

6. Фрейд З. Психология бессознательного. Сб. произведен. / Сост. Ярошевский М. Г. – М.: Просвещение, 1989. – 448 с.

**УДК 86-056.313**

**Савицький Андрій,**

кандидат педагогічних наук, доцент  
кафедри логопедії та логопсихології НПУ  
імені М.П. Драгоманова  
м. Київ, Україна

## **МОРФОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ГОТОВНОСТІ ДО ШКІЛЬНОГО НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ДАУНА**

В Україні значна увага приділяється проблемам навчання дітей з порушеннями психічного і фізичного розвитку. На фоні розгалуженої системи спеціального навчання та впровадження інклюзивної освіти для різних категорій дітей, що мають відхилення в розвитку, не до кінця визначені критерії навчання таких дітей та можливі складнощі входження їх у загальноосвітній простір. Зокрема залишається проблема якісного психодіагностування дітей з синдромом Дауна та їх морфофункціональна готовність до спеціально організованого навчання в молодшій школі.

Проблема готовності до шкільного навчання в останній час вивчається дослідниками різних спеціальностей: педагогами, психологами, фізіологами, нейропсихологами, які досліджують і обґрунтовують критерії готовності до систематичного навчання дітей з різними рівнями психомоторного розвитку, визначають вік, з якого доцільно розпочати навчання у школі. Особливою виявляється ситуація пов'язана з початком навчання в школі дітей з синдромом Дауна.

Проблемою навчання дітей з обмеженнями розумового розвитку у спеціальних навчальних закладів займалися сучасні вітчизняні та іноземні фахівці в галузі корекційної педагогіки та психології (В. Бондар, Ю. Бріскін, Т. Гаврилова, Т. Ілляшенко, В. Липа, Б. Сермеєв, В. Синьов, Є. Соботович, Н. Стадненко, В. Тарасун, О. Хохліна, М. Шеремет та ін.) в роботах, яких досліджується проблема готовності розумово відсталих дошкільників до шкільного навчання.

Заслуговують уваги праці провідних дослідників розвитку дітей з синдромом Дауна сучасного періоду за кордоном М. Бруні, П. Лаунтеслагер, Д. Фідлер, П. Уіндерс та ін.

За останні роки корекційні педагоги та спеціальні психологи відмічають значне збільшення кількості дітей з особливостями психофізичного розвитку. Так в Україні за останні десять років кількість дітей дошкільного і молодшого шкільного віку з синдромом Дауна, порівняно з попереднім періодом, збільшилась на 55% і складає 8 тис. осіб. [3, с.72]

Загалом, дослідження проблеми функціональної готовності до навчання і проблеми підготовки до школи дітей з синдромом Дауна дає можливість розробити критерії відбору їх до загальноосвітніх закладів та розробити стандарти шкільної освіти для даної категорії дітей.

В нашому дослідженні під морфологічною індивідуалізацією дітей з синдромом Дауна ми розуміємо наявність достатнього рівня розвитку у них необхідних для шкільного навчання функцій, які дозволять їм без шкоди для їхнього розвитку, без надмірного напруження оволодівати програмовим шкільним матеріалом. В свою чергу, морфофункціональну

неготовність визначаємо як відставання у розвитку саме тих функцій, які набувають максимального напруження саме у процесі навчання. Перш за все, це розвитку психіки дитини з даною генетичною патологією, швидкості і міцності створення умовних зв'язків, можливості на певному функціональному рівні аналізувати і синтезувати одержану інформацію та мати достатній рівень розвитку функцій сприймання та розуміння мовлення.

Зазначаємо, що для успішного засвоєння шкільної програми дітьми молодшого шкільного віку з синдромом Дауна у них має відбутися достатній розвиток експресивного мовлення та сформуватися довільна регуляція психічної діяльності для виконання поставлених перед дитиною завдань. Тому зазначена морфофункціональна неготовність викликає у дітей значні відставання у навчанні, що в свою чергу відбивається на їхньому емоційному та фізичному стані. Для уникнення психотравмуючих ситуацій під час навчання цих дітей необхідно визначити стан готовності дитини до навантажень, пов'язаних з шкільним навчанням.

