

Султанова Н. В.

**РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В СИСТЕМІ
СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ РОБОТИ З ОСОБЛИВИМИ ДІТЬМИ**

Навчально-методичний посібник

**Миколаїв
2020**

УДК 37.018.3
С 47

*Рекомендовано до друку вченою радою
факультету педагогіки та психології МНУ імені В.О. Сухомлинського
(протокол № 7 від 28.04. 2020 р.)
навчально-методичною радою МНУ імені В.О. Сухомлинського
(протокол № 23 від 25.05. 2020 р.)*

Рецензенти:

Калаур С.М. – доктор педагогічних наук, доцент;
Перхайло Н.А. – кандидат педагогічних наук, доцент.

Султанова Н. В.

Реабілітаційні технології в системі соціально-педагогічної роботи з особливими дітьми: навчально-методичний посібник. Миколаїв: МНУ імені В.О.Сухомлинського, 2020. –102 с.

ISBN _____

Навчально-методичний посібник «Реабілітаційні технології в системі соціально-педагогічної роботи з особливими дітьми» розроблено на основі інноваційних технологій, корекційної роботи, сучасної реабілітаційної практики та досвіду автора, накопиченого під час роботи в установах соціальної реабілітації дітей з інвалідністю.

В основу даного навчально-методичного посібника покладено ключові аспекти організації реабілітаційних технологій в умовах центрів соціальної реабілітації, інклюзивно-ресурсних центрів та інших реабілітаційних установ, що представлені як процес комплексної дії у відповідній динаміці та послідовності.

Для фахівців у галузі педагогіки, соціальної роботи, працівників системи освіти та соціального захисту дітей; для студентів та викладачів ЗВО та усіх, хто опікується проблемами соціальної реабілітації дітей з особливими потребами.

УДК 37.018.3

© Султанова Н. В.,
© Миколаїв, МНУ імені
В.О.Сухомлинського, 2020

ISBN _____

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ОРГАНІЗАЦІЯ І ЗМІСТ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ	6
1.1. Загальні положення та визначення ключових термінів	6
1.2. Комплексне обстеження дитини з інвалідністю в умовах реабілітаційного закладу	11
1.3. Заходи із соціальної реабілітації особливих дітей	16
1.4. Організація психологічної реабілітації особливих дітей в умовах центру соціальної реабілітації дітей з інвалідністю	26
1.5. Організація педагогічної реабілітації дітей з особливими освітніми потребами	43
Завдання для самостійного опрацювання	
РОЗДІЛ 2. КОРЕКЦІЙНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ РОБОТИ З ОСОБЛИВИМИ ДІТЬМИ	54
2.1. Методика Марії Монтесорі	54
2.2. Педагогічні технології Р. Штейнера – Вальдорфська педагогіка	58
2.3. Теорія розвитку творчої особистості (ТРТО) Г. Альтшуллера	65
2.4. Методики Азарських	69
2.5. Кондуктивна педагогіка Андреша Петьо	78
2.6. Технології раннього навчання Глена Домана	83
2.7. Методика раннього втручання Нікітіних	91
2.8. Методика раннього навчання М. Зайцева	94
Завдання для самостійного опрацювання	
РОЗДІЛ 3. АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНІ МЕТОДИКИ У РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ ПРАКТИЦІ З ОСОБЛИВИМИ ДІТЬМИ	98
3.1. Арт-терапія	98
3.2. Ігрова терапія	104
3.3. Танцювально-рухова терапія	110
3.4. Лялькотерапія	116
3.5. Ізотерапія	125
3.6. Казкотерапія	133
3.7. Пісочна терапія	139
3.8. Музична терапія	144
Завдання для самостійного опрацювання	
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	150

ВСТУП

Перетворення, що відбуваються в українському суспільстві, викликають кардинальні зміни умов життєдіяльності різних верств населення і потребують серйозного наукового осмислення та обґрунтування. Загострення соціальних проблем розширяє коло завдань, які постають перед працівниками соціально-педагогічної сфери, висуває додаткові вимоги до рівня їх професійної підготовки. Невід'ємною складовою останньої є набуття знань і вмінь реабілітації однієї з соціально незахищених категорій осіб – дітей з особливими освітніми потребами. Адже їхня кількість невпинно зростає, а питання забезпечення повноцінної інтеграції та інклюзії здебільшого залишаються у площині невирішених соціальних проблем. З огляду на це, пропонований читачам навчально-методичний посібник є дуже своєчасним, адже має практичну цінність та значний інтерес як для фахівців закладів вищої освіти, студентів – майбутніх соціальних працівників та педагогів, а також сімей, які виховують дітей з інвалідністю та спеціалістів реабілітаційних установ.

Протягом останніх десятиріч світова спільнота все уважніше ставиться до проблем людей з інвалідністю. Особливо це відчутно у відношенні до дітей з обмеженими можливостями здоров'я – самого соціально чутливого прошарку нашого суспільства. Проблема їхнього соціального захисту, підтримки, супроводу та соціально-педагогічної інтеграції у заклади інклюзивного навчання та соціальне середовище набуває особливого значення з причин сталої тенденції зростання їх частки в загальній структурі населення.

Саме тому актуальним сьогодні для педагогічної науки стає забезпечення сучасної реабілітаційної інфраструктури ґрунтовним методичним забезпеченням, що сприятиме дітям з особливими потребами отримати рівні можливості на шляху до інтеграції в суспільство.

Метою навчально-методичного посібника є опис, аналіз та коментар практики застосування основних реабілітаційних методик у галузі соціальної та соціально-педагогічної роботи з особливими дітьми, що широко використовуються у провідних установах соціальної реабілітації України.

Опис кожної з наведених у розділах посібника реабілітаційних методик містить інформацію щодо її автора; напряму корекційно-розвивального призначення; розкриває зміст, форму та умови застосування методичного інструменту; дає рекомендації стосовно цільової групи, при роботі з якою залучення реабілітаційного інструменту є найбільш доцільним.

Безперечним здобутком навчально-методичної праці є комплексний підхід до висвітлення проблем реабілітації дітей з особливими потребами, що полягають в обґрунтуванні корекційно-розвивальних методик, описі ефективних технологій та інструментів допомоги дітям в опануванні соціально необхідними вміннями та знаннями. Достовірність підготовленого матеріалу забезпечується значною кількістю використаних друкованих джерел та Інтернет-ресурсів, а також практичним досвідом застосування описаних реабілітаційних методик, надбаним авторкою під час методичної роботи в установах соціальної реабілітації дітей з інвалідністю.

Таким чином, навчально-методичний посібник «Реабілітаційні технології в системі соціально-педагогічної роботи з особливими дітьми» є значним внеском як у розвиток сучасної соціальної та педагогічної освіти, так й у покращення рівня й стану надання реабілітаційних послуг. Безперечно, він є доцільним не лише з методичної точки зору, а й може бути використаний викладачами і студентами за спеціальностями «Соціальна педагогіка», «Соціальна робота», «Практична психологія», «Логопедія», «Дефектологія» та інших педагогічних спеціальностей в якості навчального посібника, хрестоматійного матеріалу та суттєвого інформаційного ресурсу.

РОЗДІЛ 1. ОРГАНІЗАЦІЯ І ЗМІСТ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

1.1. Загальні положення та визначення ключових термінів

Соціальна реабілітація – система заходів, спрямованих на формування життєвої компетентності дитини з інвалідністю або повернення її до активної участі в житті, відновлення її соціального статусу та здатності до сімейної родинно-побутової та суспільної діяльності шляхом забезпечення соціальних нормативів у сфері соціальної реабілітації.

Соціальна реабілітація передбачає:

1. оволодіння дитиною-інвалідом основними соціальними навичками;
2. пристосування побутових умов до потреб дитини з інвалідністю, створення безбар'єрного середовища;
3. соціальну, педагогічну та психологічну корекцію відхилень від нормального розвитку з метою забезпечення життєспроможності дитини з інвалідністю через сприйняття себе і оточуючих, оволодіння навичками спілкування, адекватної та безпечної поведінки, автономного проживання у суспільстві;
4. соціальний, педагогічний, психологічний патронат за місцем проживання (вдома) дитини – інваліда [Закон України № 2961-IV від 06.10.2005р. «Про реабілітацію інвалідів в Україні»].

Спеціаліст із соціальної реабілітації – це професіонал, якій забезпечує комплексний реабілітаційний процес, щодо подолання або зменшення вад дитини з інвалідністю та прояв її інвалідизуючого захворювання, розвиток компенсаторних можливостей, загальних соціальних та індивідуальних якостей дитини з обмеженими можливостями здоров'я.

Центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів (далі Центр) – дитячий, корекційно-відновлювальний реабілітаційний заклад системи Міністерства праці та соціальної політики України, що утворюється у формі державних та комунальних спеціалізованих установ для дітей-інвалідів, які мають відповідні медичні показники і потребують спеціальних умов для отримання комплексної соціальної реабілітації.

Метою діяльності Центру є здійснення заходів з соціальної, психологічної, педагогічної реабілітації, професійної орієнтації та медичного супроводу, що спрямовані на розвиток дитини інваліда та коригування порушень її розвитку, створення передумов для інтеграції її в суспільство.

Завдання Центру визначені наказами Мінпраці:

- „Про затвердження Типового положення про центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів” (від 13.02.07 № 48);
- „Про затвердження Соціальних нормативів у сфері соціальної реабілітації дітей-інвалідів для центрів соціальної реабілітації дітей-інвалідів системи Мінпраці” (від 04.05.07 № 206).

Перебування дітей з інвалідністю, які проходять реабілітацію в Центрі, здійснюється в таких підгрупах:

- ранньої соціальної реабілітації для дітей-інвалідів віком від 2 до 6 років;
- соціальної реабілітації для дітей-інвалідів віком від 6 до 14 років;
- професійної орієнтації для дітей віком від 14 до 18 років.

Реабілітаційні послуги надаються дитині-інваліду на підставі **Індивідуальної програми реабілітації**, в якій визначаються напрямки, обсяг, періодичність їх надання, та відповідно до Індивідуального сімейного плану реабілітації та розвитку дитини (ІСП), в якому вміщуються:

- відомості про дитину та її сім'ю;
- матеріали визначення психофізичного стану, індивідуальні реабілітаційні заходи, програма домашньої активності.

Індивідуальна програма реабілітації дитини з інвалідністю включає:

- відомості про дитину-інваліда з визначенням клініко-функціонального діагнозу та коду за МКХ – 10;
- відомості про види обмеження життєдіяльності;
- рекомендації ЛКК щодо реабілітаційних заходів;
- технічні засоби реабілітації;
- вироби медичного призначення;
- результати реабілітації та подальші рекомендації.

Рекомендаційний лист – документ, який видається дитині-інваліду після закінчення курсу реабілітації та містить:

- назву та реквізити Центру;
- прізвище, ім'я, по батькові дитини з інвалідністю;
- перелік та обсяг наданих дитині реабілітаційних послуг;
- результати реабілітації;
- подальші рекомендації.

Послідовність етапів здійснення реабілітаційних заходів:

Перший етап – комплексне соціально-педагогічне обстеження дитини;

Другий етап – заходи із соціальної реабілітації;

Третій етап – аналіз результатів реабілітації дітей.

Психологічна реабілітація – система заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психологічних функцій, процесів, якостей, властивостей особистості, створення сприятливих умов для її розвитку та утвердження.

Психологічна реабілітація передбачає проведення психологічної діагностики особистості дитини з інвалідністю, визначення та використання форм, методів, засобів, терміну та процедур психологічної корекції, консультування та психологічного прогнозування.

Психологічна діагностика – психологічне обстеження дитини з інвалідністю, визначення її індивідуального психологічного стану з метою виявлення можливих відхилень у психофізичному розвитку та прогнозування можливостей її інтеграції в суспільство.

Психологічна корекція – це спрямований і обґрунтований психологічний вплив на психічні структури особистості (пізнавальну, мотиваційну, емоційно-вольову, комунікативну) з метою виправлення наявних відхилень та забезпечення повноцінного розвитку й функціонування особистості.

Психологічна терапія – лікування людини з допомогою психологічних засобів впливу, що включає надання допомоги здоровим людям у випадку різного роду психологічних ускладнень, а також у випадку необхідності покращення якості життя. Здійснюється в індивідуальній та груповій формах. Базується на індивідуальному консультуванні, хоча інколи виникає необхідність у консультуванні групи (сім'ї). Основою групової психотерапії є гра та дискусія в різноманітних формах та їх комбінаціях.

У цілому психотерапія спрямовується на глибинне проникнення в особистість та здійснення прогресивних зрушень в її взаємодії зі світом через зміну само- і світосприйняття.

Психологічне консультування – особливим чином організоване спілкування, взаємодія між двома людьми шляхом бесіди, у ході якої певні спеціальні знання консультанта (психолога) використовуються для надання допомоги, спрямованої на підтримку людини, на роботу з її станами, переживаннями, взаєминами, проблемами, конфліктами.

Психологічна профілактика – своєчасне попередження відхилень у сприйманні та поведінці дітей-інвалідів та становленні особистості, міжособистісних стосунках, запобігання конфліктних ситуацій.

Психологічне прогнозування – це наукове передбачення шляху і характеру подальшого розвитку дитини на основі всіх пройдених до певного часу етапів дослідження, яке складається з урахуванням загальної динаміки розвитку дитини та її компенсаторних можливостей.

Педагогічна реабілітація – застосування засобів спеціального навчання і виховання дітей з обмеженими можливостями здоров'я з метою формування особистості, яка володіє певним рівнем знань.

Педагогічна реабілітація забезпечує реабілітацію дитини як суб'єкта діяльності.

Педагогічна реабілітація передбачає:

- педагогічну діагностику;
- корекційно-педагогічну роботу (інтелектуальний розвиток, естетичний розвиток, логопедичну корекцію тощо);
- виховну роботу;
- естетичне виховання;
- інтегроване навчання;
- визначення результатів педагогічної реабілітації.

Педагогічна діагностика – обстеження дитини з інвалідністю з метою визначення педагогічних показників у сфері навчання, виховання, освіти.

Корекційно-педагогічна робота в Центрі спрямовується на корегування та розвиток складових інвалідизуючого захворювання та загальний розвиток дитини з інвалідністю:

- пізнавальної сфери: відчуття, сприймання, уяви, пам'яті, мислення;
- мовлення та комунікативної функції;
- навчально-практичної діяльності; дій, що мають загальноадаптаційне значення – навичок самообслуговування, загальнонавчальних та загальнотрудових умінь;
- емоційної та вольової сфери: розвиток здібностей, нахилів, інтересів, мотиваційної сфери та інші.

1.2. Комплексне обстеження дитини з інвалідністю в умовах реабілітаційного закладу

На першому етапі реабілітаційного процесу на підставі індивідуальної програми реабілітації дитини з інвалідністю та за результатами соціальної діагностики реабілітаційною комісією Центру розробляється індивідуальний план реабілітації дитини з інвалідністю, що включає комплекс реабілітаційних заходів.

Соціальна діагностика передбачає збір необхідної офіційної інформації про дитину-інваліда, її сімейне оточення, визначення соціального статусу сім'ї. Дає змогу оцінити вид та ступінь обмеження життєдіяльності дитини з інвалідністю. Дані соціальної діагностики враховуються при складанні індивідуальної програми реабілітації.

З метою виявлення вад розвитку дитини та її потреб фахівцями Центру проводиться первинне обстеження дитини з інвалідністю,

спілкування з батьками та (або) законним представником дитини з інвалідністю.

На підставі індивідуального плану реабілітації визначається тривалість одного курсу реабілітації дитини з інвалідністю в умовах Центру, а також тривалість індивідуальних та групових занять.

Соціальна діагностика дитини з особливими потребами передбачає здійснення всеохоплюючого соціального обстеження базових соціальних характеристик дитини та її сім'ї; характеристик видів діяльності дитини; збір даних соціально-побутового, соціально-середовищного, професійно-трудового обстеження; даних тестування дитини реабілітаційною комісією і врахування рекомендацій, що включені до індивідуального плану реабілітації; визначення соціальних критеріїв для оцінки наявності та ступеня обмеженості життєдіяльності, а також визначення професійно-трудового, навчального, соціально-побутового і соціально-середовищного реабілітаційного потенціалу.

З метою здійснення оцінки обмеження життєдіяльності дитини, соціального статусу родини, виявлення її соціальної неспроможності, у Центрі складається соціальна характеристика родини і батьків дитини з інвалідністю.

Зазначене обумовлено тим, що сім'я є одним з основних виконавців реабілітаційних заходів і з нею мають тісно співпрацювати фахівці з реабілітації, психологи, педагоги, соціальні працівники.

Соціальні характеристики родини й батьків дитини з інвалідністю включають інформацію про батьків, їх шлюбний статус, вік дитини, коли батьки розлучилися, дані про виплату аліментів батьком, який мешкає окремо від дитини; інформацію про кожного з батьків окремо (освіта, режим роботи і т.д.); хто з членів родини приділяє найбільшу увагу часу вихованню та реабілітації дитини з інвалідністю; пільги, якими користується родина, що встановлені законодавством, ступень обізнаності про це самої родини (інформація надається за бажанням батьків); зміну взаємовідносин у родині у зв'язку з народженням дитини з інвалідністю; матеріальний стан сім'ї і його зміна у зв'язку з народженням дитини інваліда; готовність і змогу батьків допомагати в корекційній та навчально-виховній роботі; благополуччя сім'ї (стан здоров'я батьків та інших членів сім'ї, вживання алкоголю батьками чи іншими членами сім'ї тощо); якість нагляду за дитиною.

Обстеження соціально-побутових умов проживання родини, у якій виховується дитина, містять: вид житла; житлова площа на одну особу; поверх, на якому проживає родина; благоустрій житла; чи має дитина окрему кімнату; чи має можливість дитина виїхати на дачну ділянку; чи має дитина допоміжні засоби для самообслуговування в місті, де проживає.

Оцінка обмеження здатності дитини до самообслуговування передбачає (якщо дитині до 3-х років): базові соціальні характеристики дитини з інвалідністю; виявлення здатності дитини рухати руками; здатність діяти пальцями (обертати кубик); здатність діяти кистю; здатність тягнути

або штовхати предмет; здатність пересувати предмети; здатність діяти обома руками.

Оцінка навичок самообслуговування у дітей віком 3–18 років включає огляд навичків особистої гігієни, одягання, роздягання; прийому їжі; (з 11 років) миття посуду, користування домашніми приладами, прибирання приміщення, ручне прання, оцінка можливості самостійного проживання й уміння розпоряджатися грошима дається дитині-інваліду у віці 16-18 років.

Самостійне відвідування магазинів, підприємств побутового обслуговування оцінюється у дітей 15-18 років.

Оцінка обмеженості здатності до спілкування включає встановлення наявності базових соціальних характеристик здатності дитини до спілкування, а саме:

- спілкування у всіх звичайних суспільних стосунках (сім'я, друзі, сусіди, однокласники та ін.);

- спілкування з оточуючими (мовлення, зір, слух, письмове мовлення, розуміння знаків, символів та ін.);

- користуванням телефоном, телевізором, радіо, комп'ютером;

- читання книг, журналів та ін., у відповідності з віковою нормою.

Оцінка обмеження можливості контролювати свою поведінку передбачає встановлення наявності базових соціальних характеристик дитини, пов'язаних зі здатністю будувати взаємини із оточуючими, зокрема:

- характер особистих взаємин із членами родини;

- характер міжособистісних взаємин за межами оселі, у ближньому та дальньому соціальному оточенні.

- правильна ідентифікація предметів та людей;

- можливість дотримання морально-етичних, соціально-правових, санітарно-гігієнічних норм;

- можливість виконання звичайної повсякденної діяльності;

- можливість усвідомлення особистої безпеки (для дитини у віці **11-18 років**), враховуючи можливість користування газом, електрикою, туалетом, ванною, сірниками та інше.

- можливість діяти самостійно;

- можливість із сторонньою допомогою та підказкою;

- неможливо діяти;

- можливість усвідомлення самого себе, свого місця в часі та просторі, свого соціального статусу, своїх психічних та особистих якостей.

Оцінка обмеженості можливості до орієнтації передбачає здатність до орієнтації як виду діяльності і пред'являє вимоги до фізіологічних та психологічних характеристик дитини (центральної нервової системи, зорового та слухового аналізаторів та інше). Базові соціальні характеристики дитини, що пов'язані зі здатністю до орієнтації, включають:

- можливість усвідомлення місцезнаходження в часі і просторі;

- можливість усвідомлення своєї особистості;

- сприйняття, упізнавання, адекватне реагування на інформацію, що надходить, розвиток сенсорних аналізаторів (нюхати, відчувати, бачити, смакувати, чути тощо).

Оцінка соціально-побутової орієнтації, орієнтування у просторі та інші особливості розвитку дитини дошкільного віку визначаються відповідно базового компонента дошкільної освіти й відповідних програм розвитку («Малютко», «Зернятко», «Я у світі»). Завдання дитячої реабілітаційної установи – використовувати ці програми у реабілітаційному процесі.

Оцінка обмеженості можливості до пересування

Ознаки, що характеризують базові соціальні характеристики, пов'язанні з руховою активністю дитини:

- здатність підтримувати позу;
- здатність пересуватися (встати з ліжка, крісла, стільця, лягати та сідати, змінювати положення в ліжку);
- здатність долати перешкоди й підніматися сходами, ходити по пересіченій місцевості;
- здатність бігати.

Оцінка обмеженості можливості до оволодіння знаннями включає: аналіз базових соціальних характеристик дитини з інвалідністю:

- інформація про виховання дитини;
- інформація про освіту (загальну) дитини;
- інформацію про професійну підготовку дитини;
- професійно-трудові дані дитини;
- дані про профорієнтацію дитини;
- дані про заняття дитиною мистецтвом, фізичною культурою або спортом.

Педагогічна діагностика дитини з інвалідністю

Педагогічна діагностика передбачає всебічне вивчення об'єкту педагогічного впливу. Для кожної дитини з інвалідністю програма педагогічного обстеження конкретизується в залежності від віку дитини та її відхилень від нормального розвитку.

Педагогічна діагностика передбачає оцінку освітніх можливостей (відповідність між подовженням та складністю навчання, а також якістю отриманих знань, умінь та навичок); оцінку ефективності навчання (успішність, швидкість та якість освітніх можливостей); оцінку навчання (якість отриманих знань, продуктивність, точність, професійна ефективність); оцінку працездатності в процесі навчання; оцінку графічних навичок та письма; оцінку освоєння рідної мови та мовлення, математики та інше; оцінку взаємовідношень з друзями; оцінку відношення до навчання.

У дитини з інвалідністю оцінюється загальний розвиток мовлення, знання, розуміння й уявлення про навколишнє середовище, соціальні зв'язки, освоєння навичок самообслуговування й ігрова діяльність.

Інформація про професійну підготовку дитини з інвалідністю включає:

- відомості про професійну підготовку, якщо така проводилася, то де вона була отримана;
- відомості про спеціальність, згідно з якою отримана професійна підготовка;
- відомості про профпідготовку на теперішній час, то де і за якою професією вона здійснюється.

Інформація про заняття дитини з інвалідністю творчим видом діяльності, фізичною культурою передбачає вивчення таких питань:

- чи займається дитина з інвалідністю у якомусь гуртку;
- чи володіє вмінням творчої діяльності, фізичної культури;
- якщо не займається, то чи має бажання займатися.

Соціальна діагностика дозволяє всебічно обстежити й дати експертну оцінку обмежень життєдіяльності в дитини та ступеня їх вираженості.

1.3. Заходи із соціальної реабілітації особливих дітей

Соціальна реабілітація дитини з інвалідністю – це система корекційних заходів по розвитку соціальних функцій та відновлення здатності дитини з інвалідністю до самостійної громадської та сімейно-побутової діяльності, процес включення її у соціальне середовище, нормальну суспільно – корисну діяльність і адекватні взаємовідносини з однолітками.

При формуванні плану соціальної реабілітації дитини з інвалідністю необхідно означити:

- результати проведеної тестування на першому і основному етапах;
- строки виконання (дату початку та кінця реабілітаційних заходів);
- напрямки та об'єм реабілітаційних заходів;
- залучення до активної участі в реабілітаційному процесі батьків дитини з інвалідністю, навчання їх ефективним методам та прийомам корекційно-розвивальної роботи;
- програму домашньої активності-комплекс послідовних домашніх завдань, які повинна виконувати дитина вдома із допомогою батьків.

Соціальна реабілітація дитини з інвалідністю включає наступні заходи:

Інформування і консультування сім'ї дитини – інваліда з питань соціальної реабілітації і правових питань.

Соціально-психологічний патронат сім'ї дитини з інвалідністю, що має допомогти сформувати адекватні взаємини між батьками, іншими членами сім'ї та дитиною; допомогти дорослим створити комфортну для розвитку дитини сімейну атмосферу; розширити поінформованість батьків про потенційні можливості дитини, її перспективи в різних аспектах життя; створити умови для активної участі батьків у вихованні і навчанні дитини; навчити батьків реабілітаційних прийомів, організації ігрової та навчальної діяльності дитини.

Інформування сім'ї та надання рекомендацій щодо соціально-побутового орієнтування дітей.

Надання допомоги дитині-інваліду в підборі технічних засобів реабілітації, відповідно до медичних показників, навчання дитини з інвалідністю користуватися технічними засобами реабілітації.

Програма самообслуговування та соціальних навичок дитини – інваліда включає:

Уміння самостійно їсти і пити, одягатися, користуватися туалетом, умиватися і причісуватися, спілкуватися з оточуючими та гратися.

Оволодіння соціальними навичками.

Можливості до пересування (здатність змінювати та утримувати положення тіла, до зберігати рівновагу при пересуванні та у стані спокою, подолати перешкоди при ходьбі і т.д.).

Здатність до орієнтації (до орієнтації в часі, місцезнаходженні та ін., у тому числі за допомогою технічних засобів).

Здатність до спілкування (налагодження контактів з людьми шляхом сприйняття, переробки та передачі інформації, у тому числі з використанням при необхідності допоміжних технічних засобів допомоги).

Соціально-побутове орієнтування включає знання та визначення частин тіла людини; знання своєї адреси та членів сім'ї; знання розміщення кімнат приміщення свого житла, соціокультурних закладів; знання умов свого побуту й уміння в них орієнтуватися; орієнтування на вулиці; знання елементів і особливостей флори й фауни, орієнтування в часі (дні тижня, пори року, години); засвоєння соціальних норм і правил поведінки.

Програма соціально-побутової реабілітації передбачає формування в дітей з обмеженими можливостями здоров'я побутових навичок та включає:

Формування в дитини-інваліда уміння концентрувати увагу, контроль за руховою діяльністю.

Формування навичок самообслуговування (харчування, одягання, особиста гігієна, прибирання приміщень, спілкування, культура поведінки).

Розвиток ігрових навичок.

Виховання навичок використання інформації (знаки дорожнього руху, телефон, годинник, гроші).

