

корекційна спрямованість цих занять. Тому існує необхідність у постійному пошуку дієвих способів щодо розв'язання цієї проблеми та оптимізацію рухової активності в учнів із ДЦП.

Висновок. Таким чином, аналіз результатів дослідження дозволив оцінити функціональний стан, рухові можливості дітей молодшого шкільного віку з ДЦП, виявити особливості їх життєдіяльності, мотивації до активного руху, а також оцінити програмне забезпечення довільної рухової активності цих дітей у спеціалізованих навчально-виховних закладах. Виходячи з цього, можна зазначити, що, поряд із активною корекцією виявлених порушень і впровадженням відповідних форм і видів м'язової діяльності, формування активної життєвої позиції, адекватного самосприйняття і позиціонування себе у суспільстві, налаштування на наполегливе подолання власних проблем і свідоме розширення рухового режиму також є важливими складовими процесу розвитку рухової активності дітей даної нозологічної групи.

Список використаних джерел

1. Аршавский И. А. Физиологические механизмы и закономерности индивидуального развития: Основы негэнтропийной теории онтогенеза / И. А. Аршавский. – М.: Наука, 1982. – 270 с.
2. 12. Бадалян Л. О. Детские церебральные параличи / Л. О. Бадалян, О. В. Тимонина, Л. Т. Журба. – К.: Здоровье, 1988. – 327 с.
3. Бернштейн Н. А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности / Н. А. Бернштейн. – М.: Наука, 1996. – 434 с.
4. Кучма В. Р., Суханова Н. Н., Катечкина М. А. и др. Изучение влияния образа жизни на физическое развитие и состояние здоровья школьников // Гигиена и санитария. – 1996. - №1. – С. 27-28.
5. Мороз Л. В. Розвиток рухової активності в учнів з дитячим церебральним паралічем засобами нетрадиційних технологій навчання: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.03 “Корекційна педагогіка” / Л. В. Мороз. — Одеса, 2007. — 21 с.

In the article the basic components of movement activity of younger school children with cerebral palsy are represented, carried out the detailed analysis of their feature at the children of the noted nosology.

Keywords: child cerebral palsy, movement activity, young school children.

Отримано 18.09.2010 р.

УДК 376.64: 159.922.766: 159.9

Д. Е. Науменко

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНІВ ТРИВОЖНОСТІ У ДІТЕЙ-СИРІТ З ЗПР РІЗНИХ КЛІНІЧНИХ ГРУП

В статті наведені дані про особливості рівнів шкільної тривожності у дітей-сиріт із затримкою психічного розвитку. Дослідження проводилось за методикою “Тест шкільної тривожності Філіпса”.

Ключові слова: тривожність; діти з затримкою психічного розвитку; діти-сиріти; клінічні групи ЗПР.

В статье приведенные данные об особенностях уровней школьной тревожности у детей-сирот с задержкой психического развития. Исследование проводилось по методике "Тест школьной тревожности Филлипса".

Ключевые слова: тревожность; дети с задержкой психического развития; дети-сироты ; клинические группы ЗПР.

Становлення в Україні якісно нової системи спеціальної освіти здійснюється в умовах різкого зростання проблем навчання, посилення негативних явищ у шкільному середовищі. В Україні спостерігається тенденція прагнення до стандартів, прийнятих в Європейському Союзі, одним з

найважливіших пріоритетів якого є соціальна політика, спрямована на створення рівних соціальних умов для осіб з особливостями психофізичного розвитку, доступу їх до якісної освіти.

Інклюзивна освіта, процес інтеграції в українське суспільство є частиною політики, головною метою якої є включення дітей з особливими потребами в соціальне середовище.

В той же час залишається багато проблем, які потрібно вирішувати вже зараз, серед них – проблема шкільної тривожності, яка найбільшою мірою порушує адаптацію дітей до навчання у молодшій школі.

Необхідно відзначити, що ще на початку ХХ століття відомі дослідники дитячого інтелекту А. Біне і С. Сімон виділили групу так званих “псевдонормальних” дітей, які не були в повному розумінні цього слова розумово відсталими, але в той же час їх не можна було віднести до норми. З часом на території нашої країни за цією категорією дітей закріпилося визначення “затримка психічного розвитку” (далі – ЗПР). Проте проблемою навчання і виховання цих дітей почали займатися порівняно недавно. В 60-70 роках ХХ століття вийшли перші наукові праці Т. Власової та М. Певзнер, присвячені дітям з ЗПР. В Україні перші школи для цієї категорії учнів, які зараз називаються школами інтенсивної педагогічної корекції, почали відкриватися з 1982 року.

