнів середній рівень конфліктності.

На діаграмі чітко бачимо, що у Колі висока тривожність, у інших дітей даний показник на середньому рівні.

У всіх дітей низьке почуття неповноцінності у сімейній ситуації, а у Колі середній показник, тобто дитина у сім'ї вважає себе малозначимим.

У Марії відсутня ворожість у сімейній ситуації, а у Андрія висока, у інших дітей при середня ворожість.

Опираючись на отримані результати, можемо стверджувати, що при правильно побудованій програмі корекції і правильно підібраних вправах, методиках і техніках, можемо домогтися зниження рівня тривожності, конфліктності, почуття неповноцінності, та підвищення рівня сприятливої сімейної ситуації. Також рекомендуємо батькам приділяти якомога більше часу для прогулянок, спілкування з дітьми, для яких це дуже важливо. Отримані дані представлені в табл. 3.2

Таблиця 3.2

Результати проведення методики «Малюнок сім'ї» А. Венгера:

Опитані	Загальна кількість балів набраних дитиною по кожному сиптомокомплексу				
	Сприятлива сімейна ситуація	Тривожність	Конфліктність	Почуття неповноцінності у сімейній ситуацій	Ворожість у сімейній ситуації
Михайло	1	0,4	0,2	0,2	1
Марія	1,3	0,4	0,3	0,2	0
Микола	0,3	0,7	0,5	0,4	0,1
Андрій	0,9	0,3	0,5	0,2	0,4

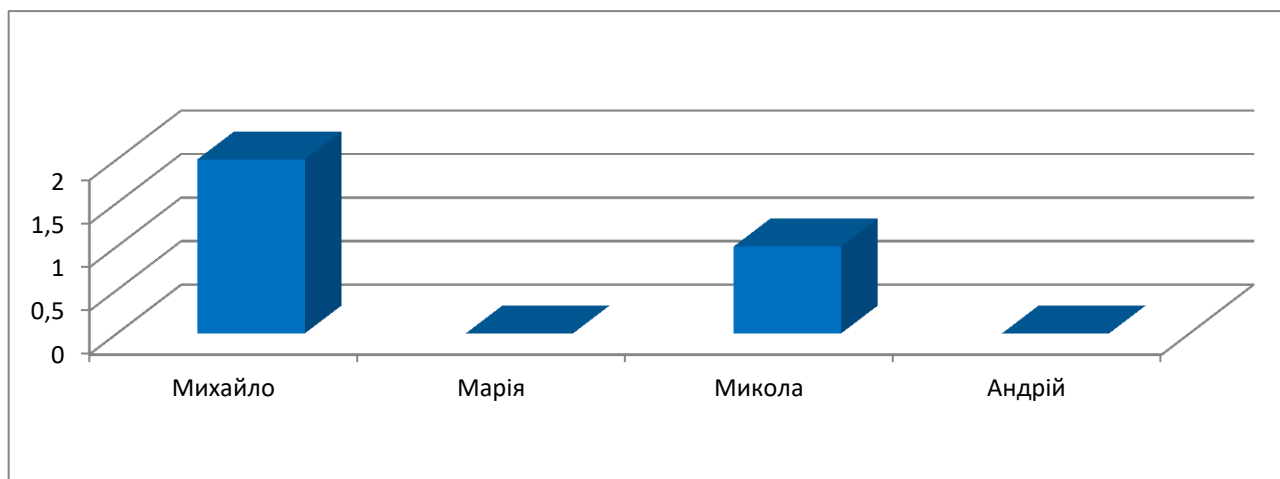
Після проведення методики «Малюнок сім'ї» А. Венгера. Ми приступили до проведення експерименту «Експертна оцінка адаптованості дитини до школи» (О.Сорокіна, О.Соколова, В.Чирков), який дозволяє нам дослідити ефективність навчальної активності учнів, рівень засвоєння знань, оцінити поведінку дитини на уроці та перерві, взаємовідносини з однокласниками, прослідкувати за ставленням до вчителя, а також дослідити емоційне благополуччя дітей.

Результати проведення методики «Експертна оцінка адаптованості дитини до школи» (О.Сорокіна, О.Соколова, В.Чирков)

Ефективність навчальної активності, можна побачити у таблиці 3.3

Шкала	Бали	Михайло	Марія	Микола	Андрій
Навчальна активність	5 балів - часто піднімає руку на уроці, відповідає правильно, активно працює.				
	4 бали - на уроці працює, неправильні і правильні відповіді чергуються.				
	3 бали - правильно відповідає, але рідко піднімає руку				
	2 бали - часто відволікається, не слухає матеріал, навчальна активність на уроці носить короткочасний характер.	+			
	1 бал - пасивний на уроці, не відповідає біля дошки, переписує з дошки готове.			+	
	0 балів - не включається в навчальний процес, навчальна активність відсутня			+	+

Ефективність навчальної активності приведені у діаграмі 3.2

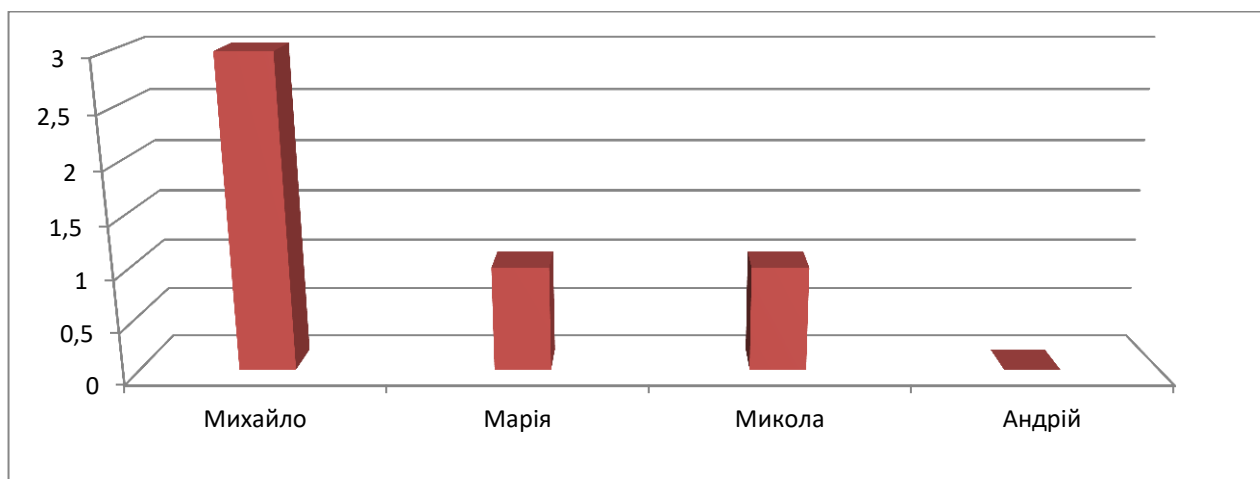


Ми бачимо, що у Михайла навчальна активність на уроці носить короткочасний характер. У Марії та Андрія, навчальна активність відсутня. А Микола пасивний на уроці.

Рівень засвоєння знань, можна побачити у таблиці 3.4

Шкала	Бали	Михайло	Марія	Микола	Андрій
Засвоєння знань	5 балів – безпомилкове, правильне виконання всіх шкільних завдань.				
	4 бали - поодинокі помилки, невеликі помарки.				
	3 бали - рідкісні помилки, пов'язані з заміною чи пропуском букв.	+			
	2 бали - велика кількість помилок, погане засвоєння матеріалу по одному з основних предметів.				
	1 бал - неохайне виконання завдань, часті помилки, велика кількість закреслень і виправлень.		+	+	
	0 балів - грубі помилки, велика їх кількість, погане засвоєння програмного матеріалу з усіх предметів.				+

Рівень засвоєння знань приведені у діаграмі 3.3

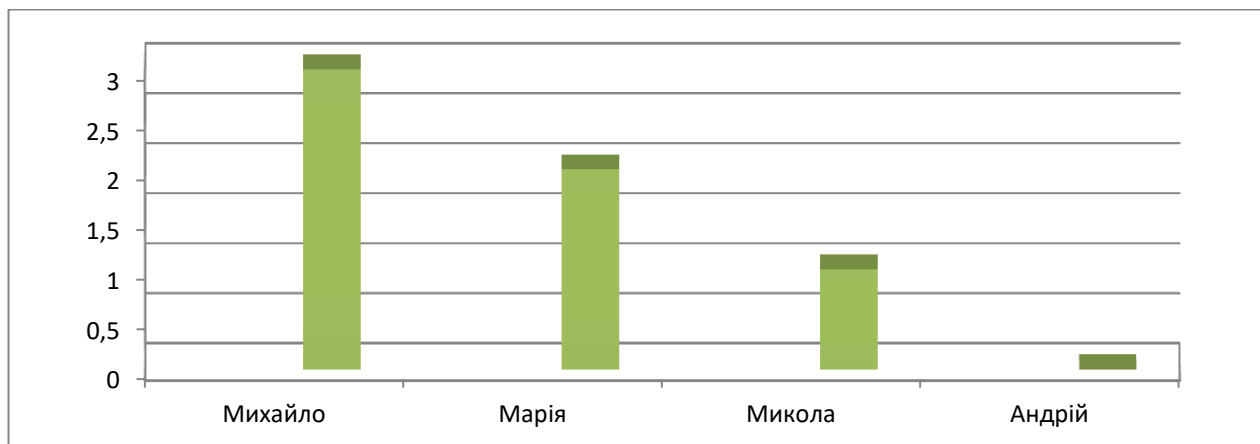


І так, ми бачимо, що Михайло допускає рідкісні помилки, Марія та Микола часто роблять помилки, та неохайно виконують завдання, а Андрій погано засвоює програмний матеріал з усіх предметів.

Поведінка на уроці представлена на таблиці 3.5

Шкала	Бали	Михайло	Марія	Микола	Андрій
Поведінка на уроці	5 балів - сумлінно виконує усі вимоги учителя, сидить спокійно.				
	4 бали - іноді на короткий час відволікається на уроці, але виконує вимоги учителя.				
	3 бали - зрідка обертається і обмінюється короткими репліками з товаришами.	+			
	2 бали - часто спостерігається напруженість у відповідях, скутість в позі, рухах.		+		
	1 бал - вимоги учителя виконує частково, відволікається на сторонні заняття, постійно розмовляє, крутиться.			+	
	0 балів - не виконує вимог вчителя, більшу частину уроку займається сторонніми справами (переважають ігрові інтереси).				+

Поведінка на уроці представлені у діаграмі 3.4

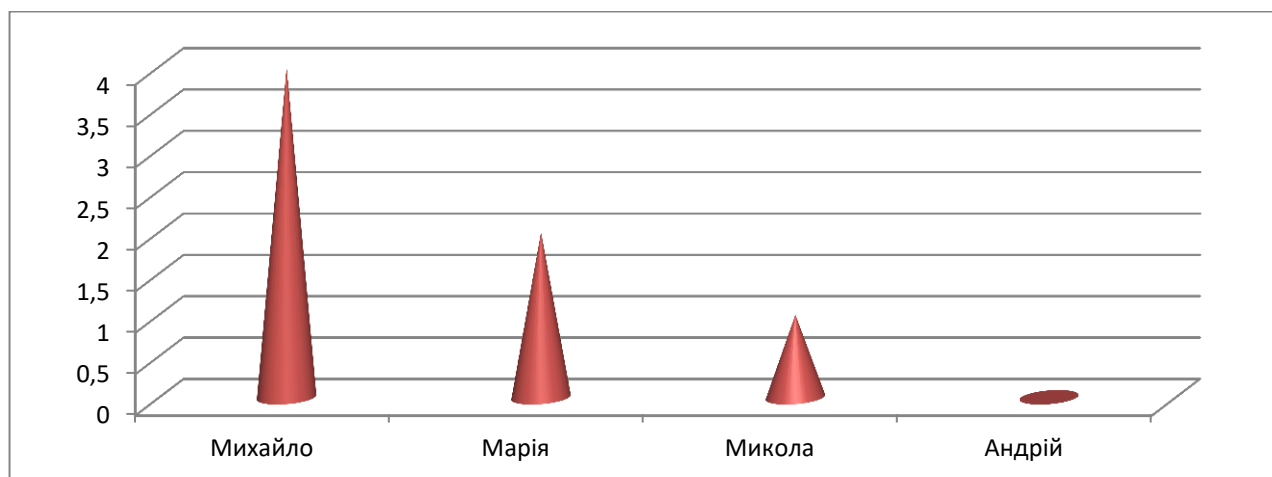


За результатами, ми бачимо, що Михайло на уроці, зрідка обертається і обмінюється короткими репліками з товаришами. У Марії спостерігається напруженість у відповідях скутість в позі, рухах. Микола вимоги учителя виконує частково. Андрій не бажає виконувати вимог вчителя, на уроках тільки займається іграми.