Створення необхідних умов для незалежного існування дитини-інваліда передбачає:

- створення безбар'єрного середовища;
- забезпечення елементарною комфортністю житлових і допоміжних приміщень, безпечним житловим середовищем;
- врахування при будівництві або реконструкції приміщення, призначеного для дитини - інваліда (індивідуального чи в стаціонарному закладі), естетичного зовнішнього вигляду та інтер'єру, які створюють відчуття психологічного комфорту і зручності;
- відповідність житлової площі санітарним нормам, її архітектурно-планувальні зміни;

- дотримання стандартів до площі й обладнання технічними засобами реабілітації і допоміжними застосуваннями по догляду;

- пристосування житла дитини-інваліда до її функціональних можливостей, оснащення приміщень спеціальними допоміжними пристосуваннями для полегшення самообслуговування;

- запобігання підвищеній небезпеці нещасних випадків (падіння, опіки, отруєння), пов'язаних зі зміною стану аналізаторів (слуху, зору), порушеннями рухової функції, психічної діяльності шляхом адаптації житла. Для осіб, які мають парези і паралічі або інші види порушень опорно-рухового апарату, які мають утруднення і нестійкість при ходьбі, необхідні допоміжні ручки і поручні, щоб за них можна було триматися при переміщенні по квартирі. Підлога повинна бути неслизька або покрита килимовим покриттям, яке не збивається при ходьбі, щоб виключити падіння. Для забезпечення можливості пересування на кріслі - візку потрібне перепланування квартири: усунення порогів між кімнатами, збільшення площі кухні, ванної кімнати, ширини прорізів дверей. Ванну і туалет оснащують пристроями, які полегшують користування ними або виконання гігієнічних процедур;

- підбір спеціальних засобів, що полегшують приготування їжі (пристосування для різання, чищення продуктів, відкривання банок і пляшок) або самостійний її прийом, користування столовими приборами (тримачі для посуду, спеціальна насадка на ложку, виделку, ніж, набір посуду для сліпих, тарілка для захвату їжі губами), апаратів дистанційного управління, предметів домашньої обстановки, пристроїв сповіщення (автоматичні засоби сигналізації про пожежу, витік газу, сигнали тривоги при початку судорожного припадку у хворого на епілепсію), доступні засоби зв'язку і комунікації; системи внутрішньо-квартирного зв'язку, екстреного виклику, які дозволяють у випадку необхідності, не встаючи з ліжка, зв'язатися із соціальним працівником;

- забезпечення індивідуальними технічними засобами реабілітації і пристосуваннями, які полегшують пересування, орієнтацію, спілкування (протези, ходунки, ортопедичне взуття, тифлотехніка, сурдотехніка і т.д.);

- забезпечення допоміжними пристосуваннями, для полегшення самообслуговування, які підбираються з урахуванням індивідуальних потреб і порушених функцій;

- відповідність обладнання для житла й індивідуальних допоміжних пристосувань до типу дефекту, яке повинне бути нешкідливим для здоров'я, функціональним, зручним і простим у застосуванні;

- виконання завдань соціально-побутового орієнтування, куди входить навчання дитини самостійно орієнтуватися в навколишній обстановці, правильно сприймати її стан, адекватно реагувати на зміни, які відбуваються в ній. У процесі орієнтування здійснюється ознайомлення інваліда з предметами і оточенням соціально-побутового призначення (у власній квартирі і спеціалізованому закладі);

- навчання дитини-інваліда навичкам самозабезпечення в побуті,

персональному збереженні, з питань дієтотерапії; режиму дня, користування лікарськими засобами, допоміжними технічними пристроями;

- навчання і освіта членів сім'ї дитини-інваліда з різних питань: про характер захворювання, яке є у дитини-інваліда, обмеження життєдіяльності, пов'язаних з ними соціально-психологічних і фізіологічних проблем, видах і формах соціально-побутової допомоги, видах технічних засобів реабілітації, особливостях їх експлуатації.

Соціально-середовищна реабілітація має на меті створення оптимального середовища життєдіяльності дитини-інваліда за межами її житла.

Соціально-середовищна реабілітація має на увазі два процеси – пристосування соціального середовища до специфічних можливостей дитини-інваліда, усунення перешкод до незалежного існування в умовах навколишнього середовища і виробничій сфері, з одного боку, і навчання дитини з інвалідністю жити в звичайному соціумі і бути інтегрованим в суспільство - з іншого.

Соціально-середовищна реабілітація забезпечує:
соціально-середовищне орієнтування.

Сюди входить: становлення взаємовідносин з людьми, знайомство з територією і розміщеними на ній необхідними об'єктами - магазинами, закладами, підприємствами, спортивно-оздоровчими закладами;

соціально-середовищну освіту - процес навчання індивіда навичкам користування середовищем, навичкам переміщення в навколишньому середовищі, користування транспортом, уміння самостійно купувати продукти й речі, відвідувати громадські місця. Сюди ж відноситься і навчання соціальної незалежності, спрямоване на можливість самостійного проживання, уміння розпоряджатися грошима, користуватися громадянськими правами, брати участь у громадській діяльності.

Важливе значення має навчання навичкам проведення відпустки, дозвілля, заняття спортом та фізичною культурою, що включає набуття знань та навичок про різні види спортивної та дозвільної діяльності, навчання використанню для цього спеціальних технічних засобів реабілітації, інформування про відповідні заклади, які здійснюють даний вид реабілітації.

Важливе консультування з правових питань, яке повинне забезпечити їм правову допомогу в області соціального захисту. При зверненні до органів соціального захисту і інших організацій, покликаних займатися соціальною реабілітацією дитини-інваліда, родичі, а також особи, що представляють інтереси дитини-інваліда, повинні мати можливість у повному об'ємі отримати необхідну інформацію про права інвалідів, про можливості регіону в справі надання їм необхідної допомоги. Важлива також освіта дитини-інваліда по сімейним питанням - в області статтевого виховання, можливість контролю народжуваності та ін.;

соціально-середовищну адаптацію - процес і результат пристосування дитини-інваліда до об'єктів життєдіяльності і оволодіння навичками самостійного життєзабезпечення, користування громадянськими правами.

Соціально-середовищна адаптація включає в себе не тільки навчання дитини-інваліда необхідним навичкам, але і цілий ряд заходів, які повинні здійснюватися суспільством, державою, регіональними структурами.

Заходи з соціально-культурної реабілітації дитини-інваліда передбачають забезпечення ї дитини - інваліда засобами мистецтва і культури та включають: розвиток різноманітних життєво важливих пізнавальних навичок; підвищення рівня самооцінки особистості; здатність до творчого самовираження; розвиток навичок спілкування; формування в дитини-інваліда активної життєвої позиції; навчання в музично-драматичних колективах, вокальних або хореографічних студіях, школах ремесел, студіях малювання, різноманітних гуртках; участь у фестивалях, концертах, конкурсах, театралізованих показах.

Третій етап: визначення результатів соціальної реабілітації

На завершальному етапі реабілітаційного процесу здійснюється соціальна діагностика дитини з інвалідністю та аналізуються соціальні критерії обмеженості життєдіяльності дитини після завершення курсу реабілітаційного процесу.

Оцінка обмеження здатності дитини до самообслуговування в дітей віком 3–18 років передбачає аналіз навичок особистої гігієни; одягання, роздягання; оцінка контролюючої екскреції (екскреція під контролем чи без контролю).

Оцінка можливості самостійного проживання і вміння розпоряджатися грошима дається дитині-інваліду у віці 16-18 років передбачає можливість самостійного проживання, розпоряджатися грошима, користуватися громадськими правами, брати участь у громадській діяльності.

Оцінка соціально-побутових навичок дитини з інвалідністю у віці 11-18 років: приготування їжі (здійснює самостійно; здійснює з незначною допомогою та підказкою; здійснює зі сторонньою допомогою; не здійснює); миття посуду (здійснює самостійно; здійснює з незначною допомогою та підказкою; здійснює зі сторонньою допомогою; не здійснює); користування домашніми приладами (здійснює самостійно; здійснює з незначною допомогою та підказкою; здійснює зі сторонньою допомогою; не здійснює); прибирання приміщення (здійснює самостійно; здійснює з незначною допомогою та підказкою; здійснює зі сторонньою допомогою; не здійснює); ручне прання (здійснює самостійно; здійснює з незначною допомогою та підказкою; здійснює зі сторонньою допомогою; не здійснює).

Оцінка соціально-трудових навичок дитини у віці від 11 до 18 років: оволодіння навичками ремонту одягу; оволодіння простими навичками поточного ремонту власного житла; самостійне відвідування магазинів, підприємств побутового обслуговування оцінюється у дітей 15-18 років.

Оцінка обмеженості здатності до спілкування. До базових соціальних характеристик дитини, що пов'язані з таким видом діяльності, як спілкування, відносяться:

- участь у всіх звичайних суспільних стосунках (сім'я, друзі, сусіди, однокласники та ін.);

- спілкування з оточуючими (мовлення, зір, слух, письмова мова, розуміння знаків, символів та ін.);
- користуванням телефоном, телевізором, радіо, комп'ютером;
- читання книг, журналів та ін. у відповідності з віковою нормою.

Соціальне обстеження включає оцінку соціальних зв'язків, яка можлива для дитини у віці від 4 до 18 років : коло соціальних зв'язків; зв'язки, обмежені сім'єю, класом; спілкування дитини з інвалідністю з дітьми.

Оцінка обмеження можливості контролювати свою поведінку. До базових соціальних характеристик дитини, пов'язаних зі здатністю контролювати свою поведінку, відносяться: характер особистих стосунків з членами родини; характер міжособистісних стосунків за межами оселі; можливість виконання звичайної повсякденної діяльності; можливість дотримання морально-етичних, соціально-правових, санітарно-гігієнічних норм; можливість усвідомлення особистої безпеки (для дитини у віці **11 - 18 років**) із вирахуванням можливості користування газом, електрикою, туалетом, ванною, сірниками та ін.:

Оцінка обмеженості можливостей до орієнтації: здатність до орієнтації як виду діяльності пред'являє вимоги до фізіологічних, психологічних та психофізіологічних характеристик дитини (центральної нервової системи, зорового та слухового аналізаторів та ін.).

Базові соціальні характеристики дитини, що пов'язані зі здатністю до орієнтації, включають: можливість усвідомлення місця знаходження в часі і просторі; можливість усвідомлення своєї особистості; сприйняття, адекватне реагування на інформацію, що надходить (нюхати, сприймати, бачити, смакувати та ін.).

Вищеперелічені характеристики аналізуються з урахуванням вікових норм.

Оцінка обмеженості можливості до освіти включає:

Інформацію про виховання дитини **віком до 7 років:**

- інформація про розвиток дитини (соціально-побутова орієнтація, навички самообслуговування, ігрова діяльність, працездатність, загальний розвиток мовлення, графічні навички, готовність до письма та ін.).

Професійні дані (для дитини у віці **14-18 років**) включають інформацію:

- про наявність професії (спеціальності);

- про зайнятість :

- а) працює (де, за якою професією або спеціальністю, тип підприємства, умов і організації праці, заробітна платня, ставлення до роботи);

- б) не працює (чи хоче працювати, професія, за якою хотів би працювати, умови й режим праці, зарплата).

Інформація про заняття дитини з інвалідністю культурою, фізичною культурою і спортом (чи займається дитина з інвалідністю культурою,

фізичною культурою та мистецтвом, де займається; якщо не займається, то хотіла би займатися або ні; які заклади відвідує та ін).

Оцінка обмеженості можливості до пересування

Ознаки, що характеризують базові соціальні характеристики, пов'язанні з пересуванням: спроможність до пересування; здатність долати перешкоди і підніматися сходами, ходити по пересіченій місцевості;

- здатність бігати; здатність пересуватися (встати з ліжка, з крісла, зі стільця, лягати та сідати, змінювати положення в ліжку); здатність підтримувати позу.

Обмеження, що виникають при пересуванні: зменшення здатності до пересування на великі відстані; збільшення часу, що витрачається на пересування; пересування з допомогою іншої людини; обмеженість пересування в межах житла; повна відсутність пересування.

На завершальному етапі фахівцями Центру проводиться тестування актуального стану дитини.

Результати діагностики фіксуються в протоколі, який заповнюється реабілітаційною комісією Центру. Після цього проводиться якісно-кількісний аналіз результатів діяльності дитини, при цьому приділяється велика увага характеристикам якісного порядку, так як вони допомагають оцінити ступінь самостійності дитини, вміння обрати той чи інший спосіб дій, повноту та глибину розуміння завдання, здібність дитини до навчання.

Тести складаються в залежності від стану дитини з інвалідністю і класифікуються: інтелектуальні; особистісні; швидкісні; результативні.

Тест дає змогу отримати порівняльну оцінку, для вивчення будь-яких змін в динаміці розвитку.

Результатом виконання реабілітаційної програми дитини з інвалідністю є досягнення спроможності до самообслуговування, самостійного проживання, забезпечення інтеграції дитини з інвалідністю в суспільство.

Після закінчення курсу реабілітації дитині-інваліду видається Рекомендаційний лист, де вказується назва та реквізити Центру, прізвище, ім'я, по-батькові дитини з інвалідністю, перелік та обсяг наданих їй послуг, результати реабілітації, наступні рекомендації.

1.4. Організація психологічної реабілітації особливих дітей в умовах центру соціальної реабілітації дітей з інвалідністю

На сьогодні перед суспільством України гостро постає питання щодо надання якісної психологічної допомоги особам з обмеженими можливостями. Оскільки на даний момент немає чіткої регламентації стосовно організації психологічної реабілітації дітей-інвалідів із психофізичними порушеннями, з якими найчастіше працюють практичні психологи, соціальні педагоги, вчителі-реабілітологи та інші соціальні працівники, виникає необхідність створення методичних рекомендацій для оптимізації цього процесу. У II частині цього посібника організація

психологічної реабілітації дітей-інвалідів представлена як система заходів, яка передбачає проведення психодіагностики, психологічної корекції, консультування та психологічного прогнозування. Надаються практичні рекомендації щодо організації корекційної роботи з дітьми-інвалідами різного віку. Детально описано методики, що застосовуються у процесі психологічної реабілітації дітей-інвалідів.

Система заходів із психологічної реабілітації дітей – інвалідів поділяється на три етапи:

Перший етап – психологічна діагностика інтелектуальної, емоційно-вольової та комунікативної сфери тощо; розробка індивідуального плану реабілітації дитини з інвалідністю, рекомендацій для батьків, які виховують дітей-інвалідів стосовно проведення індивідуального навчання вдома.

Другий етап – психологічна корекція; психологічне консультування, прогностика.

Третій етап – аналіз та оцінка результатів психологічної реабілітації.

Перший етап: діагностика психологічного розвитку дитини

Основними принципами психологічної реабілітації дітей-інвалідів в умовах центру соціальної реабілітації можна вважати:

а) принцип індивідуального та особистісного підходу – вивчення індивідуальних психічних процесів, що потребує максимальної індивідуалізації використовуваних методів з урахуванням вікових та характерологічних особливостей дітей-інвалідів;

б) принцип безперервності - процес реабілітації повинен здійснюватися безперервно до досягнення максимального розвитку психофізичного стану дитини з інвалідністю відповідно до потенційних можливостей, а також компенсації або відновлення порушених функцій;

в) принцип комплексного підходу - здійснення комплексного підходу у здійсненні психореабілітаційних заходів, направленість реабілітаційного процесу на різні сфери життєдіяльності та адаптацію дітей-інвалідів у суспільство;

г) принцип послідовності та наступності – поступове і поетапне здійснення реабілітаційних заходів (від простого – до складного, від ближніх цілей – до дальніх), створення "переходів" від одного реабілітаційного заходу до іншого.

д) принцип визначення відповідності рівня розвитку дитини з інвалідністю до вимог вікового періоду, у якому вона знаходиться;

е) принцип детермінованого підходу до стану дитини, який враховує виявлення порушень психічних функцій, виявлення їх взаємозалежності з урахуванням первинного дефекту та обумовлених ним дефектів вторинних порядків;

є) принцип динамічного вивчення обумовлює вимоги про облік у процесі обстеження і при оцінці результатів виконання завдань не тільки того, що дитина знає і може виконати в момент дослідження, але і її можливостей в навчанні, тобто «зони найближчого розвитку»;

ж) принцип кількісно-якісного підходу дозволяє враховувати не тільки кінцевий результат роботи, але й засіб дій, раціональності обраних рішень логічної послідовності, наполегливості дитини при досягненні мети.

Провідна роль в отриманні відомостей про рівень розумового розвитку, особистісних та індивідуально – психологічних особливостей дитини, про життєву ситуацію, у якій відбувається її розвиток, належить психологічному обстеженню дітей. На першому етапі психологічної діагностики дитини відбувається визначення психофізичного стану дитини, виявлення відхилень у психологічному розвитку, визначення форм, методів, засобів, терміну та процедур психологічної корекції, консультування тощо.

Принципи проведення психологічного обстеження:

комплексне та системне вивчення всього життєвого шляху дитини, включаючи ранній період розвитку, а також відомості про батьків; вивчення, яке припускає виявлення не тільки особливостей її пізнавальної діяльності, але й своєрідність емоційно-вольового розвитку, моторики, поведінки, фізичного стану, які розглядаються в різних сполученнях та взаємозв'язках;

підбір діагностичного інструментарію відповідно віку;

детермінований підхід до стану дитини, який припускає не тільки виявлення порушення її психічних функцій, але й виявлення їх взаємозалежності (виявлення первинного дефекту та обумовлених ним дефектів інших порядків);

визначення „зони найближчого розвитку”, здатності до навчання, прогнозу розвитку – основи індивідуальної програми реабілітації;

якісно – кількісна оцінка отриманих результатів, що дозволяє розробити конкретні рекомендації стосовно найбільш ефективних корекційних заходів;

індивідуальний підхід до дитини для забезпечення максимальної ефективності реабілітаційного впливу з урахуванням специфічних потреб особистості.

Методи психодіагностики дитини з інвалідністю включають:

1 Вивчення документації має на меті:

- збір анамнестичних даних педіатра, психіатра, невролога, отоларинголога, офтальмолога, логопеда, дефектолога, педагога, вихователя, соціального працівника;

- формування тактики та стратегії подальшого обстеження дитини – інваліда.

Бесіда має на меті:

- встановлення контакту з дитиною;

- з'ясування важливих відомостей про дитину: рівень розвитку, інтереси, здібності, особливості характеру, поведінки, її стосунків у сім'ї, у школі;

- вичерпна інформація як про саму дитину, так і про мікросоціальне її оточення.

Вивчення та аналіз продуктів діяльності дитини з метою визначення особливостей її розвитку:

- аналіз навчальних робіт, малюнків, виробів з метою збору та аналізу матеріалу, який відображає особливості психічного розвитку дитини, рівень розвитку сенсорних та моторних навичок;

- узагальнення вивченого та формування висновку щодо психологічного стану дитини з інвалідністю.

Спостереження (за грою, поведінкою, спілкуванням, станом працездатності, навчанням – у природних або лабораторних умовах) з метою визначення рівнів соціально-психологічного та психофізичного розвитку

Експеримент передбачає збір даних про дитину та вирішує питання:

- виявлення та систематизацію патологічної симптоматики та надання їй патопсихологічної класифікації;

- проведення структурного аналізу виявлених розладів, виділення первинних симптомів, пов'язаних з хворобою, та вторинних порушень, обумовлених аномальним розвитком в умовах хвороби;

- розроблення програми корекційних заходів, диференційованих у залежності від характеру, природи та механізму порушень.

При плануванні експерименту необхідно враховувати емоційний стан та вік дитини, рівень інтелектуального та мовленнєвого розвитку, а також стан зору, слуху, опорно-рухової системи.

Результати експериментального дослідження фіксуються в протоколі, який обов'язково повинен зберігатися у практичного психолога. Потім проводиться якісно – кількісний аналіз результатів діяльності дитини, але при цьому приділяється велика увага характеристикам якісного порядку, так як вони дозволяють оцінити ступінь самостійності дитини, вміння вибирати той чи інший засіб дії, повноту та глибину розуміння завдання, ступінь витривалості до навантаження, навчання.

Тести – стандартизовані методики психологічного виміру, що передбачають кількісний вимір показників психічного розвитку дитини, дають можливість виявити ступені сформованості тієї чи іншої психічної функції та визначити міру її відповідності віковій нормі.

При роботі з дітьми-інвалідами можуть використовуватися тести різної направленості, специфіки, методики проведення: тести інтелекту, тести на швидкість реакції, тести особистості та проєктивні тести.

Анкетування батьків.

Другий етап: психологічна корекція.

Корекційна робота базується на наступних **принципах**:

- ранньої корекції (передбачає раннє виявлення проблем дитини та організацію корекційної роботи в сенситивні строки);

- реалізації діяльнісного підходу (опір на провідну діяльність кожного вікового періоду, забезпечення умов для формування провідної діяльності та формування самої дитини як суб'єкта діяльності);

- комунікативної направленості (необхідність підвищеної уваги до розвитку мовлення як основного засобу комунікації та цілеспрямоване формування навичок спілкування з дорослими та підлітками);

- індивідуально-диференційованого підходу (враховуються індивідуально-психологічні особливості та потреби кожної дитини, а також особливості, типові для групи в цілому);

- створення сприятливого психоемоційного клімату (реконструкція батьківсько-дитячих взаємовідносин, оптимізація взаємовідносин у сім'ї, гармонізація міжособистісних відношень між матір'ю з дитиною-інвалідом та членами сім'ї; корекцію неадекватних реакцій поведінки та емоційних реакцій батьків, які мають дитину-інваліда; розвиток комунікативних форм поведінки, які сприяють самоактуалізації та самоствердженню; формування навичок адекватного спілкування з навколишнім світом).

Заходи із психологічної корекції дитини – інваліда

При розробці індивідуальної програми психокорекційної роботи з дитиною – інвалідом слід мати на увазі наступні напрямки, які є складовою загальної структури реабілітаційних психологічних заходів, спрямованих на дітей раннього, дошкільного та молодшого шкільного віку:

- комплексне вивчення об'єму знань, умінь, навичок, стану пізнавальної діяльності, мовлення, емоційно-вольової сфери, вищих коркових функцій; спостереження за динамікою психічного розвитку при проведенні корекційної роботи; здійснення (визначення) психолого-педагогічного прогнозу;

- розвиток пізнавальної активності, формування стійкої позитивної мотивації у різних видах діяльності:

- розвиток навичок цілеспрямованої діяльності;
- попередження емоційного дискомфорту;
- пробудження стійкої мотивації до спілкування;
- формування концентрації уваги;

- робота психологів, спрямована на забезпечення повноцінного психічного розвитку дитини;

- формування психологічного базису для розвитку вищих психічних функцій:

- сприяння повноцінному фізичному розвитку дитини – інваліда;
- корекція недоліків у рухової сфері;
- розвиток загальної та дрібної моторики;
- формування почуття ритму;
- створення умов для повноцінної міжаналізаторної взаємодії крізь систему спеціальних ігор та вправ.

- формування вищих психічних функцій через:

- розвиток сенсорно-перцептивної діяльності та формування уяви;
- розвиток розумових здібностей крізь оволодіння діями заміщення та наочного моделювання в різних видах діяльності;
- розвиток творчих здібностей;

формування провідних видів діяльності та їх компонентів (мотиваційного, орієнтовно – операційного, регуляційного):

- розвиток предметно – практичної діяльності;
- формування ігрової діяльності;
- формування передумов для оволодіння навчальною діяльністю: уміння планувати, контролювати, регулювати, оцінювати результати при виконанні завдань навчального типу;
- формування основних компонентів психологічної підготовки до шкільного навчання;

корекція емоційно – вольової сфери:

- формування здатностей до вольових зусиль, довільної регуляції поведінки;

- подолання негативних якостей характеру дитини – інваліда, попередження та усунення афективних, негативних, аутичних проявів, відхилень у поведінці;

подолання порушень у мовленнєвому розвитку:

- цілеспрямоване формування функцій мовлення;
- розвиток словесної регуляції дій;
- формування механізмів, необхідних для оволодіння зв'язною мовою;
- створення умов для оволодіння всіма компонентами мовленнєвої системи;

- формування передумов для оволодіння навичками письма та читання;

формування комунікативної діяльності:

- забезпечення повноцінних емоційних та ділових контактів з дорослими та однолітками;

- формування механізмів психологічної адаптації у колективі однолітків;

- формування повноцінних міжособистісних зв'язків та навичок спілкування;

створення сприятливого психоемоційного клімату в сім'ї:

- реконструкція взаємовідносин батьків та дітей;
- оптимізація внутрисімейних взаємовідносин;
- розвиток комунікативних форм поведінки;
- переформування ближнього оточення дитини з інвалідністю.

Корекційна робота з дітьми з інвалідністю з раннього віку до 3 років

Ранній вік – це період становлення органів та систем, формування їх функцій. Підвищена емоційність дитини в перші роки життя потребує емоційного забарвленого спілкування, так як раннє формування позитивних емоцій – це запорука становлення особистості дитини.

Порушення психічного розвитку дитини раннього віку може проявлятися у вигляді затримки психомоторного розвитку, мовленнєвого розвитку, зниження орієнтовно – пізнавальної та ігрової діяльності. Загальна

моторна неспритність та недостатність дрібної моторики обумовлює несформованість навичок самообслуговування (утруднення при використанні ложки, у процесі одягання).

Основні напрямки корекційної роботи:

- розвиток моторної сфери, загальної та дрібної моторики, формування елементарних графічних навичок;
- сенсорне виховання (розвиток оптико – просторових та слухових функцій, сенсорно – перцептивної діяльності);
- розвиток когнітивної сфери та мовлення;
- формування навичок емоційного та ситуативно – ділового спілкування з дорослими та однолітками.
- комплексний підхід до формування тих чи інших властивостей, знань, навичок та тісна взаємодія усіх спеціалістів, зайнятих у реабілітаційному процесі, а також зв'язок з сім'єю дитини – інваліда.

В основу реабілітаційних програм покладається модель розвитку функціональних систем, яка втілюється в різних ланках:

- 1) співпраця „сім'я-дитина-фахівець”;
- 2) співпраця фахівців різного профілю;
- 3) взаємодія методик медико-соціально-педагогічного напрямків: у кожній методиці відновлюються всі функціональні системи;
- 4) взаємодія різних функціональних систем між собою в процесі реабілітації.

Основна форма занять – ігрова.

Корекційна робота з дітьми-інвалідами дошкільного віку, від 3 до 7 років.

Особливістю дошкільного віку є формування специфічного новоутворення – готовності до навчання. На цьому етапі життя дитини необхідно визначити відповідність рівня інтелектуального розвитку віковим нормам та виявити зону найближчого розвитку.

Специфікою аналізу психічної діяльності дитини дошкільного віку є не тільки визначення базових показників її психофізичного розвитку, але й інтегративна оцінка динамічних змін різних функцій в їх взаємозв'язку як із загальним фоном активності та працездатності, так із іншими характеристиками її діяльності.

Порушення розвитку психіки в дитини дошкільного віку може проявлятися у вигляді:

- зниження рівня сформованості знань про навколишнє середовище;
- моторних порушень;
- несформованості дрібної моторики;
- відсутності навичок у зображувальній діяльності на побутовому рівні;
- порушення мовленнєвої активності, якості вимови звуків, об'єму словарного запасу, граматичних порушень, несформованості фонетичних процесів;
- особливості поведінки спілкування, ігрової діяльності;

- недорозвитку вищих психічних функцій, рівня їх сформованості, виснаженості.

