

**Д.І. ШУЛЬЖЕНКО,**  
кандидат педагогічних наук, доцент

### **ДИЗОНТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ РАНЬОЇ КОРЕКЦІЙНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ РОБОТИ В СОЦІАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРАХ**

*В статті розглядається проблема дизонтогенетического підходу в реабілітації дітей групи ризику раннього і дошкільного віку. Етап корекції аномального розвитку дітей від народження (сензитивний період корекційного впливу) по ряду причин "випав" із поля зору учених і практиків-дефектологів. Виділяється поняття "якості життя" таких дітей в зв'язі з необхідністю розробки змісту, методів і прийомів корекційної роботи. Сензитивний період корекційного впливу розглядається як засіб запобігання виникненню вторинних порушень і як важливий етап реабілітаційного відновлення особистості дитини.*

*The problem of the disontogenetic approach in rehabilitation of children of early and preschool age from group of risk was considered.*

*This stage of correction of abnormal development of children from birth (sensitive period of correction) for some reasons «has dropped out» from a field of sight of the scientists and defectologists.*

*The concept "quality of life" of such children is put forward in connection with necessity of development of a content of methods and receptions of correction work. The sensitive period of correction is considered as the tool of warning of occurrence of secondary violations and as the important stage of rehabilitation restoring of the children's person.*

Корекційна спрямованість раннього етапу педагогічного процесу передбачає попередження, подолання й виправлення порушень, що виникають в пренатальний, інтранатальний і постнатальний періоди розвитку патологічного процесу. Кількість дітей, які потребують медико-соціальної, корекційно-педагогічної та реабілітаційної допомоги, постійно зростає. До групи ризику належать діти, патологія розвитку яких зумовлена:

у пренатальний період:

- хромосомними аномаліями (синдром Дауна, синдром Клайнфельтера, синдром Шерешевського — Тернера);
- генетичними захворюваннями — йдеться, передусім, про обмінні захворювання (фенілкетонурія, галактоземія, фруктозурія, синдром кленового

сиропу, амавротична ідіотія), а також про мікроцефалію справжню;

— інфекційними захворюваннями, яких зазнає мати під час вагітності (особливо перший триместр) — це вірус герпесу, сифіліс, токсоплазмоз, вірусний гепатит;

— гемолітичною хворобою, що пов'язана з резус-фактором та груповою несумісністю крові;

— ендокринопатією (діабет, порушення функцій щитовидної залози);

— перебуванням батьків у радіоактивній зоні тощо;

в інтранатальний період:

— швидкими пологоми;

— асфіксією новонародженого;

— пологовою травмою;

— недоношеністю;

— незрілістю;

у постнатальний період:

— гіпотеріозом (ендокринопатією);

— мікроцефалією;

— гідроцефалією;

— травмами центральної нервової системи;

— інфекціями й інтоксикаціями ЦНС;

— епілепсією й епілептиформними нападами.

Наведені клінічні патології можуть призвести до аномального розвитку дитини, що був описаний і представлений В.В. Лебединським [3] такими видами психічного дизонтогенезу:

- 1) недорозвиненням психічних функцій при олігофренії;
- 2) затримкою психічного розвитку;
- 3) дефіцитарним розвитком у дітей із сенсорними вадами та церебральними паралічами;
- 4) ушкодженим психічним розвитком при деменції;
- 5) викривленим психічним розвитком при ранньому дитячому аутизмі;
- 6) дисгармонійним психічним розвитком у дітей з психопатоподібними формами поведінки.

Класифікація психічного дизонтогенезу є відносно новим (1985), сучасним, представленим на основі закономірностей онтогенетичного розвитку дитини підходом до характеристики аномалій, пов'язаних із низкою патопсихологічних параметрів, які визначають його характер.

Перший параметр пов'язаний із функціональною локалізацією порушення, другий параметр дизонтогенезу — з часом ураження, третій — із взаємовідношенням вторинного та третинного дефектів, четвертий — з порушенням міжфункціональних взаємодій у процесі аномального системогенезу.