Далі детально зупинимось на морфологічних основах індивідуалізації навчання дітей з даною генетичною патологією. Останні дослідження в галузі нейрофізіології та нейропсихології засвідчують, що функціональна діяльність головного мозку людей з синдромом Дауна відрізняється від роботи мозку в нормі. Так, знижена активність ключових зон системи дзеркальних нейронів, які беруть активну участь у сприйманні і розумінні дій та емоцій інших людей, а також у формуванні мовлення. Крім того у дітей з трисомією -21 значно знижена активність моторних зон головного мозку. [5, с.26]

Дійсно ці діти мають специфічний профіль психомоторного розвитку. В цьому відношенні вони відстають від звичайних дітей і у них виявляються порушення в послідовності освоєвання рухових навичок, розвитку мовлення та багатьох інших психічних процесів. Крім того, при синдромі Дауна, на відміну від інших форм відставання розумового розвитку, рухові порушення превалюють над інтелектуальними. [5, с.18]

В нашому огляді ми не можемо не зупинитись більш детально на аналізі останніх досліджень в галузі нейрофізіології за кордоном. Так дослідження будови і функціонування ЦНС у дітей і дорослих з синдромом Дауна отримали на Заході широке розповсюдження і орієнтовані в більшій мірі на пошук методів медикаментозного лікування, генної терапії і корекції окремих порушень і особливостей розвитку, притаманного людям з даною генетичною патологією.

Дослідження будови і діяльності дитячого мозку також спрямоване на вивчення додаткових моментів: визначення нейробіологічної та нейрофізіологічної основи специфіки онтогенезу осіб з синдромом Дауна. Комплексний погляд на проблему забезпечується завдяки проведенню досліджень на усіх рівнях: генному, молекулярному, клітинному. Значна увага в актуальних дослідженнях відводиться питанню про час появи нейроанатомічних і нейрофізіологічних особливостей онтогенезу даної категорії дітей. [5, с.34]

Попередні дослідження ЦНС людей з синдромом Дауна до недавнього часу базувались на вивченні біологічного матеріалу. Отримані дані чітко вказували на те, що вага головного мозку людей з синдромом менша за середньостатистичну, мозочок та лобні відділи мозку суттєво менші за об'ємом.

Так дослідження багатьох авторів вказують на зниження (в середньому до 76% щодо норми) загальної маси головного мозку людини із синдромом Дауна, особливо на зменшення об'єму мозочка (66%) та стовбура мозку. Науковці відзначають, що будова мозку дітей має ознаки незрілості. Це виражається у зменшенні звивин кори та недостатній мієлінізації півкуль головного мозку та мозочка. Є данні про меншу, в порівнянні з нормою, кількість нейронів у

корі великих півкуль мозку – в лобній долі, тім'яній, потиличній і, особливо, скроневій долях. [4, с.54]

Багато авторів пов'язують саме з особливостями будови нервової системи те, що у людей із синдромом Дауна недостатньо розвивається рівновага й координація рухів, спостерігається знижений м'язовий тонус.

Мозочок відіграє центральну роль в керуванні положенням тіла в просторі та координації рухів і отримує інформацію від вестибулярного апарату. Мозочок також взаємодіє з тими відділами кори головного, які відповідають за управління довільними рухами. Крім цього, зворотній зв'язок з корою великих півкуль мозку здійснюється від кори мозочка через мозочкові ядра та екстра пірамідну систему із заходженням у стовбур мозку, до таламусу і потім до кори. При тих чи інших ураженнях мозочка спостерігаються порушення в координації рухів і рівновазі тіла, а також м'язова гіпотонія.

Для підтримання положення тіла в просторі необхідно, щоб посилення активності гамма-мотонейронів регулювалося на рівні стовбура мозку. Без цієї базової активності імпульсація альфа-мотонейронів вимикається через гамма-петлю. У підтримуванні положення тіла в просторі особливо важливу роль відіграють м'язи – розгиначі, яким саме ця система управління має забезпечити достатній тонус.