Виявлення у дітей дошкільного віку наявності пізнавальних інтересів та мотивації до шкільного навчання; оцінка її емоційно-особистісних особливостей, уміння адекватно оцінювати себе, реагувати на зауваження, адекватно оцінювати результати своєї діяльності.

Основні напрямки корекційної роботи:

- формування вищих психічних функцій;
- розвиток емоційно – вольової сфери;
- формування мотивації до навчання;
- корекція вад мовлення в усіх напрямках як одного з засобів комунікації та показника інтелектуального розвитку;
- корекція негативних проявів поведінки;
- формування соціально – побутових навичок;
- співпраця ”сім’я-дитина-фахівець” на основі розробленої комплексної програми реабілітації, навчання батьків роботі з дітьми-інвалідами та проведення сімейної психологічної реабілітації.

Корекційна робота з дітьми - інвалідами молодшого шкільного віку, від 7 до 11 років

Для цього вікового періоду важливим є питання навчання дитини. Діти з відхиленнями в розвитку слабкі внаслідок супутніх хронічних соматичних захворювань, як правило, не можуть повною мірою оволодіти

Порушення навчання може бути обумовлене низкою причин:

- порушенням чи недорозвитком окремих вищих психічних функцій, їх виснаженням чи загальним недорозвитком інтелектуальної сфери;
- несформованістю пізнавальних інтересів емоційно – вольової сфери;
- зниженням працездатності;
- зниженням мотивації до навчання.

Основні напрямки корекційної роботи:

- визначення вимог до режиму, навантажень, типу навчальної програми, ступеня їх індивідуалізації, процесу навчання;
- оптимізація взаємодії в оточенні дитини (сім’я-фахівці-дитина-однолітки);
- навчання та розвиток із застосуванням засобів культури, мистецтва та літератури;
- корекція особливостей розвитку вищих психічних функцій, мотиваційно-вольової та емоційно – особистісної сфер;
- розвиток вищих психічних та корекція порушених функцій, спираючись на здорові функції;
- розвиток мотивації до навчання, корекція порушень емоційно-вольової сфери;

- тісна співпраця за системою "дитина-фахівець-сім'я" та спеціалістів психолого-соціально-педагогічної реабілітації;
- сімейна психологічна корекція;
- взаємодія „фахівець-батьки” відповідно до індивідуального сімейного плану реабілітації (ІСП).

Корекційна робота з підлітками – інвалідами від 11 до 18 років.

Сімейна діагностика:

- з'ясування умов життя підлітка в сім'ї, сімейних проблем, конфліктів;
- психологічний клімат у сім'ї;
- взаємовідносини між членами сім'ї;
- відношення дорослих членів сім'ї до підлітка – інваліда, характер його виховання (гіперопіка, гіпоопіка, гармонійне виховання);
- соціальний статус сім'ї .

Психологічна підтримка дорослих членів сім'ї підлітка-інваліда, знайомство з основами психологічних знань про закономірність розвитку дитини з інвалідністю, специфіки його виховання:

- педагогічна модель (заходи з педагогічного супроводу з метою підтримки задовільного стану дитини з інвалідністю);
- соціальна модель (надання батькам соціальної допомоги);
- психологічна модель (надання психологічної допомоги);
- правова модель (надання батькам правових консультацій щодо захисту прав та інтересів дітей-інвалідів).

Сімейна психологічна корекція (за участю всіх членів сім'ї), допомога у вирішенні конфліктів, навчання раціональним засобам вирішення внутрисімейних проблем, реабілітація відповідно до ІСП силами фахівців та батьків.

Індивідуальна психологічна корекція особистості підлітка – інваліда (у формі індивідуальних чи групових психокорекційних занять):

- діагностика та корекція психологічної картини хвороби, формування адекватного (гармонійного) ставлення до неї;
- психологічна діагностика стану емоційно – вольової сфери - з'ясування рівня психологічної напруги, наявності та характеру невротичних реакцій;
- просвітницькі бесіди: про себе, сім'ю, навколишній світ, про здоровий спосіб життя, засоби гігієни, про особливості психосексуального розвитку (статеве виховання), про добро і зло (моральне виховання); про емоції й почуття, а також адекватні прояви емоційних реакцій;
- тренінгові заняття;
- морально-етичний моніторинг.

Психологічна діагностика стану емоційно-вольової сфери, наявності та характеру невротичних реакцій, виявлення особливостей самооцінки (ступінь сформованості, адекватності).

Вивчення особливостей часової перспективи (спрямованість у минуле, фіксація на сьогодні, у спрямованість в майбутнє), діагностика мотивації

досягнення, ступня цілеспрямованості (корекція часової перспективи, допомога у формуванні адекватної уяви та планів на майбутнє).

Діагностика міжособистісних відносин, виявлення кола спілкування підлітка – інваліда, вивчення особливостей процесу спілкування: цілі, опосередковане спілкування, його зміст, формальні характеристики процесу спілкування (засоби, методи), ступінь розвитку навичок спілкування, рівень конфліктності у спілкуванні.

Психологічна діагностика особистості, вивчення системи життєвих цінностей, мотивів, установок (за допомогою проєктивних методик, анкет батьків, вихователів, учителів – реабілітологів).

Напрямки психологічної корекції інвалідів-підлітків:

- психологічна корекція особистісних проблем із врахуванням особливості підліткового періоду;
- формування мотивацій дитини з інвалідністю до спілкування та інтеграція в соціум, навчання оцінювати свої здобутки;
- створення мотивації до активності та самостійності;
- формування свідомого відношення до планів на майбутнє, до свідомого обрання професії.

Психологічне консультування

Головною особливістю **психологічного консультування** є те, що безпосереднім “отримувачем” психологічної допомоги є не тільки її кінцевий адресат – дитина, а перш за все дорослий (хтось із родини чи педагог – реабілітолог), який звернувся за консультацією. Таким чином, психолог - консультант здійснює лише непрямий вплив на дитину.

Принципи психологічного консультування:

- принцип добровільності (клієнт усвідомлює наявність проблеми, прагне її розв’язати і вірить, що йому в цьому допоможе психолог);
- принцип діалогічного характеру взаємодії (консультування проходить у формі діалогу);
- принцип орієнтації на норми і цінності клієнта (консультант не займається вихованням, не насаджує свої цінності, не критикує);
- принцип конфіденційності (інформація, отримана під час консультації, не може бути розголошена без згоди клієнта. Психолог також не має права отримувати додаткову інформацію про клієнта без його відома);
- принцип розмежовування особистих та професійних стосунків.

Психологічне консультування передбачає:

- 1) На першому етапі зважається завдання по встановленню контакту з тим, хто консультується.
- 2) Другий етап – консультант проводить професійний психологічний аналіз проблеми клієнта.
- 3) Третій етап – формалізація мети консультації, визначення її кінцевих результатів, що в обов’язковому порядку повинні бути прийняті клієнтом.
- 4) Четвертий етап – власне вирішення проблеми.
- 5) П’ятий етап – підведення підсумків консультації.

Консультація може проводитись як в індивідуальній, так і в груповій формах.

Психологічна прогностика

Останнім блоком психологічної реабілітації є **прогностичний блок**, який включає в себе:

- проектування можливих змін у розвитку пізнавальних процесів та особистості в цілому;
- виявлення динаміки цих змін.

Методики, що застосовуються в процесі психологічної реабілітації дітей-інвалідів

Психологічна реабілітація дітей з органічним ураженням нервової системи передусім базується на методиках **психокорекції** – „виправлення” окремих властивостей особистості і характеру (мотивів, інтересів, установок, ціннісних орієнтацій, рівня претензій) з метою засвоєння оптимальних способів різних видів діяльності (ігрової, комунікативної, навчальної, професійної тощо) для можливої успішної й ефективної самореалізації і соціальної інтеграції та **психотерапії** – комплексне лікування психічних, нервових і психосоматичних розладів, яке вирішує завдання щодо пом'якшення чи ліквідації наявної симптоматики (клінічно орієнтовна психотерапія).

У реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи переважно застосовується **психокорекційні методики** (елементи методики Цветкової, методики розвитку окремих психічних функцій) та **методики поведінкової і тілесно-орієнтованої психотерапії**. До методик поведінкової терапії відноситься холдинг-терапія (фестхальтерапія) та її модифікації. У дітей з переважанням розладів у руховій сфері застосовується метод тілесно – орієнтовної терапії Фельденкрайза – „усвідомлення через рух”.

Серед інших психотерапевтичних методик у дітей широко застосовується **ігрова терапія**. Використовуються розвиваючі та навчальні комп'ютерні ігри, що сприяє відновленню психічних функцій, розвиває маніпулятивну активність і дрібну моторику, стимулює функцію мовлення. Окреме місце серед комп'ютерних ігор займають „соціальні” комп'ютерні ігри, де моделюються різні побутові ситуації, що дозволяє дитині з обмеженими можливостями здоров'я адаптуватись до тієї чи іншої невідомої життєвої ситуації.

До допоміжних психотерапевтичних методик відносяться **арттерапія** (ліпка, малювання, розпис тощо), естетотерапія, музична терапія, танцювально-рухова терапія, казкотерапія, лялькотерапія, глибинно орієнтовані методики (транзактний аналіз, кататимне переживання образів), бібліотерапія, зоотерапія.

Призначення методик **сенсорної корекції і сенсорної інтеграції** вирішується групою спеціалістів, серед яких є: психолог, дефектолог, логопед, а також лікарський персонал. Сенсорний розвиток відіграє важливу роль у психологічному та соціальному становленні особистості, передусім, з

позиції констанції провідного значення в нашому сприйнятті слухової, зорової та тактильної модальності. У цьому аспекті використовується спеціально обладнана сенсорна кімната, де проводиться корекція сенсорно-перцептивної діяльності, стимулюється акустичне та зорове сприйняття, що обумовлює можливість подальшого когнітивного і мовленнєвого розвитку.

Сенсорна інтеграція як терапевтичний інструмент базується на теорії сенсорного інтегрування, розробленої Джин Айрес. Ця методика має на меті застосування контрольованого сенсорного сигналу для створення середовища, що допомагає дитині оволодіти адаптивною реакцією на сигнали навколишнього середовища. Сенсорна інтеграція широко використовується у дітей з органічними ураженнями нервової системи з метою поліпшення та розвитку перцептивної сфери, практичних навичок, корекції порушень емоційної сфери та поведінки.

Третій етап: аналіз та оцінка результатів психологічної реабілітації

За результатами проведення психологічного обстеження та психологічної корекції роботи здійснюється оцінка психологічного стану дитини.

Аналізуються наступні критерії:

- активізація пізнавального інтересу;
- стимуляція розвитку пізнавальних процесів;
- стабілізація емоційно-вольової сфери, поведінкових реакцій;
- розвиток комунікативних функцій дитини;
- покращення внутрішнього сімейного мікроклімату.

За результатами проведення психологічного обстеження та психологічної корекції здійснюється оцінка психологічного стану дитини, а результати фіксуються в картці психологічної реабілітації.

1.5. Організація педагогічної реабілітації дітей з особливими освітніми потребами

Термін «реабілітація» стосується процесу, що має на меті допомогти дітям-інвалідам досягти їхніх оптимальних фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівнів діяльності та підтримувати їх, надавши їм, тим самим, засоби для зміни життя і розширення рамок незалежності (Резолюція Генеральної Асамблеї ООН, 20.12.1993)

Реабілітація дітей-інвалідів – одне з ключових питань, що перебуває в полі зору як державних, так і громадських організацій, що займаються проблемами цієї категорії дітей. Особлива роль у позитивному розв'язанні даного питання належить педагогам – реабілітологам.

У центрах соціальної реабілітації дітей-інвалідів створюється **реабілітаційне середовище**, у якому відбуваються всі реконструктивні процеси щодо корекції вад розвитку.

Третя частина методичного посібника містить інформацію з організації педагогічної реабілітації дітей-інвалідів, яка складається з

педагогічної діагностики та корекційно-педагогічної роботи. Певну увагу приділено характеристиці методик, що використовуються в процесі корекційної роботи, зокрема арт-терапії, методиці Марії Монтессорі, музикотерапії, ігротерапії та казкотерапії, наведено приклади Карт педагогічної діагностики дітей-інвалідів різного віку.

Педагогічна діагностика – комплекс засобів, методів, прийомів, направлених на всебічне вивчення об'єкту педагогічного впливу.

Педагогічна діагностика передбачає:

- оцінку освітніх можливостей (відповідність між рівнем розвитку дитини та складністю навчання, а також якістю отриманих знань, умінь та навичок);

- оцінку ефективності навчання (успішність, швидкість та якість освітніх можливостей);

- оцінку працездатності в процесі навчання;

- оцінку графічних навичок та письма;

- оцінку освоєння рідної мови та мовлення, математики та ін.;

- оцінку взаємовідношень з друзями;

- оцінку ставлення до навчання.

Для дитини з інвалідністю методика педагогічного обстеження конкретизується в залежності від віку.

Педагогічна діагностика дітей-інвалідів раннього віку

Головна мета педагогічної діагностики дитини з інвалідністю цього віку - отримання даних, які характеризують:

- пізнавальну сферу;

- емоційно-вольову сферу;

- передмовленнєвий та мовленнєвий розвиток ;

- руховий розвиток.

Оцінюються наступні параметри:

- можливість установаження контакту і характер контакту дитини з матір'ю;

- стан рухової сфери;

- стан сенсорних реакцій (характер проходження, фіксація);

- характер дій з предметами (захват, швидкість, точність, рух пальців, характер маніпуляцій);

- емоційні реакції;

- голосові реакції, їх характер (гукання, лепетання, перші склади).

Педагогічна діагностика дітей-інвалідів віком до 3 років

Відбір методик здійснюється за принципом поступового зростання рівня труднощів.

Завдання:

- просте переміщення предметів у просторі (орієнтація у просторі, співвідношення предметів за формою, розміром, кольором);

- методика „Доска Сегена” (2-3 форми);

- складання пірамідки;

- складання та розбір матрьошок (2,3,4);

- парні картинки (2-4);
- розрізні картинки (з 2-3 частин);
- побудувати вежу з кубиків;
- застібання гудзиків;
- малювання.

Педагогічна діагностика дітей-інвалідів дошкільного віку (від 3 до 7 років)

Мета – отримання відомостей, які характеризують:

- 1) загальний запас знань та уяв про навколишній світ:
 - запас знань про себе;
 - елементарні уявлення про родинні зв'язки;
 - елементарні уявлення про природні явища;
 - елементарні уявлення про величину, колір, форму, просторові відношення, функціональне призначення речей;
 - інтереси – улюблені ігри, заняття;
- 2) рівень розвитку мовлення;
- 3) орієнтування дитини в часі, просторі;
- 4) рівень розвитку перцептивних дій;
- 5) рівень розвитку продуктивних видів діяльності – конструювання та малювання;
- 6) сформованість мисленнєвих дій та операцій;
- 7) рівень розвитку ігрової діяльності;
- 8) емоційна сфера;
- 9) особливості взаємодії з дорослими та однолітками.

Методи та завдання педагогічної діагностики:

- бесіда;
- спостереження за ігровою, побутовою, навчальною діяльністю;
- графічні методи – малювання;
- Дошки Сегена (більш складні з 10 вкладень);
- складання пірамідок з 4-6-8 кілець;
- складання розрізних картинок (з 4-5-6 частин);
- „Поштова скринька”;
- установа послідовності подій;
- класифікація предметів;
- виключення невідповідного предмету (четвертий зайвий);
- запам'ятовування 10 слів;
- завдання для перевірки рівня опосередкованого запам'ятовування.

Педагогічна діагностика дітей-інвалідів молодшого шкільного віку

Мета – отримання відомостей про ступінь готовності дитини до навчальної діяльності:

- об'єм засвоєння Базового компоненту дошкільної освіти;
- об'єм знань та уявлень про навколишній світ;
- оволодіння навичками письма та лічби;
- сформованість пізнавальної діяльності;
- сформованість навичок спілкування з однолітками та дорослими;

- ступінь емоційно-вольової зрілості.

Методи, методики та завдання:

- бесіда;
- спостереження за побутовою, навчальною діяльністю;
- методики у формі «навчального експерименту»;
- послідовність подій;
- класифікація предметів;
- виключення невідповідного предмета;
- запам'ятовування 10 слів;
- опосередковане запам'ятовування по А.Н. Леонтьєву (I-II серії);
- відшукування чисел (таблиці Шульте);
- коректурна проба;
- прогресивні матриці Равена.

Педагогічна діагностика підлітків

Мета – отримання відомостей про:

- 1) рівень становлення самосвідомості, системи цінностей та інтересів;
- 2) запас знань та уявлень про навколишній світ;
- 3) навчальна діяльність:
 - сформованість навичок спілкування з однолітками та дорослими;
 - навички вольової регуляції.

Другий етап: педагогічна корекція.

Педагогічна корекція – система педагогічних заходів, спрямованих на подолання або зменшення недоліків психічного та фізичного розвитку дітей-інвалідів.

Корекційно – розвивальна робота включає :

- розвиток адекватного сприйняття оточуючого;
- формування навичок просторового орієнтування,
- соціально – побутове орієнтування;
- когнітивний розвиток;
- формування компенсаційних способів діяльності;
- розвиток комунікативної діяльності та творчості.

Корекційна робота для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату

(для дітей з вираженими формами неврологічних захворювань, що виявляються в зниженні здатності робити рухи і зниженні здатності діяти руками, мовним порушенням різного ступеня вираженості, з нормальним інтелектом чи із затримкою психічного розвитку або з легкою розумовою відсталістю).

Корекційно-педагогічний процес включає :

а) На етапі (від 2 до 4 років) здійснюється адаптація дитини в дошкільній установі, формуються первинні уміння і навички різних видів

діяльності: спілкування, гри, пізнавальної діяльності, творчості, самообслуговування.

б) На етапі (від 4 до 7 років) реалізуються завдання корекційного виховання і формується готовність до шкільного навчання.

Корекційна робота здійснюється поетапно з використанням методик, що відповідають ступеню виразності фізичного і розумового дефекту, і має такі напрямки:

- формування розумової діяльності дітей;
- фізичний розвиток;
- сенсорний розвиток;
- розвиток пам'яті (зорової, слухової, моторної, слухомовної, логічної);
- розвиток дрібної моторики, що впливає не тільки на можливість керувати рухами пальців, а й на розвиток мови, довільності поведінки, уміння займатися малюванням, ліпленням, аплікацією;
- розвиток великої моторики, необхідної для зменшення рухових порушень;
- формування навичок просторового орієнтування;
- розвиток мовлення;
- образотворча діяльність;
- етичне та естетичне виховання.

в) На етапі (від 7 до 14 років):

- розумовий розвиток;
- фізичне виховання;
- розвиток дрібної і грубої моторики;
- розвиток мовлення;
- розвиток психічних процесів;
- етичне та естетичне виховання;
- взаємодія з людьми;
- логопедична корекція.

г) На етапі (від 14 до 18 років):

- розвиток вищих психічних процесів;
- розумовий розвиток;
- трудове виховання;
- фізичне виховання;
- розвиток дрібної і грубої моторики;
- етичне та естетичне виховання;
- взаємодія з людьми;
- логопедична корекція.

Логопедична корекція спрямована на:

- розвиток слухового сприйняття, фонематичного і мовного слуху;
- здійснення постановки звуків, їхньої автоматизації;
- проведення дихальних голосових вправ;
- розширення словникового запасу;

- розвиток здатності до складання речень по картинках;
- робота над зв'язним текстом, що складається з бесід, переказів і т.д.

Педагогічна корекція для дітей з легкими формами неврологічних захворювань (з незначними руховими порушеннями, зниженою здатністю до рухів та дій руками, легкими мовними порушеннями, що виражаються в зниженні здатності розмовляти при збереженому інтелекті).

Розумовий розвиток передбачає розвиток в дітей у процесі ігрової, навчальної, трудової діяльності уваги, уяви, мислення, мови, формування способів когнітивної діяльності. У центрі соціальної реабілітації дітей раннього віку має бути створена підготовча до школи група, для підготовки дітей до навчання грамоті та математиці, розвитку логічного мислення, формування просторових уявлень.

Фізичне виховання передбачає охорону і зміцнення здоров'я, особливо нервової системи дитини, фізичний розвиток, виховання інтересу до різних доступних дитині видів рухової діяльності, формування позитивних морально – вольових рис особистості.

У процесі трудового виховання здійснюється розвиток у дітей (з урахуванням вікових та нозологічних можливостей) інтересу до праці, виховання навичок елементарної трудової діяльності, працьовитості через ознайомлення дітей з працею дорослих та особисту участь у посильній трудовій діяльності. До семи років мають опанувати навички самообслуговування, роботу з різними матеріалами, в куточку природи та на ділянці.

Естетичне виховання передбачає прищеплення дитині любові до прекрасного, збагачення її духовного світу, розвиток уяви, почуттів, навичок малювання, ліплення, аплікації, співу в процесі ознайомлення з різними видами мистецтва, з навколишньою дійсністю.

Педагогічна корекція для дітей з більш вираженими формами неврологічних захворювань обмеження життєдіяльності на рівні діяльності з допомогою допоміжних засобів та діяльності за підтримкою інших, мовні порушення різного ступеня виразності при нормальному інтелекті чи з затримкою психічного розвитку або легкою розумовою відсталістю.

Корекційна робота включає:

- організацію інтелектуального й особистісного розвитку дітей з урахуванням корекції порушень розвитку й індивідуальних особливостей;
- соціально – побутову адаптацію;
- розвиток дрібної і грубої моторики;
- розвиток мови;
- логопедичну корекцію;

Корекційно – педагогічний процес включає два ступені.

На I ступені (від 2 до 4 років) здійснюється:

- адаптація дитини в дошкільній установі;
- первинна діагностика психічного розвитку;
- складання та здійснення планів індивідуального розвитку.

Передумовами до засвоєння програми другого ступеня є:

- створення позитивної установки на відвідування реабілітаційної установи;
- активне залучення дитини до корекційно – педагогічного процесу;
- створення психологічної основи розвитку різних видів діяльності: розвиток психічних процесів (відчуттів, сприйняття, уваги, мови, пам'яті, уяви, мислення), формування функцій відображення, пересування, маніпулювання, імітування, співвіднесення, позначення, осмислення, заміщення;
- формування первинних умінь і навичок різних видів діяльності: спілкування, гри, пізнавальної діяльності, творчості, самообслуговування.

На II основному ступені (від 4 до 7 років) досягаються цілі конкретного виховання, формується готовність до шкільного навчання.

Логопедична робота починається з визначення мовної патології. Корекція спрямована на розвиток слухового сприйняття, фонематичного і мовного слуху. Здійснюється постановка звуків, їхня автоматизація, проводяться дихальні голосові вправи. Важливою задачею є розширення словникового запасу, розвиток здатності до складання речень за малюнками, робота над текстами, що полягає в бесідах, переказах тощо.

Фізичне виховання дітей з неврологічними захворюваннями спрямоване на зміцнення здоров'я, корекцію та компенсацію дефектів рухового розвитку і включає систему вправ для навчання правильному диханню, корекції хребетних реакцій, розслаблення м'язів, на формування підйому ступнів, їхньої рухливості й опороздатності, відчуття рівноваги, правильної постави, просторової орієнтації та точності рухів.

Педагогічна корекція для дітей з тяжкими психолого-неврологічними захворюваннями, з вираженою розумовою відсталістю (рухові порушення від помірних до важких, зниження здатності рухатися і діяти руками (важкість обмеження життєдіяльності на рівні діяльності за сприяння інших, залежної діяльності, вираженій нездатності діяти), у сполученні з мовними порушеннями та розумовою відсталістю різного ступеня вираженості.

Програма корекційної роботи спирається на сформовані уявлення про структуру дефекту розумово відсталості дитини, де на перший план виходить порушення інтелектуальної діяльності. Основні цілі корекційного виховання:

- організація інтелектуального й особистісного розвитку дітей з урахуванням їхніх індивідуальних відмінностей та необхідної корекції порушень розвитку;
- соціально-побутова адаптація (формування здатності до співробітництва з дорослими й дітьми в грі та іншій спільній діяльності, гігієнічних і побутових навичок, здатності до самообслуговування);
- розвиток дрібної і грубої моторики;
- розвиток мови.

Трудове виховання проводиться за напрямками: самообслуговування, праця господарсько-побутова, на природі, ручна праця. У перші два роки особлива увага приділяється формуванню культурно – гігієнічних навичок і навчанню самообслуговуванню, на третьому - четвертому роках – господарсько-побутовій, ручній праці.

Розумове виховання передбачає розвиток у процесі корекційно-освітньої, ігрової, трудової діяльності первинних уявлень щодо форми, величини, кількості, лічби, часу й простору. На заняттях з формування елементарних математичних уявлень діти вчаться рахувати предмети, поєднувати та роз'єднувати їх, збільшувати і зменшувати групи предметів, порівнювати їх за величиною та формою.

Робота з розвитку мови спрямована на розвиток слухового сприйняття, фонематичного і мовного слуху. Здійснюється постановка звуків, їхня автоматизація, проводяться дихальні голосові вправи, спрямовані на корекцію недоліків вимови, порушень голосу.

За допомогою фізичного виховання зміцнюється здоров'я дитини, коригуються і компенсуються дефекти рухового розвитку. Заняття спрямовані на мобілізацію всіх рухових можливостей дітей для корекції дефектів моторики та оптимального формування основних локомоторно-статичних функцій і розвитку рухових функціональних систем, а також на корекцію дефектів, що перешкоджають віковому формуванню складних рухових функцій, і створення умов для їх оптимального формування.

Заняття з естетичного виховання (музичні, малювання, ліплення, аплікація) спрямовані на розвиток здатності адекватно сприймати навколишній світ.

Формування просторово – часових уявлень у дітей – інвалідів (активне переміщення у просторі та самостійність дій щодо відображення просторових і часових компонентів).

Третій етап: визначення результатів педагогічної реабілітації

Педагогічна діагностика дитини з інвалідністю проводиться в два етапи. Перший етап – до початку отримання дитиною-інвалідом реабілітаційного впливу. Обстеження дитини з інвалідністю здійснюється з метою визначення педагогічних показників (за поданою нижче карткою).

На основі першого етапу педагогічної діагностики складається корекційна програма на дитину-інваліда відповідно до обстеження.

На другому етапі проводиться повторна педагогічна діагностика для визначення рівня досягнутих цілей, які передбачені корекційною програмою (за поданою нижче карткою).

Результати педагогічної реабілітації після кожного обстеження вносяться у картку педагогічного обстеження дитини – інваліда.

РОЗДІЛ 2. КОРЕКЦІЙНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ РОБОТИ З ОСОБЛИВИМИ ДІТЬМИ

2.1. Методика Марії Монтессорі

Марія Монтессорі (1870 – 1952) народилася в Італії. Була першою в історії своєї країни жінкою-лікарем, психологом, філософом.