Клінічні дані раннього обстеження немовлят із вадами розвитку підтверджують тезу Л.С. Виготського про вирішення суто біологічних проблем соціальними стратегіями їх реабілітації. Одна з таких інноваційних тенденцій,

які активно розробляються вченими-медиками і водночас надзвичайно актуальні для дефектологів і соціальних працівників, є забезпечення якості життя дітей-інвалідів дитинства.

Досягнення сучасної медицини сприяють значному зниженню дитячої смертності, збільшенню числа дітей, що вижили, але актуальною стає нова проблема: якість життя цих дітей, яка розуміється вченими (Ю.С. Александрович, В.І. Гордєєв, С.Я. Долецький) як їх соціальна адаптація. У книзі «Качество жизни. Новый инструмент оценки развития детей» [2] вчені пишуть: На фізичному базисі ми будемо розумні відносини, соціальні контакти, особисті ініціативи, які і забезпечують відчуття завершеності буття, що є квінтесенцією якості життя. Інвалід або втратив, або ніколи не мав фізичної можливості для встановлення та підтримки контактів, ініціатив, які задовольняють здорових особистостей і, як наслідок, опиняються залежними від реабілітаційної служби, яка має забезпечити йому допомогу для досягнення якнайвищого рівня функціонування на основі поняття «якість життя».

Аналізуючи науково-теоретичну літературу з цієї проблеми, автори підкреслюють актуальність визначення концепції якості життя, представленої системи аргументів вчення про неї, про реабілітаційні аспекти забезпечення якості життя дітей, які входять до групи ризику. Забезпечення дітей, які з клінічних причин перебувають у цій групі, необхідними для корекції аномального розвитку умовами є не тільки медичною, а й соціальною та психолого-педагогічною проблемою. Виведення із загальної системи корекційно-розвивального втручання блоку інноваційно-реабілітаційних заходів призвело до виникнення вторинних дефектів розвитку дитини, що, в свою чергу, зумовило низьку ефективність корекційних заходів на етапах шкільного та дошкільного віку дитини.

Науково-практичні дані невеликої кількості досліджень раннього етапу корекційної роботи та абілітації немовлят показали, що чим раніше розроблена й впроваджена індивідуально-корекційна програма для кожної конкретної дитини з урахуванням типу її дизонтогенезу, тим оптимістичнішими виявляються прогноз і перспективи її особистісної соціалізації та власної компетентності.

Розроблення науково обґрунтованих методів і змісту корекційно-педагогічної роботи з дітьми раннього та дошкільного віку в соціально-реабілітаційних центрах розглядається в спеціальній педагогіці як один з її пріоритетних напрямків дефектологічної науки та практики. На думку В.В.Тарасун [6], особливого значення при цьому надається вирішенню проблеми раннього прогнозування та своєчасного запобігання труднощам у навчанні дітей з особливими потребами. У цьому зв'язку «...сформувалася ідея корекційно-попереджувального навчання (корекційно-превентивного). Сутність корекційно-превентивного навчання полягає в тому, що замість формування значного обсягу окремих знань, умінь, навичок, що готують дитину до засвоєння математики, письма, або читання, воно своїм змістом дає змогу виробити базовий обсяг інваріантних дій і операцій (логічні прийоми,

прийоми організації самостійної діяльності) тощо. Так, досліджуючи особливості самоконтролю розумово відсталих дошкільників 6-7 років життя [1], ми встановили, що механізм його утворення не відрізняється в нормі та в патології. Наявність та якість самостійних контрольних дій дошкільнят суттєво залежать від спеціально сформованого педагогічного процесу, в який включена дитина. Вже починаючи з 3-4-річного віку, у дитини з особливими потребами необхідно формувати власні контрольні дії в досить широкому спектрі її життєдіяльності. А вік немовляти — найсприятливіший для активізації уваги, яка, в свою чергу, є однією з форм контролю.