Отже отримуємо чергове підтвердження, що у людей з синдромом Дауна констатуються наступні відмінності у морфології головного мозку:

- менший загальний об'єм головного мозку внаслідок зниження об'єму як сірої так і білої речовини;
- диспропорційно маленький мозочок;
- відносно збільшені об'єми субкортикальної і тім'яної сірої і білої речовини у скроневій долі.

Специфіка нейроанатомії ЦНС, що є притаманною людям з синдромом Дауна, пояснює характерні для них особливості рухової та психічної діяльності. Так, гіпоплазією мозочка обумовлено гіпотонію і складність в координації рухів, порушення в функціонуванні артикуляційних м'язів і як наслідок тяжкі порушення мовлення у вигляді дизартрії. [4, с.75]

Специфічна анатомія лобних долів мозку визначає такі особливості дітей з синдромом Дауна, як персеверації, дефіцит уваги, значне зниження рівня довільності рухів.

Відносна збереженість зорово-просторових координацій у дітей з даною патологією розвитку, обумовлена, можливо, близькою до звичної побудови сірої речовини тім'яної долі.

Нейроанатомічні дослідження вказують, що особливості будови і функціонування нервової системи які виникли в ранньому віці стають більш помітними і починають більш чітко виявлятися у ранньому підлітковому віці.

Очевидність взаємозв'язку рухових порушень (рівноваги та координації рухів) з анатомічними особливостями нервової системи останнім часом є доведеною. Хоча, можливо, певну роль відіграють постнатальні порушення диференціювання центральної нервової системи. Але, в будь-якому випадку, рухові особливості дітей з синдромом Дауна можна описати з позицій Бобат, як порушення рефлекторних механізмів регуляції положення тіла в просторі. Нормальні постуральні рефлекси забезпечують нормальний м'язовий тонус, при якому динамічна стабілізація проксимальних частин тіла забезпечує контрольовані рухи дистальних частин і дозволяє дитині використовувати різноманітні положення тіла й різноманітні зразки рухів, що в свою чергу, робить її більш функціональною і пристосованою до соціуму і якісної адаптації до навколишнього середовища.

На основі аналізу даних ми визначили основні теоретичні та практичні основи готовності до шкільного навчання дітей з синдромом Дауна. Так виокремлено наступні компоненти освітньої діяльності :

- Інтелектуальна готовність (достатній запас знань про оточуючий світ, уявлення про закономірності явищ, рівень розвитку пізнавальних інтересів, рівень пізнавальної діяльності, психічних процесів, сформованість мислення, рівень розвитку наочно-образного мислення, сформованість символічної функції, уяви, усного мовлення);

- Психомоторна готовність (збалансованість процесів збудження і гальмування, становлення мови і мовлення, вербально-логічного мислення, розвиток дрібної моторики, зорово-моторної координації);

- Емоційно-вольова готовність (довільність поведінки, характер емоційності);

- Соціально-психологічна готовність (сформованість особистісного спілкування з дорослими, спілкування з дітьми, формування довільності);

- Особистісна готовність (сформованість до прийняття нової соціальної позиції школяра, сформованість пізнавального інтересу, рівень довільної поведінки, узгоджуваність мотивів, сформованість самооцінки).

На основі сформованих компонентів, дослідження одержаних матеріалів спрямованих на вивчення дитини з синдромом Дауна, можна сформулювати основні критерії готовності цієї категорії дітей до шкільного навчання, а саме:

- Достатній рівень особистісної форми спілкування з дорослим;

- Сформованість внутрішньої позиції школяра;

- Узгодженість пізнавальної і соціальної мотивації;

- Сформованість нижчого порогу навчання;

- Рівень актуального розвитку довільності.

Аналіз літературних джерел та власний педагогічний досвід не вичерпав всіх питань пов'язаних особливостями шкільного навчання дітей з даною генетичною патологією. Тим більше якщо перед нами постають проблеми не раннього і дошкільного періоду їх життя, а моменту навчання цих дітей у школі. В подальших публікаціях ми будемо намагатись ще глибше зрозуміти роботу нестандартного мозку дитини з синдромом Дауна, його пластичність та можливі компенсаторні перебудови і як наслідок вдало організований процес корекційного навчання і виховання дітей в умовах загальноосвітнього простору.