На ранньому етапі діяльності працювала з дітьми, що відставали в розвитку.

Основа педагогіки Монтессорі – ствердження «допоможи мені це зробити самому». Спираючись на спостереження та експерименти, вона створила систему освіти, яка допомогла розумово відсталим і знедоленим дітям вчитися так само успішно, як і звичайним. Методика була заснована на спостереженнях за дитиною в спеціально створених умовах – навколишньому середовищі, яке допомагає дитині розвиватися самостійно.

Сьогодні в світі відновився інтерес до системи Монтессорі, її розуміння внутрішнього світу дитини та ідеї допомоги у формуванні всебічно розвиненої особистості. Методика Монтессорі використовується в багатьох країнах з урахуванням специфіки національної системи виховання.

Монтессорі-педагогіка пропонує структуровану систему навчання, яка дозволяє дитині розвиватися в її власному темпі, відповідно до її здібностей за допомогою спеціально розроблених матеріалів під керівництвом монтессорі-педагога.

Система М. Монтессорі включає дитину, навколишнє середовище і вчителя.

Спеціальне середовище складається з 5 навчальних зон:

– зона навичок практичного життя має особливе значення для маленьких дітей (2,5 – 3,5 роки). Тут розташовані матеріали, за допомогою яких дитина вчиться стежити за собою і своїми речами. Використовуючи рамки із застібками (гудзики, кнопки, блискавки, пряжки, шпильки, шнурки, банти і гачки), дитина навчається самостійно одягатися, пересипати й переливати (рис, воду); мити стіл тощо;

– зона сенсорного розвитку дає дитині можливість розвивати 5 основних відчуттів. Вона містить матеріали для розвитку слуху, зору, нюху, тактильних відчуттів тощо. Дитина може навчитися розрізняти висоту, довжину, вагу, колір, шум, запах, форму різних предметів, познайомитися з властивостями різних матеріалів. Це сприяє розвитку периферійної нервової системи, що прискорює розвиток центральної нервової системи – мозку;

– зона розвитку мови – дитина вчиться писати і читати;

– зона математики – дитина навчається рахувати, писати числа, віднімати, додавати, множити, ділити, розв'язувати текстові задачі;

– зона космічного розвитку – так Марія Монтессорі називала зону, що містить матеріали з біології, географії, анатомії та інших дисциплін. Наочні матеріали включають картки, схеми, книжки тощо;

Монтессорі вперше визначила сензитивні періоди в розвитку дитини – це найсприятливіші періоди для розвитку тих чи інших психічних функцій (сприймання, мовлення, пам'яті тощо), що визначають психічний розвиток дитини і мають вирішальне значення для її навчання та виховання. Такі періоди виникають у процесі розвитку всіх дітей, але час їх виникнення, тривалість і динаміка протікання в різних дітей різні. Період розвитку мовлення (0 – 6 років), період сприйняття порядку (0 – 3 роки), період сенсорного розвитку (0 – 5,5 років), період сприйняття маленьких предметів (1,5 – 2,5 років), період розвитку рухів і дій (1 – 4 рік), період розвитку соціальних навиків (2,5 – 6 років).

Система Монтессорі дозволяє дитині легше проходити шлях пізнання в ситуації, коли знання здобуваються в самостійній діяльності, що відповідає її внутрішнім інтересам.

Удосконалюючи свої вміння, дитина поступово розвиває самостійність і впевненість. Монтессорі-метод пробуджує в дитини природну любов до письма, читання й математики і поволі створює стійку мотивацію для продовження навчання.

Дитина навчається самостійно за допомогою спеціально розроблених матеріалів. Вони цікаві, прості в застосуванні, відповідають її віковим особливостям, створюють можливість самоконтролю, що дозволяє дитині самостійно, без вказівок дорослих, побачити власні помилки.

Дитина вчиться працювати одна або разом з іншими дітьми, і цей вибір, зазвичай, вона робить сама. Навчається дотримуватись «основних правил» класу і може нагадувати іншим дітям про необхідність цього. У дитини є багато можливостей проявити себе і відчути успіх, оскільки вона може вибирати заняття і працювати у власному темпі.

Монтессорі-клас включає дітей різного віку. Це місце, в якому дитина може бути вільною від керівництва дорослого; вона може відкривати свій світ і розвивати свої розумові здібності.

Важливе місце в Монтессорі-класі займає спеціально підготовлений педагог. Система М. Монтессорі дозволяє педагогу в час, коли всі діти займаються в класній кімнаті, проводити індивідуальні заняття, працюючи за столиком або на ковдрі.

Педагог повинен бути проникливим спостерігачем і мати чітке уявлення про індивідуальний рівень розвитку кожної дитини. Він вирішує, які матеріали більше підходять дитині для роботи в даний момент. Індивідуальні спостереження дають йому можливість допомагати дитині в оптимальному використанні матеріалів.

Педагог втручається в діяльність дитини тільки в тому випадку, якщо це необхідно. Він має допомогти дитині зробити завдання самостійно. Розміщення дитини в класі, де знаходяться діти різного віку (зазвичай від 2,5 до 6 років), сприяє розвитку більш високого рівня її навчальних здібностей.

Методика Монтессорі відрізняється від інших своєю унікальністю. Вона ґрунтується на розумному співвідношенні між свободою у виборі матеріалів і чіткою дисципліною у класі. Залучає дітей до цікавої для них

діяльності, містить ретельно розроблені дидактичні матеріали, які відповідають потребам дитини.

Система Марії Монтессорі дає дитині ґрунтовну базу для формування всебічно розвиненої, відповідальної, щасливої і творчої особистості.

Ця методика може використовуватися в якості корекційної для дітей-інвалідів дошкільного віку як зі збереженим інтелектом, так і з вадами розумового розвитку різних нозологій.

Застосовувати методику Монтессорі в своїй роботі повинні лише спеціалісти які пройшли спеціальне навчання та отримали відповідний сертифікат.

Проте окремі елементи методики можуть використовуватись у практиці роботи з дітьми-інвалідами фахівцями-реабілітологами, які не мають відповідного сертифікату.

Джерела інформації

- Kramer, Rita. Maria Montessori. Leben und Werk einer großen Frau. 6. Auflage. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch-Verlag, 2004. ISBN 3-596-12455-7
- Монтессорі М. «Помоги мне это сделать самому» // Составители М. В. Богуславский, Г.Б. Корнетов (сборник фрагментов из переведенных книг М. Монтессорі и статей российских авторов о педагогике М. Монтессорі). ИД «Карапуз». – М., 2000
- Монтессорі М. Дом ребёнка. Метод научной педагогики. Пер со 2-го изд., испр. и доп. по 2-му итал. изданию. М.: Сотрудник школ, 1915. – 375 с.

2.2. Педагогічні технології Р. Штейнера – Вальдорфська педагогіка

Вальдорфська педагогіка започаткована відомим австро-німецьким громадським діячем, філософом, педагогом, засновником духовно-наукового руху – антропософії – Рудольфом Штейнером (1861 –1925). Керуючись ідеями антропософії (грец. antropos – людина, sophia – мудрість), Штейнер розробив методологічні засади Вальдорфської педагогіки.

У 1919 р. у Штутгарті було відкрито першу Вальдорфську школу. Ініціатором її заснування став директор тютюнової фабрики «Вальдорф-Асторія» (звідси походить назва школи) Еміль Мольт, який захоплювався антропософією. Новаторські педагогічні ідеї стали осередком своєрідного міжнародного культурно-освітнього руху. На сьогодні кількість так званих вільних вальдорфських шкіл (антропософських шкіл Р. Штейнера) сягає півтисячі. Найбільше їх у Німеччині, Голландії, Швеції, Великій Британії, Австрії, США. Є вони в Африці, Південній Америці, Японії та інших країнах.

Основою цієї педагогіки було прагнення подолати антипедагогічну й антисоціальну селекцію в традиційній педагогіці й створити рівні умови для дітей з різними можливостями й соціальним походженням. Вона

безпосередньо пов'язана із заснованим Р. Штейнером оригінальним лікувально-педагогічним напрямом, який розвивався в багатьох лікувально-педагогічних інститутах і общинах.

Новим напрямом у розвитку вальдорфської педагогіки стала організація лікувально-педагогічних общин «Кемпхілл» (назва селища поблизу Абердіна), що функціонують на основі принципів антропософії Штейнера. Перше товариство «Кемпхілл» було організоване в 1939р. в Шотландії австрійським лікарем, педагогом і психологом Куртом Кенінгом (1902 – 1966). Це поселення, де спільно проживають діти та дорослі з фізичними та психічними вадами, що потребують догляду, а також ті, хто їх виховує, лікує і доглядає. Це лікувально-педагогічна і соціально-терапевтична община, в якій інтегрується спільне життя, праця і навчання хворих і здорових людей. До неї приєднуються і студенти, що мають відповідну освіту в галузі лікувальної педагогіки. Наприкінці ХХ ст. існувало понад 70 таких общин у 16 країнах Європи, Америки й Африки.

Особливості педагогічної технології у реабілітаційній практиці

1. Антропософія як філософська основа педагогічної системи.

Протягом усього життя Штейнер розвивав і пропагував ідею існування надчуттєвої дійсності, яку можна пізнати за допомогою інших, ніж фізичні, органів чуття. Такий шлях пізнання він назвав антропософією, тобто мудрістю про людину. На його думку, мудрість – те, що існує. Антропософія є процесом розуміння й пізнання, вона виникає в людини як «потреба серця», «усвідомлення своєї людяності». Отже, антропософію Штейнер витлумачував як шлях, притаманний людині. Її завдання полягає в тому, щоб дати не фрагмент наукового дослідження, а найповніше цілісне уявлення про суть людини, тобто істину. Світ, природа та історія точно відображають людину, а людина поєднує в собі світ, природу та історію в мініатюрі.

Принципово важливим положенням антропософської педагогіки є ідея поступального і цілісного розвитку дитини, її нерозривного зв'язку із соціальним оточенням. Штейнер розглядав розвиток як процес реалізації глибинних життєвих сил, який, однак, не є повністю спонтанним і незалежним від умов життя. «Саморозвиток» має внутрішнє ґрунтування. У зв'язку з цим автор виокремлював семирічні етапи розвитку, які мають свої «вирішальні трансформації». Водночас Штейнер звертав увагу на троїстий характер психіки дитини (інтелект, почуття, воля), обумовлений станом її духу, тіла і душі. Тому всі повідомлення, які отримує дитина від дорослого, повинні бути сповнені життям, «щоб рости разом з нею». У цьому контексті розкривається мета Вальдорфської педагогіки – виховання людей, орієнтованих на навколишній світ, чутливих до нового, здатних приймати усвідомлені рішення і брати на себе відповідальність за них і свої дії.

2. Побудова навчально-виховного процесу на основі «життєвих ритмів». Теорія життєвих ритмів дитини відображає ідею розвитку в антропософській педагогіці.

Оскільки дитина, на думку Штейнера, народжується зовсім неготовою до самостійного життя, це створює колосальні можливості зажиттєвих

пластичних змін відповідно до того, з чим вона стикається в житті. У цьому процесі дитина пристосовується до світу, вбирає його в себе, щоб сформувати основу духовного життя. Тому дорослі повинні створити умови для засвоєння дітьми правильних життєвих ритмів.

Звертаючи увагу на гіперактивних, гіперзбудливих дітей, у яких порушений такий важливий життєвий ритм, як сприйняття й активне відтворення, Р. Штейнер проводив аналогію з актами вдиху і видиху, вважаючи однаково нездоровим явищем і гіперактивність дитини, коли вона зовсім не здатна сприймати, і постійне перебування «в собі». Вихователь має вміти створити відповідну ситуацію, щоб гіперактивну дитину заспокоїти, і знайти спосіб залучити до спільної гри.

Поступово дитина засвоює ритм тижня, року, зміни сезонів, які надходять до неї також ззовні і від дорослих. Педагог повинен свідомо працювати з ритмами, пам'ятаючи, що, закарбовуючись в ефірному тілі, вони стають основою здорового душевного життя дорослої людини, носієм її здорових звичок.

У вальдорфському дитячому садку вихователі працюють з такими основними ритмами, як ритм дня, ритм тижня, ритм року. День, наприклад, сприймається як живий організм, який можна порівняти з рослиною, що, за твердженням Штейнера, у процесі свого розвитку долає фази стиснення і розширення. Перше розширення відбувається, коли проростає паросток і утворюється листя. Далі настає фаза стиснення – утворення квітки, потім знову розширення – вихід пилку в повітря і стиснення – утворення насіння й плоду.

У всіх вальдорфських дитячих садках існує приблизно однаковий ритм, відповідно до якого розширення пов'язане з вільною індивідуальною діяльністю дітей (гра, малювання, вільний рух), а стиснення – з моментами, коли всі діти збираються разом і відчувають себе як групу. Так само чергуються моменти, коли діти отримують певний імпульс від вихователя, який щось показує, пояснює, розповідає, і моменти, коли вони вільно виявляють сформовані в них імпульси, реалізуючи їх у малюванні, грі, ліпленні, рухах.

Ритм року діти засвоюють під час обов'язкових річних свят, які повторюються: у вересні – свято жнив зі снопами, осіннім урожаєм; у листопаді – свято ліхтариків, для якого вони виготовляють ліхтарики і запалюють їх після заходу сонця; у грудні – святого Миколая, який роздає всім подарунки. Серію свят завершує літнє свято, коли кімнати прикрашають зеленню, квітами, роблять із них вінки.

Отже, вся робота вальдорфського дитячого садка заснована на ритмах: ритмічне поєднання ігор і занять протягом дня; ритмічне поєднання різноманітних занять протягом тижня, їх внутрішня взаємодія з порами року, погодою, емоційною обстановкою і педагогічною ситуацією на конкретний момент у групі.

3. Використання евритмії для надання більшої естетичної та практичної спрямованості процесу навчання, забезпечення інтеграції

різних галузей знань. У вальдорфських школах вивчають предмети, нехарактерні для традиційної школи, що має на меті надання більшої естетичної та практичної спрямованості процесу навчання, забезпечення тісної взаємодії теоретичного навчання з художньо-прикладною діяльністю, інтеграцію різних галузей знань. Такою дисципліною передусім вважають евритмію (грец. eurhythmia – прекрасний ритм, благозвучність, стрункість) – виконання віршів або музики за допомогою ритмічних рухів. В евритмії кожен звук постає як зримий образ, оскільки відповідає специфічному руху. У музиці, наприклад, через рух відкривається тональність, передаються інтервали, тобто весь світ стає зримим. До евритмії як мистецтва руху, «видимої мови», «видимої музики», за переконанням Р. Штейнера, не можна ставитися лише як до сценічного мистецтва, вона мусить бути невід’ємною частиною педагогічного процесу, оскільки здійснює гігієнічний, навіть терапевтичний вплив на дитину, сприяє виробленню її спритності, координації рухів, розвитку музичного слуху, образотворчих здібностей, уяви, фантазії. Особливе значення евритмія має для розвитку волі. За допомогою евритмічних вправ, підкреслював Штейнер, «може бути розвинута така воля, яка залишиться в людини на все життя, у той час як будь-який інший спосіб розвитку волі має ту особливість, що протягом життя вона стає слабшою внаслідок різних подій і випадків». Важливу роль відіграє евритмія й у вихованні соціальної поведінки дітей, адже гармонійності в ній можна досягти лише за взаємної уваги та поваги.

Спектр занять з евритмії у вальдорфських школах широкий. Він охоплює виконання найпростіших ритмів і вправ (молодші класи), ретельно підготовлені виступи на шкільній сцені з ліричними, драматичними, музичними виставами (старші класи) тощо.

Один раз на тиждень у вальдорфському дитячому садку проводиться евритмія як особливий вид художніх занять. Кожна дитина безпосередньо причетна до цього мистецтва, незалежно від того, бере участь у діях чи спостерігає за ними. Згідно з принципами вальдорфської педагогіки це дає змогу відчути радість від вільних природних рухів, пробуджує дитячу фантазію.

Головною подією дня у вальдорфському дитячому садку є народна казка або історія. Діти слухають їх перед обідом або перед тим, як починають збиратися додому, їм подобається слухати одну й ту саму казку (історію) багато разів. Це теж сприяє формуванню ритму. Вихователь запам’ятовує й розповідає казки саме так, як вони записані, – зі складними зворотами, незвичайними граматичними побудовами. Діти засвоюють їх, навіть якщо й не все розуміють. Саме з цього, на думку Штейнера, починається усвідомлення національної культури.

4. Художнє передусє інтелектуальному. Фундаментальний принцип Вальдорфської педагогіки виявляється як в побудові багаторічного дошкільного і шкільного курсу, так і в межах одного заняття, уроку. Навіть предмети природничо-математичного циклу викладають на образно-естетичній основі.

5. Важливість трудового виховання («уроків рукоділля та ремесел», обов'язкових як для хлопчиків, так і для дівчаток). Усі діти вчаться переплітати книги, столярувати, в'язати, ліпити з пластиліну й глини, шити ляльки або костюми для вистав. Кожна дитина повинна набути досвіду роботи в кузні, з обробітку землі, борошномелення, складання печі, випікання хліба тощо.

Ці та інші особливості Вальдорфської педагогіки враховують педагоги, які працюють у вальдорфських закладах.

Консультаційними центрами для закладів, що сповідують ідеї Вальдорфської педагогіки, є Спілка вільних вальдорфських шкіл (Штутгарт), Міжнародне об'єднання вальдорфських дитячих садків (Ганновер), Робоче об'єднання лікувально-педагогічних закладів (Вупперталь). Для підготовки викладачів і вихователів діють педагогічні семінари (3 – 4 роки навчання). Видаються часописи, зокрема «Мистецтво виховання», що виходить у Штутгарті з 1927 р. У Німеччині нараховується 148 «вальдорфських шкіл». У цій країні базується і Всесвітній центр Вальдорфської педагогіки, який розвиває методику і допомагає всім, хто цікавиться цим напрямком.

Протягом останнього десятиліття в Україні відкриваються вальдорфські центри, школи, дошкільні заклади (Одеса, Харків, Дніпропетровськ, Донецьк, Кривий Ріг, Луганськ, Львів, Івано-Франківськ, Кам'янець-Подільський, Сімферополь та ін.), розширюється сфера їх впливу на педагогічну громадськість завдяки організації курсів і семінарів для вчителів і вихователів дошкільних закладів шляхом розповсюдження методичної літератури.

Застосування даної педагогічної технології може давати потенційно-максимальний позитивний реабілітаційний ефект лише при її комплексному, цілісному застосуванні в умовах спеціалізованого навчально-виховного комплексу (загальноосвітня вальдорфська школа – дитячий садок). Разом з тим, у практиці соціальної реабілітації дітей-інвалідів можуть використовуватися й окремі її складові.

Вказана методика не передбачає обмежень за віком чи характером захворювань клієнта.

Джерела інформації

- Гебель В. Глеклер М. Ребёнок. От младенчества к совершеннолетию / Пер. с нем. – М.: Энигма, 1996. – 592 с.
- Грюнелиус Э. Вальдорфский детский сад: Воспитание детей младшего возраста / Пер. с нем. – М., 1992.
- Дичківська І.М. Інноваційні педагогічні технології: Навчальний посібник. – К.: «Академвидав», 2004. – 352 с. (Альма-матер).
- Ионова Е.Н. Вальдорфская педагогика: теоретико-методологические аспекты. – Харьков: Бизнес-информ, 1997. – 300 с.
- Поніманська Т.І. Дошкільна педагогіка: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. – К.: «Академвидав», 2006. – 456 с. (Альма-матер).

- Штайнер Р. Методика обучения и предпосылки воспитания / Пер. с нем. – М.: Парсифаль, 1995. – 80 с.

2.3. Теорія розвитку творчої особистості (ТРТО) Г. Альтшуллера

Досягнення творчого рівня розвитку особистості закономірно вважається найвищим результатом будь-якої педагогічної методики. У сучасній науково-методичній практиці застосовуються методики, в яких розвиток творчих здібностей є пріоритетною метою. Серед них одне з чільних місць займає ТРВЗ – теорія розв’язання винахідницьких завдань, яка сприяє розвитку технічної творчості загалом та творчої особистості зокрема. Вона створена в 1946 р. російським вченим-дослідником, письменником-фантастом Генріхом Альтшуллером (1926 – 1998).

Головна мета методики Альтшуллера полягає у формуванні системного, діалектичного мислення, розвитку творчої уяви, винахідницької кмітливості. Вона дозволяє не просто розвинути фантазію дітей, а і вчить їх мислити системно і творчо, розуміти єдність і протиріччя навколишнього світу, бачити і вирішувати проблеми.

Методику Альтшуллера протягом тривалого часу з успіхом використовували в роботі з дітьми на станціях юних техніків, у процесі чого і з’явилась її друга частина – творча педагогіка, а згодом і новий розділ – теорія розвитку творчої особистості (ТРТО).

Основи творчої педагогіки описані в працях Г. Альтшуллера «Алгоритм винаходу», «Творчість як точна наука».

Теорія Альтшуллера спирається на твердження, що кожне завдання відрізняється від іншого і його неможливо розв’язувати взагалі. Спершу необхідно з’ясувати, чому одні завдання розв’язуються легко, а інші важко. У всій сукупності творчих завдань було виокремлено чотири їх рівня (за складністю):

1. Завдання, під час розв’язування яких використовуються призначені для цього засоби.
2. Завдання, розв’язання яких вимагає певної видозміни об’єкта.
3. Завдання, у процесі розв’язання яких об’єкт, що вдосконалюється, змінюється повністю.
4. Завдання, розв’язання яких досягається зміною всієї системи, до якої належить об’єкт, що вдосконалюється.

Завдання стають творчими та винахідницькими, оскільки містять у собі суперечності, подолання яких і є творчим процесом.

ТРВЗ застосовують не тільки для розвитку мислення дитини. Головне місце в ній належить визначенню життєвої стратегії творчої особистості та розвитку творчої уяви.

Концепція ТРВЗ понад усе ставить принцип природовідповідальності, згідно з яким педагог, навчаючи дитину, повинен знати і враховувати її базові, вихідні можливості. Водночас вона спирається на положення Л. Виготського про те, що дитина дошкільного віку сприймає програму навчання настільки, наскільки ця програма стає її власною.

Методи і прийоми розвитку творчої особистості. Методика ТРВЗ для дошкільників і молодших школярів складається з колективних ігор і занять, проведення яких супроводжується детальними методичними рекомендаціями. Використана методика не змінює основну програму, за якою працює педагог, а максимально підвищує її ефективність. У основі методики – ігри-заняття, під час яких діти ознайомлюються з навколишнім світом, вчаться виявляти протилежні властивості предметів, явищ і аналізувати ці протилежності. Методика ТРВЗ передбачає самостійний вибір дитиною теми, матеріалу та виду діяльності. Виявлення й аналіз протилежностей є ключем до творчого мислення. Діти дошкільного віку визначають такі протилежності в процесі виконання ігрових завдань, що перетворюються в захоплюючу пошукову, аналітичну діяльність.

Методи, які застосовують в ТРВЗ, розвивають такі пізнавальні та творчі здібності дітей, як уміння встановлювати причинно-наслідкові зв'язки, робити висновки, інтегрувати й синтезувати інфор-мацію, аналізувати ситуації, передбачати наслідки, вибудовувати гіпотези, застосовувати нові ідеї та методи розв'язання задач на практиці.

Метод фокальних об'єктів. Суть його полягає у перенесенні властивостей одного предмета на інший. Фокальним називають об'єкт, який перебуває у «фокусі», центрі уваги.

Використання цього методу дозволяє дитині виявити свої творчі здібності: придумати щось нове, вдосконалюючи реальний об'єкт; скласти розповідь або казку про об'єкт, який розглядається, використовуючи знайдені ознаки; проаналізувати художній твір або картину.

Метод «мозкового штурму». Використання цього методу сприяє подоланню психологічної інерції, формуванню максимальної кількості нових ідей у мінімальний термін. «Мозковий штурм» є колективним пошуком нетрадиційних шляхів розв'язання проблеми. Забороняється будь-яка критика, підтримується будь-яка ідея, навіть жартівлива. Висловлені ідеї записують для розгляду групою експертів.

«Мозковий штурм» може з'явитися незаплановано, особливо під час розв'язання пізнавального завдання, коли діти в процесі обговорення самі корегують, аналізують висловлені ідеї.

«Мозковий штурм» є найбільш ефективним при переході від механічного запам'ятовування до змістовного під час практичних занять і консультацій на етапі пізнання об'єкта.

Цей метод більш доцільно використовувати зі старшими дошкільниками та молодшими школярами.

Метод моделювання маленькими «чоловічками». Це один із методів моделювання, який допомагає з'ясувати внутрішню будову предметів і речовин, фізичну сутність явищ і процесів, що відбуваються в живій та неживій природі. Дитина має уявити, що всі речовини, предмети, об'єкти, явища складаються з безлічі живих, мислячих маленьких «чоловічків». Вони можуть пересуватися чи виконувати якісь дії.

Цей метод використовують при проведенні пізнавальних занять, занять-експериментів, уроків-ігор з природознавства, математики, образотворчої діяльності, для навчання дітей грамоті: звуки, частини мови, словосполучення, речення можна уявляти в образі «чоловічків».

Використання зовнішніх символічних замінників у вигляді маленьких «чоловічків» поступово переходить у використання замінників внутрішніх, образних, що дає змогу застосовувати моделювання не лише для пояснення процесів і природних явищ, а також для розв'язування різноманітних задач.

Для розвитку творчої активності дітей використовують системний підхід у розвитку творчої особистості. Завдяки цьому з'являються широкі можливості щодо розкриття елементів об'єкта, його внутрішніх і зовнішніх зв'язків, які об'єднують усі завдання навколо об'єкта в єдине ціле. Застосування цього підходу створює можливість знаходити відповіді на багато питань, що хвилюють дитину, а опанувавши його, вона сама навчається пояснювати те, що її цікавить.

Застосування технології ТРВЗ у навчанні й вихованні дітей сприяє розвитку в них потреби у творчості. Цю базисну особистісну потребу необхідно задовольняти з раннього віку.

Ця методика може використовуватися в якості розвивальної для дітей з інвалідністю дошкільного, молодшого та середнього шкільного віку зі збереженим інтелектом різних нозологій.

У практичній діяльності реабілітаційних установ її можуть застосовувати фахівці-реабілітологи різних **спеціальностей**, які працюють з дітьми-інвалідами вказаної категорії.

Джерела інформації

- Альтшуллер Г.С. Найти идею. Введение в теорию решения изобретательских задач. – Новосибирск, 1986
- Богат В.Л. О системном подходе на занятиях по ТРИЗ // Дошкольное воспитание. – 1996. – №11

2.4. Методики Азарських

Академіки Іван Миколайович і Олександра Олександрівна Азарські – провідні українські фахівці в області лікування і педагогічної підготовки дітей із церебральним паралічем, надбаним слабоумством та педагогічною занедбаністю, порушенням мовлення.

Азарський Іван Миколайович – президент НМТО України, віцепрезидент АМТН України, академік, лікар-хірург, доктор медичних наук, професор, полковник медичної служби, психолог. Заслужений раціоналізатор України, лауреат премії імені Ю. Сицинського і Б. Хмельницького.