Якщо постійно акцентувати увагу всіх спеціалістів, які працюють з дитиною, на понятті «ризик», розуміючи його як небезпечну перспективу втратити шанс для особистісної та соціальної реабілітації дитини, а, з іншого боку, шукати нові методи та прийоми ефективної корекції вад розвитку дітей раннього віку, то можна говорити про створення системи ранньої допомоги від народження до вступу до школи того чи іншого типу. В зв'язку з цим Сімондз [2] із співавторами зазначає: «Якщо дитина визначена як дитина високого ризику, то чи може вчитель вирішувати його проблеми в школі? Якщо ризик ігнорується (стратегія «зачекаємо-подивимось»), то чи може дитина рахувати на ранню реабілітацію? Між цими двома питаннями і стоїть проблема, яка не вирішена й донині та якою треба займатися. Необхідним є контакт між професіоналами: медиками, психологами, соціальними працівниками, батьками, а можливо, і з іншими учасниками процесу реабілітації».

Отже, при обговоренні проблеми раннього втручання, попередження та корекції вад психофізичного розвитку дітей на всіх професійних рівнях підкреслюється важливість урахування сензитивних (найсприятливіших) періодів у розвитку різних функцій. При цьому слід зважати на те, що сензитивні періоди у розвитку психофізичних функцій і психічних процесів у дітей з вадами розумового та фізичного розвитку і у нормально розвинених дітей збігаються за віковим критерієм. А це означає, що при створенні індивідуально-корекційних програм для дітей з різним типом психічного дизонтогенезу необхідно, крім особливостей його прояву в зоні актуального розвитку, враховувати перспективні досягнення дитини в «зоні найближчого розвитку» (Л.С. Виготський). Рання й адекватна психолого-педагогічна допомога дитині дає змогу ефективніше компенсувати порушення в її розвитку та попередити виникнення більш складних інтелектуальних, емоційних, вольових, регуляторних, мовленнєвих та особистісних вад.

Метою корекційно-педагогічної роботи з дітьми раннього та дошкільного віку є формування психологічного базису розвитку особистості кожної дитини. Важливо сформувати передумови мислення: пам'ять, увагу, різні види сприймання, розвивати зорові, слухові, моторні функції та міжсенсорні зв'язки, стимулювати пізнавальну та творчу активність дитини. Необхідно створювати умови для становлення провідних видів діяльності.

Стратегія корекційно-педагогічного впливу передбачає забезпечення таких умов розвитку, які дадуть змогу максимально реалізувати можливості кожної

дитини, сформулюють власні регуляторні механізми та контроль за діяльністю, діями, поведінкою, мовленням, спілкуванням з іншими дітьми і дорослими.

Створюючи програму корекційної роботи в реабілітаційних центрах, необхідно спиратися на такі принципи організації психолого-педагогічно-реабілітаційного процесу:

- єдності діагностики та корекції;
- динамічного вивчення;
- якісного аналізу результатів обстеження;
- ранньої корекції відхилень у розвитку дитини;
- врахування закономірностей онтогенетичного розвитку;
- реалізації діяльнісного підходу до виховання та навчання дітей;
- комунікативної спрямованості виховання та корекції розвитку дитини;
- індивідуально-диференційованого підходу, який передбачає врахування як індивідуально-типологічних особливостей окремої дитини, так і групи дітей;
- залучення батьків до корекційно-розвивального процесу, ведення щоденників розвитку та досягнень дитини.

Концептуальним у визначенні напрямків ранньої реабілітації дітей із вадами психічного розвитку є такий підхід, який би забезпечував роботу максимально розгорнутої та деталізованої системи своєчасного реагування на клінічні показники ризику в новонародженій дитини для надання їй адекватної корекційної допомоги. Для реалізації цієї роботи необхідно:

1. Лікаря-неонатологу та лікаря-психоневрологу сповістити батьків новонародженої дитини про існування служб ранньої корекції та про реалістичність реабілітаційних заходів. Отже, деонтологічні заходи з боку медичних працівників необхідно проводити з акцентом на оптимістичність розвитку дитини за умов включення її родини до системи корекційної допомоги.