Питаннями діагностики та корекції затримки психічного розвитку дітей займалися такі науковці, як Н. Бастун, Т. Вісковатова, Т. Власова, Т. Єгорова, С. Забрамна, Т. Ілляшенко, К. Лебединська, В. Лубовський, Н. Нікашина, М. Певзнер, М. Рождественська, Т. Сак, Р. Тригер та ін.

Однією з найгостріших психологічних проблем, з якою зустрічаються діти на початку шкільного навчання, є проблема тривожності. Тривожність можна розуміти як результат реальної тривоги, що виникає при певних несприятливих умовах в житті дитини, як утворення, що виникають в процесі його діяльності і спілкування. Наголошується також, що це явище соціальне, а не біологічне.

Не дивлячись на те, що тривожності присвячена значна кількість робіт (О. Дусавицький, Ю. Забродин, Л. Захарова, Ф. Зотова, І. Імедадзе, Л. Костіна, А. Прихожан та ін.) ця проблема не втрачає своєї актуальності, оскільки вона є серйозним ризик-фактором для розвитку психосоматичних відхилень і нерідко служить причиною виникнення стресових станів. З тривожністю можуть бути пов'язані причини виникнення шкільних неврозів, утруднення інтелектуальної діяльності, зниження розумової працездатності.

У своїх дослідженнях А. Прихожан припустила, що особистісні види тривожності (шкільна, арифметична, міжособова, тестова, комп'ютерна і т.п.) є лише способом виразу загальної тривожності, що зафіксувалася на даній сфері як на найбільш значущою в той або інший період. Тривожність, визначувана тільки по ситуативному показнику, може бути формою прояву загальної (в цьому випадку ситуативний і симптоматичний показники можуть чергуватися) або бути власне формою особистої тривожності. На її думку, саме зміна різних показників тривожності є переконливим доказом наявності загальної тривожності, яка може набувати різних форм [4].

Гострою ця проблема залишається і для дітей із ЗПР, хоча вивченню особливостей цих дітей відводиться багато місця в науковій літературі.

Дефектологічний словник, сорок років тому, давав наступне визначення затримки психічного розвитку: “це порушення нормального темпу психічного розвитку, у зв'язку з чим дитина, яка досягла шкільного віку, продовжує залишатися в колі дошкільних, ігрових інтересів. При ЗПР діти не можуть налаштуватися на шкільну діяльність, сприймати шкільні завдання та виконувати їх” [1, с. 111].

В свою чергу, понятійно-термінологічний словник спеціальної педагогіки дає наступне визначення: “Затримка психічного розвитку – особливий тип психічного розвитку дитини різного походження – дефекти конституції, парціальні органічні ураження ЦНС, різні астенізуючі фактори: соматогенні, зумовлені фізичною ослабленістю та психогенні, пов'язані з психічною депривацією в ранній період розвитку, та іншими негативними соціальними впливами. ЗПР характеризується як межовий стан між нормою та порушенням онтогенезу, якому властиві не грубі недоліки інтелекту та емоційно-вольової сфери, що виявляється в зниженні ефективності навчально-пізнавальної діяльності та соціальної адаптації в цілому” [7, с. 145].

Таким чином, ми можемо казати, що учні з затримкою психічного розвитку (ЗПР) – це неоднорідна група, об'єднана за таким спільним критерієм, як шкільна дезадаптація, тобто, невідповідність можливостей дитини рівню нормативних вимог навчальної програми загальноосвітньої школи.

Основні клінічні типи затримки психічного розвитку диференційовані К. Лебединською за етіопатогенетичним принципом:

- ЗПР конституційного походження;
- ЗПР соматогенного походження;
- ЗПР психогенного походження;
- ЗПР церебрально-органічного походження.