Поведінка на перерві можна переглянути у таблиці 3.6

Шкала	Бали	Михайло	Марія	Микола	Андрій
Поведінка на перерві	5 балів - охоче бере участь в рухливих іграх, висока ігрова активність.				
	4 бали - вважає за краще спокійні ігри, читання книг, активність виражена у малому ступені.	+			
	3 бали - активність дитини обмежена заняттями, пов'язаними з підготовкою до іншого уроку.				
	2 бали - переходить від однієї групи дітей до іншої, не може знайти собі заняття.		+		
	1 бал - уникає інших дітей, рухи скуті, пасивний.			+	
	0 балів - заважає іншим дітям грати, бігає, кричить, постійно порушує норми поведінки.				+

Поведінка на перерві представлені у діаграмі 3.5

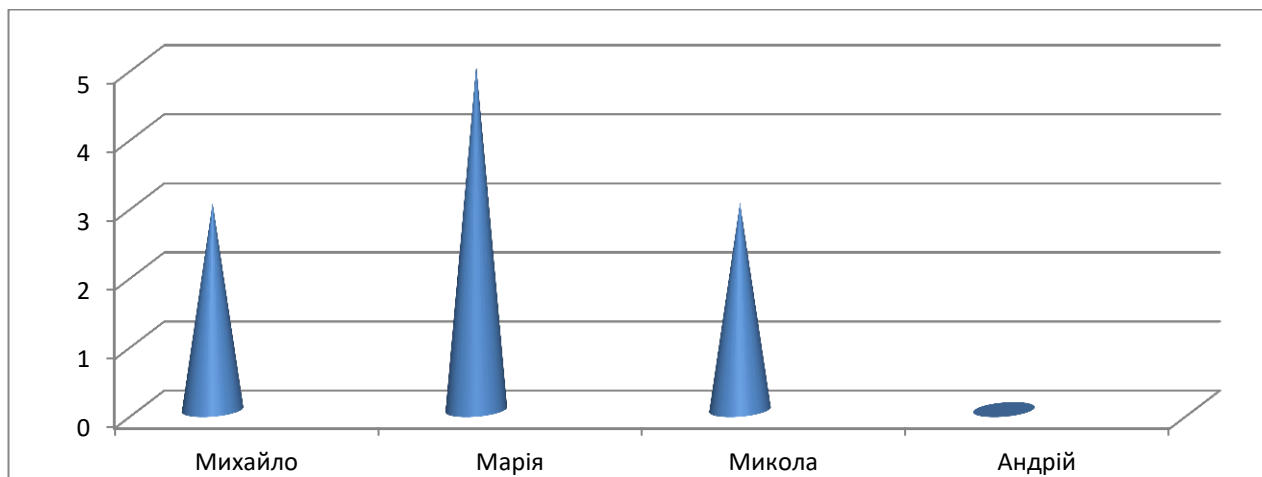


Під час перерви Михайло обирає спокійні ігри, активність виражена у малому ступені. Марія переходить від однієї групи дітей до іншої, не може знайти собі заняття. Микола уникає інших дітей. Андрій заважає іншим дітям грати, постійно порушує норми поведінки.

Взаємовідносини з однокласниками, можна прослідкувати за таблицею 3.7

Шкала	Бали	Михайло	Марія	Микола	Андрій
Взаємовідносини з однокласниками	5 балів - легко вступає в контакт з дітьми, товариський.				
	4 бали – легко вступає в контакт, коли до нього звертаються діти, сам мало ініціативний.		+		
	3 бали - сфера спілкування обмежена, контактує тільки зі знайомими дітьми.	+		+	
	2 бали - за краще знаходиться поряд з дітьми, але не вступає з ними в контакт.				
	1 бал - ізольований від інших дітей, замкнутий, інші діти до нього байдужі, воліє перебувати один.				
	0 балів - постійно свариться і кривдить дітей, проявляє негативізм по відношенню до однокласників, інші учні його не люблять.				

Взаємовідносини з однокласниками, приведені у діаграмі 3.6

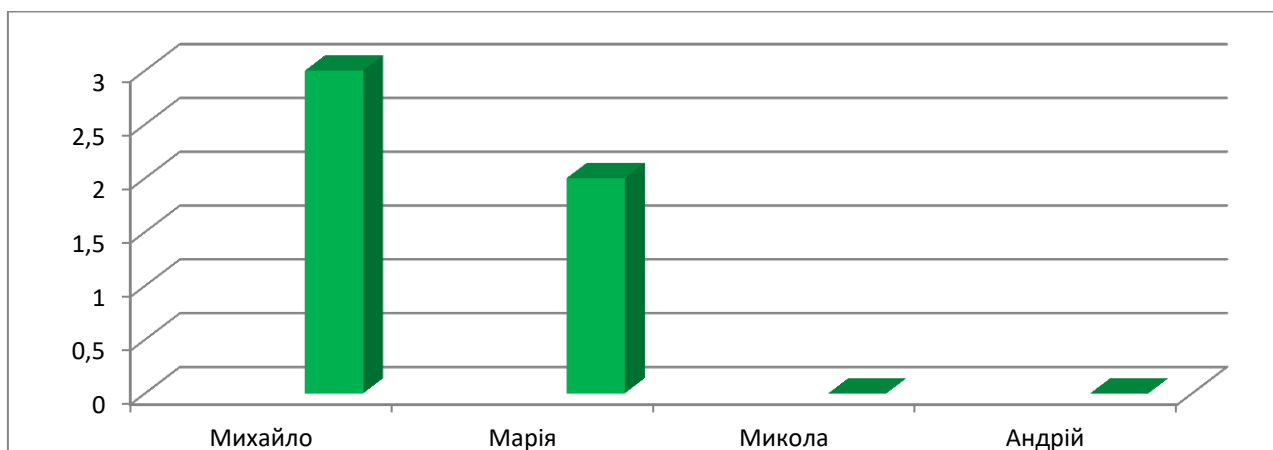


За поданими даними, ми бачимо, що Михайло та Микола контактують тільки зі знайомими дітьми. Марія легко вступає в контакт, коли до неї звертаються діти. Андрій постійно проявляє негативізм по відношенню до однокласників.

Ставлення до вчителя, можна побачити у таблиці 3.8

Шкала	Бали	Михайло	Марія	Микола	Андрій
Ставлення до вчителя	5 балів - прагне сподобатися вчителю, після уроку часто підходить до нього, проявляє дружелюбність по відношенню до нього, часто спілкується з ним.				
	4 бали - дорожить гарною думкою вчителя про себе, прагне виконувати всі його вимоги, в разі необхідності сам звертається до нього за допомогою.				
	3 бали - намагається звертатися за допомогою до однокласників, старанно виконує вимоги вчителя.	+			
	2 бали - формально зацікавлений в спілкуванні з вчителем, виконує його вимоги, але намагається бути непомітним.		+		
	1 бал - при спілкуванні з вчителем легко губиться, говорить тихо уникає контакту з ним.				
	0 балів - плаче при найменшому зауваженні, спілкування учителем призводить до негативних емоцій.			+	+

Ставлення до вчителя представлено у діаграмі 3.7

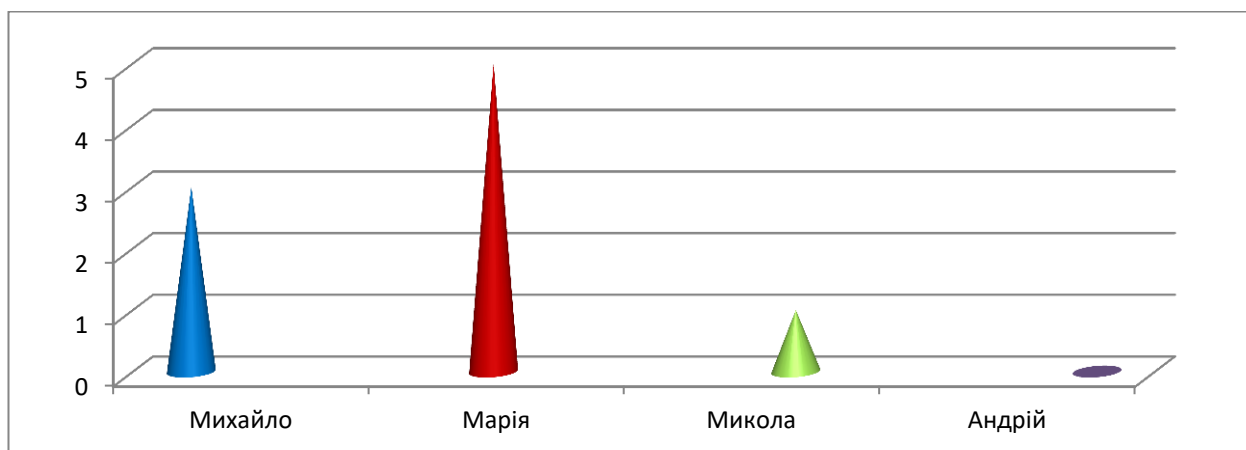


Михайло старанно виконує вимоги вчителя. Марія зацікавлена в спілкуванні з вчителем, виконує його вимоги, Микола та Андрій плачуть при найменшому зауваженні.