Азарська Олександра Олександрівна – член Президії НМТО України, член Президії АМТН України, педагог вищої категорії, психолог-дефектолог Хмельницького Центру реабілітації дітей-інвалідів з порушеннями інтелекту

«Школи життя», академік, заслужений раціоналізатор України, лауреат премії імені Ю. Сицинського і Б. Хмельницького.

Сьогодні Азарські – єдине подружжя в Україні, в якому і чоловік, і дружина мають звання академіків АМТН України. Ці українські вчені розробили унікальні методики лікування дитячого церебрального паралічу, лікувальної фізкультури («Програму індивідуального лікувально-педагогічного підходу в профільних неврологічних хворих»).

Відкриттям Азарських є «Артикуляційно-вокальний апарат». Їх доробком являється також апарат «Коректор- стимулятор голосних звуків» для розвитку і вдосконалення голосних звуків за артикуляційними ознаками, що дає можливість: виробити повноцінні рухи і визначені положення органів артикуляційного апарату дітей, які потребують корекції функцій артикуляційно-вокального апарату, що необхідні для правильної вимови голосних звуків; становлення повноцінного мовлення у хворих після перенесених інсульту, черепно-мозкових, щелепно-лицьових операцій; з дитячим церебральним паралічем, хворобою Луї-Бара, із заїканням, природженою німотою і таке інше; розвитку порушеного темпу, ритму, плавності мовлення, викликаних судомами в різноманітних частинах периферійного мовного апарату при заїканні і неправильному вимовлянні деяких літер і слів.

Азарськими також:

- розроблено методику розвитку пізнавальних здібностей і систематизації мислення особистості в навколишньому середовищі і суспільстві;
- обґрунтовано психолого-педагогічні навички, необхідні для правильного формування письма, малювання та читання у хворих на дитячий церебральний параліч.

Академіки Азарські вважають, що безнадійних хворих на ДЦП немає, 75% із них піддаються повному виліковуванню, останні зможуть себе обслуговувати без сторонньої допомоги. «Проблемою ДЦП ми з дружиною займаємося більше 20 років, – говорить І. Азарський. Аналізуючи роботу всіх центрів, які є в Україні, я дійшов висновку, що, насамперед, потрібна комплексна програма для реабілітації дітей із ДЦП та розумовою відсталістю». У планах дослідників – створення Всеукраїнської клініки з реабілітації дітей-інвалідів, де буде втілюватися в життя їх методика, суть якої в тому, що лікування ДЦП повинно бути комплексним і включати адаптаційний період, медикаментозну програму, мануальну терапію, масаж, фізичні вправи і музику. Комплексна програма включає і навчальні програми, зокрема, вивчення грамоти по «Букваріку». Навчити хвору на ДЦП дитину грамоті, письму допоможе одна з останніх наукових праць учених, а саме – розроблений ними принципово новий підручник «Букварик» для дітей 3-4-річного віку й учнів перших класів загальноосвітніх шкіл. «Букварики» видані українською і російською мовами. Книжки можна використовувати і при навчанні дорослих, які отримали черепно-мозкову травму, перенесли оперативні втручання на мозку. Підручники використовуються також у центрах соціальної реабілітації дітей-інвалідів, що

сприяє їх адаптації в суспільстві.

У монографії «Дитячий церебральний параліч, надбане слабоумство та педагогічна занедбаність» Азарськими обґрунтовані питання формування психолого-педагогічних реабілітаційних навичок письма, малювання та читання в дітей. Правильне письмо – запорука успішного навчання загалом і розвитку мовлення, зокрема. Важливо, насамперед, сформувати в дитини активну позицію щодо цієї діяльності. А це непросте завдання. Азарські надають методичні рекомендації стосовно підготовки дітей з вадами інтелектуального розвитку, з ДЦП до письмової діяльності. Методика навчання письму включає детальну інформацію про теми занять, послідовні уроки з дитиною, зразки елементів письма для підготовки руки дитини до письма з коментарем дій фахівця-реабілітолога і дітей, методичні рекомендації щодо їх проведення.

Особливу увагу слід приділяти вмінню розміщувати предмети на папері. Треба вчити правильно визначати розмір зображуваного предмета відносно аркуша. Для виконання завдань з письма і малювання Азарські пропонують використовувати різноманітні художні матеріали і техніку, що збагачує навички і вміння дітей-інвалідів.

Рекомендовані авторами орієнтовні заняття з письма та малювання складено за комплексною індивідуальною програмою лікувально-педагогічних і психологічних реабілітаційних заходів з дітьми, хворими на дитячий церебральний параліч та надбане слабоумство, для виховання цих дітей у дитячому садку та школі. Запропонований розподіл тем можна використати як основу для роботи психолога та педагога (логопеда, дефектолога та інших фахівців).

Навички письма

На перших уроках з підготовки дитини до письма Азарські пропонують чітку послідовність роботи з дитиною (використовувати спочатку класичні кольори: білий, чорний, червоний, і так поступово засвоювати кольори веселки: коричневий, оранжевий, жовтий, зелений, блакитний, синій, фіолетовий – це перші кроки до розрізнення і запам'ятовування кольорів).

Готуючи дитину до письма, слід, насамперед, подбати про розвиток дрібних м'язів пальців, кисті руки, передпліччя та окоміру. Особлива увага – формуванню правильного положення кисті руки. У дошкільнят, а особливо в дітей з інтелектуальним недорозвитком, зазвичай недостатньо розвинена координація, рухи кистей рук неузгоджені з рухами передпліччя, через що дитина часто змінює положення руки й зошита. Автори розробили систему спеціальних вправ, за допомогою яких дитину готують до письма без письма. Спочатку дитина вчиться обводити по крапковому контуру силуети різних розмірів. Потім переходять безпосередньо до штрихування: згори вниз, знизу вгору, зліва направо (Азарські пропонують 33 такі вправи). Тільки після такої підготовки можна братися за письмо, починаючи із запропонованих вправ (автори надають зразки елементів письма). Коли освоюються з дитиною ці навички, треба паралельно проходити звуки з буквами разом, якщо дитина і не розмовляє (але чує зі слуховим апаратом), у такій послідовності: спочатку

показується буква, її написання, а потім вимовляється звук, його артикуляція по абетці. Якщо буква чи звук не запам'ятовуються дитиною, їх треба пропустити і йти далі, до кінця абетки. Потім окремо займатися буквами і звуками, які дитина не може запам'ятати, разом із вивченням звуків і букв обов'язково давати склади, потім невеличкі слова.

Діти дуже добре запам'ятовують звуки і букви, якщо їм пропонувати таку гру: на коробках з-під сірників написати букву, в середині також; дитина повинна назвати букву і знайти її серед інших коробочок і помістити в потрібний коробок. Потім, коли дитина засвоїть букви і звуки, писати на коробочках склади або слова.

Навички малювання

Азарські вказують на особливості сприйняття кольорів дітьми. Це сприйняття природних кольорів у навколишньому середовищі:

- перше, це зелений колір (трава, листя тощо);
- друге, це червоний колір (вогонь, сонце, заграва, полум'я тощо);
- третє, це блакитний колір (небо, вода тощо).

Природні заспокійливі кольори знайомі людині з моменту появи в неї логічного мислення, тому дитина засвоює їх набагато краще інших кольорів (доповнюючих або нейтральних), так як дитина бачить їх у повсякденному житті.

Пропонується починати з вивчення вищевказаних кольорів, і так поступово засвоювати їх в кольорах веселки.

К – коричневий; О – оранжевий; Ж – жовтий; З – зелений; Б – блакитний; С – синій; Ф – фіолетовий.

Необхідно навчитися розрізняти і називати класичні кольори (білий, чорний, червоний), а також відтінки кольорів веселки (рожевий, світло-зелений та інші), крім того нейтральні кольори (сірий, сіро-блакитний) і т.д. Це і є вершиною «природного пізнання» основних кольорів.

Важливе значення надається відпрацюванню дрібної моторики – малювання різних предметів і форм різних кольорів та їх відтінків – удосконаленню з допомогою фізичних вправ з олівцем (пензлем) у відповідних кольорах і їх відтінках.

Взаємозв'язок психіки дитини з «природним середовищем» веде до стабілізації психічних центрів у корі головного мозку та їх взаємозв'язку з мозочком. Продовжуючи удосконалення всіх аналізаторів у дитини, тематичне малювання тісно пов'язується з розвитком зорової пам'яті і позитивних емоцій, які є першочерговими в становленні усвідомленого і здорового життя дитини в навколишньому середовищі при формуванні як особистості.

Намальовані дітьми предмети є для них «живими» і легко включаються в ігрову ситуацію, тому перед вихователями (батьками) постають наступні завдання:

- 1) навчити правильно тримати олівець (пензель), не брати його в рот, малювати тільки на папері;
- 2) прищепити дітям інтерес до малювання;

- 3) навчити розрізняти і запам'ятовувати кольори (зелений – ялинка, трава і таке інше; червоний – сонечко, вогонь і таке інше), пізнавати і називати зображення предмета та його забарвлення;
- 4) розвивати в дітей уміння впізнавати намальовані предмети, розповідати про те, що дитина намалювала сама;
- 5) навчити малювати предмети і явища поетапно, спочатку пропонують малювати предмети, які не потребують точного відтворення форм:
 - дитину вчать малювати горизонтальні й вертикальні прямі;
 - зліва направо – згори вниз;
 - перетинати лінії та заокруглювати їх.

Однак враховуючи, що дрібні м'язи кисті в дитини швидко втомлюються, навчання доцільніше починати з малювання пензлем. Діти-інваліди, як і здорові діти, вчаться тримати пензель легше і швидше, ніж олівець. Коли діти навчаються порівняно вправно тримати пензель, їм можна дозволити працювати з олівцями.

Спочатку пропонують малювати предмети, які не потребують точного відтворення форми, тому автори пропонують орієнтовні завдання:

- малювання червоних стрічок фарбою (пензлем);
- малювання червоних горизонтальних ліній фарбою (пензлем);
- малювання зелених стрічок та горизонтальних ліній фарбою (пензлем);
- малювання бульбиків та клубочків ниток (жовтого, червоного, синього і зеленого кольорів) – фарбою та олівцем;
- дощик «кап-кап» (синього, фіолетового кольорів) із хмарки;
- хмарка, дощик «кап-кап» і струмочки (синього, фіолетового і коричневого кольорів).

На основі набутих дітьми знань і вмінь їх продовжують вчити малюванню предметів прямокутної форми: перед тим, як малювати такий складний предмет, як прапорець, дітям дається завдання намалювати лопату, ромашку, м'яч (червоні, жовті, сині, фіолетові і таке інше). Потім дітей вчать не тільки зображати прямокутні чи трикутні предмети, а й зафарбовувати їхні деталі в характерний колір.

Зрозуміти форму предмета і відобразити його дітям допомагає знання таких геометричних форм, як: коло (сонечко), овал (яйце), куля (м'яч), куб (кубики), трикутник (косинка). Діти точніше відтворюватимуть форму предмета, коли знатимуть відмінність між овалом і кругом (овал – яйце і яблуко; круг – це м'яч); квадратом і прямокутником (квадрат – носовик; прямокутник – вікно).

На заняттях треба розвивати спостережливість, уяву, зосередженість, увагу, кмітливість, ініціативність, самостійність, виховувати естетичне ставлення до навколишнього. Елементи та послідовність занять із малювання і вдосконалення дрібної моторики розвивають зорову пам'ять, спостережливість і образне мислення. Також вони вимагають від дитини швидкого запам'ятовування різноманітних предметів.

Завдання для дитини мають бути цікавими, простими і зрозумілими. Уява дитини-інваліда розвивається в грі, малюванні, ліпленні, у заняттях з рідної мови, тому в процесі цієї діяльності інтенсивно розвивається словниковий запас, тобто починає відігравати свою роль друга сигнальна система.

Методика розвитку пізнавальних здібностей і систематизація мислення особистості в навколишньому середовищі і суспільстві.

Автори вважають, що засвоєні в системі прийоми класифікації, систематизації і поняття про зберігання кількості дитина застосовує тоді, коли вона вже навчилася передбачати і враховувати визначені наслідки; коли вона одночасно звертає увагу на декілька ознак однієї ситуації і може пов'язати їх одна з одною, коли вона позбавляється егоцентричної позиції, тобто може сприйняти точку зору, відмінну від її власної. Це дає можливість послідовно і поступово змінювати безпосередній характер мислення і приводити його до більш схематичного і разом з тим більш рухливого і динамічного розвитку пізнавальних здібностей. Для реалізації цієї методики Азарські пропонують апарат для розвитку пізнавальних здібностей і логічного мислення. Він являє собою прямокутну дерев'яну дошку з вмонтованими в неї циліндричними стержнями різного кольору. До неї додаються спеціальні дидактичні посібники:

- а) дерев'яні фігури різної форми та кольору по 10 штук червоного, оранжевого, жовтого, зеленого, блакитного, синього, фіолетового, чорного, білого (формування уявлень про збереження кількості і систематизацію кольорів).
- б) різні фігурки: ч – (чорного кольору); б – (білого кольору); кор. – (коричневого кольору); чер. – (червоного кольору), що забезпечують аналітичний висновок про навколишні кольори, взаємозв'язок форм між собою, удосконалення уявлень про збереження кількості при правильному визначенні кольору і форм предмета (певної фігурки) для систематизації і упорядкування предметів і кольорів з їх класифікацією і серіацією.

Запропонований авторами «Метод і апарат для розвитку пізнавальних здібностей і логічного мислення при формуванні людської особистості», сприяє:

- а) підготовці до засвоювання «розрізнення – порівнювання – систематизація», що поширюють знання й уявлення про властивості предметів і явищ, сприяючи порівняльній класифікації інших предметів і явищ;
- б) визначенню правильного кольору у відповідності до природних кольорів «веселки»;
- в) упорядкуванню предметів відповідно форм шляхом обстеження, обмацування, багаторазового поводження з предметом;
- г) виконанню пунктів «б» і «в» для складання ряду (впізнавати і систематизувати розрізнення ознак кольору, форми і розміру), порівняння кількості і зберігання кількості – не звертаючи увагу на зміну простору розташування;

- д) відпрацюванню координації рухів і дрібної моторики;
- е) старанності та витривалості, як факторів стабілізації нервово-психічних зрушень (дітей з різними відхиленнями: дитячим церебральним паралічем; хворобою Луї-Бара, педагогічною занедбаністю, надбаним слабоумством і таке інше; хворих з різними нозологічними формами захворювань: з інсультами; психічними відхиленнями та іншими формами захворювань);
- ж) тренуванню м'язів кисті для виконання складних побутових робіт і підготовка їх до письма;
- з) реабілітаційним заходам у відновлюваному періоді в неврологічних і психіатричних хворих, а також у хворих з травмами кисті;
- і) підготовці дітей дошкільного віку до школи.

Методики Азарських доцільно застосовувати в роботі з дітьми-інвалідами дошкільного та молодшого шкільного віку з ДЦП, ураженнями головного мозку зі збереженим інтелектом та розумовою відсталістю.

Тривалість застосування запропонованих спеціальних вправ залежить від рівня оволодіння навичкою кожною дитиною окремо.

Використовувати їх у своїй роботі можуть учителі-реабілітологи, дефектологи та логопеди. Методики можуть бути корисні дитячим лікарям-невро-логам та фахівцям із фізичної реабілітації.

Джерела інформації

- Азарский И.Н., Азарская А.А., Мороз В.М., Процек Е.Г., Кириченко В.И., Тарасюк В.С., Королёва Н.Д., Поляруш В.В., Сокольский Н.Г., Хоптяр А.Г. Детский церебральный паралич. Винница – Хмельницкий, 2005. – 325 с., в монографии 355 рисунков, 21 таблица и схема
- Азарський І.М. ДЦП. Нові лікувально-педагогічні та психологічні програмні можливості для практичних лікарів і педагогів: Монографія / І.М. Азарський, О.О. Азарська. – Хмельницький: Поділля, 2001. – 152 с.
- Азарський І.М., Азарська О.О. Дитячий церебральний параліч, надбане слабоумство та педагогічна занедбаність: Соц.-реабілітац. аспекти для профільних хворих у суспільстві: Кн. для допомоги невропатологам, сімейн. лікарям, педагогам, психологам, дефектологам, логопедам, вихователям та батькам. – 2 вид., доп. – Хмельницький: ВАТ «Видавництво «Поділля», 2002. – 159 с.
- Азарський І.М., Азарська О.О., Співачук В.Л., Хопря А.Г., Сокольський М.Г., Савосін Г.А. Букварик / для дуже малих і маленьких діток, які люблять читати, малювати і розв'язувати задачки/: Підручник для трирічних і чотирирічних дітей початкових шкіл та для дітей допоміжних шкіл, а також буде допомогою педагогам, психологам, дефектологам, логопедам, вихователям та батькам. – Хмельницький ЦНТЕІ, 2004. – 134 с.

2.5. Кондуктивна педагогіка Андреша Петьо

Кондуктивна педагогіка була розроблена в 1945 – 1967 рр. відомим угорським лікарем і педагогом, професором Андрашем Петьо (1893 – 1967). Він працював у різних лікувальних напрямках: внутрішніх хвороб, неврології, психіатрії та ортопедії. В 1938 році А. Петьо був вимушений покинути Відень та повернутись до Угорщини, де у 1945 році створив інститут при Колегіумі Спеціальної Педагогіки, в якому первісно працював з дітьми.

Започаткована А. Петьо кондуктив-на педагогіка досліджує теорію і практику розвитку, виховання і навчання дітей, які мають церебральний параліч. Вона розглядає дитину як особистість у цілому, використовуючи в роботі з нею системний підхід, прагнучи ввести і застосувати реабілітаційні заходи у всі види діяльності дитини.

На сучасному етапі розвитку це медико-соціальна і педагогічна система реабілітації дітей з органічними ураженнями центральної нервової системи, яка передбачає комплексний підхід до розвитку дитини. Застосування системи керованого навчання найбільш ефективно в роботі з дітьми раннього віку та їх батьками.

Система спрямована на раннє виявлення, терапію, профілактику порушень розвитку дитини і соціального функціонування її сім'ї.

Головна мета – забезпечити розвиток та корекцію елементарних рухових якостей, моторних здібностей, нормалізувати комунікативні функції дітей із ДЦП, формувати соціальну особистість.

Одне із основних гасел системи керованого навчання – неповносправність дитини не повинна зробити неповно-справною сім'ю. Сім'я визначається як первинне і найбільш важливе середовище розвитку дитини і допомагає розв'язати основні завдання, а саме:

- підготувати дитину до незалежного життя в суспільстві;
- покращити стан психологічного благополуччя дитини і членів її родини;
- формувати види діяльності: рухову, самообслуговування, спілкування;
- розвивати інтелектуальні здібності дитини.

Основними складовими системи керованого навчання є:

- діагностично-консультаційна;
- програма розвитку дитини;
- програма підтримки сім'ї.

Особливості системи керованого навчання:

- колектив спеціалістів організовує щоденне навчання дитини;
- групова форма роботи сприяє формуванню в дітей першого соціального досвіду;
- система ритмічних команд спонукає до освоєння дитиною руху;
- партнерство з батьками;
- системність навчання;
- формування в дитини позитивної мотивації до дії.

Система керованого навчання вимагає спеціального обладнання, основою якого є меблі Петьо, які дозволяють стабілізувати кінцівки, гарантувати дитині безпеку, сприяти формуванню правильної постави і можливості активно змінювати позицію, включатися в соціально-активну діяльність.

Система керованого навчання є надзвичайно ефективною в розвитку дитини та допомагає сім'ї справитися з кризою, пов'язаною з народженням дитини з особливостями психофізичного розвитку.

Інтеграція реабілітаційно-навчально-соціальних заходів у системі керованого навчання, співпраця зі спеціалістами, які займаються багатoproфільною допомогою дітям з особливими потребами та їх батькам, створює умови для їх соціальної адаптації.

Ключовими полегшувальними факторами та допоміжними предметами в кондуктивній педагогіці виступають:

- наявність провідників;
- робота в групі;
- мова (методика ритмічних команд);
- добре опрацьована загальна програма й окремі серії завдань;
- спеціальні допоміжні предмети.

Колектив реабілітологів організовує щоденне навчання дітей, а стратегом цього процесу є провідник. Провідник – це всебічно підготовлена особа. До його обов'язків входить визначення програми реабілітації, а також спосіб її реалізації.

Провідник так організовує діяльність під час занять, щоб діти мали можливість повторювати протягом дня вже опанований матеріал або той, над яким працюють під час сесії навчання.

Провідник – це особа, яка знаючи всі труднощі, що виникають у дитини з церебральним паралічем, так проводить реабілітацію (керує її розвитком, навчанням), що дитина може бути активною і одночасно перебувати в безпеці. Він створює ситуації, що спонукають дитину до активності.

Під час занять присутні також інші особи, які спостерігають за правильністю виконання завдань дітьми, яким вони асистують.

Провідник реалізує політику успіху, заохочує та нагороджує дитину за правильне виконання завдання.

Методика Андраша Петьо передбачає роботу в групі. Група (діти одного віку з подібним темпом діяльності) дозволяє повторювати щойно вивчені рухові вміння в різноманітних життєвих ситуаціях: під час ігор; відпрацьовувати образ власного тіла; усвідомлювати самосприйняття в колективі.

Робота в групі дозволяє налагодити стосунки з іншими дітьми через наслідування під час спільної участі в різноманітних заходах. Організація дітей у групі полегшує їх інтеграцію в дитячі колективи загальноосвітніх закладів. Для дитини з дитячим паралічем група часто є єдиною можливістю мати контакти із зовнішнім середовищем поза власною родиною.

Велике значення в методиці А. Петьо приділяється мовленню. Вербалізація кожної дії, а також ритмічне спонукання дозволяють розбити рухи на окремі складові частини, які задаються командою або піснею. Це є надзвичайно важливою спрощеною технікою, яка широко застосовується в системі керованого навчання. Мовлення та заданий ритм можуть полегшити засвоєння дитиною конкретного руху і його регулювання.

Методика передбачає розробку довготривалих, багаторічних програм реабілітаційного навчання. Вони включають: денний розклад занять, індивідуальні довго- та короткотермінові курси, які реалізуються в групі, піврічну та річну оцінку досягнень, висновки та модифікації. Програма роботи з дитиною охоплює всі аспекти її дисфункції. У розкладі занять передбачається час на засвоєння таких основних функцій як: стояння, ходіння, сидіння, приймання їжі, підтримання особистої гігієни та інших, більш складних – читання, письмо, лічба тощо.

Для кожної конкретної дитини з ДЦП не може існувати готових програм та серій завдань. Провідник готує їх індивідуально для кожної нової групи та кожної окремої дитини. Спільним є лише тематичний розклад основної діяльності.

Важливе значення в роботі за методикою відіграє спеціальне обладнання. Меблі Петьо складаються з дерев'яних перекладин, які дозволяють дитині-інваліду в будь-якій позиції (лежачи, сидячи, стоячи, ходячи) навчатись хапати, триматись, відпускати – вивільняти захват, фіксувати його; сформувати відчуття середньої лінії тіла, а також гарантують дитині безпеку, правильну поставу і можливість активно змінювати позицію.

Меблі повинні бути обв'язані та розставлені таким чином, щоб дітям було зручно займатись. До меблів відносяться: ортопедичні ліжка, стільці з перекладами на спинці, лавки для ніг, бруски для ходи, шведські стінки. Також передбачені допоміжні засоби для підтримки руху: гумові кільця, обручі хула-хуб, дерев'яні шести, чашки для пиття з двома ручками.

Методику керованого навчання А. Петьо повинні застосовувати в **роботі з дітьми дошкільного віку з ДЦП** лише фахівці, які пройшли спеціальне навчання та **отримали відповідні сертифікати**.

Система керованого навчання успішно реалізується в багатьох країнах світу. Її запозичення з країн Західної Європи та адаптація до польських умов виявилися успішними, а тому є повна впевненість у позитивних результатах і в Україні. Зважаючи на викладене, система може застосовуватися в якості основного корекційного підходу в роботі з дітьми вказаної категорії.

Джерела інформації

- Бойко А., Карбищева Т. Система керованого навчання: інформаційного методичний посібник для батьків, педагогів та реабілітологів. – Суми: Університетська книга, 2009. – 76 с.
- Круль М. Система керованого навчання. Інтеграція реабілітаційного-навчально-соціальних заходів, присвячених дітям із раннім пошкодженням головного мозку та їх сім'ям. – Замость, 2005. – 71 с.

- Круль М., Кришинська Й. Що? Як? Коли? І чому? – Замость, 2008. – 91 с.
- Финк А. Кондуктивная педагогика А. Петё. Развитие детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. – М.: Академия, 2003. – 132 с.

2.6. Технології раннього навчання Глена Домана

Американський дитячий лікар і психолог Глен Доман досліджував психологію розумового розвитку дітей. У 1940 р. здобув науковий ступінь із фізіотерапії в Пенсільванському університеті. У 1955 р. заснував Інститут розвитку людського потенціалу (Філадельфія), який нині очолює його донька і послі-довниця Джанет Доман. Він є автором всесвітньовідомої серії «М'яка революція», що охоплює книги «Як дати дитині енциклопедичні знання», «Як навчити дитину математики», «Як навчити дитину читати», «Як розвинути розумові та фізичні здібності дитини» та ін.

Доманом створена сучасна теорія і практична програма раннього навчання дітей, зручна для застосування не лише в навчально-виховних закладах, а й у домашніх умовах.

Доман зробив свої відкриття в області раннього розвитку, займаючись лікуванням «проблемних» дітей. Він розробив унікальні методики, які допомагають дітям з пошкодженим мозком відновити порушені функції, наздогнати і навіть обігнати в розвитку здорових ровесників. Будучи співробітником Інституту розвитку людського потенціалу, він більше п'ятдесяти років присвятив розв'язанню проблем дітей у віці 2 – 3 років, що мали серйозні мозкові травми, але які після лікування змогли навчитися читати і повністю розуміти прочитане. Виявилось, що в дітей з травмами мозку стимулювання одного із органів чуття покращує роботу головного мозку в цілому. Дітям показували картки з намальованими на них червоними крапками, словами, картинками, голосно промовляючи назву. У результаті вже через місяць інтенсивних занять багато безнадійно хворих дітей стали повзати, ходити, краще чути, розмовляти. У подальшому Доманом і його колегами була розроблена ціла система занять з навчання дітей читання, математики, формування знань.

Г. Доман зазначає: «У нашому інституті протягом п'ятдесяти років ми навчали реальних дітей і реальних батьків, тобто мали справу не з теорією, а з фактами». Він пише: «... почали ми з того, що дітей, які отримали серйозні мозкові травми, – а серед них були сліпі, глухі, німі, паралізовані – спробували навчити бачити, чути, розмовляти, рухатися. Ми займались цим протягом перших п'яти років – іноді успішно, але частіше всього зазнавали поразки. У першу чергу ми лікували мозок, адже саме в ньому містились усі головні проблеми, а не в руках, ногах, очах, вухах, де проявлялись тільки симптоми захворювань. Нам вдалося багато чого досягти. По-перше, значна кількість паралізованих дітей почали ходити, деякі сліпі прозріли, деякі глухі почали чути, а деякі німі заговорили. По-друге, майже всі з цих дітей, яким в свій час був поставлений діагноз «безнадійна розумова відсталість» після

того, як почали ходити, розмовляти, бачити і чути, стали підвищувати «коефіцієнт свого інтелекту (IQ)».