Кожний з цих типів ЗПР має свою структуру, свої особливості емоціональної незрілості і порушень пізнавальної діяльності, нерідко ускладнених низкою хворобливих ознак — соматичних, неврологічних. У багатьох випадках ці хворобливі ознаки не можна розцінювати лише як ускладнюючі, оскільки вони грають істотну патогенетичну роль у формуванні самої ЗПР [2].

В свою чергу актуальна проблема тривожності займає особливе місце в сучасному науковому знанні. Мабуть, мало знайдеться таких психологічних явищ, значення яких одночасно оцінюється і надзвичайно високо, і достатньо вузько. З одного боку, це “центральна проблема сучасної цивілізації” (Р. Мей). З іншого — це психічний стан, що викликається спеціальними умовами експерименту або ситуації. Тривожність розглядається також як “основний симптом” неврозу.

Тому не дивно, що цій проблемі присвячена дуже велика кількість досліджень, не тільки в психології і психіатрії, але і біохімії, фізіології, філософії, соціології. Як вказує А. Прихожан, за деякими джерелами, кількість публікацій по даній проблемі з кожним роком збільшується майже в геометричній прогресії [4, с. 7].

У психологічній літературі зустрічаються різні визначення поняття тривожності. Більшість дослідників сходяться у визнанні необхідності розглядати його диференційовано: як ситуативне явище і як особову характеристику з урахуванням перехідного стану і його динаміки. За визначенням Р. Немова: “Тривожність – постійна або залежна від ситуації властивість людини приходити в стан підвищеного неспокою, відчувати страх і тривогу в специфічних соціальних ситуаціях” [3, с. 315].

В. Нікандров визначає тривожність, як “стан внутрішнього неспокою, невірноваженості, переживання тривоги як відповідь на ситуації невизначеності, які загрожують безпекою” [6, с. 724].

У даний час проблема тривожності у дітей з ЗПР недостатньо досліджена, хоча вивченню особливостей цих дітей відводиться чимало місця в науковій літературі. Перебування в стані тривожності у молодших школярів з ЗПР і їх відношення до фрустраційних ситуацій має специфічні особливості, обумовлені структурою дефекту. Виражена структура дефекту не дозволяє без організованої психологічної корекції реалізувати потенційні можливості дітей в процесі навчання і виховання. Перебування в стані тривожності в значній мірі уповільнює темп інтелектуального і психічного розвитку, що негативно позначається на особових проявах учнів з ЗПР.

Стан тривожності у молодших школярів із ЗПР виявляє тенденцію залежності від мікросоціальних і мікропедагогічних умов життєдіяльності дитини. Формуючись під впливом несприятливих чинників, особова тривожність у дітей і підлітків з ЗПР може усугубляти дефект, ускладнювати їх інтеграцію в суспільство, адаптацію до життя.

Діагностичним експериментом було охоплено 34 учня з діагнозом затримка психічного розвитку перших-других класів в віці 8-10 років. Дослідно-експериментальна робота здійснювалась протягом 2008-2010 рр. на базі Республіканського навчального закладу “Сімферопольська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат I-II ступенів №1 Міністерства освіти та науки Автономної Республіки Крим” (м. Сімферополь).

Для виявлення тривожності існує багато методик, які використовувалися, модернізувалися спеціалістами різних галузей психології. Серед них: методика діагностики рівня шкільної тривожності Філіпса, методика “Шкала явної тривожності для дітей CMAS” (Children’s Form Manifest Anxiety Scale), особова шкала проявів тривоги, Опитувальник J.Teulog, графічна методика “Кактус”, тест Спілбергера-Ханіна, шкала самооцінки тривоги Шихана, особова шкала прояву тривоги, госпітальна шкала тривоги та депресії та інші.

Серед методик, які спрямовані на вивчення шкільної тривожності можна виділити “Проективну методику для діагностики шкільної тривожності”, яка була розроблена А. Прихожан та “Тест шкільної тривожності Філіпса”.

Саме “Тест шкільної тривожності Філіпса”, з нашої точки зору, найбільше підходить для діагностування дітей молодшого шкільного віку з затримкою психічного розвитку. Особливістю і головною перевагою цього тесту перед іншими опитувальниками, є те, що він дозволяє виявити рівень тривожності молодшого школяра в різних шкільних ситуаціях, визначити, в яких саме сферах внутрішньошкільних відносин локалізується тривожність і які конкретно форми приймає. Його мета полягає у вивченні рівня і характеру тривожності, пов’язаної зі школою у дітей молодшого і середнього шкільного віку [5, с. 394-397].