Емоційне благополуччя, можна прослідкувати у таблиці 3.8

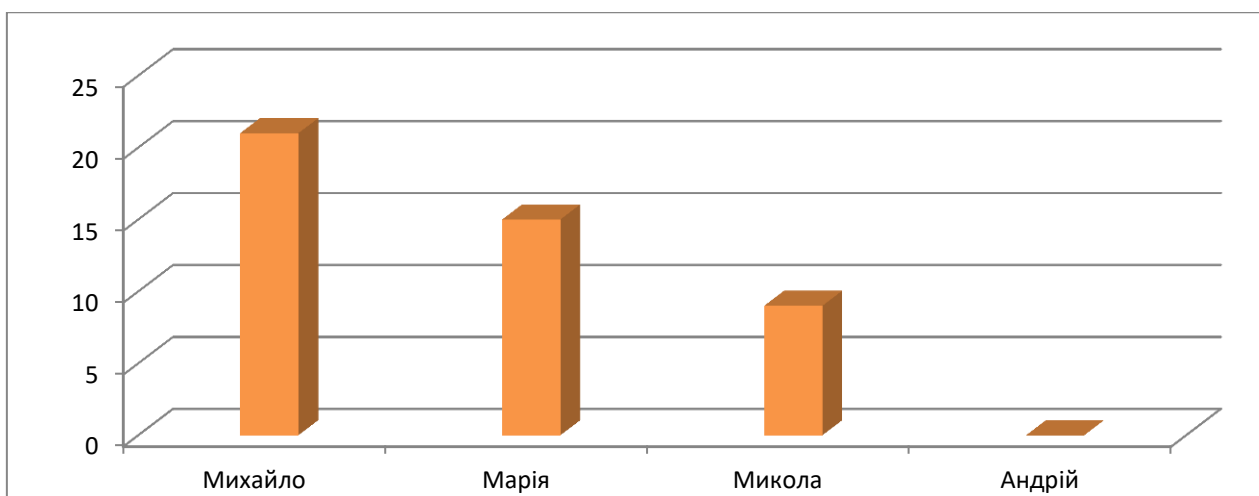
Шкала	Бали	Михайло	Марія	Микола	Андрій
Емоційне благополуччя	5 балів - часто посміхається, часто має гарний настрій.		+		
	4 бали - спокійний емоційний стан.				
	3 бали - епізодична поява зниженого настрою.	+			
	2 бали - негативні емоції: запальність, засмучення, тривожність, образливість,.				
	1 бал - окремі депресивні прояви сліз без причин, агресивні реакції.			+	
	0 балів - переважання депресивного стану, агресія проявляється і в стосунках з дітьми, і в стосунках з учителем.				+

Емоційне благополуччя учня представлені у діаграмі 3.8



У Михайла ми спостерігаємо епізодичну появу зниженого настрою, Марія постійно посміхається. Микола окремі агресивні реакції депресивні прояви сліз без причин. У Андрія проявляється агресія в стосунках з учителем та з однокласниками.

Остаточні результати проведення експерименту приведені у діаграмі 3.9



Обробка результатів:

22 - 35 - зона адаптації;

15 - 21 - зона неповної адаптації;

14 - 0 - зона дезадаптації.

За результатами анкетування, у першому навчальному семестрі, ми бачимо, що у Михайла – 21 бал, Марії – 15 балів, зона неповної адаптації, діти поки, що не звикли виконувати правила шкільної поведінки, спілкуються більше часу між собою, часто неохоче йдуть н контакт.

Микола – 9 балів, зона дезадаптації, учень не хоче йти на контакт, ні з ким не спілкується, постійно плаче, нервує, лежить на парті, нікого до себе не підпускає крім вчителя-асистента.

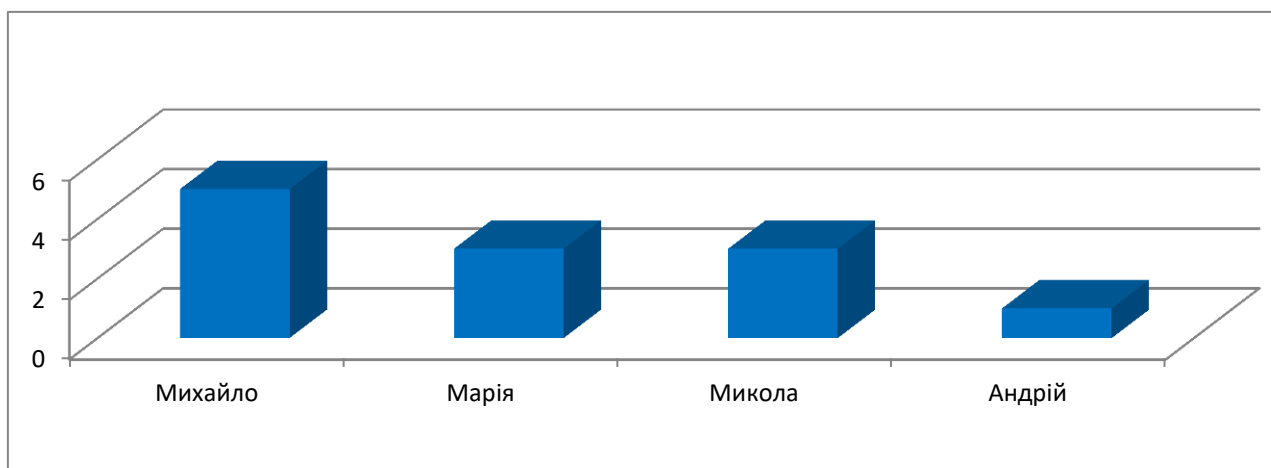
Андрій, отримав 0 балів, учень зовсім не бажає включатися в навчальний процес, має відмінну пам'ять, але відмовляється працювати на уроці, таким чином не засвоює програмного матеріалу. Під час уроку ходить по класу, відволікає інших учнів, забирає у них шкільне приладдя, їжу, псує дитячий одяг і взуття, поводить себе агресивно, не реагує на зауваження дорослих. Дуже часто лежить у шафі, в коробці, або на підлозі (на землі, якщо на вулиці). Однокласники відмовляються дружити з хлопчиком, через те, що Андрій їх ображає і б'є.

Повторне дослідження за методикою «Експертна оцінка адаптованості дитини до школи» (О.Сорокіна, О.Соколова, В.Чирков)

Ефективність навчальної активності, можна побачити у таблиці 3.9

Шкала	Бали	Михайло	Марія	Микола	Андрій
Навчальна активність	5 балів - активно працює на уроці, часто піднімає руку відповідає правильно.	+			
	4 бали - на уроці працює, правильні і неправильні відповіді чергуються.				
	3 бали - рідко піднімає руку і правильно відповідає.		+	+	
	2 бали - навчальна активність на уроці носить короткочасний характер, часто відволікається, не чує.				
	1 бал - пасивний на уроці, не відповідає біля дошки, переписує з дошки готове.				+
	0 балів - не включається в навчальний процес, навчальна активність відсутня				

Ефективність навчальної активності приведені у діаграмі 3.10

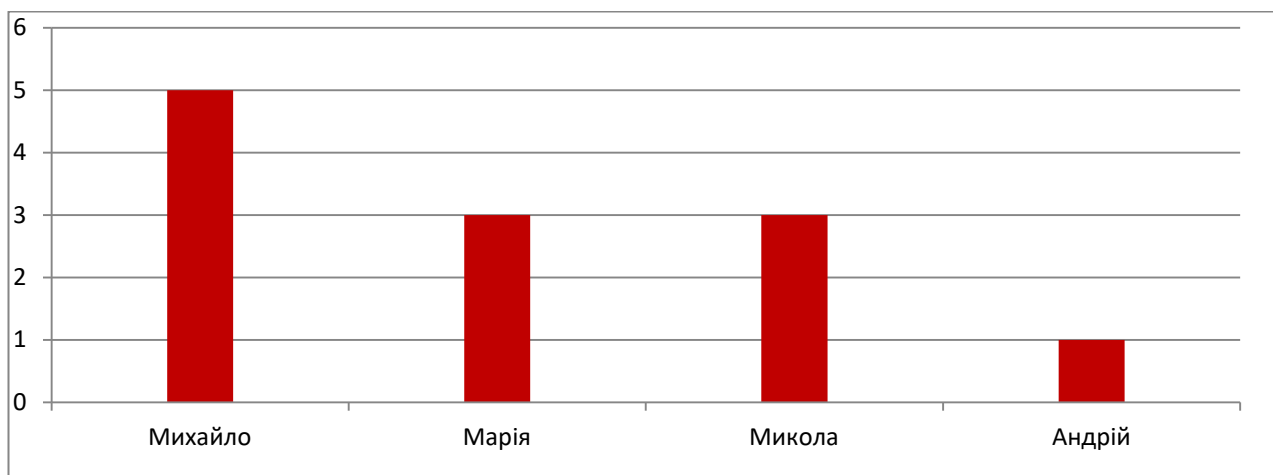


Після проведення плідної колекційної роботи, ми бачимо, що Михайло активно працює на уроці, часто піднімає руку. Марія та Микола рідко піднімають руку, але відповідають правильно, Андрій важко включається в роботу на уроці, переписує з дошки завдання за руку з вчителем.

Рівень засвоєння знань, можна побачити у таблиці 3.10

Шкала	Бали	Михайло	Марія	Микола	Андрій
Засвоєння знань	5 балів – безпомилкове, правильне виконання всіх шкільних завдань.	+			
	4 бали - поодинокі помилки, невеликі помарки.				
	3 бали - рідкісні помилки, пов'язані з заміною чи пропуском букв.		+	+	
	2 бали - велика кількість помилок, погане засвоєння матеріалу по одному з основних предметів.				
	1 бал - неохайне виконання завдань, часті помилки, велика кількість закреслень і виправлень.				+
	0 балів - грубі помилки, велика їх кількість, погане засвоєння програмного матеріалу з усіх предметів.				

Рівень засвоєння знань приведені у діаграмі 3.11

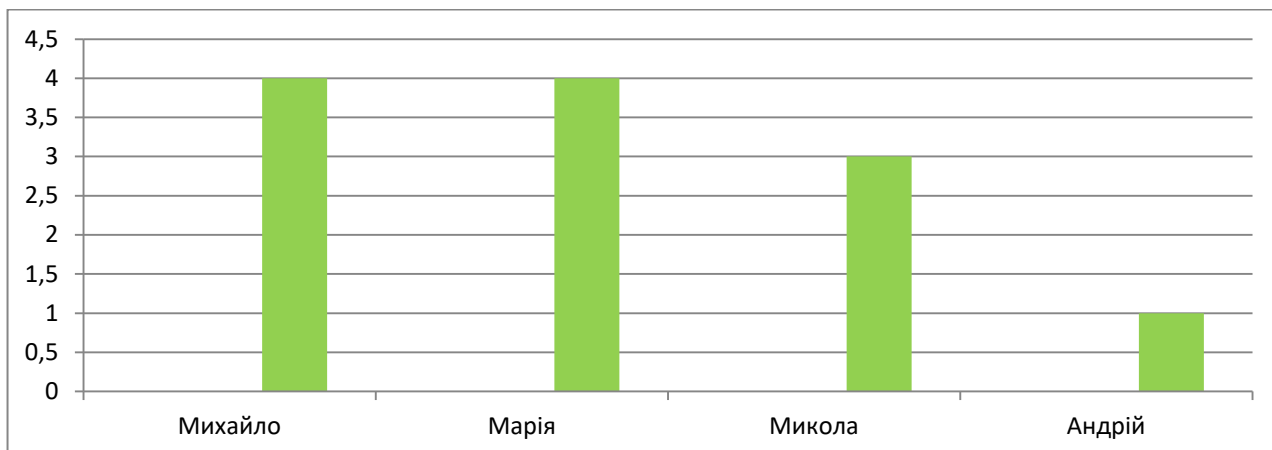


У Михайла ми спостерігаємо правильне виконання всіх шкільних завдань. У Марії та Миколи бувають помилки, пов'язані з пропуском чи заміною букв. Андрій неохайно виконує завдання, багато виправляє та закреслює у зошиті.

Поведінка на уроці представлена на таблиці 3.11

Шкала	Бали	Михайло	Марія	Микола	Андрій
Поведінка на уроці	5 балів - сумлінно виконує усі вимоги учителя, сидить спокійно.				
	4 бали - іноді на короткий час відволікається на уроці, але виконує вимоги учителя.	+	+		
	3 бали - зрідка обертається і обмінюється короткими репліками з товаришами.			+	
	2 бали - часто спостерігається напруженість у відповідях скутість в позі, рухах.				
	1 бал - вимоги учителя виконує частково, відволікається на стороннє зайняття, постійно розмовляє, крутиться.				+
	0 балів - не виконує вимог вчителя, більшу частину уроку займається сторонніми справами (переважають ігрові інтереси).				