Мета технології навчання Г. Домана – ранній максимальний розвиток фізичного, духовного та інтелектуального потенціалу дитини.

Основний постулат Домана: любий розвиток найбільш успішний у період росту людського мозку, тобто **до семи років**. Чим молодша дитина, тим простіше їй буде оволодіти будь-якими навичками.

За переконанням Г. Домана, основи інтелекту, освіченості людини, життєві перспективи загалом закладаються у перші дитячі роки. Цей період є вирішальним для подальшого життя дитини, і вона вже ніколи не зможе перевершити потенціал, закладений до 5 років.

Дитина долає у своєму розвитку після народження складний і тривалий шлях. Народжується вона безпорадною і вчиться користуватися своїм тілом і мозком після народження. Її мозок на момент народження подібний до чистого аркушу паперу. Від того, що буде зафіксовано на ньому на ранній стадії розвитку, залежатиме обдарованість дитини.

На думку Домана, ранній розвиток дитини охоплює два аспекти:

- загальний розвиток;
- навчання читання, математики, основ природничих наук, літератури, мистецтва.

Людський мозок містить приблизно 1,4 млрд. клітин. У новонародженої дитини більшість із них ще не задіяна. У процесі розвитку мозку між його клітинами формуються особливі містки-відростки, які можуть ефективно працювати, лише будучи об'єднаними в систему.

Найактивніше утворюються ці зв'язки в період від народження дитини до трьох років. Тоді з'являється приблизно 70 – 80 % таких утворень. З їх розвитком розширюються можливості мозку. За перші шість місяців після народження мозок досягає 50 % свого дорослого потенціалу, а до трьох років – 80 %. До цього віку розвивається фундаментальна здатність мозку приймати сигнали ззовні, створювати образи зовнішніх явищ і предметів і запам'ятовувати їх, тобто формується основа подальшого інтелектуального розвитку дитини.

За його переконаннями, у житті дитини найважливішими є два періоди:

1. Від народження до 1 року. У цей період дорослі невинно виявляють щодо дитини надмірну опіку, намагаючись утримувати її в теплі, стежачи, щоб вона була чистою і нагодованою, обмежуючи при цьому можливості формування її нервової системи. Натомість дитині необхідно надати майже необмежені можливості для руху і безпосереднього дослідження об'єктів.

2. Від 1 до 5 років. У цей період формується інтелект людини. Тому дорослі повинні намагатися якомога повніше задовольняти потребу дитини у все новому матеріалі для вивчення, «який вона прагне засвоїти у всіх доступних їй формах і особливо у мовній – усній або письмовій». Якщо в цей час дитина навчиться читати, то, на думку Домана, «перед нею розкриються

двері в скарбницю історії, людської писемності, де зберігаються накопичені віками знання».

Від 1 до 5 років дитина повинна навчатися, що зумовлено її унікальною властивістю вбирати всю інформацію з навколишнього середовища. Володіючи такою здатністю, малюк без особливих зусиль може навчитися читати найлегшим і природним способом. Надалі ця здатність поступово втрачатиметься. Тому саме в ранній період дитина повинна отримати всю базову інформацію. За твердженням Домана, особистість, чия пам'ять збагачена знаннями, які вона вміє використовувати, є всі підстави вважати обдарованою. Однак метою раннього розвитку і виховання дитини не може бути «виращування» геніїв. Головне – допомогти їй визначитися в житті, із різноманітних можливостей зосередитися на найважливіших для неї.

Очолювані Доманом спеціалісти в галузі розвитку раннього навчання розробили оригінальні технології навчання дітей читання, математики, а також технологію, завдяки якій дитина може оволодіти енциклопедичними знаннями.

Технологія навчання дітей читання. Г. Доман стверджує – «читати краще вчити дітей в один рік, ніж у два, краще в два роки, ніж у три, краще у три роки, ніж у чотири, краще у чотири роки, ніж у п'ять». Він вважає, що маленькі діти:

- хочуть навчитися читати;
- можуть навчитися читати;
- вчаться читати;
- повинні навчитися читати.

Г. Доман не радить починати процес навчання читання з алфавіту, а радить читати зразу слова. «Читати» літери складно – вони абстрактні, а ось саме слово – конкретне. Тому дитині легше вивчити слово, ніж кожену букву окремо, що входить до цього слова.

Разом з тим знання алфавіту не заважає вчити дітей читати за системою Г. Домана. Свою технологію Доман назвав «глобальним читанням».

Як свідчать дослідження, дитина запам'ятовує певне слово, побачивши і почувши його 12 – 15 разів. Для цього рекомендується писати слова на смужках щільного паперу розміром 10 – 15 см червоними прописними буквами заввишки 7,5 см, оскільки великі букви максимально прості для зору, а червоний колір здатний привернути увагу дитини. Поступово можна переходити на чорні букви меншого розміру.

Протягом 5 – 6 днів дитині показують набори слів (по п'ять у кожному), починаючи з одного набору і поступово збільшуючи їх кількість до п'яти. Кожний із них показують дитині тричі на день протягом 5 днів, кожне слово – до 1 секунди. За день проводять 15 занять тривалістю 5 – 7 секунд, з інтервалом не менше півгодини. Далі у кожному наборі щодня замінюють одне слово на нове.

Дитина будь-якого віку, навчаючись читати, долає 5 етапів, на яких об'єктами її уваги є:

- окремі слова;
- словосполучення;
- прості речення;
- поширені речення;
- книги.

Перші 15 слів, які пропонують дитині для читання, мають бути найзнайомішими і найприємнішими для неї. Як правило, це її ім'я, імена родичів, назви улюблених продуктів і видів діяльності, предметів домашнього побуту та ін. Потім дають слова, які позначають частини тіла, елементи будинку і домашньої обстановки; предмети, що належать дитині, продукти харчування тощо. Наступна група слів містить дієслова. Кожне нове слово супроводжують демонстрацією дії, яку воно позначає. Пізніше пропонують прикметники.

На кожному новому етапі поступово зменшують висоту букв, дотримуючись правила, яке забороняє одночасно зменшувати розмір шрифту і збільшувати кількість слів.

Ця технологія проста, доступна як в організації самого процесу читання, так і у виготовленні наочності. Та найголовніше те, що при певних змінах дає можливість багаторазово вимовляти поставлені звуки в різних словах, у різних позиціях. Через процес читання іде виправлення недоліків звуковимови.

Технологія навчання дітей математики. Її починають застосовувати в ранньому віці (2,5 – 3 років), оскільки вона дає змогу навчити мозок дитини розрізняти кількість і, як наслідок, усі обчислення здійснювати як операції з множинами, за рахунок чого і досягається їх швидкість. Навчання дітей математики згідно з цією технологією передбачає 5 етапів:

- 1) упізнавання кількості;
- 2) упізнавання рівності;
- 3) розв'язання прикладів;
- 4) упізнавання цифр;
- 5) упізнавання рівності з цифрами.

Суть технології Г. Домана найчіткіше окреслює перший етап. Для впізнавання кількості виготовляють комплект карток з червоними кружальцями, від 1 до 100. Навчання починають з карток, на яких нанесені кружальця від 1 до 5. Дитині тричі на день послідовно показують картки з кількістю кружалець від 1 до 5 і називають відповідне число. Наступного дня проводять три заняття з першим комплектом, додаючи ще один комплект – з картками від 6 до 10. Його також показують тричі на день. Перед кожним наступним показом картки обов'язково перетасовують, щоб їх послідовність була непередбачуваною.

З першими двома комплектами заняття проводять п'ять днів. З шостого в кожному комплекті щоденно одну картку змінюють на нову. Приблизно за 50 днів дитина запам'ятовує всі картки і відрізняє одну від одної. Відтоді вона зможе сприймати те, що дорослий може лише бачити. З першого погляду вона впізнає 47 кружалець, 47 монеток або 47 мотрійок, виявляючи

феноменальну здатність до розрізнення: вона завжди відрізняє 99 кружалець від 98 і 100.

Після ознайомлення з числами та їх записом у мозку дитини виникає бачення відповідної кількості кружалець, тобто вона здатна «бачити» відповідну множину, що дає змогу швидко здійснювати будь-які математичні обчислення. Ця здатність є основою особливих математичних здібностей.

Технологія формування в дітей енциклопедичних знань. Суть її полягає у збагаченні розуму дитини різноманітними фактами, які є основою знань. Навчання елементарним знанням слід починати, за висловлюванням Домана, вже після того, як ви почали програму навчання читанню і успішно з нею справляєтесь. За твердженням Домана, існує певна аналогія між людським мозком і комп'ютером: «Мозок, як і комп'ютер, повністю залежить від набору фактів, закладених у його пам'ять». У комп'ютері цей запас іменується базою даних, а мозок, як висловився Г. Доман, використовує «базу знань». Факти, які засвоюють діти, він вважає своєрідними «бітами знань». Малюки вивчають і запам'ятовують їх значно швидше й легше, ніж дорослі. Чим менша дитина, тим легше й успішніше це їй дається. Але факти становлять лише основу знань, а не самі знання. Середній набір фактів свідчить про середні за рівнем знання; великий набір фактів означає, що база для знань перевищує середню.

Технологія Домана сприяє засвоєнню дитиною десятків тисяч точних, надзвичайно цікавих фактів («бітів знань»). Їх подають на картках розміром 30 × 30 см чітким малюнком, схемою, якісною ілюстрацією, фотографією. На зворотному боці кожної картки розміщують пояснювальний текст, який зачитує дорослий.

Щоб зробити інформацію доступнішою для вивчення дитиною, всі галузі знань Г. Доман поділив на 10 розділів:

1. Біологія.
2. Історія.
3. Географія.
4. Математика.
5. Фізіологія людини.
6. Загальні закони природознавства.
7. Музика.
8. Мистецтво.
9. Мови.
10. Література.

Кожний розділ знання поділено на підрозділи (категорії).

Для зручності розподілу і вивчення матеріалу кожен розділ розбито на комплекти з 10 карток із найменуванням кожної картки на звороті. Пояснювальний текст, що характеризує конкретну картку, має відповідати таким вимогам:

- інформація в ній повинна бути точною, тобто містити факти, а не припущення;

- інформація має бути зрозумілою, термінологічно точною, без двозначності;
- текст повинен бути цікавим і, по можливості, з гумором.

Г. Доман рекомендує розпочинати ознайомлення з картками, представленими в 5 різних категоріях, кожна категорія містить 5 карток. У перші дні слід повторювати: «Це комаха (назва)». Згодом можна вимовляти лише найменування картинки, оскільки діти дуже швидко засвоюють правила. Кожну категорію потрібно повторювати не менше 3 разів на день. Поступово їх кількість збільшують до 10 на день, прискорюють темп їх показу (на кожен категорію – не більше 10 секунд). Після цього в кожній категорії одну картку замінюють на нову. Видалені картки кладуть у картотеку. «Життєвий цикл» однієї картки – 30 демонстрацій, тобто її показують тричі на день протягом 10 днів.

Запропоновану технологію можна використати в реабілітаційній практиці вчителями-реабілітологами, психологами, дефектологами, логопедами при роботі з дітьми різних нозологій дошкільного та молодшого шкільного віку зі збереженим інтелектом та розумовою відсталістю.

Джерела інформації

- Доман Г. Гармоничное развитие ребёнка (Как развить умственные и физические способности ребёнка) / Пер. с англ. – М., 1996
- Доман Г. Дошкольное обучение ребёнка (Как дать ребёнку энциклопедические знания. Как обучить ребёнка математике. Как научить ребёнка читать) / Пер. с англ. – М., 1995
- Доман Г. и Д. Как развить интеллект ребёнка / Пер. с англ. – М.: Аквариум, ООО «Фирма «Издательство АСТ», 2000. – 320 с. – (Мальши хотят и могут учиться!)

2.7. Методика раннього втручання Нікітіних

Нікітіні Олена Олексіївна і Борис Павлович – російські педагогини – відомі в Росії та за кордоном як автори нетрадиційної системи виховання дітей.

Нікітіні у своїй багатодітній родині втілили до життя ідею важливості раннього тренування розуму і тіла. Вони розробили серію розвиваючих ігор, концепцію НВМЕРМ (незворотне вгасання можливостей ефективного розвитку можливостей) – гіпотезу, яка стверджує, що з роками людина втрачає здібності до розвитку.

За методикою Нікітіних, дорослі не повинні гальмувати та прискорювати розвиток дитини; необхідно слідкувати, як розвивається дитина, і допомагати їй у цьому. І не потрібно очікувати, що всі діти розвиваються однаковими темпами, але основні можливості людини закладаються в ранньому дошкільному віці.

Використання методики Нікітіних сприяє не тільки розумовому, але й фізичному розвитку дитини.

Основні принципи методики автори визначають наступним чином:

- свобода творчості дітей в отриманні знань; ніяких спеціальних тренувань, зарядок, уроків; діти займаються за бажанням, сполучаючи спорт з іншими видами діяльності;
- спортивна обстановка в домі і легкий одяг дітей: спортивне обладнання входить у повсякденне життя із самого раннього дитинства, стає звичайним середовищем. Особлива увага приділяється загартовуванню;
- участь дорослих у дитячих іграх, змаганнях і, взагалі, в житті дитини;
- батьки не заважають розвитку дитини, а допомагають їй; намагаються створити умови для подальшого її розвитку, враховуючи самопочуття та бажання дітей.

Методика включає в себе розвивальні ігри, завдання, вправи, розважальні ігри, комплекси фізичних вправ, які допомагають не лише в розвитку дитини, але й роблять сімейне спілкування приємним та корисним.

Ігри, запропоновані у вигляді головоломок, націлені на розпізнання і мислення образів, тобто на розвиток логічного та образного мислення. Ігри мають характерні особливості: кожна гра – це набір завдань, які дитина вирішує за допомогою кубиків, цеглин, квадратів із картону чи пластику, деталей із конст-руктора тощо.

Завдання пропонуються в різноманітній формі: у вигляді моделі; плоского малюнка в ізометрії; письмової чи усної інструкції. Таким чином, діти знайомляться з різними способами передачі інформації. Завдання розташовані в порядку збільшення складності. Вони мають великий діапазон ускладнень: від до-ступних 2 – 3-річній дитині до непосильних середньому дорослому. Тому ігри можуть зацікавлювати протягом багатьох років, майже до дорослого віку. Деякі із ігор Нікітіних дуже схожі на блоки Фребеля.

Нікітіни розробили ряд розвивальних ігор, а саме: «Кубики для всіх», «Дріб», «Склади квадрат», «Склади візерунок», «Унікуб» і «Чудокуб».

«Кубики для всіх» – незвичайні яскраві кубики, які особливим чином скріплені один з одним. Використовуючи дані в інструкції приклади та власну фантазію, дитина зможе скласти різноманітні моделі і придумати нові ігри.

Кубики Нікітіна доцільно використовувати для розумового розвитку дітей раннього віку. Малюк навчиться концентрувати увагу, запам'ятовувати; покращується розвиток дрібної моторики, уяви та просторового мислення.

Існує декілька видів кубиків Нікітіних, кожен з яких має своє спеціальне призначення. За допомогою кубиків можна викладати різноманітні візерунки та орнаменти, пристосовуючи завдання до віку та можливостей дітей. Робота з кубиками може починатися ще до того, як дитина навчиться читати і рахувати.

«Склади квадрат» – серія ігор з трьома рівнями складності. Вони дозволяють скласти квадрат з елементів у вигляді геометричної фігури. Чим більше частин – тим цікавіше і складніше завдання.

«Склади візерунок» – завдання на розвиток творчих здібностей дитини. За допомогою різнокольорових кубиків дитина зможе скласти геометричні

візерунки спочатку за зразком, а у подальшому придумати забавні картинки самостійно.

«Дріб» – набір рамок і вкладок, які знайомлять дітей із поняттями «ціле» та «частина». Граючись, дитина швидко засвоїть такі терміни, як «половина», «чверть», «три четвертих» тощо, а в школі зможе легко вирішувати приклади і задачі з дробами.

«Унікуб» – це варіант гри «Кубиків для всіх». Змінюється завдання: дитині необхідно скласти об'ємну фігуру із кубиків певних кольорів.

Ігри Нікітіних включають у себе вправи для розвитку пам'яті, логічного та абстрактного мислення, уяви, фантазії тощо.

Дана методика може використовуватися в якості розвивальної для дітей-інвалідів дошкільного та шкільного віку різних нозологій із різними рівнями розвитку інтелекту.

Використовувати її у своїй роботі рекомендовано фахівцям-реабілітологам реабілітаційних установ та батькам дітей-інвалідів.

Джерела інформації

- Никитин Б.П. Развивающие игры. – М.: Педагогика, 1985
- Никитин Б.П. Ступеньки творчества или развивающие игры. – М.: Просвещение, 1991

2.8. Методика раннього навчання М. Зайцева

Микола Олександрович Зайцев народився в 1939 році. Майбутній творець «Кубиків Зайцева» закінчив філологічний факультет ЛДПІ ім. О.І. Герцена. Засновник і керівник центру «Нестандартні технології в освіті», Зайцев визначив нові шляхи в навчанні дітей читанню (кубики Зайцева), граматиці та математиці.

Методика М. Зайцева базується на теоретичних узагальненнях щодо психічних особливостей розвитку людини російськими вченими-фізіологами Іваном Сеченовим, Іваном Павловим, Володимиром Бехтеревим і Олексієм Леонтьєвим. Вона враховує психофізичні особливості дітей дошкільного віку сприймати і засвоювати на чуттєвій основі знання про навколишній світ. Для повноцінного формування особистості потрібно задіяти всі органи чуття, забезпечити належний розвиток сприймання як одного із способів пізнання дитиною предметів і явищ. Безмежні можливості зору, слуху, нюху, тактильного сприймання слід використовувати в навчанні саме тоді, коли вони формуються і розвиваються як один з основних шляхів пізнання дитиною світу.

Принциповим положенням методики є одночасний розвиток мовлення дітей та навчання їх читанню. Читання розглядається не як передумова «прискореного розвитку», а як процес оволодіння новою мовною реальністю – письмовим мовленням. Навчання читанню здійснюється через гру та спів: запам'ятовування складів відбувається за допомогою коротких пісень.

Для досягнення мети використовують різні види пам'яті: слухову, рухову, зорову, кінестетичну. Процес навчання стає нескладним та захоплюючим.

Важливим оздоровчим ефектом при використанні методики Зайцева є формування правильної постави завдяки високій загальній руховій активності.

Зайцев, орієнтуючись на загальні педагогічні принципи, створив навчальні посібники, під час роботи з якими діти цілком звільнені від регламентованої поведінки. Стійкі позитивні емоції, які відчують діти на заняттях, сприяють нормалізації та активації всіх функціональних систем організму.

Методика раннього навчання спрямована на опанування дитиною грамоти та її математичний розвиток. Технологічно дитина вчиться читати через письмо (від «письма» кубиками до читання).

Свого часу цей метод запропонувала М. Монтесорі. Загальним у методиках Зайцева та Монтесорі є заміна фонематичного принципу навчання читанню складовим. М. Зайцев посилається на напрацювання М. Монтесорі і в методиці формування елементарних математичних уявлень, умінь виконувати складні математичні операції без перевантаження і виснаження.

Однією із складових успіху методики М. Зайцева є дотримання принципу від конкретного до абстрактного, від конкретно-образного до словесно-логічного.

Фахівці, які працюють за системою М. Зайцева з дітьми, що мають вади психічного розвитку, підтверджують позитивний результат в опануванні ними читання та письма.

Для формування читання Зайцев використовує типово дитячий спосіб пізнання світу – кубики, великого значення яким надавали Коменський Я.А. та Фребель Ф.

Гра-посібник «Кубики Зайцева» містить 52 картки, які можна легко скласти в кубики, три таблиці та методичні рекомендації.

Кубики розподіляються за різними ознаками:

- за кольором (колір, поєднання кольорів: одно-, двобуквені склади з буквами трьох кольорів);
- за об'ємом: великі, маленькі, великі подвійні (склеєні один з одним), маленькі подвійні;
- за звучанням наповнювача: золоті, залізні, дерев'яні, залізньо-дерев'яні, відсутність звуку;
- за вібрацією наповнювача, яка сприймається пальцями руки, що тримає кубик;
- за вагою;
- за поєднаннями ознак.

Навчання читанню за кубиками Зайцева відбувається в три етапи:

- ознайомлення дітей з кубиками і таблицями, вивчення складів з метою навчання розрізняти кубики за кольором і звучанням, називати склади на кубиках, знаходити і називати склади в таблицях;
- читання одного слова: дітям, які вже вміють викладати з кубиків різні слова, пропонують так звані складові картки, написані яскравим великим шрифтом. Читання слів з карток супроводжується спеціальними завданнями, спрямованими на розвиток мовлення, пам'яті та кмітливості;
- читання тексту, ігри-тексти з кубиками. Цей етап передбачає закріплення вміння дітей впевнено читати окремі слова, читати слова в реченнях і відтворювати зміст прочитаного. Пропонуються ігри з картками, ігри-головоломки з кубиками. Після того, як діти навчаться читати невеликі тексти (приказки, скоромовки тощо), вони опановують читання текстів із книжок з великим шрифтом і яскравими виразними ілюстраціями.

Цей підхід реалізується й у формуванні в дітей елементарних математичних уявлень.

Гра-посібник «Столик» зорієнтована на математичний розвиток дітей. Базується вона на використанні двох наборів картонних смуг (числових стрілочок) завдовжки 65 см по 10 шт. у кожному з рядами чисел: від 0 до 9, від 10 до 19... від 90 до 99, шириною від 6 до 23 см (ширина смуги зростає із збільшенням значення числового ряду); також посібник дає можливість уявити будь-яке число в межах сотні в чотирьох образах: звуковому, графічному (цифровому), кількісному та компонуальному (можливість скласти одне число іншими).

Для ознайомлення дітей з числовою стрічкою М. Зайцев пропонує низку вправ:

- порахуй, переводячи указку з клітинки в клітинку і голосно називаючи числа, від початку до кінця стрічки;
- порахуй по порядку: 0, 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90 і 100. Через деякий час до кожної цифри на числовій стрічці додається зображення нуля;
- покажи на числовій стрічці, скільки тобі років.

Серед методичних переваг «Столика» необхідно виділити логічність побудови, яка дає змогу навіть дітям дошкільного віку оволодіти алгоритмами і здійснювати математичні дії з одно- і двозначними числами. Гра розвиває творчість, дає можливість взаємодіяти та спілкуватися з однолітками.

Методика М. Зайцева кардинально відрізняється від традиційних методик розвитку мовлення дітей і формування в них елементарних математичних уявлень. Однак вона є високорезультативною і застосовується не лише в освітніх та реабілітаційних закладах, а й домашніх умовах.

Ця методика може застосовуватися в роботі з дітьми-інвалідами дошкільного віку зі збереженим інтелектом або вадами розумового розвитку різних нозологій.

Використовувати її в своїй діяльності рекомендовано фахівцям-реабілітологам різних спеціальностей та батькам дітей-інвалідів.

Джерела інформації

- Зайцев Н. А. Письмо. Чтение. Счёт. – СПб., 1997
- Зайцев Н. А. Сенсация? Трудно поверить? // Педагогический вестник. – 1994. – №1

РОЗДІЛ 3. АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНІ МЕТОДИКИ У РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ ПРАКТИЦІ З ОСОБЛИВИМИ ДІТЬМИ

3.1. Арт-терапія

Термін арт-терапія – (від англ. “art” – мистецтво і “therapy” – лікування) ввів у науковий обіг британський лікар Адріан Хілл (1895-1977) у 1938 році в описі досліджень лікування хворих на туберкульоз у санаторних умовах. Це словосполучення застосовувалося ним щодо всіх видів занять мистецтвом. Вчений став відомим завдяки роботам щодо використання арт-терапії в медичних закладах, а згодом заснував Британську школу арт-терапії.

Паралельно відомий англійський вчений та теоретик Герберт Рід працював в області застосування засобів мистецтва у педагогіці (арт-педагогіка). Австрійський вчений Едіт Крамер займалася вивченням проблематики сублімації (переносу) емоцій та почуттів клієнта в творчий процес.

У 30 – 40-х роках ХХ ст. у Сполучених Штатах Америки в рамках розвитку психодинамічної школи (М. Наумбург) проводилися дослідження щодо способів вираження внутрішніх конфліктів особистості та усвідомлення нею «феномену переносу» емоцій у процес творчої діяльності. Результати цих досліджень також лягли в основу арт-терапії, як нового виду корекційної діяльності.

Перші спроби її застосування до вирішення проблем особистісного розвитку здійснювалися в роботі з дітьми, які пережили стрес у фашистських концтаборах Німеччини та були вивезені до США під час Другої світової війни.

З того часу арт-терапія отримала широке розповсюдження й почала використовуватись як самостійний терапевтичний метод або як метод, що доповнює інші корекційні технології.

У середині 60-х років формуються професійні спілки арт-терапевтів, складається арт-терапевтична система освіти спеціалістів. На заході арт-терапія інтегрується в систему медичного страхування й освіти і стає обов'язковою частиною соціальних заходів профілактичного та реабілітаційного характеру.

Активний розвиток арт-терапії в країнах Заходу відбувається у 70 – 80-х роках ХХ сторіччя: приймається етичний кодекс арт-терапевтів, організуються різноманітні конференції для спеціалістів, виходять спеціальні видання з питань арт-терапії.

У Росії арт-терапія поширюється завдяки працям провідних спеціалістів цієї галузі: Т. Колошиної, Л. Лебедевої, О. Копитіна та ін.

Не у всіх країнах арт-терапія існує як окрема спеціальність, хоча сфера використання арт-терапевтичних технологій досить поширена.

Оскільки арт-терапія забезпечується впливом засобів мистецтва, то її сучасна систематизація ґрунтується, насамперед, на специфіці видів мистецтва (музика – музична терапія; образотворче мистецтво – ізотерапія; театр, образ – психодрама; література, книга – бібліотерапія, танець, рух – танцювально-рухова). Серед основних напрямків арт-терапії також слід відмітити ігротерапію, казкотерапію, лялькотерапію, естетотерапію, а також пісочну терапію. У свою чергу кожний вид арт-терапії розподіляється на певні підвиди.

У сучасному розумінні арт-терапія – спеціалізована форма психотерапії, заснованої на мистецтві, в першу чергу, образотворчому, та творчій діяльності взагалі. Вона охоплює низку специфічних методів, що сприяють зціленню людини засобами мистецтва.

Її загальні поняття та принципи сформувалися в контексті теоретичних ідей З. Фрейда та К. Юнга і здобули широку концептуальну базу в гуманістичних моделях розвитку особистості психологів К. Роджерса (1951) і А. Маслоу (1956).