Безпосередньо сама авторська методика, сам тест, складається з 58 питань, на кожне з яких школяреві потрібно однозначно відповісти “так” чи “ні”. Питання можуть зачитуватися школярам, а можуть і пропонуватися письмово. Кожне з питань дозволяє в підсумку виявити певний синдром шкільної тривожності.

Слід відзначити, що дана методика розрахована на школярів з нормальним розвитком інтелекту, тому для використання її в нашому дослідженні були привнесені деякі зміни в хід проведення експерименту.

Опитування можна проводити як з групою дітей, так і по одиночки, а також дозволяється письмове або усне тестування. Проте у зв'язку з особливостями сприйняття та мисленневих процесів молодших школярів з затримкою психічного розвитку при проведенні дослідження нами було прийнято рішення про доцільність індивідуального усного опитування. Тобто кожен учень наодинці з експериментатором мав давати усні відповіді на питання, які фіксувалися в протоколі.

Хоча в інструкції перед початком експерименту було сказано, що над відповідями не потрібно довго замислюватися, дитині надавалася можливість осмислити питання. Деякі питання доводилося повторювати у зв'язку з тим, що школяр міг його не зрозуміти з першого разу, чи відволіктись.

Тобто, з метою адаптації тесту шкільної тривожності Філіпса для дітей із ЗПР, нами були внесені зміни до процедури проведення опитування, кількості та формулювання деяких питань. Всього було видалено 7 питань, які стосувалися взаємовідносин з вчителем або сімейного характеру. 4 питання були перефразовані у зв'язку з тим, що дитина із затримкою могла не зрозуміти їх сутності. Також під час проведення безпосередньо опитування експериментатору дозволялося повторювати питання, робити логічний наголос на важливе слово чи групу слів.

Дослідники, що вивчали особливості психічного розвитку дітей із ЗПР, наголошують на нерозвиненості у них проявів вищих психічних функцій. У зв'язку з цим, наявність у дитини тривожності по якому-небудь окремому чиннику може припускати загальну тривожність загалом.

В нашому дослідженні ми спробували з'ясувати, які характерні риси прояву шкільної тривожності спостерігаються у дітей з різними формами затримки психічного розвитку. У школі для дітей із ЗПР навчаються діти з усіма формами, проте їх співвідношення не рівне.

Судячи з діагнозів вихованців школи-інтернату, в дослідженні брало участь 4 дитини із соматогенною формою ЗПР, 7 учнів – із психогенною, 11 – з ЗПР церебрально-органічного походження і 12 школярів з гармонічним інфантилізмом. У зв'язку з тим, що в однієї школярки з ЗПР церебрально-органічного генезу ми не змогли отримати показники тривожності, її дані не враховуються. Процентне співвідношення рівнів тривожності у дітей з ЗПР різних клінічних груп наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Співвідношення рівнів тривожності у дітей з ЗПР різних клінічних груп (у %)

Форма затримки психічного розвитку	Процентне співвідношення загальної кількості	З них за рівнем тривожності	
		нормальний	підвищений
ЗПР конституційного походження	35,29%	нормальний	75%
		підвищений	25%
		високий	0%
ЗПР соматогенного походження	11,76%	нормальний	0%
		підвищений	50%
		високий	50%
ЗПР психогенного походження	20,59%	нормальний	14,3%
		підвищений	71,4%
		високий	14,3%
ЗПР церебрально-органічного походження	32,36	нормальний	50%
		підвищений	30%
		високий	20%

Аналізуючи дані, отримані під час дослідження ми можемо констатувати, що переважна більшість дітей з ЗПР конституційного походження мають низький рівень шкільної тривожності. Це можна пояснити тим, що діти, у зв'язку з особливостями свого психічного розвитку, не до кінця розуміють свій шкільний статус. Рівень відповідальності за шкільні обов'язки знаходиться на низькому рівні. Так, до нормального рівня тривожності можна віднести 75% респондентів, 25% належать до групи з підвищеним рівнем.