Поведінка на уроці представлені у діаграмі 3.12

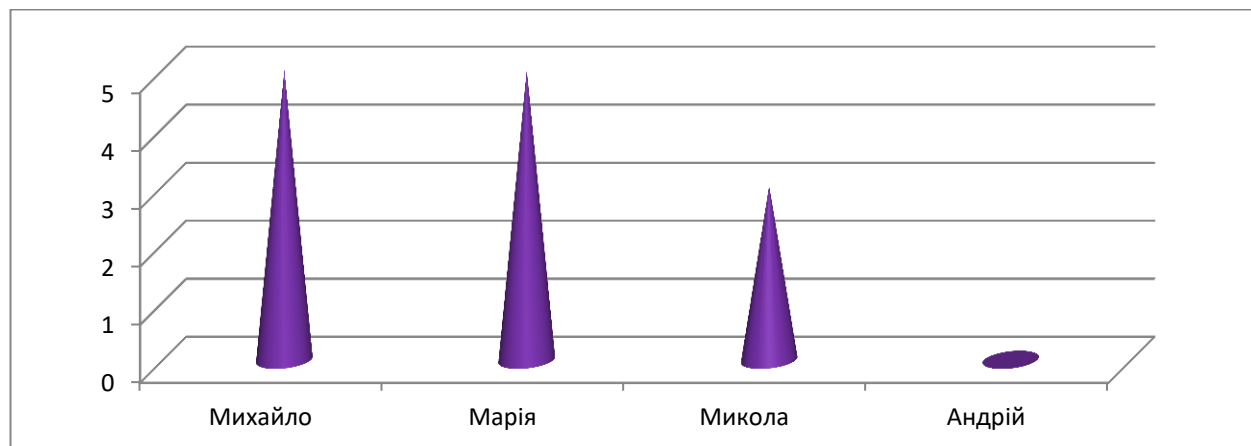


Поведінка на уроці покращилась, і ми бачимо, що Михайло та Марія виконують вимоги вчителя, іноді відволікаються на уроці. Микола працює на уроці, іноді обмінюється репліками з товаришами. Андрій відволікається на сторонні заняття, постійно розмовляє та крутиться.

Поведінка на перерві можна переглянути у таблиці 3.12

Шкала	Бали	Михайло	Марія	Микола	Андрій
Поведінка на перерві	5 балів - охоче бере участь в рухливих іграх, висока ігрова активність.	+	+		
	4 бали - вважає за краще спокійні ігри, читання книг, активність виражена у малому ступені.				
	3 бали - активність дитини обмежена заняттями, пов'язаними з підготовкою до іншого уроку.			+	
	2 бали - переходить від однієї групи дітей до іншої, не може знайти собі заняття.				
	1 бал - уникає інших дітей, рухи скуті, пасивний.				
	0 балів - заважає іншим дітям грати, бігає, кричить, постійно порушує норми поведінки.				+

Поведінка на перерві представлені у діаграмі 3.13



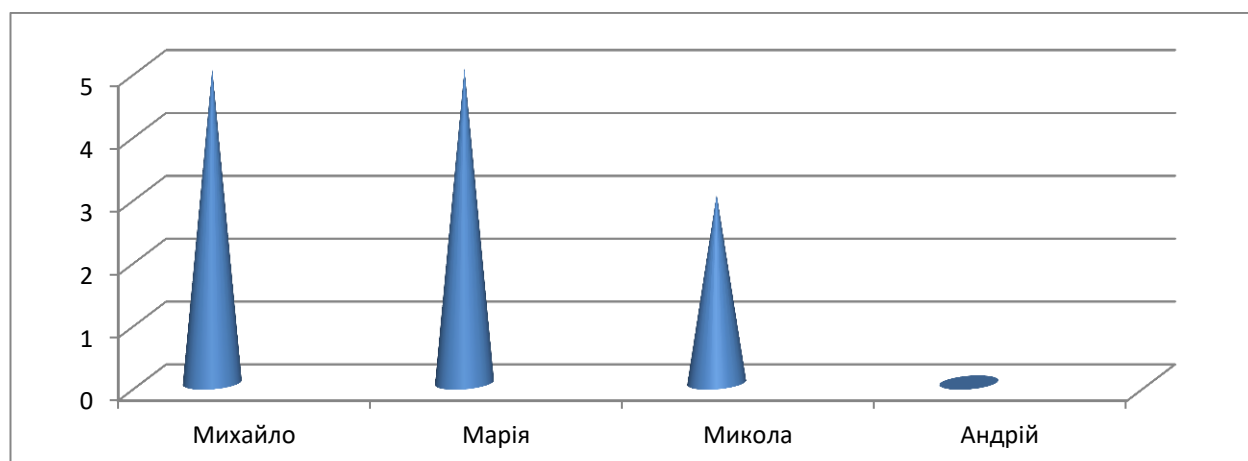
Ми бачимо покращення у поведінці на перерві, Михайло та Марія переважає висока ігрова активність, охоче бере участь в рухливих іграх. Микола активність обмежується підготовкою до іншого уроку.

А Андрій постійно порушує норми поведінки.

Взаємовідносини з однокласниками, можна прослідкувати за таблицею 3.13

Шкала	Бали	Михайло	Марія	Микола	Андрій
Взаємовідносини з однокласниками	5 балів - легко вступає в контакт з дітьми, товариський.	+	+		
	4 бали – легко вступає в контакт, коли до нього звертаються діти, сам мало ініціативний.				
	3 бали - сфера спілкування обмежена, контактує тільки зі знайомими дітьми.			+	
	2 бали - за краще знаходиться поряд з дітьми, але не вступає з ними в контакт.				
	1 бал - ізольований від інших дітей, замкнутий, інші діти до нього байдужі, воліє перебувати один.				
	0 балів - постійно свариться і кривдить дітей, проявляє негативізм по відношенню до однокласників, інші учні його не люблять.				+

Взаємовідносини з однокласниками, приведені у діаграмі 3.14

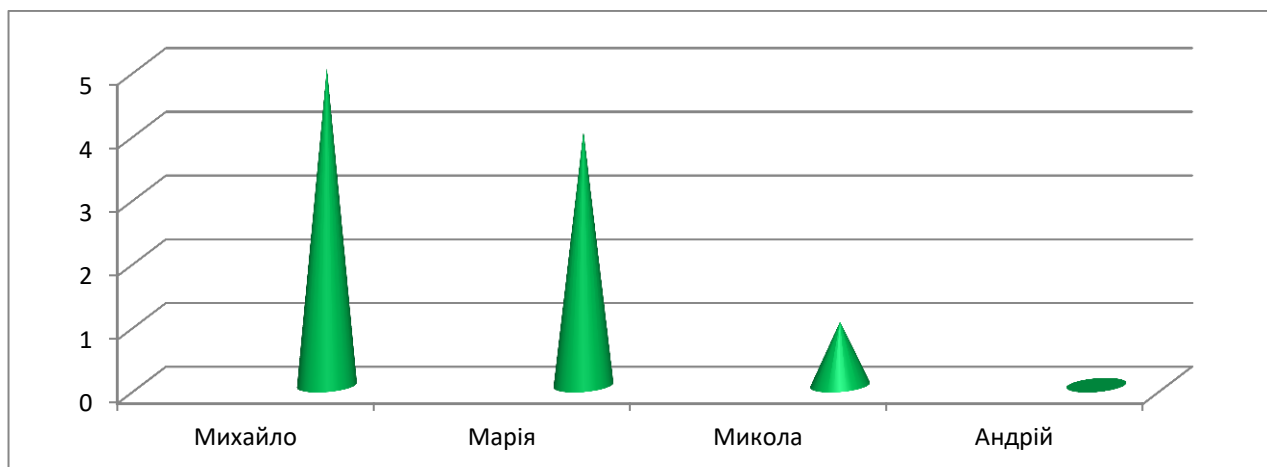


Михайло та Марія тепер легко вступають у контакт з дітьми і подружилися з однокласниками. У Миколи як і раніше, контактує тільки зі знайомими дітьми. Андрій постійно ображає та кривдить своїх товаришів, інші учні його не люблять.

Ставлення до вчителя, можна побачити у таблиці 3.14

Шкала	Бали	Михайло	Марія	Микола	Андрій
Ставлення до вчителя	5 балів - прагне сподобається вчителю, після уроку часто підходить до нього, проявляє дружелюбність по відношенню до нього, часто спілкується з ним.	+			
	4 бали - дорожить гарною думкою вчителя про себе, прагне виконувати всі його вимоги, в разі необхідності сам звертається до нього за допомогою.		+		
	3 бали - намагається звертатися за допомогою до однокласників, старанно виконує вимоги вчителя.				
	2 бали - формально зацікавлений в спілкуванні з вчителем, виконує його вимоги, але намагається бути непомітним.			+	
	1 бал - при спілкуванні з вчителем легко губиться, говорить тихо уникає контакту з ним.				
	0 балів - плаче при найменшому зауваженні, спілкування з учителем призводить до негативних емоцій.				+

Ставлення до вчителя представлено у діаграмі 3.15

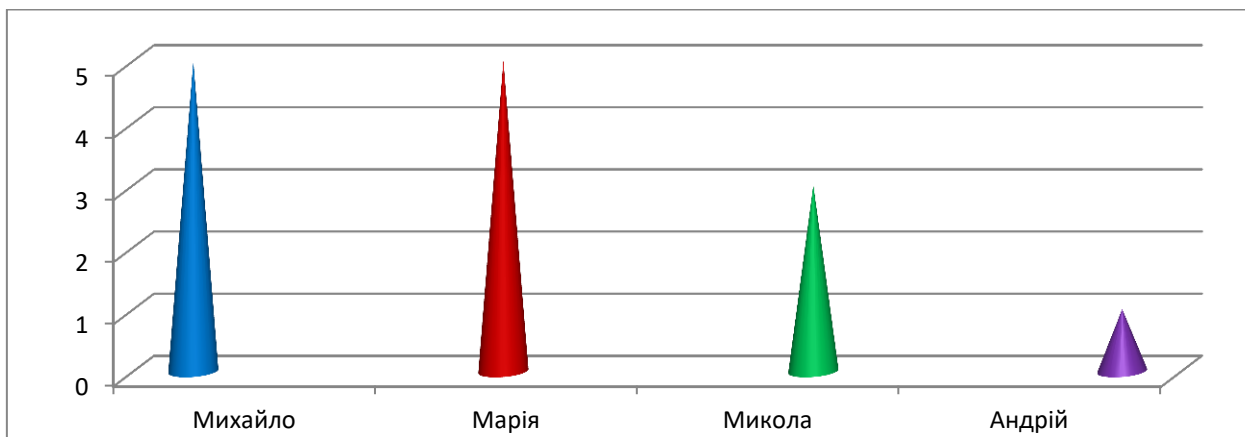


Ми бачимо, що Михайло прагне сподобатися вчителю, спілкується з ним, проявляє дружелюбність. Марія звертається самостійно за допомогою вчителя, виконує всі його вимоги. Микола виконує вимоги вчителя, але старається бути непомітним. У Андрія спілкування з вчителем призводить до негативних емоцій.