Основна мета арт-терапії полягає в гармонізації розвитку особистості через розвиток здатності до самовираження та самопізнання. Головним механізмом ко-рекційного впливу є механізм сублимації. Він значною мірою полегшує процес індивідуалізації саморозвитку особистості на основі встановлення зрілого балансу між несвідомим та свідомим «Я».

Найбільш важливою технікою арттерапевтичного впливу є техніка активної уяви, спрямована на зіткнення свідомого та несвідомого і узгодження їх між собою шляхом афективного впливу.

Створювані клієнтами продукти, відтворюючи їх афективне відношення до світу, полегшують процес комунікації та встановлення відношень із значущим оточенням. У процесі арт-терапії суб'єкт проектує свої неусвідомлювані чи приховані потреби, комплекси, витіснені переживання, мотиви, позитивні властивості – усе те, що може трансформуватися в певні форми під час творчого процесу. Таким чином, арт-терапевт отримує доступ до передсвідомої та, в окремих випадках, безсвідомої частини психіки клієнта.

Арт-терапія виконує дві основні функції: діагностичну та терапевтичну. В якості діагностики вона відображає наявний стан клієнта, навіть якщо він намагається приховувати його від самого себе та інших. Найчастіше з цією метою застосовуються малюнки. Терапевтичну функцію забезпечує повернення до психологічної цілісності особистості за допомогою мистецтва.

Використання арт-терапевтичних технологій може здійснюватися за такими напрямками, як застосування вже існуючих творів мистецтва шляхом їх аналізу й інтерпретації (так звана «пасивна арт-терапія») та спонукання клієнтів до самостійної діяльності в творчому процесі («активна арт-

терапія»). Можливе одночасне поєднання як першого, так і другого напрямку в арт-терапії.

Серед основних цілей арт-терапії виділяють:

1. Надання клієнту можливості соціально прийняттого виходу агресивності й інших негативних почуттів (робота над малюнками, картинами, скульптурами є безпечним засобом зняття напруги).
2. Полегшення процесу психокорекції (неусвідомлювані внутрішні конфлікти й переживання часто буває легше виразити за допомогою зорових образів у творчому процесі, ніж висловити їх у процесі вербальної взаємодії).
3. Отримання діагностичного матеріалу для інтерпретації та діагностичних висновків стосовно психосоціального розвитку особистості.
4. Розвиток навичок комунікації та саморегуляції (відпрацювання думок і почуттів, які клієнт зник стримувати, розвиток самоконтролю).
5. Концентрація уваги на власних емоціях та почуттях.
6. Розвиток творчих здібностей та підвищення самооцінки (основним продуктом арт-терапії є почуття задоволення, що виникає в результаті виявлення та розвитку прихованих талантів).

Функції, які виконує арт-терапевт для вирішення корекційних завдань, досить складні й змінюються залежно від конкретної ситуації. Серед основних завдань спеціаліста: створення в арт-терапевтичному просторі довірливої атмосфери для відтворення клієнтом своїх почуттів, думок, потреб; організація творчої діяльності; забезпечення зворотнього зв'язку; використання вербальних та невербальних засобів комунікації; надання емоційної підтримки у випадку переживання сильної тривоги, страху або хвилювання.

Арт-терапевт повинен володіти певним обсягом знань та умінь щодо застосування спеціальних технологій, оскільки при проведенні занять доводиться не тільки розповідати, але й неодмінно показувати й навчати.

Існують дві форми проведення арт-терапевтичних сесій: індивідуальна і групова. Індивідуальна застосовується, як правило, для осіб, з якими важко проводити вербальну (словесну) психотерапію, які мають невимовні переживання та посттравматичні розлади.

Групові форми арт-терапії ефективно використовуються в системі реабілітаційної практики з дітьми-інвалідами. Вони розвивають необхідні соціальні навички, пов'язані з наданням взаємопідтримки, дозволяють вирішувати психосоціальні проблеми, освоювати нові ролі, спостерігати вплив нових моделей поведінки, підвищувати самооцінку та зміцнювати особистісну ідентифікацію.

Принципи арт-терапевтичної взаємодії:

1. Підтримувати у клієнта почуття власної гідності, позитивного образу «Я».
2. Вести мову про ситуацію, вчинок та його наслідки, а не про особистість і характер самої людини.
3. Помічати прогрес в особистісному зростанні, порівнюючи особистість із нею самою, а не з іншими.

4. Не використовувати негативних оцінних суджень.
5. Не нав'язувати способи діяльності та поведінки всупереч бажанню клієнта.
6. Приймати та схвалювати всі продукти творчої діяльності незалежно від змісту, форми та якості.

Як у теорії, так і в практиці арт-терапії залишається багато невирішених та дискусійних питань. На відміну від Західної Європи та Америки, в Україні арт-терапія більше цікавить не лікарів, а педагогів та психологів-практиків, що сприяє поширенню цього методу в освіті та соціальній сфері. Розбіжності в основній термінології, відсутність чітких меж, навіть єдиної назви цього напрямку свідчать про період становлення арт-терапії як методу.

Разом з тим арт-терапія як метод та напрямок реабілітації, набула широкого розповсюдження в діяльності установ соціальної реабілітації дітей-інвалідів України завдяки великим потенційним можливостям, що сприяють їх успішній соціальній інтеграції.

Як один з універсальних методів реабілітації вона не має обмежень у використанні та застосовується в роботі з дітьми всіх вікових груп і практично всіх нозологій.

Тривалість курсу залежить від діагнозу дітей, показань та цілей терапії; визначається індивідуально впродовж всього терміну реабілітації.

Коло спеціалістів, які застосовують арт-терапію у своїй діяльності, теж досить широке. Це і психологи, і педагоги, і соціальні працівники, і спеціалісти інших галузей.

Існують особливі умови та вимоги, що повинні бути виконані при застосуванні арт-терапії. Для систематичного проведення ефективної арт-практики спеціалісту бажано мати спеціально обладнаний арт-терапевтичний кабінет, розподілений на кілька умовних зон, а саме:

- «робочу зону» для індивідуальної творчості й колективної роботи;
- «чисту зону» для спілкування арт-терапевта й клієнтів, групової комунікації та обговорення образотворчої продукції;
- вільний простір для танцю та театралізації;
- місце для збереження та виставок художніх робіт;
- доступ до води та раковини.

Під час проведення занять з арт-терапії для дітей із ДЦП бажано використовувати спеціальні пристрої для фіксування положення тіла, руки або тільки кисті. Ці засоби можуть бути стандартизованими або виготовленими самостійно. Наприклад, пристрій «фломастерна миша» є аналогом «комп'ютерній миші»: перпендикулярно до неї прикріплюється досить широкий фломастер або олівець. Дитина охоплює пристрій долонею і починає малювати (відбувається «ковзання» руки по аркушу паперу). Для багатьох форм ДЦП розправлення пальців і «розкриття» долоні дитини – найважливіша умова її реабілітації. Пристроїв, подібних до «фломастерної миші», існує безліч, все залежить від уяви арт-терапевта, але застосовувати їх потрібно вміло і поступово, щоб із часом рука дитини змогла працювати самостійно

Джерела інформації

- Вознесенська О., Мова Л. Арт-терапія в роботі практичного психолога: Використання арт-технологій в освіті. – К.: Шк. світ, 2007. – с.5 – 33
- Киселёва М.В. Арт-терапия в работе с детьми: Руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми. – СПб.: Речь, 2007
- Красный Ю.Е. Арт – всегда терапия. Развитие детей со специальными потребностями средствами искусства. – М., 2006
- Мілютіна К. Форми психокорекційного впливу. – К.: Главник, 2007
- Осипова А.А. Общая психокоррекция. Учебное пособие. М.: Сфера, 2002
- Рыбакова С.Г. Арт-терапия для детей с ЗПР. – СПб.: Речь, 2007

3.2. Ігрова терапія

Ігрова терапія – один із специфічних методів **арт-терапії**. Це метод психотерапевтичного впливу **на дітей та дорослих** засобами гри. Вона є методом корекції емоційних і поведінкових розладів, в основу якого покладений властивий, перш за все, дітям спосіб взаємодії з навколишнім світом – гра.

Гра – це довільна, внутрішньомотивована діяльність, що передбачає використання довільно обраних предметів. Вона для дитини є основним засобом вираження почуттів, дослідження відносин і самореалізації. Гра представляє собою спробу дитини організувати свій внут-рішній світ, свій життєвий досвід. У її процесі в дитини виникає відчуття повного контролю над будь-якою довільно створеною ситуацією.

Гра має значний вплив на розвиток особистості, сприяє створенню дружніх відносин між учасниками групи, допомагає знімати напруженість, підвищує самооцінку, розвиває впевненість особистості у власних силах тощо. Ігрову терапію можна охарактеризувати як процес проектування досвіду, почуттів, думок та бажань людини на іграшки, костюми, реквізит, пісок, фарбу, воду тощо. Важливість символічної гри полягає в тому, що вона дає суб'єкту ігрової терапії досліджувати свій попередній життєвий досвід, залишаючись на безпечній дистанції від дійсності. Психокорекційний ефект ігрових занять досягається, у тому числі, завдяки встановленню позитивного емоційного контакту зі спеціалістом.

Ідея вивчення ігрової діяльності дітей з метою їх більш ефективного розуміння та виховання належить Ж.-Ж. Руссо. На початку розвитку ігрової терапії, як окремого виду корекційної діяльності, вона базувалася на підґрунті класичного психоаналізу (А. Фрейд, М. Кляйн, Г. Гуг-Гельмут).

Безпосередньо термін «ігрова терапія» вперше був запропонований відомим психоаналітиком М. Кляйн у 20-х роках минулого сторіччя. Вона припустила, що у будь-якій ігровій діяльності завжди присутній символічний зміст. Дитина через гру виражає несвідомі імпульси, потяги, подавлені

фантазії тощо. Таким чином, в роботі з дітьми гра заміняє метод вільних асоціацій, що використовується у психоаналізі, і може дозволити аналітикові безпосередньо долучитися до «несвідомого» особистості. Зрозуміло, що отримані символічні образи та асоціації повинні бути проінтерпретовані психоаналітиком.

Кляйн вперше запропонувала ігротерапію як дієвий інструмент психоаналізу дітей дошкільного віку.

А. Фрейд з успіхом застосовувала ігротерапію в роботі з дітьми, які пережили бомбардування Лондона під час Другої світової війни. Досвід цієї роботи вона узагальнила в книзі «Діти і війна» (1944р.). Дослідниця підкреслювала, що крім швидкого встановлення контакту з дитиною, ігротерапія дозволяє звільнити її від страху перед психотравмуючими подіями й тим самим уникнути формування серйозної нервово-психічної патології.

Згодом метод ігрової терапії став застосовуватися в рамках інших теоретичних підходів. Ідеї А. Фрейда продовжили розвиток в «ігровій терапії відреагування», викладеній у дослідженнях Д. Леві. Для цього підходу характерно моделювання в грі певної тривожної, лякаючої ситуації. Відтворення психотравмуючих подій у безпечному просторі ігрової кімнати дозволяє дитині максимально повно виразити своє відношення до них і звільнитися від сильних негативних почуттів (жах, біль, лють тощо).

Також у процесі терапії дитина стає «режисером» певних подій, тим самим змінюючи свій «внутрішній» досвід. Дитина перестає почувати себе пасивною жертвою в психотравмуючій ситуації, вона набуває почуття впевненості у своїй здатності діяти активно.

У середині ХХ сторіччя К. Роджерс, засновник клієнтцентрованого підходу, і деякі його послідовники (В. Екслейн, Е. Дорфман та ін.) також зацікавилися грою як психотерапевтичним інструментом.

Вони запропонували ігрову терапію, центровану на клієнті. Цей напрямок ґрунтується на базовому принципі роджеріанського підходу – переконаності терапевта в наявності вродженої здатності дитини до спонтанного психічного розвитку, особистісного росту й самодетермінації. У процесі ігротерапії відбуваються відновлення порушеної здатності дитини до саморозвитку та корекція фруструючих відносин дитини з дорослими. Основним «прийомом» роджеріанського ігротерапевта є безумовне прийняття дитини такою, як вона є. Терапевтичний ефект досягається за рахунок того, що дитина отримує досвід вільного самопрояву – спонтанної гри в присутності дорослого, який сприймає дитину не оцінюючи її.

Психоаналітичні моделі ігротерапії й модель Д. Леві можна віднести до ди-рективного виду, де роль дорослого (ігротерапевта) достатньо активна. Він – організатор, який бере на себе відповідальність за весь процес гри та її результати.

Серед вітчизняних підходів до ігротерапії можна виділити казко-, ігротерапію (Т. Зінкевич-Євстигнеєва й ін.). Це еkleктичні форми ігротерапії, в яких поєднуються принципи, прийоми та техніки різних шкіл. Однак таку

ігротерапію можна віднести скоріше до директивних форм. Дитині найчастіше пропонуються інструкції, тобто ігровий процес значною мірою структурований терапевтом. Основною ознакою казко-, ігротерапії є обов'язкова присутність казкового мотиву в інструкції. Іноді інструкції до ігор записуються у формі казок, іноді, навпаки, гра вигадується згідно з сюжетом певної казки.

Основна мета ігрової терапії – до-помогти дитині виразити свої переживання найбільш прийнятним для неї способом – через гру; виявити творчу активність у вирішенні складних життєвих ситуацій, які моделюються в процесі ігрової діяльності.

Основні завдання ігрової терапії:

- 1) полегшення психологічних страждань дитини;
- 2) зміцнення власного «Я» дитини, розвиток почуття самоцінності;
- 3) розвиток здатностей до емоційної саморегуляції;
- 4) відновлення довіри до дорослих та однолітків, оптимізація відносин у системах «дитина – дорослі», «дитина – інші діти»;
- 5) корекція й попередження деформацій у формуванні «Я – концепції»;
- 6) корекція та профілактика поведінкових відхилень.

Механізм психокорекційного впливу ігротерапії базується на спонтанному самовираженні в грі. Воно дозволяє дитині звільнитися від хворобливих внутрішніх переживань, пов'язаних з негативним емоційним досвідом (катарсис). Сприяє включенню вольових механізмів, активізації творчого пошуку нових, більш адекватних способів реагування в проблемних ситуаціях, з одночасним більш глибоким розумінням власного «Я» та своїх відносин з оточуючими.

Ігрова терапія сприяє попередженню розвитку в дітей-інвалідів нервово-психічних патологій (зняття хворобливого внутрішнього напруження, фрустрації, підвищеної тривожності, пом'якшення почуття недовіри до світу, ворожості до навколишнього, аутоагресивних тенденцій). Серед основних завдань ігрової терапії є також корекція поведінкових проблем та розвиток творчого потенціалу.

Найбільш важливе місце в психокорекційній роботі з дітьми-інвалідами займає гуманістична ігрова терапія.

Гуманістичний підхід можна застосовувати в роботі з дітьми, які мають різноманітні психопатологічні симптоми, оскільки терапевтичне середовище модифікується безпосередньо до особливостей кожної дитини. Подібна терапія вважається дуже м'якою, викликає менше ятрогенних ефектів (ятрогенні ефекти – несприятливі ефекти, викликані методами й умовами лікування).

Зцілювальними елементами гуманістичної ігрової терапії виступають відносини, що формуються між дитиною й терапевтом, тобто інсайт, що досягається дитиною через відбиття її поведінки психологом, сприяння прагненню дитини до самоактуалізації, яка відбувається в умовах здорового середовища терапевтичних сесій.

Гуманістична ігрова терапія полягає в тому, що дитина вчасно й послідовно входить в здорове середовище ігрового кабінету, в атмосферу теплоти й прийняття, створювану терапевтом.

У дітей з генетичними проблемами в результаті упереджень, що існують у нашому суспільстві, обмежено коло спілкування з однолітками. В ігротерапевтичній групі такі діти отримують можливість спілкуватися. Ці заняття забезпечують прийняття дитини такою, якою вона є, дітьми й дорослими. В оточуючих створюється можливість бачити безпосередньо дитину, а не її захворювання. У результаті занять у таких дітей підвищується ініціативність, самостійність, активізується мова, комунікабельність.

Необхідним критерієм завершення психокорекції є здатність зберігати позитивні поведінкові зміни за межами ігрової кімнати.

Простір кабінету ігрової терапії повинен бути організований за певними вимогами. «Ідеальна» ігрова кімната досить простора, щоб дитина могла виявляти значну рухову активність, не піддаючи себе небезпеці травмуватися, зіткнувшись з нагромадженими предметами чи меблями, але все-таки не настільки велика, щоб дитина губилася в ній та почувала себе відділеною від ігротерапевта. Незалежно від обсягів кімнати добре, якщо одна половина її підлоги буде вкрита лінолеумом, а інша – килимом, що дозволить проводити активні вправи, не турбуючись про пошкодження його м'якого покриття. Частина кімнати, покрита килимом, призначена для спокійної діяльності, а також для падінь і перекидань, які зручніше виконувати на м'якій поверхні.

Кабінет ігрової терапії повинен бути оснащений художніми матеріалами (олівці, пастель, фломастери, фарби тощо), папером різних розмірів, ляльками, іграшками, музичними інструментами та різноманітними природними матеріалами (глина, пісок, камінці, мушлі, палички, мох, кора й плоди дерев).

Термін застосування методу з метою психокорекційного впливу індивідуальний й залежить від вікових та психофізичних особливостей дитини. Але у разі відсутності позитивної динаміки соціального або психоемоційного розвитку дитини на протязі певного курсу застосування даного психокорекційного інструментарію рекомендується застосовувати інші психокорекційні інструменти з метою досягнення бажаного результату.

Ігрову терапію в класичному, повному розумінні можуть застосовувати лише кваліфіковані арт-терапевти, які пройшли спеціальну підготовку та отримали відповідні сертифікати.

Інші спеціалісти – вчителі-реабілітологи, асистенти вчителів-реабілітологів, соціальні педагоги, вихователі, психологи тощо мають право застосовувати в реабілітаційній практиці лише окремі елементи чи прийоми ігрової терапії.

Метод арт-терапії доцільно застосовувати в роботі з дітьми різного віку та нозологій.

Він не рекомендується для застосування з дітьми, які мають високу ступінь агресивності, або дітьми, схильними до вираженого відреагування.

Жорстка система обмежень, що необхідна таким дітям, несумісна з філософією цього методу корекційної роботи.

Джерела інформації

- Киселёва М.В. Арт-терапия в работе с детьми: Руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми. – СПб.: Речь, 2007. – 160 с.
- Лондрет Г.Л. Игровая терапия: искусство отношений. – М.: Международная педагогическая академия, 1994.
- Экслейн Вирджиния. Игровая терапия. – М.: Эксмо-пресс, 2001

3.3. Танцювально-рухова терапія

Танцювально-рухова терапія – це процес психотерапевтичного використання руху, який сприяє емоційній, психологічній та фізичній інтеграції індивіда (офіційне визначення Американської асоціації танцювальної терапії).

Історія танцювально-рухової терапії походить з найдавніших часів. Танець здавна був невід'ємною частиною культури будь-якої цивілізації.

Танець є одним із психокорекційних методів. На сьогоднішній день традиційним є використання танцю як засобу вираження емоцій, зняття психологічної напруги, покращення емоційного стану, стимулювання творчої активності тощо.

Використання форм танцю як терапії пов'язане, насамперед, з ім'ям чеського танцівника, хореографа й філософа Рудольфа фон Лабана – видатного педагога та теоретика руху й танцю. Саме Р. Лабан є засновником принципу цінності індивідуального вираження в танці. Він створив систему запису й опису будь-якого людського руху, що й сьогодні є теоретичною основою й засобом аналізу та діагностики в танцювально-руховій терапії.

Його вчення в 60 – 70-х роках ХХ століття розвинула німецька танцівниця І. Бартенієфф, яка створила особливу систему вправ («Основи Бартенієфф») для гармонізації руху й навчання правильному й економічному використанню тіла в русі. Аналіз Лабана і основи Бартенієфф є складовою частиною методології танцювально-рухової терапії.

Танець є поєднанням фізичної, психічної та естетичної діяльності. У ХХ сторіччі в Лейпцизі було навіть створено «Танц-архів», в якому знаходиться величезна кількість зібраної друкованої, відео- та образотворчої продукції, присвяченої історії руху.

Дослідники визначають 4 основних фактори, що сприяли розвитку танцювально-рухової терапії:

1. Після Другої світової війни багатьом людям була потрібна фізична і духовна реабілітація, ефективним методом якої стала танцювально-рухова терапія. «Першою леді» у цьому виді терапії вважали Меріан Чейс, яка працювала в лікарні Св. Єлизабет у Вашингтоні (округ Колумбія). Вона

розвинула танець у терапевтичну модальність. Працюючи із психічними хворими, Чейс досягла великих успіхів. Пацієнти, яких вважали безнадійними, були здатні до групової взаємодії, вираження своїх почуттів у взаємовідносинах з оточуючими.

2. У 50-ті роки для лікування психічних розладів почали застосовувати транквілізатори. Танцювально-рухова терапія була альтернативною програмою лікування психічно хворих.

3. У 60-х роках був поширений «рух тренінгу людських взаємин», що сприяв роботі з групами та розробці методів розвитку самосвідомості.

4. Танцювально-рухова терапія ста-ла засобом дослідження невербальної ко-мунікації, зокрема методом аналізу комунікативної поведінки людського тіла.

Традиційно вважається, що внутрішній світ людини безпосередньо пов'язаний із тілом, рухами. Танцювально-рухова терапія поєднує роботу з тілом, рухами й емоціями.

На її розвиток вплинули психоаналітична теорія (В. Райх) та аналітична психологія (К. Юнга). Однією з головних переваг танцювально-рухової терапії є її наступність традиціях найдавніших культур з погляду розуміння значення руху в житті людини та цілісного підходу до тілесного і психічного здоров'я. В. Райх вважав, що кожен вияв характеру має відповідну фізичну позу; за допомогою фізичних вправ людина пізнає своє тіло, усвідомлює свої внутрішні потреби і приймає їх. На думку К. Юнга – переживання, виражені в танці, можуть продемонструвати неусвідомлені потяги і потреби з несвідомого і зробити їх доступними для аналізу.

Історично методологія танцювально-рухової терапії спирається на вже сформовані школи психодинамічної, гуманістичної, екзистенціальної та інших напрямків психотерапії, а також на досягнення науки в області нейропсихології, нейрофізіології, анатомії, педагогіки.

Танцювально-руховий напрямок практичної психології – це міждисциплінарна галузь на перетині психотерапії й танцювального мистецтва.

Основною метою танцювально-рухової терапії є розвиток усвідомлення власного тіла, створення позитивного образу тіла, розвиток навичок спілкування, дослідження почуттів та наслідування групового досвіду.

Загальні функції танцювально-рухової терапії:

Діагностична – людина розуміє «засвоєні і незасвоєні» рухи, якості і те, як ця картина пов'язана з її життям. Вона може зробити усвідомлений вибір – засвоїти певну зону свого життя, до цього незнайому або навіть «заборонену» раніше.

Тестова – якщо застосувати цю техніку на початку й наприкінці тренінгу, можна точно оцінити особистісні зміни: рухові та емоційні; усвідомити їх ступінь та якість.

Психокорекційна разом з іншими техніками усвідомлення трансформація танцю теж допомагає людині знайти засоби самовираження,

розширити діапазон реакцій і форм взаємодії. До того ж сам по собі рух, сповнений особистісного змісту, має позитивний психофізіологічний вплив.

Танцювальна терапія сприяє особистісному росту людини, переживанню невідомих раніше почуттів, дає можливість відчувати себе в різних ролях – випробувати усілякі засоби поведінки, осмислити свої особисті проблеми.

Танцювальна терапія спрямована на розв'язання наступних завдань:

- поглиблене усвідомлення особливостей свого тіла і можливостей його використання;
- підвищення самооцінки шляхом розвитку позитивного образу тіла;
- вдосконалення своїх власних умінь за допомогою групового досвіду;
- отримання досвіду контакту з власними почуттями через використання рухів.

Вирішуються і такі завдання, як підвищення рухової активності; розвиток комунікативних навичок і організація соціотерапевтичного спілкування; отримання діагностичного матеріалу для аналізу поведінкових стереотипів особистості та її самопізнання; пошук індивідуальних шляхів розвитку.

Типова сесія танцювальної терапії містить у собі три частини: розігрів, розвиток та завершення; тривалість заняття становить 40–50 хв., кількісний склад групи – 5 – 12 осіб.

Основні напрямки роботи танцювального терапевта:

- тіло та його рухи;
- міжособистісні взаємини;
- самосвідомість (усвідомлення тілесного досвіду сприяє й поглиблює свідомість, прискорює шлях пізнання й отримання знань про себе; розвиває «Я – концепцію»; піднімає самооцінку, впевненість у собі).

Основні елементи танцю: центрування, рівновага, постава, жест, простір, творча уява.

У своїй практиці танцювальні терапевти широко використовують «Танець п'яти рухів». Його авторство належить Габріелі Рот, яка визначила п'ять первинних ритмів руху, властивих, на її думку, усім культурам, що є репрезентаціями онтологічних якостей.

1. Flownig – плавні, м'які, округлі рухи; відповідність впливу «жіночої» енергії.

2. Staccato – різкі, сильні й чіткі рухи, «чоловічі».

3. Chaos – хаотичні рухи.

4. Lirical – тонкі, витончені рухи, «поле метелика» або «падаючого листя».

5. Stillness – рухи нерухомості, спостереження за первинними руховими імпульсами, «пульсуюча статуя».

Танцювальна терапія використовується в якості допоміжного або загального методу корекції в групах дітей та підлітків при корекції міжособистісних відносин для соціально-психологічного та рухового

тренінгу з людьми, які мають порушення зору та слуху, або в реабілітаційний період (після операцій, переломів та ін.)

Функції учасників групи танцювальної терапії: спільна робота, дослідження ритмічних рухів, експериментування з жестами, позами та рухами, невербальне спілкування одне з одним – сприяють глибокому груповому досвіду, що діє на несвідомому рівні як «магічне коло».

Завдання, які вирішуються під час танцювально-рухової роботи:

- вирішити особистісні конфлікти, підвищити самооцінку та впевненість у собі;
- розширити «відкритість» до партнера й розвинути вміння відчувати та приймати його, довіряти йому;
- спільно діяти в групі й вміти знаходити своє місце в ній для ефективної взаємодії з іншими (вміти бачити ситуації та людей, бути впевненими в собі та своїх діях незалежно від того, як це сприймають інші, рухатись і діяти, прислухаючись до внутрішнього імпульсу, намагатися відстежити власні рухи, почуття, відчуття, потреби, бажання, які знаходяться всередині і є справжніми на відміну від автоматичних дій, що виконуються кожного дня і не дають можливості людині відчувати себе гармонійно й цілісно; це є причиною нераціональної витрати сил та енергії, роздратування, агресивності, невпевненості в собі, труднощів у спілкуванні з іншими людьми, автоматичного існування).

Танцювальна терапія використовується з метою покращення фізичного стану, виходу негативних емоцій, удосконалення навичок міжособистісної взаємодії та отримання позитивних емоцій, розширення самопізнання.