2. Спеціалістам Центру ранньої реабілітації провести первинне діагностування з метою визначення блоків порушень розвитку, на які буде спрямована корекція.

3. Дефектологу (вчителю-реабілітологу) розробити індивідуально-корекційну програму навчання, виховання, а також профілактичні заходи попередження вад розвитку дитини. Особливу увагу приділити засобам корекції психофізичного розвитку залежно від типу дизонтогенезу та врахування поточних хвороб, що виявлені.

4. Забезпечити послідовність роботи між спеціалістами Центру з метою виявлення факту позитивної динаміки корекції розвитку кожної дитини. Фіксацію проведених корекційних заходів і результатів наводити в індивідуальній картці дитини.

5. Забезпечити батьків спеціально адаптованою для них друкованою інформацією у вигляді рекомендацій щодо догляду, здоров'я, спеціального навчання та виховання дитини.

6. Розробити програму психокорекційних заходів роботи з родиною дитини. Переорієнтувати свідомість батьків з "Чому це сталося зі мною? За що мені ця кара" на настанову "Моя дитина особлива, і я зобов'язаний їй

допомогти формуватися", "Моя дитина — громадянин України, і вона буде потрібна людям" тощо.

7. На підставі психолого-педагогічних рекомендацій, особливостей фізичного, розумового, комунікативного розвитку дитини спрогнозувати можливості реалізації її знань, умінь і навичок у майбутньому соціальному житті.

8. Дітям-сиротам забезпечити рівні можливості розвитку та корекційної допомоги, починаючи з раннього віку за рахунок створення індивідуально-корекційних програм.

Напрямки корекційної роботи з дітьми, на які необхідно орієнтуватися всім (дефектологам, психологам, лікарям, батькам), хто працює з аномальними дітьми такі:

комплексне дослідження пізнавальної, емоційної, комунікативної сфер дитини, спостереження за динамікою психічного розвитку в умовах корекційної роботи; розвиток пізнавальної активності, забезпечення стійкої позитивної мотивації у різних видах діяльності;

формування психологічного базису для розвитку вищих психічних функцій; формування вищих психічних функцій;

формування мотиваційних, виконавчих та контрольних-регулюючих компонентів дитячої діяльності (в тому числі і емоційно-чуттєвої взаємодії з матір'ю у віці немовляти);

корекція недоліків емоційно-вольової сфери;

домовленнєвий розвиток, профілактика та виправлення вад мовлення;

формування комунікативної сфери. Формування механізмів психологічної адаптації, повноцінних міжособистісних зв'язків.

Таким чином, наш підхід до проблеми ранньої реабілітації дітей, які від народження увійшли до групи ризику виникнення дизонтогенезу психічного розвитку, полягає в розробленні змісту корекційно-педагогічної роботи в реабілітаційних центрах, в умовах роботи гувернера-дефектолога в родині, а також в інших формах та інноваціях допомоги аномальним. Надання корекційної допомоги в тому віковому періоді, який є найбільш сензитивним для формування значущих психологічних новоутворень, забезпечує систематичну підготовку дитини до наступних вікових періодів з позначкою "плюс".

#### ЛІТЕРАТУРА

1. *Вибрані питання корекційної педагогіки*: Наук.-метод. посібник. — К., 2001.
2. *Гордеев В.И., Александрович Ю.С., Долецкий С.Я.* Качество жизни. Новый инструмент оценки развития детей. — СПб., 2001.
3. *Лебединский В.В.* Нарушение психического развития у детей. — М., 1985.
4. *Лубовский В.И.* Основные проблемы ранней диагностики и ранней коррекции нарушений развития // Дефектология. — 1994. — № 4.
5. *Мастюкова Е.М.* Лечебная педагогика. Ранний и дошкольный возраст. — М., 1994.
6. *Тарасун В.В.* Ранне прогнозування і запобігання труднощам у навчанні як умова інтеграції дитини з особливими потребами // Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство. — К., 2000.