Емоційне благополуччя, можна прослідкувати у таблиці 3.15

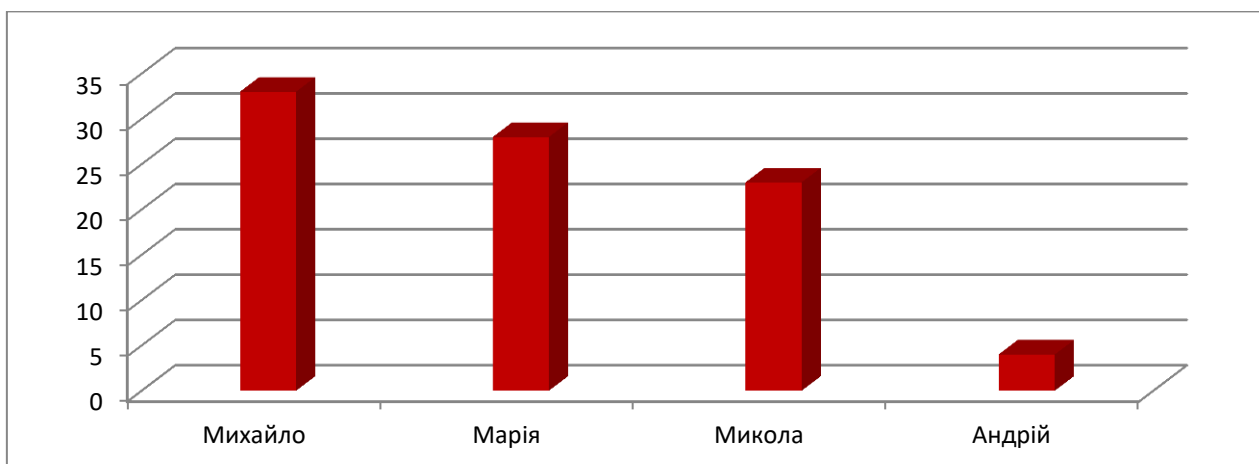
Шкала	Бали	Михайло	Марія	Микола	Андрій
Емоційне благополуччя	5 балів - часто посміхається, часто має гарний настрій.	+	+		
	4 бали - спокійний емоційний стан.				
	3 бали - епізодична поява зниженого настрою.			+	
	2 бали - негативні емоції: запальність, засмучення, тривожність, образливість,.				
	1 бал - окремі депресивні прояви сліз без причин, агресивні реакції.				+
	0 балів - переважання депресивного стану, агресія проявляється і в стосунках з дітьми, і в стосунках з учителем.				

Емоційне благополуччя учня представлені у діаграмі 3.16



На діаграмі видно, що емоційне благополуччя значно покращилось. У Михайла та Марії переважає гарний настрій. У Микола іноді спостерігаємо знижений настрій, пасивність на уроках. У Андрія проявляються агресивні реакції без причини.

Остаточні результати можна побачити на діаграмі 3.17.



Обробка результатів:

22 - 35 - зона адаптації;

15 - 21 - зона неповної адаптації;

14 - 0 - зона дезадаптації.

За результатами повторного анкетування, у другому навчальному семестрі, ми бачимо, що у Михайла – 33 бали, Марії – 28 балів, Миколи – 23 балів, це означає що діти повністю адаптувалися до шкільного життя, добре засвоюють матеріал, вміють знаходити спільну мову з однокласниками, активно включаються у ігри, групові форми роботи, уважно слухають

вчителя, виконують завдання за допомогою вчителя-асистента, часто піднімають руку і виходять відповідати біля дошки, у міру своїх можливостей запам'ятовують матеріал, відмінно засвоїли правила поведінки і етикету у суспільстві.

Андрій отримав 4 бали, спостерігаються благополучні зміни у поведінці і адаптації учня. Але вчителі класу були вимушені вимагати присутності одного з батьків на уроках, інакше неможливо працювати в таких умовах.

Результати проведеного тесту «Будиночки» (О. Орехової)

Процедура обробки починається з завдання №1. Обчислюється вегетативний коефіцієнт [5] за формулою:

$$BK = (18 - \text{місце червоного кольору} - \text{місце синього кольору}) / (18 - \text{місце синього кольору} - \text{місце зеленого кольору})$$

Вегетативний коефіцієнт характеризує енергетичний баланс організму: його тенденцію до енергозбереження або здатність до енерговитрат. Його значення змінюється від 0,2 до 5 балів.

Таблиця 3.16

Отримали наступні дані 1 завдання тесту «Будиночки» (О. Орехової)

Опитані	Вегетативний коефіцієнт
Михайло	1,6
Маша	1,15
Микола	0,76
Андрій	0,86

Енергетичний показник розкривається таким чином:

0 - 0,5 - хронічне виснаження, низька працездатність, перевтома.

0,51 - 0,91 - компенсується стан втоми. Потрібна оптимізація режиму робочого ритму, відпочинку та праці. Самовідновлення оптимальної працездатності відбувається за рахунок тимчасового зниження активності.

0,92 - 1,9 - оптимальна працездатність. Дитина відрізняється здоровою активністю, готовністю до енерговитрат, бадьорістю. Навантаження відповідають дитячим силам. Спосіб життя дозволяє дитині відновлювати витрачену енергію.

Понад 2,0 - перезбудження. Частіше всього є результатом праці учня на межі змоги, що призводить до швидкого виснаження. Потрібна нормалізація темпу діяльності, режиму відпочинку та праці, а також необхідно знизити навантаження.

Тепер розраховуємо індикатор сумарного відхилення від аутогенної норми. Наступний порядок кольорів (34251607) є «аутогенною нормою», тобто є показником психологічного добробуту. Для розрахунку сумарного відхилення (СВ) спочатку обчислюється різниця між реально займаним місцем і нормативним положенням кольору. Потім різниці (абсолютні величини, без урахування знака) підсумовуються. Значення СВ змінюється від 0 до 32 і може бути тільки парних.

Таблиця 3.17

Обчислення показника сумарного відхилення від аутогенної норми

Учні	Показники	Отримали	Результат
Михайло	35160247	03024201	12
Маша	21374650	01111440	12
Микола	42173650	12122057	21
Андрій	31235406	13123057	22

Показники сумарного відхилення емоцій:

Більше 20 - переважання негативних емоцій. У дитини домінують неприємні переживання і поганий настрій. Є проблеми, які учень не може вирішити самотійно.

10 - 18 - емоційний стан в нормі. Дитина може засмучуватися і радіти, приводів для занепокоєння немає.

Менше 10 - переважають оптимістичні емоції. Дитина налаштована позитивно, весела, щаслива.

Таблиця 3.18

Результати 2 завдання «Емоції» за тестом «Будиночки» (О.Орехової)

Опитаний	Позитивні емоції	Негативні емоції	Нейтральні емоції
	Важливі такі емоції		
Михайло	Щастя, доброта, захоплення	Образа	Немає
Марія	Дружба	Горе, нудьга	Справедливість, захоплення
Коля	Щастя, дружба, захоплення.	Образа	Доброта
Андрій	Щастя, дружба, захоплення	Образа, сварка	Немає

Таблиця 3.19

Обробка результатів по особистісним блокам

Михайло	Микола	Марія	Андрій
Блок базового комфорту і благополуччя: щастя і горе			
Немає		Порушення в цьому блоці свідчать про те, що діти не відчують себе досить улюбленими, прийнятими. Батьки мало проявляють свою любов (обійми, поцілунки, підтримку, похвалу, свято від спілкування, який дитина повинна відчутти шкірою). Наприклад, якщо батьки, втомлені, роздратовані після роботи зривають своє роздратування на дітей, і вони вважають, що їх не люблять.	
Блок особистісного зростання: справедливість – образа			
Діти відчують образу за заборону батьків або покарання за проступок. Необхідно пояснити так, щоб вони зрозуміли справедливість покарання або заборони. Якщо батьки щось не дозволяють, а діти дуже цього хочуть, і, тому, не погоджуються зі справедливістю покарання, то потрібно запропонувати альтернативу забороні або запропонувати зробити це разом.			
Блок взаємин або міжособистісної взаємодії: дружба – сварка			
Немає			
Блок потенційної агресії: доброта – зло			
Немає		Порушення в цьому блоці формує гнів, ворожість і агресію, як механізм психологічного захисту. Щоб цього уникнути необхідно самим здійснювати на очах у дитини і разом з ним добрі, хороші вчинки.	
		Немає	

	<p>Виявляти доброту до оточуючих, виховуючи подібне подібним. Необхідно сприяння з дитиною, довіру, відкритість. Бесіди про добро і зло, читання духовно - моральної літератури.</p>	
Блок пізнання світу нудьга – захоплення		
Немає	<p>Нудьга – монотонний стан, який дитина важко переносить, необхідно навчити дівчинку радіти життю. Це можливо тільки через емоційне зараження від батьків. Дитина повинна відчувати радість від пізнання чогось нового. Порушення в цьому блоці можуть привести до формування зловтіхи, тобто злість може викликати азартне збудження, яке приносить емоційне задоволення. Цього не можна допускати.</p>	Немає

Таблиця 3.20

Обробка соціальних об'єктів 3 завдання тесту «Будиночки» (О. Орехової)

Соціальні об'єкти	Михайло	Марія	Микола	Андрій
<i>Комфортність будинку</i>	Дитині дуже добре в своїй родині - високий ресурс особистісного зростання і позитивної соціалізації. Тут дитина відчуває такі емоції: доброта.	Задовільний рівень комфортності в своїй родині. Тут дитина відчуває такі емоції: щастя, сварка.	Дитина відчуває позитивний емоційний комфорт у сім'ї	Дитині дуже добре в своїй родині - високий ресурс особистісного зростання і позитивної соціалізації. Тут дитина відчуває такі емоції: образа.
<i>Комфортність у школі</i>	Задовільний рівень комфортності у школі. Тут діти відчувають такі емоції:	Щастя, сварка	Низький емоційний ресурс, що створює проблеми: для позитивної соціалізації дитини, внутрішньої мотивації. Тут дитина відчуває такі емоції: горе, зло.	Дитині в школі комфортно. Тут дитина відчуває такі емоції: дружба, сварка.
	Дружба			
<i>Ставлення до книги</i>	Дитині подобається читати книгу (слухати, коли йому читають). Високі ресурси для навчання в школі з програмами підвищеної складності. Відчуває щастя, захоплення, образа.	Низький емоційний ресурс роботи з книгою. Можливі проблеми з навчанням. Тут дитина відчуває такі емоції:		
		захоплення, образа	Доброта	справедливість.
<i>Ставлення до праці</i>	Високий емоційний ресурс для майбутньої ділової діяльності. Тут діти відчувають такі емоції: щастя, захоплення, образа.	Задовільний емоційний ресурс, необхідний для життя. Тут діти відчувають такі емоції: сварка, нудьга		

<i>Ставлення до гри</i>	Задовільний рівень емоційного ресурсу, необхідного для прояву уяви, творчості і взаємодії. Тут діти відчувають такі емоції: справедливість.	Емоційний ресурс недостатній для формування уяви, творчості і взаємодії з однолітками. Тут дитина відчуває такі емоції: горе, зло.	Задовільний рівень емоційного ресурсу, необхідного для прояву уяви, творчості і взаємодії. Тут дитина відчуває такі емоції: доброта, горе, захоплення, зло, нудьга.
<i>Ставлення до телевізора</i>	Задовільний емоційний ресурс протистояння емоційної агресії. Тут дитина відчуває такі емоції: Дружба		Низький емоційний ресурс опору віртуальної агресії. Тут дитина відчуває такі емоції: образа.
<i>Ставлення до хвороби</i>	Високий емоційний ресурс. Дитині неприємно хворіти, формується прагнення до підтримання гарного здоров'я. Тут дитина відчуває такі емоції: горе, сварка, зло	Задовільний емоційний ресурс в боротьбі з хворобами. Тут діти відчувають такі емоції Доброта	Високий емоційний ресурс. Дитині неприємно хворіти, формується прагнення до підтримання гарного здоров'я. Тут дитина відчуває такі емоції: сварка, нудьга
			Справедливість
			Справедливість

За результатами тесту «Будиночки» Михайло та Маша дуже активно спілкуються з оточуючим світом, вміють знаходити спільну мову з однокласниками, з радістю відвідують школу. Часто діти відчувають образу за заборону батьків або покарання за проступок. Образу необхідно пояснити так, щоб вони зрозуміли справедливість покарання або заборони. Якщо батьки щось не дозволяють, а дитина дуже цього хоче, і, тому, не погоджується зі справедливістю покарання, то потрібно запропонувати альтернативу забороні або запропонувати зробити це разом.