Діти з затримкою психічного розвитку соматогенного генезу навпроти, мають підвищений та високий рівні шкільної тривожності. В уповільненні темпу психічного розвитку цих дітей значна роль належить стійкій астенії, що знижує не лише загальний, але й психічний тонус. Нерідко має місце і затримка емоційного розвитку — соматогенний інфантилізм, обумовлений низкою невротичних нашарувань — невпевненістю, боязливою, примхливістю, пов'язаними з відчуттям своєї фізичної неповноцінності, а іноді індукованими і режимом певних обмежень і заборон, в якому перебуває соматично-ослаблена або хвора дитина. Згідно таблиці 10, можна констатувати, що одна половина дітей цієї клінічної групи належить до високого рівня, інша – до підвищеного рівня тривожності. Жодна дитина не відповідає нормальному рівню тривожності.

ЗПР психогенного походження може бути наслідком як гіпоопіки, так і гіперопіки. Якщо ж йде мова про школу-інтернат, то другий варіант слід не брати до уваги. Саме несприятливі умови виховання дітей, які були направлені із сім'ї до інтернату стали причинами того, що більшість цих дітей мають підвищений рівень тривожності. До підвищеного рівня тривожності належить переважна більшість дітей (75%).

Якщо ж казати про дітей із церебрально-органічною затримкою, то в цьому випадку більшість дітей мають занижений рівень шкільної тривожності (менше за 40). В той же час є окремі діти у яких показник тривожності сягає близько 70% відповідей. Це можна пояснити тим, що у дітей з ЗПР церебрально-органічного генезу, як правило, спостерігається ряд енцефалопатичних розладів, а також неврозоподобні явища, патогенетично пов'язані з церебралестічним ґрунтом. Так, до нормального рівня тривожності можна віднести 50% респондентів, 30% учнів мають підвищений рівень тривожності, а 20% - високий.

Проблема затримки психічного розвитку є однією з актуальних не лише в дефектології, але і в загальній педагогіці, оскільки найтіснішим чином пов'язана з проблемою шкільної неуспішності. В сучасній українській дефектології за основу диференціації ЗПР прийнята класична модель, яка була запропонована К. Лебединською. За цією класифікацією виділяється чотири форми затримки психічного розвитку: гармонійний інфантизм, ЗПР соматогенної, психогенної та церебрально-органічної форми походження. В свою чергу, серед категорії дітей можна виділити три групи за їх походженням, які обумовлені або гіпоопікою, або гіперопікою, чи нестійким типом виховання при наявності завдання дитині психічної травми.

Список використаних джерел

1. Дефектологический словарь / Под ред. А.Н. Оршанской. – М.: Педагогика, 1970. – 504 с.
2. Лебединская. К. С. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития. – М.: Педагогика, 1982. – С. 5-21.
3. Немов Р. С. Психология: В 3 кн. – М.: Владос, 2001. – Кн. 2. – 608 с.
4. Прихожан А.М. Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст. – СПб.: Питер, 2009. – 192 с.
5. Психология подростка. Полное руководство / Под ред. А. Реана. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2003. – 432 с.
6. Психология / Под ред. В. В. Никандрова. – М.: Волтерс Клувер, 2009. – 1008 с.
7. Спеціальна педагогіка: Понятійно-термінологічний словник / За ред. В. І. Бондаря. – Луганськ: Альма-Матер, 2003. – 436 с.

In the articles resulted information about the features of levels of school anxiety for children-orphan with the delay of psychical development. Research was conducted after a method "Test of school anxiety of Phillips".

Keywords: Anxiety; children with the delay of psychical development; children-orphan; clinical groups of delay of psychical development.

Отримано 18.09.2010 р.

УДК 615.85-056.26:37.018.1

Б. А Новосад

ВИКОРИСТАННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ ДЛЯ ДІТЕЙ З КОМБІНОВАНИМИ ВАДАМИ В ДОМАШНІХ УМОВАХ

У статті розкриті методи арт-терапевтичної роботи з дітьми, які мають комбіновані вади розвитку для подальшого використання їх в домашніх умовах.

Ключові слова: арт-терапія, методи арт-терапії, арт-терапія сім'ї.

В статье раскрыты методы арт-терапевтической работы с детьми, которые имеют комбинированные изъяны развития для дальнейшего использования их в домашних условиях.

Ключевые слова: арт-терапия, методы арт-терапии, арт-терапия семьи.