#### **Список використаних джерел:**

1. Бруни М. Формирование навыков мелкой моторики у детей с синдромом Дауна / М. Бруни // Пер. с англ. А. Курт. – М.: Связь-Принт, 2005, - 212с.
2. Гуткина Н.И. Психологическая готовность к школе / Н.И. Гуткина // СПб.: Питер, 2004. – 214 с.
3. Катаева А.А., Стребелева Е.А. Дошкольная олигофренопедагогика / А.А. Катаева, Е.А. Стребелева // - М.: Просвещение, 1988. – 261 с.
4. Марцинковская С.Д. Диагностика психического развития детей / С.Д. Марцинковская // Пособие по практической психологии. – М.: ЛИНКА-ПРЕСС, 1997.- 176 с.
5. Лаунтеслагер П. Двигательное развитие детей раннего возраста с синдромом Дауна / П. Лаунтеслагер // Проблемы и решения. / Пер. с англ. О.Н. Ертановой. – М., «Монолит», 2003, - 196 с.

6. Тарасун В.В. Морфофункціональна готовність дітей з особливостями у розвитку до шкільного навчання : діагностика і формування / В.В. Тарасун // Монографія. – К.:Видавництво НПУ імені М.П. Драгоманова, 2008. – 299 с.

**УДК 316.614.5-056.29(043)**

**Самойлова Ірина,**

доцент кафедри корекційної освіти та спеціальної психології, Комунального закладу «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» Харківської обласної ради

*м. Харків, Україна*

### **ЛОГОПЕДИЧНИЙ СУПРОВІД СІМ'Ї ДИТИНИ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ**

На сучасному етапі в Україні спостерігаються тенденції до збільшення числа дітей, які мають порушення опорно-рухового апарату (ОРА). Збільшення кількості вихованців із порушеннями ОРА в закладах дошкільної освіти спонукали до пошуку можливостей, які дозволяли б надавати допомогу дітям вчасно й результативно. Проблеми з питань корекційно-розвиткової роботи дітей з порушеннями опорно-рухового апарату потребують розроблення індивідуальних освітніх програм, обґрунтування системи організації навчально-виховної роботи, розробки змісту, форм і методів, які мають відповідати рівню можливостей кожної дитини.

Аналізуючи стан проблеми психолого-педагогічної діагностики і корекції розвитку дітей, які мають порушення ОРА залишаються одними з найменш розроблених як в теоретичному, так і в практичному плані. Розробки потребують шляхи та способи психолого-педагогічної підтримки дітей даної категорії, організації спеціального навчання, особливо на початковому періоді.

Саме під час проведення корекційних занять починається процес соціалізації, установлюється взаємозв'язок дитини із провідними сферами буття, розпочинається її первісне становлення як особистості, формування основ самосвідомості. Усі ці процеси значно ускладнюються тоді, коли в дитини порушується процес мовленнєвого розвитку. Загальновідомо, що мовлення є визначним показником рівня інтелектуального й культурного розвитку людини, а правильне та грамотне мовлення дитини є показником її готовності до навчання у школі та успішного засвоєння навичок грамотного читання та письма.

У теперішній час проблемі розвитку системи комплексної корекційної-відновлювальної роботи дітей з порушеннями ОРА обумовлена не тільки гуманістичними тенденціями розвитку суспільства, але й збільшенням кількості дітей, з якими необхідно проводити корекційно-реабілітаційну роботу. У наукових працях вчених К. Семенова розкриваючи медичну та психолого-педагогічну реабілітацію дітей, які мають порушення опорно-рухового апарату на момент пубертатного періоду більшість з них є особами з інвалідністю. Питання з корекції різних порушень функцій ОРА в дітей досліджували Д. К. Рісер, І. І. Кон, Є. С. Вільчковський, Р. Н. Бунятов, О. Ф. Каптелін, І. С. Красикова, Н. Т. Лебедева, М. Єфіменко та ін. Про