Колі обов'язково потрібна додаткова корекційна робота з психологом чи психотерапевтом. Микола відчуває при спілкуванні зі світом труднощі, з якими не може впоратися самостійно. І йому необхідна допомога люблячих дорослих, без якої ці труднощі можуть привести до стресу.

Також рекомендуємо Андрію попрацювати з шкільним психологом, так як у дитини наявні проблеми з навчанням, він не сприймає матеріал, погано поводить себе на уроках та перерві, не прислухається і не реагує на вказівки дорослих, часто не звертає уваги на зауваження вчителя. Не може знайти спільну мову з однокласниками, б'є і ображає інших дітей.

ВИСНОВКИ ДО 3 РОЗДІЛУ

Виходячи з вищезазначеного матеріалу, можемо зробити певний висновок. В експериментальному дослідженні брали участь діти з особливими освітніми потребами. У якості методик дослідження були обрані: проєктивна методика «Малюнок сім'ї» А. Вегнера, методика «Експертна оцінка адаптованості дитини до школи» О.Сорокіної, О.Соколової, В.Чиркова, тест «Будиночки» О. Орехової.

За проєктивною методикою «Моя сім'я» ми отримали такі результати, як ми бачимо у всіх дітей переважає висока сприятлива сімейна ситуація, крім Миколи у якого низька дана ситуація і високий рівень конфліктності. У всіх учнів середній рівень конфліктності, у Колі високий. У всіх дітей низьке почуття неповноцінності у сімейній ситуації, а у Колі середній показник, тобто дитина у сім'ї вважає себе малозначимим. У Михайла і Марії відсутня ворожість у сімейній ситуації, у Колі низька, а у Андрія середня ворожість.

Опираючись на отримані результати, можемо стверджувати, що при правильно побудованій програмі корекції і правильно підібраних вправах, методиках і техніках, можемо домогтися зниження рівня тривожності, конфліктності, почуття неповноцінності, та підвищення рівня сприятливої сімейної ситуації.

За результатами анкетування «Експертна оцінка адаптованості дитини до школи», у першому навчальному семестрі, ми бачимо, що у Михайла – 21 бал, Марії – 15 балів, зона неповної адаптації, діти поки, що не звикли виконувати правила шкільної поведінки, спілкуються більше часу між собою, часто неохоче йдуть н контакт. Микола – 9 балів, зона дезадаптації,

учень не хоче йти на контакт, ні з ким не спілкується, постійно плаче, нервує, лежить на парті, нікого до себе не підпускає крім вчителя-асистента.

Андрій, отримав 0 балів, учень зовсім не бажає включатися в навчальний процес, має відмінну пам'ять, але відмовляється працювати на уроці, таким чином не засвоює програмного матеріалу. Під час уроку ходить по класу, відволікає інших учнів, забирає у них шкільне приладдя, їжу, псує дитячий одяг і взуття, поводить себе агресивно, не реагує на зауваження дорослих. Дуже часто лежить у шафі, в коробці, або на підлозі (на землі, якщо на вулиці). Однокласники відмовляються дружити з хлопчиком, через те, що Андрій їх ображає і б'є.

За результатами повторного анкетування, у другому навчальному семестрі, ми бачимо, що у Михайла – 33 бали, Марії – 28 балів, Миколи – 23 балів, це означає що діти повністю адаптувалися до шкільного життя, добре засвоюють матеріал, вміють знаходити спільну мову з однокласниками, активно включаються у ігри, групові форми роботи, уважно слухають вчителя, виконують завдання за допомогою вчителя-асистента, часто піднімають руку і виходять відповідати біля дошки, у міру своїх можливостей запам'ятовують матеріал, відмінно засвоїли правила поведінки і етикету у суспільстві.

Андрій отримав 4 бали, спостерігаються благополучні зміни у поведінці та адаптації учня. Але вчителі класу були вимушені вимагати присутності одного з батьків на уроках, інакше неможливо працювати в таких умовах.

Тест «Будиночки» показав, що Михайло та Маша дуже активно спілкуються з оточуючим світом, вміють знаходити спільну мову з однокласниками, з радістю відвідують школу. Часто діти відчують образу за заборону батьків або покарання за проступок. Необхідно пояснити так, щоб вони зрозуміли справедливість покарання або заборони. Якщо батьки щось не дозволяють, а дитина дуже цього хоче, і, тому, не погоджується зі справедливістю покарання, то потрібно запропонувати альтернативу забороні або запропонувати зробити це разом.

Колі обов'язково потрібна додаткова корекційна робота з психологом чи психотерапевтом. Микола відчуває при спілкуванні зі світом труднощі, з якими не може впоратися самостійно. І йому необхідна допомога люблячих дорослих, без якої ці труднощі можуть привести до стресу.

Також рекомендуємо Андрію попрацювати з шкільним психологом, через проблеми з навчанням, дитина не сприймає матеріал, погано поводить себе на уроках та перерві, не прислухається і не реагує на вказівки дорослих, часто не звертає уваги на зауваження вчителя. Не може знайти спільну мову з однокласниками, б'є і ображає інших дітей.

«Світ збіднений радістю, сумно жити на світі. Радійте разом з дитиною на прогулянках, святах, в теплій домашній бесіді. Даруйте дитині свою увагу, час. Вчіться отримувати задоволення від спілкування з дитиною. Найкраще це робити в компанії тих, хто вміє радіти спільної творчості, спілкування з дітьми», наголошує О. Орехова.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Результати дослідження дозволили зробити такі висновки, що соціальна реабілітація дітей з особливими освітніми потребами стає більш ефективною за умови комплексного застосування ігротерапевтичних методів, а саме: пісочної терапії, пальчикової терапії, гудзикової терапії, та інші.

1) Охарактеризували нозології дітей з особливими освітніми потребами. І виявили, що «діти з особливими освітніми потребами» – це своєрідний, складний контингент. А нозологічна група інвалідів – це сукупність людей, що мають схожі ознаки патології або споріднені захворювання. Також ми розглянули медичні характеристики «людей з особливими потребами», які включають наступні порушення: зору, слуху, мовлення, аутизм, олігофренія, затримка психічного розвитку, синдром Дауна, дитячий церебральний синдром, синдром дефіциту увагу.

2) Розкрили психологічні та соціальні особливості дітей з обмеженими можливостями. І виявили, що «інклюзивне навчання» – рівна, індивідуалізована система навчання «дітей з особливими освітніми потребами» в умовах «звичайної» загальноосвітньої школи за місцем проживання.

А *«труднощами у навчанні»* - специфічні проблеми, пов'язані з навчанням. Саме ці труднощі в навчанні перешкоджають процесу засвоєння знань, зазвичай - це навички міркування, слухання, читання, письма, лічби, зв'язного мовлення. Таким чином, ми розглянули педагогічні, психологічні та соціальні особливості «дітей з особливими освітніми потребами».

3) Розглянули законодавчу базу організації реабілітаційної роботи з даною категорією дітей.

4) Проаналізували технології ігротерапевтичної діяльності з соціальної реабілітації особливих дітей. Розкрили суть провідних сучасних видів соціальної реабілітації «особливих дітей» і виявили, що найбільш поширеними є наступні: дельфінотерапія, арт-терапія, нейрон-розвивальна терапія, іпотерапія, Монтессорі-терапія, метод Петьо, Вінта-терапія. Використання цих напрямків ігрової терапії уже сьогодні надають дитині можливість жити

повним життям, виявляти свої здібності і таланти, допомагає пристосуватися до умов сучасного суспільства, мати власну думку, освіту, друзів, активно співпрацювати у колективі.

Розкрили основні характеристики таких методів, як пальчикова терапія, пісочна терапія, гудзикова терапія, лялькотерапія, казкотерапія, музикотерапія варто наголосити, що вони створюють оптимальні умови для самовираження і розвитку дитини, та сприяють розвитку розумових здібностей, дрібної моторики.

5) Розробили та дослідили авторську модель «Реабілітаційний потенціал ігротерапії в роботі з дітьми з особливими освітніми потребами». Методика «Малюнок сім'ї», дозволила на основі виконання зображення, відповідей на питання оцінити особливості сприйняття і переживань дитиною стосунків у сім'ї.

За допомогою анкетування, ми дослідили підвищення рівня навчальної активності, покращення засвоєння знань, прослідкували за поведінкою дітей, розглянули динаміку взаємовідносин з однокласниками і ставлення до вчителя.

Тест «Будиночки», завдяки використанню кольорів, дозволив нам визначити переважання позитивних або негативних емоцій, ставлення до соціальних об'єктів, оцінити рівень комфортності під час навчання у школі.

Таким чином, ми можемо сказати що мета магістерської роботи в ході виконання дослідження була досягнута та завдання були виконанні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- Андрущенко, Н. , 2010. *Монтессорі - терапія у Монтессорі – педагогіка*. Київ: Видавнича група «Речь».
- Артеменко, И. , 2016. Кондуктивная педагогика - современная технология социальной работы с детьми, с диагнозом ДЦП . В: Артеменко И. Е., ред. *Социальная работа в Украине: теория и практика*. с. 43 – 46.
- Бібік, Н., 2018. *Нова українська школа: порадник для вчителя*. Київ: Літера ЛТД.
- Баранова, Т., 2015. Формирование социального поведения у детей с нарушением интеллекта. *Логопед*, вип. 8, с. 8 – 17.
- Башина, В., 2010. Диагностика детского аутизма в хронобиологическом аспекте. *Журнал неврологии и психиатрии*, вип. 4.
- Брызгунов ,И., 2007. Детский церебральный паралич. Здоровье детей. «*Первое сентября*». вип. № 3.
- Бурая, Н., 2000. Соціальна робота: Навчальний посібник. Харків: Університет внутрішніх справ.
- Виготський Л. Проблема умственной отсталости. [З мережі]. - Режим доступу: <https://mybook.ru/author/lev-semenovich-vygotskij/problema-umstvennoj-otstalosti/reader/> [18 Грудень 2018 року]
- Вознесенская, О., Мова Л., 2007. *Арт-терапия в работе практического психолога: использование арт-технологий в образовании*. Київ: Школьный мир.
- Вознесенська О., Гундертайло Ю., Латуненко Ю., Небезанська О., Осадчук, Л.,2007. *Концепція впровадження арт-терапії в дитячих лікарнях*. Київ: Міленіум.
- Войтко, В., 2017. *Психолого–педагогічний супровід дітей з затримкою психічного розвитку : методичні рекомендації* Кропивницький: КОШПО ім. В. Сухомлинського.
- Гаврилов, О., 2009. *Особливі діти в закладі та соціальному середовищі: навчальний посібник*. Кам’янець-Подільський : Аксіома.
- Григор’єв, А., 2006. *Діти з особливими потребами*. Київ.

Гузїна, М., 2000. *«Країна пальчикових ігор: Розвиваючі ігри для дітей і дорослих»*. Санкт-Петербург: ООО Видавничий дїм «Кристал».

Гурвіч, П., 1999. Верхова їзда як засіб лікування та реабілітації в неврології та психіатрії. В: Гурвіч П.Т., ред. *«Неврологія і психіатрія»*. с 65 -79.

Декларація про права інвалідів від 9 грудня 1975.

Денікеєва, Ф., Ахунова, К., 2013. Розвиток дрібної моторики і сенсорики за допомогою гудзиків. В: Денікеєва Ф., Ахунова К., ред. *Дошкільна освіта*. с. 69 – 74.

Денисенков, А., Роберт, Н., Шпицберг, И., 2002. *Иппотерапия: возможности и перспективы реабилитации при детском церебральном параличе: Методическое пособие*. Москва.

Денискина, В., 2010. Учимся улыбаться. *Воспитание и обучение детей с нарушениями развития*. Вип. № 1. с. 73- 77.

Дмитренко, К., Коновалова, М., Семиволос, О. , 2018. *Працюємо з «особливою» дитиною у «звичайній» школі*. Харків: Видавнича група «Основа».

Жданюк, Л, Колініченко, І., 2011. *Методичні рекомендації щодо організації навчання та виховання дітей з особливими освітніми потребами, психолого-педагогічний супровід*. Полтава: ПОІПО.

Замашкіна, О., 2015. Інклюзія – нова парадигма сучасної освіти, *Гуманітарний вісник. Тематичний випуск «Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору»*. Том VII (58): Додаток 1 до Вип. 35. с.128-134.

Замашкіна, О., 2016. *Використання музикотерапії у роботі соціального працівника з дітьми з особливими потребами*. [З мережі]. - Режим доступу: <http://dspace.idgu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/411/1/Замашкіна.pdf>

[17 Червень 2019 року]

Замашкіна, О., 2016. Потенційні можливості розвитку арт-терапії в Україні. *Соціальна робота в Україні: теорія і практика*. вип.. № 3-4 січень-червень. Ніжин: ТОВ «Видавництво» Аспект-Поліграф. с. 52-59.

Зверева, І., Безпалько, О., Харченко, С., 2004. *Соціальна робота в Україні. Навчальний посібник*. Київ: Навчальної літератури.

Зінкевич-Евстигнєєва, Т., Грабенко, Т., 2001. *Практикум по песочной терапии*. Санкт-Петербург: «Речь». с. 277 - 335.

Золотоверх, В., 2004. Ігротерапія як засіб подолання порушень у дітей з особливостями психофізичного розвитку. *Дефектологія*. вип. № 4. с. 22 – 26

Іхсанова, С., 2014. Ігротерапія в логопедії. Пальчикові перетворення. В: Іхсанова С.В., ред. *Школа раннього розвитку*. Київ: Видавнича група «Фенікс».

Ільєнко, Т., Стах, О., 2015. *Програми з корекційно-розвивальної роботи для підготовчого, 1-4 класів спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для дітей із порушеннями опоро-рухового апарату*. Київ: Інститут спеціальної педагогіки НАПН України.

Ипполитова, М., 1989. *Особенности умственного и речевого развития учащихся с церебральным параличом*. Москва: Знание.

Капська, А., 2000. *Соціальна педагогіка*. Київ: Лібра.

Коваль, Л., Зверева, І., Хлебик, С., 1997. *Соціальна педагогіка. Соціальна робота*. Київ: Видавництво: «ІЗМН».

Колупаєва, А., Савчук, Л., 2011. *Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання*. Київ: Видавнича група «АТОПОЛ».

Колупаєва, А., 2012. *Основи інклюзивної освіти. Навчально-методичний посібник*. Київ: «А. С. К.».

Концепція розвитку інклюзивної освіти. [З мережі]. Режим доступу: http://osvita.ua/legislation/Ser_osv/9189/ [Дата звернення: 28 Червня 2019 року].

Корольова І., Петер А. *Дети с нарушениями слуха для родителей*. [з мережі] Режим доступу: <https://mybook.ru/author/inna-koroleva/deti-s-narusheniyami-sluha-kniga-dlya-roditelej-i/reader/>

[Дата звернення: 26 Грудень 2018].

Кукушкина, О., 2003. *Программы для детей с отклонением в развитии*.

Курент, К., 2013. *Дельфинотерапия. О целительной силе дельфинов // Народная медицина, терапия*. Санкт-Петербург: Издательство «Диля».

Ленів, З., 2009. Концептуальні засади застосування арт-терапії корекційній педагогіці. *Дефектологія*. вип. № 2. с. 30 - 33.

Лысенко, В., Загоруйченко, И., Батозский, Ю., 2000. *Использование дельфинотерапии в реабилитации детей*. Москва.

Логвінова, І., 2013. *Особливості формування невербальних засобів комунікативної діяльності у дітей дошкільного віку з розладами спектра аутизму*. Київ.

Лохвицька, Л., Доброскок, І., 2007. *Короткий термінологічний словник із соціальної педагогіки, соціальної роботи*. Переяслав-Хмельницький. Ляшенко В. В., ред., 2014. *Арт-терапия как практика самопознания. Присутственная арт-терапия*. Москва: Психотерапия.

Мак-Ніфф, Ш., 2006. *Арт-терапия - нові горизонти. Творчість за рамками звичного: розширення можливостей психологічних досліджень за допомогою мистецтва*. Миколаїв: Когіто-центр.

Маркова, Н., Рисович, Т., 2015. *Тифлопедагогічне обстеження дошкільників з порушеннями зору: Методичний посібник*. Дніпропетровськ.

Маранчак, Р., Василенко, О., 2013. Інклюзивна освіта як одна із умов соціальної адаптації дітей з особливими потребами. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. вип. № 2. с. 128- 132.

Монтессори, М., 2000. *Помоги мне сделать это самому*. Москва: Издательский дом «Карпуз».

Монтессорі, М., 2016. *Школа Монтессорі: Методика раннього розвитку. Рекомендації для батьків*. Київ: «АСТ».

Нова українська школа: концептуальні засади реформування середньої школи. [З мережі]. Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/media/reforms/ukrainska-shkola-compressed.pdf>.

Панфілова, М., 2017. *Ігротерапія спілкування: тести та корекційні ігри: практичний посібник для психологів, педагогів і батьків*. Москва: «ГНОМ и Д».

Постанова КМУ № 872, 2011. *«Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання в загальноосвітніх навчальних закладах».*

Постанова КМУ № 1545, 2000. *«Про схвалення Концепції ранньої соціальної реабілітації дітей - інвалідів»*

Самоукіна, Н., 1993. *Ігри в школі і вдома: психологічні вправи і корекційні програми.* Москва.

Сакович, Н., 2006. *«Технологія гри в пісок. Ігри на мосту».* – Санкт-Петербург: «Речь».

Свістун, Е., 2014. *Різнокольорове дитинство: Ігротерапія, казко терапія, лялько терапія, музикотерапія.* Київ: Видавнича група «Форум».

Себеус, Г., 2018. *Мой маленький «врединка». Немного о детях с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.* Київ: Знання.

Скрипник, Т., 2007. Структура і підґрунтя методики музичної терапії для дітей з аутизмом. *Дефектологія.* вип. № 1. с. 26-29.

Соботович, Є., 2005. Формування семантичної структури слова у дітей з вадами мовленнєвого розвитку. *Теорія і практика сучасної логопедії: збірник наукових праць.* вип. 2. Київ: Актуальна освіта, с. 3 – 17.

Солоненко, Л., 2013. Гудзиківий світ. *Дошкільна освіта.* вип. № 2. с. 28 – 33.

Супин, А. , 2002. *Этот обыкновенный загадочный дельфин.* Москва: Видавництво ООО «Армада-пресс».

Сухенко, І., 2014. Роль виявлення дітей – олігофренів у ранній період онтогенезу. *Молода спортивна наука України.* Том 1(7).

Сухомлинський, В., 1975. *Как воспитать настоящего человека -* Київ: Радянська школа.

Тарасова, О., Фонарьова, М., 2010. *«Реабілітація при дитячих хворобах»* Київ: Монографія.

Тучков, В., Киселев, Д., 1992. *Войто-терапия в раннем детском возрасте: Методические рекомендации международного общества Войто-терапевтов.*

Тюптя, Л., Іванова, І., 2008. *Соціальна робота: теорія і практика*. Київ: Знання.

Фінк, А., 2003. *Кондуктивна педагогіка А. Петьо: Розвиток дітей з порушеннями опорно-рухового апарату* Київ: Видавничий центр «Академія».

Фрейд, А., 1991. *Введення в техніку дитячого психоаналізу // Дитячий психоаналіз*. Санкт – Петербург: Видавництво «Пітер».

Ходжкін, А., 1985. *Нервовий імпульс*. Москва: «Мир».

Чуб, Н., 2016. *Маленький кит. Казкотерапія*. Харків: Видавництво «Ранок».

Шеффер, У., Кері, Л., 2001. *«Ігрова сімейна психотерапія»*. Санкт – Петербург: Видавництво «Пітер».

Швед, М., 2015. *Основи інклюзивної освіти: підручник*. Львів: Український католицький університет.

Штиль, С., 2016. Сенсорное развитие детей с особыми потребностями с помощью пуговичной терапии. *Коррекционная работа в ДОУ*. вип. №1. с. 15 – 22.

Шульговский, В., 1987. *Физиология центральной нервной системы: учебник для университетов* Москва: «Речь». с. 25 - 36.

Щербакова, Т., 2009. Застосування пальчикової терапії в освітніх установах. *Молодий вчений*. вип. №12. с. 167 - 174.

Jennings, S., 2003. *Dreams, masks and images. Workshop on art therapy*. Moscow: Exmo.

Lorman, T, Deppeler, D, Harney, D., 2010. *Inclusive education. Variety support in class: чний practical manual*. Kiev: SPD-FO.

ДОДАТКИ

Додаток А

Основні принципи арт-терапевтичних вправ

Вправи з арт-терапії служать інструментом для вивчення почуттів, ідей і подій, для розвитку міжособистісних навичок і відносин, для зміцнення самооцінки і впевненості і створення більш впевненого образу себе.

Перерахуємо особливості арт-терапевтичного підходу.

1. Безоціночне сприйняття всіх робіт: в арт-терапії немає «правильного» або «неправильного», і це потрібно чітко пояснити. Дітям потрібно відчувати себе в безпеці, знати, що створення образів - це спосіб передачі свого досвіду, думок і почуттів, що їх не будуть оцінювати.

2. Діти як експерти: вправи створені таким чином, відправною точкою є досвід кожної дитини. У цьому сенсі діти є «експертами» щодо своїх робіт,

3. Важливий внесок кожного: кожна дитина робить важливий унікальний внесок. Всі роботи потрібно розглядати з рівною повагою, незалежно від професіоналізму.

4. Збереження таємниці: оскільки вправи, можливо, задіють особистий рівень, потрібно охороняти дитячі таємниці.

5. Розповідь про свою роботу; умови для розповіді та обговорення роботи дитини не повинні бути директивними. Не можна інтерпретувати роботу дитини (це може робити тільки сам автор, за бажанням), і дітей не можна змушувати розкривати більше, ніж вони того бажають.

6. Основні правила: при роботі з парою, групою бажано встановити основні правила. Їх потрібно виконувати з взаємною повагою, цінуючи внесок кожного, щоб навколишнє середовище було безпечним, щоб всі діти добре себе почували.

Приблизний список основних правил:

- 1) уважно слухати один одного;
- 2) не перебивати мовця;
- 3) поважати думку один одного;

4) не обов'язково брати активну участь у занятті, якщо не хочеться;

5) всі повинні відчувати себе комфортно;

6) все сказане на занятті повинно залишатися конфіденційним, якщо не було вирішено інакше.

7. Процес і продукт: хоча метод арт-терапії робить акцент на процесі створення образу, важливим є і сам продукт творчості, який допомагає дитині відчутти закінченість процесу і впевненість у собі.

8. Способи роботи: вправи можна будувати по-різному. Вони можуть бути з високим або з невисоким ступенем структурованості. Спосіб роботи визначається впевненістю і ставленням дітей, але, перш за все — поставленими цілями. Наприклад, при роботі з класом для розвитку співпраці може знадобитися високо структурований підхід, щоб кожна дитина знала, що від неї вимагається і як це співвідноситься з цілим,

8. Способи зберігання робіт: потрібно знайти спосіб зберігати роботи дитини, оскільки вона пишається ними. Існує безліч способів — це, наприклад, особливі папки, книга або журнал, виставки (які можна робити індивідуально або спільно).

Загальні правила виконання вправ

Починати вправи можна по-різному. Деякі заняття починаються з початкового обговорення, деякі — спонтанно, інші — за взаємною згодою.

Перед кожним заняттям дітям нагадують, що це не «урок малювання», що немає «правильного» або «неправильного». Їм розповідають, що існує безліч способів висловити думки, почуття, ідеї:

1) через різні форми, кольори та текстури;

2) за допомогою предметного зображення;

3) за допомогою символів;

4) з використанням фігурок з паличок, готових картинок;

5) поєднуючи всі ці способи.

Тема 1. Моя «Автобіографія»

«Ти можеш зобразити своє життя? Намалюй картину свого життя, зобразивши важливі події, великі зміни і те, що для тебе важливо. Наприклад, чи пам'ятаєш ти, як ти пішов до школи? Чи переїжджав ти? Чи приїжджав хто - небудь до тебе погостити? Чи вмирав хто-небудь? Чи є у тебе якісь особливо радісні або сумні спогади, які тобі хотілося б сюди включити?»

Існує безліч способів зобразити своє життя. Наприклад, у вигляді кривої лінії з відмітками або у вигляді карти, або в вигляді з'єднаних між собою малюнків. Можеш малювати так, як тобі захочеться».

«Минуле/сьогодення / майбутнє»

Ця вправа дозволяє:

- 1) досліджувати те, як змінюються люди і предмети;
- 2) висловити свій досвід;
- 3) поділитися надіями і страхами по відношенню до майбутнього

Через те, що поняття минулого, сьогодення і майбутнього є, за своєю суттю, відносним, маленьким дітям може бути важко це пом'яти. Потрібно почати з обговорення того, що ми маємо на увазі під цими поняттями, і того, як їх можна використовувати. Наприклад, вчора, сьогодні, завтра; і минулому році, в цьому році, в наступному році, минулому столітті, і цьому столітті. Потім дітей просять зобразити і розповісти про заспіваний досвід, почуття і очікування. Це вправа дуже підходить для роботи з дітьми-біженцями ві іммігрантами. Це також гарна вправа для індивідуальних занять з дітьми, які пережили насильство або травму.

«Мій тиждень, мій день, моє життя»

Дітей просять намалювати картину свого тижня або дня.

«Космічний корабель» (спрямована візуалізація)

«Ти летиш на невідому комічну станцію. Ти залишаєш пес і всіх позаду. Ти не знаєш, коли ти повернешся назад. Ти можеш взяти з собою тільки один

контейнер, але можеш покласти туди все, що хочеш. Можеш взяти з собою що завгодно, але вибирай уважно, тому що це твій єдиний шанс.

Намалюй або побудуй свій контейнер і наповни його зображеннями або моделями того, що ти хочеш взяти з собою».

«Безпечні місця» (спрямована візуалізація)

«Закрий очі і уяви собі кімнату, в якій тобі тепло, радісно і абсолютно безпечно. Ця кімната належить тільки тобі. Тут тебе ніхто не може образити, ніхто не може піти, якщо тільки ти сам того не захочеш. Що знаходиться в твоїй кімнаті? Чи є там ліжко, стіл, фіранки, копер? Чи є стілець? Він великий і м'який або дерев'яний і жорсткий? Чи є вікна? Штори запнуті або отдернуті? Чи є полиці? Що на них? Журнали або книги? М'які іграшки? Ігри? Кімната світла або темна? Не відкриваючи очей, ще раз оглянь свою безпечну, затишну кімнату.

Відкривши очі, «Намалюй свою кімнату якомога докладніше».

«Моя карта»

«Намалюй картинку, що зображає різні аспекти своєї особистості. Як виглядає твоя приємна сторона? Як-зла? А як-перелякана чи смілива? У нас безліч сторін особистості. Ти можеш зобразити різні сторони своєї особистості як завгодно».

(Ця вправа ефективно для дослідження поведінки осіб, яким не вистачає впевненості в собі та самосприйняття.)

«Виконання мрії» «Твоя мрія збулася... - Намалюй!». «Я хочу...». «Я хочу, щоб... - Намалюй!».

«Улюблена річ» намалювати. Представивши.

«Мій сон»

«Чи можеш ти згадати один зі своїх снів? Чи був він забавним, страшним, дивним, радісним, незрозумілим? Намалюй його».

«Я...» (візуалізація)

«У всіх нас безліч ролей і різні відносини з різними людьми. Ти можеш бути донькою або сином, старшим братом/сестрою, молодшим братом/сестрою,

онуком/онукою, племінником/племінницею, двоюрідним братом/сестрою, другом/подругою, нянею, робочим або членом команди. Подумай про своє життя і про всі ролі, які ти виконуєш. По-різному ти себе відчуваєш в різних ролях? Може, в якихось ролях ти відчуваєш себе щасливіше, ніж в інших? В яких ролях ти відчуваєш себе важливим і дорослим? У яких-маленьким?

Намалюй картинку, що зображає різні ролі. Ти можеш знайти спосіб показати, що ти робиш в різних ролях або як ти себе відчуваєш?»

«Уявний звір»

Молоді пропонують намалювати уявну тварину. Потім просять уявити себе цим звіром, розповісти про себе, використовуючи всього п'ять слів.

«Що мені б в собі сподобалось...»

Це вправу можна почати з загального обговорення, наприклад, того, «що нам подобається в самих собі». Або поговорити про якості або поведінку, яку ми цінуємо, а потім зобразити це у вигляді руху.

«Я подобаюся собі, коли я рухаюся так...»

«Я відчуваю себе слабким, коли я роблю так... «Я відчуваю себе сильним, коли я виглядаю таким...»

«Я відчуваю себе в безпеці, коли я зроблю так...» і т. д.

«Мій портрет в променях сонця»

«Намалюй сонце, в центрі сонячного кола напиши своє ім'я або намалюй свій портрет. Потім намалюй промені і вздовж променів напиши свої достоїнства, все хороше, що ти про себе знаєш. Постарайся, щоб променів було якомога більше».

Тема 2. Мої почуття

«Мій настрій»

Особу просять зобразити настрій або почуття за допомогою тільки форм, ліній, кольорів, текстури, тональності і т. д., але не за допомогою конкретних предметів. Можна попросити молоду людину зобразити її настрій зараз або ж, як вона себе почувала в якійсь конкретній ситуації.

Найкраще цю вправу дати після обговорення того, як різні кольори і форми можуть створити різний настрій (наприклад, червоний може виражати збудження, гнів або енергію; гладкі форми можуть здаватися більш спокійними, ніж гострі). Однак важливо пам'ятати про те, що сприйняття кольору або форми може відрізнятися у різних людей і народів. Не можна приписувати кольору і форми певного настрою або почуттю, не можна давати їм якесь одне тлумачення.

«Почуття»

Вправа починається з обговорення того, що таке почуття - звідки вони з'являються, навіщо вони нам потрібні, про що вони нам говорять, та перерахування різних почуттів (наприклад, радості, смутку, гніву, подиву, нудьги, збентеження). Діти малюють особи, що зображують будь-яке почуття на їх вибір (тут також підходять і комікси, і фігурки з паличок).

«Чому обличчя радісне / сумне / здивоване? Про що думає персонаж? Чому? Це пишеться в «хмарці» над особою, ця частина малюнка може бути представлена в будь-якій формі, включаючи безпредметну. Потім малюється один або кілька малюнків, кожен зображує те ж обличчя, ніс різними почуттями.

Ці малюнки можна використовувати в якості основи для придумування історій про персонажів, або їх можна вибудувати в загальну «лінію історій». Це вправа — хороша основа для написання оповідань або віршів про почуття.

«Скринька щастя» (візуалізація)

«Уяви, що тобі дали чарівний скриньку. Він може бути розміром з коробку з-під взуття, величиною з будинок мул і навіть більше. У цій скриньці можуть перебувати тільки радісні речі. Ти можеш покласти в скриньку те, що тебе радує, і там це буде в схоронність. Ти можеш заглянути в свою скриньку в будь-який момент, коли тобі потрібно підбадьоритися. Що ти покласти в скриньку? Закривай очі і подумай про те, що приносить тобі радість. Намалюй або побудуй свою скриньку щастя і наповни її зображеннями того, що тобі подобається».

«Скрина того, що мене засмучує»

«Уяви, що тобі дали чарівну скриню, яку можна замкнути. Ти можеш покласти в цю скриню все, що тебе засмучує, і там це буде надійно замкнено. Нічого не може вислизнути з цієї скрині. Але коли тобі захочеться подумати про щось або вирішити, що з цим можна зробити, ти можеш дістати з цього скрині. Намалюй, те, що тебе сердитий, засмучує і поклади в цю скриню».

«Протилежні почуття»

Два протилежних почуття можна зобразити на одному аркуші паперу, з двох сторін, або ж на двох окремих аркушах.

«Мені подобається, коли...»

«Я ненавиджу, коли...»

«Мені було погано, коли...»

«Видання буклетів в обкладинках з назвами»

«Скарги», «Гнів», «Щастя», «Речі, які мені подобаються», «Мої бажання», «Речі, які я ненавиджу», «Дещо про мене», «якби я був батьком».

Тема 3. Моє тіло

Дані вправи допоможуть молодим людям набути впевненості в собі.

«Що говорять газети»

Колаж вирізок з газет і журналів. "Як на нас чи на наш спосіб життя впливають зображення преси? Як вони впливають на наше поняття того, як ми повинні виглядати».

«Намалюй себе»

- «Що тобі подобається в собі, що ні».
- «Який ти повинен бути ідеальним».
- «Що тебе хвилює». «Що тобі не подобається в твоїй зовнішності?».

Тема 4. Я і суспільство

«Дружба»

1. «Закривай очі і уяви себе в якості друга, товариша. Якими якостями справжнього друга ти володієш? Уяви, що ти дружиш сам з собою. З якими проблемами ти допоміг би собі впоратися? Чим з тобою було б цікаво займатися? Чим би ти міг допомогти? Чим ти можеш поділитися з собою як з другом?»

2. Малюнок. «Я хороший друг, тому що...»

«Портрети того, що всередині і зовні»

«Намалюй два своїх портрета: один, що зображує тебе зовні, інший-зсередини».

«Подолання»

«Спробуй висловити форму і почуття страху на своєму малюнку. Який він? Як він виглядає?» На другому малюнку діти зображують, як вони це долають (наприклад, як виступають перед великою аудиторією, говорять свої таємниці і т. д.).

«Покажи, як ти робиш тривожну роботу». Обговорення.

Тема 5. Я працюю в групі***«Опиши і намалюй»***

Робота в парах. Одна особа малює, а друга передає малюнок за допомогою слів.

«Прекрасний сад»

«Якби ти був рослиною, то якою? Які б у тебе були листя? З зазубринами або гладкі? Чи були б у тебе шипи? і т. п. В кінці заняття діти вирізають квіти і наклеюють на ватман, тим самим формуючи сад.

«Поетанний малюнок»

Група домовляється про тему (наприклад, тварина, людина, лікар, пожежний...).

Фігура, предмет ділиться на три, чотири частини, в залежності від кількості осіб.

Аркуш паперу пускається по колу, і кожна людина додає свою частину зображення, складає листок (щоб ніхто не бачив) і передає далі.

Коли всі намалювали, листок розгортається, і всі дивляться, що вийшло.