Тривалість курсу танцювально-рухової терапії в практиці соціальної реабілітації дітей-інвалідів залежить від діагнозу, показань та цілей застосування методу, тому визначається індивідуально впродовж всього терміну реабілітації.

Танцювально-руховою терапією доцільно займатися з дітьми, які страждають на емоційні розлади, мають агресивну поведінку, порушення емоційного стану після стресів, високу тривожність, низьку самооцінку; ЗПР, аутизм (легка форма) всіх вікових груп.

Для більш ефективного супроводу реабілітаційного процесу елементи даної методики можуть застосовувати психологи, вчителі-реабілітологи, логопеди. Фахівець для проведення танцювально-рухової терапії повинен мати диплом арт-терапевта: проходити спеціальну післядипломну підготовку, що триває 2 – 3 роки.

Джерела інформації

- Вознесенська О., Мова Л. Арт-терапія в роботі практичного психолога: Використання арт-технологій в освіті. – К.: Шк. світ, 2007
- Курис И. Биоэнергетика йоги и танца – М, 1994
- Лоуэн А. Терапия, которая работает с телом (Биоэнергетика) – СПб.: Речь, 2000

- Осипова А.А. Общая психокоррекция. Учебное пособие. – М.: Сфера, 2002
- Психотерапевтическая энциклопедия (п/р Б.Д. Карвасарского) – М, 1998
- Рудестам К. Групповая психотерапия – М.: Прогресс, 1990
- Федій О.А. Естетотерапія: навчальний посібник для вузів – К.: ЦУЛ, 2007

3.4. Лялькотерапія

Лялькотерапія – метод лікування за допомогою ляльок, що відноситься до арт-терапії. Це окремий вид гри з ляльками, який сьогодні є самостійним психолого-педагогічним напрямом корекційно-розвивальної теорії та практики завдяки привнесенню в гру специфічних методик та технологій роботи, пов'язаних з усуненням негативних особистісних емоційно-чуттєвих дискомфортів.

Ідея використання ляльок у виховному процесі має багатовікову історію та сягає первинних історико-археологічних свідчень присутності людини на землі. На відміну від решти дитячих іграшок, лялька несе в собі образ людини з усіма її характеристиками та ознаками. Вона супроводжує людину впродовж усього її дитинства, виконуючи терапевтичну роль «людського заступника», захисника, друга або необхідного співучасника в іграх та забавах.

Актуальною терапевтичною роллю ляльки стає для дитини в соціально-адаптаційні періоди життя або в емоційно-стресових ситуаціях. Таким чином, людиноподібність та надзвичайна особистісно-соціальна наповненість лялькового образу створюють першооснову її психолого-педагогічного впливу на людину взагалі та дитину зокрема.

Соціально-замісна функція ляльки доповнюється низкою ознак, які визначають інтегративний характер лялькотерапії як психолого-педагогічної технології.

Лялькотерапія застосовується в корекційно-виховній роботі з дітьми і дорослими з діагностичною, коригуючою та розвивальною метою. Вона базується на ідентифікації людини з улюбленим героєм казки чи мультфільму (іграшкою, твариною тощо). Лялькотерапію можна віднести до приватних методів арт-терапії.

Вперше ідея використання театральних засобів (у тому числі ляльок) у психотерапії була реалізована румунським психіатром Якобом Леві Морено (1927 – 1974). У 1940 році він заснував Інститут соціометрії і психодрами в Америці. Згодом Морено вирішив створити спеціальний лікувальний театр для хворих, у виставах якого вони мали змогу відтворювати та вирішувати найбільш травмуючі життєві ситуації. Цей метод став дуже ефективним і мав позитивні результати. У вченого з'явилося багато послідовників у різних країнах, особливо в Західній Європі. Поступово почала відокремлюватися окрема галузь – лялькотерапія.

У 1926 році англійський лікар-невролог Малколм Райт почав використовувати ляльок та ляльковий театр для корекції неврозів, які виникали в процесі щеплення маленьких дітей.

У 1917–1922 роках перші радянські ляльководи почали працювати і створювати методики за багатьма напрямками оздоровлення дітей, усунення заїкання, реабілітації після сильних стресів, навчання, лікування дітей з обмеженими функціональними можливостями. Наприкінці 20-х років у цій роботі приймав активну участь Ленінградський «Театр Петрушки» під керівництвом директора театру маріонеток Є.С. Демені разом з професором Г.І. Турнер з Ленінград-ського інституту.

У кінці ХХ століття на базі московського Театру дитячої книги «Чарівна лампа» був заснований реабілітаційний центр для дітей-інвалідів.

Сьогодні лялькотерапія як самостійний напрям психолого-педагогічної допомоги дитині розвивається зарубіжними вченими практично усіх передових країн світу: США, Канади, Німеччини, Італії, Австралії, Росії, Англії тощо.

Лялькотерапія застосовується в різних видах терапії та психотерапії – в гештальт-терапії, сімейній психотерапії, психодрамі, арт-терапії, казкотерапії, ігротерапії та інших. Ляльок використовують педагоги та психологи в розвивальних та корекційних іграх для дітей в освітніх закладах дошкільного і загальноосвітнього типу, в медичних та реабілітаційних центрах з метою підтримки хворих дітей та ін.

Основні напрями лялькотерапії в процесі формування дитячої особистості:

- терапевтично-стабілізуючий напрям: лялькотерапія в роботі з хворими дітьми в умовах тимчасового перебування дитини у важкому стані в лікарні;
- психокорекційний напрям: лялькотерапія з дітьми, що потребують підвищеної уваги (лялька використовується як засіб у психокорекційній роботі та соціально-навчальних проектах);
- навчально-виховний напрям: лялькотерапія в загальних освітніх закладах окремих навчальних програм (музичне виховання, заняття з розвитку мовлення, природничі дисципліни тощо).

Як основний прийом корекційного впливу використовується лялька, що служить проміжним об'єктом взаємодії дитини й дорослого (психолога, вихователя).

Дитина, пізнаючи реальний світ, його соціальні зв'язки й відносини, активно проектує отриманий досвід у специфічну ігрову ситуацію. Основним об'єктом такої соціальної проекції досить довгий час є ляльки. Гра з лялькою – це той світ реальності, в якому живе дитина. Лялькотерапія дозволяє об'єднати інтереси дитини й корекційні завдання психолога, дає можливість природного й безболісного втручання дорослого в психіку дитини з метою її корекції чи психопрофілактики.

Взаємодіючи з лялькою, дитина включає дію власного тіла. А керуючи рухами ляльки, вона взаємодіє з нею на кінестетичному, емоційному та

міжособистісному рівні. Дитина рухає ляльку та рухається сама, змінює інтонацію і тембр голосу під час діалогу з нею. Отже, максимальне включення в гру дозволяє дитині диференціювати власний стан і «стани» ляльки.

Через проєктивні механізми дитина, таким чином, отримує контакт з власним тілом, навчається проявляти та кон-тролювати власні емоції, усвідомлювати безсвідому частину психіки і отримувати доступ до витіснених переживань.

Загальні етапи роботи в лялькотерапії:

- виготовлення ляльки;
- «оживлення» та знайомство з лялькою;
- використання ляльок для відображення емоційних станів.

Процес виготовлення ляльки вже сам по собі має терапевтичний характер. Спільна творчість дорослих та дітей (починаючи з 5 років діти можуть брати участь у виготовленні ляльок для себе та своїх друзів) створює атмосферу взаємодовіри між дітьми та дорослими. Процес виготовлення ляльок також є корекційним. Захоплюючись процесом виготовлення ляльок, діти стають більш спокійними, врівноваженими. Під час роботи в них розвивається довільність психічних процесів, з'являються навички концентрації уваги, старанність, розвивається увага.

Лялька-маріонетка є ефективним засобом самовираження для аутичних, сором'язливих дітей. Її виготовлення дає змогу розвивати: дрібну моторику рук, фантазію та образне мислення, вміння малими засобами виражати характер, здатність тонко відчувати інших та те, що відбувається навколо, здатність до концентрації уваги, зв'язок «дитина – фахівець – батьки».

Характерним для процесу виготовлення власної ляльки є те, що дитина часто персоніфікує себе з іграшкою, відображає себе, свої думки та проблеми.

На етапі «оживлення» та «знайомства» з лялькою дитина відпрацьовує механізми саморегуляції: на образному рівні вчиться тримати себе в руках та адекватно виражати власні почуття. Через емоційну децентрацію дитина легко вступає в комунікативну діяльність.

Під час останнього етапу лялькотерапії діти грають у спеціально розроблених спектаклях або в звичайних п'єсах, підібраних за змістом. Ролі розподіляються таким чином, щоб дитина не просто прийняла участь у виставі, а й зуміла б через гру скорегувати поведінку та налагодити відношення з навколишнім світом. Програваючи різні ситуації, дитина проживає їх і поступово вчиться правильно реагувати, міняти своє відношення. А через корекцію поведінки долаються різні хворобливі, у тому числі і медичні симптоми (енурез та заїкання). Улюблена іграшка може використовуватись у постановці вистави, сюжет якої є травмуючим для дитини. Іграшка потрапляє в різні складні ситуації, які успішно вирішує. По мірі розгортання сюжету емоційне напруження дитини повинно збільшуватись і досягнувши максимального виразу, змінитися емоційно бурхливими поведінковими реакціями (сміх, плач), у результаті яких

знімаються напруга та тривога. Для дітей з особливими потребами, в яких спостерігається емоційна незрілість, низький рівень наслідування, самооцінки рекомендується використання таких іграшок, як ляльки-рукавички, пальчикові ляльки, «Я – лялька» (розмір іграшки дорівнює зросту дитини, створює їй під час гри повний психологічний захист).

Серед найважливіших психолого-педагогічних можливостей лялькотерапії слід виділити такі: розвиток мовлення дитини; вплив на емоційну та психомоторну активність; розвиток комунікативних якостей; розвиток просторового орієнтування; зміцнення зв'язку між дитиною і батьками.

У залежності від поставленої корекційної мети, застосовуються різні варіанти ляльок: ляльки-маріонетки, пальчикові ляльки, тіньові ляльки, мотузкові ляльки, площинні ляльки, ляльки-рукавички, ляльки-костюми.

Ляльки-маріонетки. Принцип виготовлення простих маріонеток запропонований Вальдорфською школою. Така лялька складається з голови й плаття із вшитими рукавами, вона дуже проста в керуванні: одна нитка служить для керування головою, інша – руками. Лялька може мати одне обличчя або змінні обличчя (що дозволяє дитині моделювати різні емоції), а може бути без обличчя (що дозволяє дитині фантазувати – у якому настрої перебуває герой ляльки).

Робота з лялькою-маріонеткою дозволяє вдосконалювати тонку моторику руки й загальну координацію рухів; проявляти через ляльку ті емоції, почуття, стани, які дитина з якихось причин не може або не дозволяє собі проявляти. «Пожвавлюючи» ляльку, дитина вперше в житті відчуває дорослу відповідальність за дії ляльки, за її «життя»; може усвідомлювати причинно-наслідкові зв'язки між своїми діями й змінами рухів ляльки; вчать знаходити адекватне тілесне вираження різним емоціям, почуттям, станам; розвивати довільну увагу й здатність до концентрації.

Пальчикові ляльки. Найбільш простим варіантом пальчикових ляльок є кульки від пінг-понгу чи порожні шкарлупки від яєць, на яких намальовані різні обличчя осіб, різні персонажі. Пальчикові ляльки можуть також виготовлятися із щільного картону у вигляді невеликих циліндрів, розмір яких підбирається за розміром пальців дитини.

Тіньові ляльки. Тіньові ляльки використовуються для роботи тіньового театру й виготовляються з чорного або темного картону чи паперу. Такі ляльки використовуються переважно для роботи над дитячими страхами. Граючи з такою лялькою в тіньовому театрі, дитина одержує досвід розв'язання своєї проблеми.

Втілюючи свій страх у вигляді ляльки, дитина опановує ситуацію, і матеріалізований у ляльці страх втрачає свою емоційну напруженість, складову страху. Дитина може робити зі своєю «лялькою-страхом» усе, що захоче, аж до повного знищення. У цьому й складається корекційний зміст тіньового театру й тіньових ляльок.

Мотузкові ляльки. Мотузкові ляльки є багатофункціональними. Вони ефективні для вирішення в дітей проблем ідентифікації, спілкування,

підвищеної тривожності. Така лялька може бути розміром у повний зріст дитини. Вона проста у виготовленні: з мотузки збирається контур ляльки, за петельку голова ляльки пристібається на сорочку дитини, а палець дитини просмикується в петлі, що перебувають на долоньках ляльки. Таким чином дитина імітує рух ляльки разом із власними рухами.

Площинні ляльки. Площинна лялька являє собою модель ляльки, вирізаної із щільного картону або тонкої фанери. Як правило, руки ляльки кріпляться на шарнірах або кнопках і вільно рухаються. Такого роду ляльки використовуються для роботи з дітьми, в яких є проблеми в спілкуванні, у поведінці, порушення образу «Я». Така лялька може мати змінний набір обличчя особи, які відповідають різним емоційним станам.

Ляльки-рукавички. Такі ляльки традиційно використовуються для дитячих лялькових театрів, різних вистав, зображень казок.

Об'ємні ляльки. Такі ляльки традиційно використовуються для програвання рольових ігор. Це звичайні іграшки в повний зріст людини.

«Пожвавлюючи» ляльку, дитина бачить, що кожен її рух негайно відбивається на її керуванні. Таким чином, вона отримує зворотний зв'язок на свої дії. Це допомагає дитині самостійно коректувати свої рухи й керувати лялькою максимально виразно.

Іграшки та ляльки як невід'ємний атрибут дитячого іграшкового світу, що використовуються під час терапевтичних занять, можна поділити на три великі групи:

- іграшки з реального життя: лялькова родина (краще ляльки-маріонетки, за допомогою яких можна обіграти сімейні відносини), ляльковий будиночок, машини, човники (можливість пересуватися у просторі кімнати та наблизитися до терапевта), каса (швидке почуття контролю);
- іграшки, які дають змогу відреагувати на агресію: це структуровані іграшки та матеріали (глина, пластилін для виготовлення ляльок); іграшкова зброя, іграшкові солдатики, агресивні ляльки «бі-ба-бо» (крокодили та інші тварини);
- іграшки для творчого самовираження та послаблення емоцій: неструктуровані матеріали: пісок, вода, кубики, фарби тощо.

У сучасній лялькотерапії досить широко використовується авторська методика «драматичної психоелевації» (переборювання недоліків) – це комплексна дія на дітей-невротиків за допомогою різних театральних засобів: етюдів, ігор, спеціально створених ситуацій, у яких дитина зазнає життєвих негараздів і які згодом відображаються на її психіці. Один з головних принципів – не лікування окремого чи набору симптомів, а спроба виявити патологічні домінанти (причини виникнення цих симптомів).

Особливі умови та вимоги, що повинні бути виконані при застосуванні лялькотерапії. Для проведення ефективною корекційної роботи з лялькотерапії спеціаліст повинен мати спеціальну арт-терапевтичну освіту; спеціально обладнаний кабінет з необхідним матеріалом, а саме: колекцію ляльок (ляльки-маріонетки, ляльки-рукавички, мотузкові, об'ємні, тіньові,

пальчикові ляльки та ін.), різноплановий матеріал для виготовлення ляльок, театралізовану ширму.

Лялькотерапію доцільно застосовувати для психокорекційної роботи з дітьми, які страждають на емоційні розлади: мають агресивну поведінку, психопатії, порушення емоційного стану після стресів, тики, високу тривожність, демонстративність, заїкання, низьку самооцінку; ДЦП, ЗПР, аутизм (легка форма), астму.

Методика лялькотерапії дозволяє працювати з дітьми різного віку та нозологій.

Можливі індивідуальна та групова форми лялькотерапії.

Для більш ефективного супроводу реабілітаційного процесу елементи даної методики можуть застосовувати психологи, вчителі-реабілітологи, логопеди. Фахівець для проведення лялькотерапії повинен мати диплом арт-терапевта: отримати спеціальну післядипломну підготовку, що триває 2 – 3 роки.

Джерела інформації

- Гребенщикова Л.Г. Основы куклотерапии. Галерея кукол – СПб.: «Речь», 2007
- Осипова А.А. Общая психокоррекция. Учебное пособие. – М.: Сфера, 2002
- Татаринцева А.Ю. Куклотерапия в работе психолога, педагога, логопеда – «Речь», 2006
- Татаринцева А.Ю., Григорчук М.Ю. Детские страхи: куклотерапия в помощь детям. – «Речь», 2007

3.5. Ізотерапія

Ізотерапія – терапія образотворчим мистецтвом, у першу чергу, малюванням. Використовується з метою психологічної корекції невротичних, психосоматичних порушень, труднощів у навчанні і соціальній адаптації дітей-інвалідів, а також для врегулювання внутрішньо-сімейних конфліктів.

Образотворче мистецтво дозволяє дитині відчувати і зрозуміти себе, вільно висловити свої думки та почуття, бути самим собою, вільно висловлювати мрії та сподівання, а також звільнитися від негативних переживань минулого. Це не тільки відображення у свідомості дітей-інвалідів навколишньої та соціальної дійсності, але й її моделювання, висловлення ставлення до неї.

Відповідно до положень психоаналітичної теорії, образотворче мистецтво являє собою один із видів сублимації, коли фантазії людини, її внутрішнє «Я» можуть бути виражені у візуальній формі за допомогою спонтанного малювання або інших видів образотворчої діяльності.

Першими, хто почав використовувати малювання із психотерапевтичною метою, були первісні люди. Людина, на відміну від її «братів менших», завжди відчувала внутрішню потребу в малюванні. Вчені

встановили, що перші наскальні малюнки були зроблені ще 35 – 40 тисяч років тому. Життя людини в той час було занадто жорстоким та важким, основною проблемою якого було фізичне виживання, яке поглинало практично всі сили. Люди створювали картини для того, щоб «ввести» себе та одноплемінників у певний психологічний стан спокою. І вже через багато сторіч людство стало усвідомлено застосовувати стародавні методики, намагаючись знайти взаємозв'язки між психічними станами та кольором, формою, величиною малюнків. Люди помітили багатобічний вплив мистецтва на життя й здоров'я (як психічне, так і фізичне), і суспільство неодноразово стало звертатися до ізотерапії з надією на зцілення.

Малюнкova діяльність дітей здавна привертала увагу дослідників як можливий метод вивчення внутрішнього стану маленької людини, її здатності відбивати загальну картину світу та світ своїх переживань.

Аналіз малюнків у цілому не тільки розширює діагностичні можливості, але й сприяє більш глибокому розумінню всього душевного стану особистості, її бачення світу і соціальної орієнтації.

За загальноприйнятим визначенням, малюнок – це зображення, яке виконується від руки за допомогою графічних засобів (контурних ліній, штриха, плям або їх сполучень), і є могутнім засобом пізнання дійсності. Малюнок лежить в основі всіх видів зображення на площині (живопису, графіки, рельєфу тощо) і, як сукупність лінійно-пластичних елементів, визначає структуру і просторове співвідношення форм. Існують численні різновиди малюнка, які відрізняються за технологіями малювання, темами і жанрами, призначенням, методом і характером виконання.

Малюнкova діяльність дуже поширена в застосуванні з метою діагностики та корекції і нерідко служить єдиним засобом розвитку взаємодії та спілкування між психологом і досліджуваним: у малюнках міститься достатня кількість «сигналів» для психолога, які можна використовувати для побудови діалогу з досліджуваним. Останній, в свою чергу, в процесі спілкування з психологом використовує не тільки слова, але й образи. Малюнки, як показує досвід, мають яскраві індивідуальні відмінності, що дає можливість побудови на їхній основі природних психологічних класифікацій і особистісних типологій значно швидше, ніж при застосуванні інших методів.

Аналіз малюнків маленьких дітей показує, що дитина малює не тільки те що вона бачить, але й те, що вже знає про речі. Її поки що незрілої нервово-м'язової рівноваги недостатньо для прояснення своєї манери малювання, тих форм і властивостей, які вона додає предметам. У своїх малюнках дитина зображує фантастичні елементи, що є вираженням рівня її бачення багатьох особистісних проблем, а отже, її взаємовідносин із собою, родиною і навколишнім світом.

Поступово, з віком, дитина починає виражати в малюнках більш розвинутий погляд на навколишній простір і відмовляється від первісного способу зображення зовнішнього світу, додаючи йому все більшої

правдоподібності і реалізму. Малюнок – це дзеркало почуттів, зрілості і розвиненості особистості дитини.

Як у грі взагалі, так і в малюванні діє принцип, коли дитина з метою самовираження «пробує» себе й удосконалює свої здібності. У малюванні вона знаходить задоволення, але, насамперед, малювання стимулює її до збагачення знання про світ. Дитина повинна мати максимум свободи для прояву ініціативи і необхідний для цього фізичний і психологічний простір. Психологу треба звертати увагу на те, щоб дитині ніколи не бракувало художніх матеріалів (кольорових олівців, фломастерів, паперу тощо). Сюжет малюнка ніколи не повинний зазнавати критики, а навпаки, час від часу, дитину треба стимулювати, надихати, щоб вона продовжувала займатися малюванням.

У малюнках дитина висловлює природним і спонтанним способом свої почуття. Вона вбиває і оживляє, творить і руйнує образи, що відповідають її рівню свідомості й уяви, її манері відчувати і пояснювати навколишній світ. Таким чином, дитячий малюнок є найкращим матеріалом, невичерпним джерелом діагностики і корекції відносин дорослого і дитини.

Існують вікові особливості у використанні ізотерапії, як корекційного методу. Від 3 до 5 років діти лише починають освоювати матеріал і способи зображення. Тому перевага в цьому віці, безумовно, надається ігровій терапії з елементами ізотерапії. У віці від 6 до 10 років ізотерапія як метод корекції використовується поряд з ігровою терапією, а також іншими продуктивними видами діяльності. З підліткового віку ізотерапія широко застосовується як самостійний, так і додатковий метод корекції.

Ізотерапія може проводитись як в індивідуальній, так і у груповій формах.

Малювання виступає в якості засобу усвідомлення своїх можливостей і навколишньої дійсності, як спосіб моделювання взаємин і вираження різного роду емоцій, у тому числі позитивних чи негативних. Тому заняття з малювання широко використовують для зняття психічної напруги, стресових станів, при корекції неврозів, страхів. «Художнє самовираження» так чи інакше пов'язано із зміцненням психічного здоров'я, а тому може розглядатися як значний психологічний і корекційний фактор.

Використання ізотерапії в багатьох випадках виконує і психотерапевтичну функцію, допомагаючи клієнтові впоратися зі своїми психологічними проблемами, відновити емоційну рівновагу або усунути наявні порушення в поведінці. У деяких випадках ця робота має явно клінічний характер, як, наприклад, у випадку розумової відсталості, аутизму, грубих емоційних і поведінкових порушень у дитини, й здійснюється в медичних установах або у спеціальних школах чи в школах-інтернатах. В інших випадках ізотерапевтична робота має швидше профілактичний чи розвиваючий характер, як, наприклад, у випадку наявності в дитини легких емоційних і поведінкових розладів або певних проблем психологічного порядку, і проводиться у звичайних школах або в реабілітаційних установах.

Дитина використовує образотворчу діяльність як спосіб осмислення дійсності і своїх взаємин із нею. За малюнком можна судити про рівень її інтелектуального розвитку й ступенів психічної зрілості. Необхідно підкреслити, що образотворчий матеріал і образ є для дитини засобом психологічного захисту, до якого вона звертається у важких для себе обставинах.

Основні корекційні можливості ізотерапії:

- образотворча діяльність може бути засобом самовираження почуттів (у тому числі агресивних) соціально прийнятним шляхом, засобом реагування, звільнення від внутрішнього напруження, страхів, переживань;
- образотворча діяльність є засобом самопізнання. Малюючи, дитина може залишатися сама зі своїми думками і краще розібратися у своїх переживаннях. Підсвідомі конфлікти і внутрішні переживання легше виражаються і краще усвідомлюються за допомогою зорових образів, аніж у розмові. До того ж невербальні форми комунікації меншою мірою, ніж слово, контролюються свідомістю (наприклад, зображення свого психологічного стану або внутрішнього конфлікту);
- образотворча діяльність може бути допоміжним засобом для діагностичної роботи з дітьми і підлітками. Малюнки є відбиттям у свідомості дитини навколишньої дійсності. На думку психологів, творчість дитини – це своєрідна проекція її особистості. Тому аналіз змісту і стилю художньої діяльності дитини надає досліднику цінну інформацію про неї;
- образотворча діяльність допомагає зміцнити взаємини між психологом і дитиною та між учасниками групи (у випадку групової корекції). Спільна творча діяльність може прискорити створення позитивного настрою, розвиток почуття причетності, співпереживання. Тому ізотерапію можна використовувати не тільки як самостійний метод корекції, але і як доповнення до інших видів корекції, наприклад, як засіб встановлення контакту або отримання зворотного зв'язку, підтримки;
- образотворча діяльність сприяє виникненню почуття внутрішнього контролю і порядку. Малювання допомагає гальмуванню збудженості, розвитку зосередженості, довільності емоційно-розгальмованих дітей. З цією метою можна використовувати завдання на змальовування, розфарбовування, малювання за допомогою шаблону. Розглядання різнобарвних плям і фантазування за ними стимулюють уяву, зосереджують увагу, захоплюють дитину, а отриманий результат викликає радість і задоволення. Практика свідчить про те, що, чим більше захоплюється дитина, тим більш зосередженою вона стає;
- образотворча діяльність посилює відчуття власної особистісної цінності. Непрямим результатом ізотерапії є задоволення, яке виникає в результаті виявлення прихованих умінь та їх розвитку. Задоволення від власної творчості підвищує настрій, самооцінку людини, впевненість у своїх силах, сприяє самоствердженню та саморозвитку.

Малювання розвиває чуттєво-рухову координацію, бо потребує узгодженої роботи багатьох психічних функцій. Зокрема, налагодження взаємозв'язків між півкулями, оскільки під час малювання активізується конкретно-образне мислення, пов'язане, насамперед, з роботою правої півкулі, та абстрактно-логічне, за яке «відповідає» ліва півкуля.

Маючи зв'язок з найважливішими функціями (зір, координація руху, мовлення, мислення), малювання не просто сприяє розвитку кожної з цих функцій, але і зв'язує їх між собою.

Ізотерапія використовує процес створення зображення в якості інструмента реалізації цілей. Психокорекційні заняття з використанням ізотерапії стають інструментом для вивчення почуттів, ідей та подій, для розвитку навичок міжособистісних стосунків і спілкування, зміцнення самооцінки та впевненості в собі.

Ізотерапевтичні заняття проводяться в двох напрямках. **У першому випадку** – це структуроване заняття, коли дитині дається можливість зробити виріб із конкретного матеріалу за власними малюнками на певну тему. При цьому дитині вдається побачити незвичайне сполучення образів, їх своєрідну форму та самобутнє вираження сюжету. Все це безпосередньо пов'язане з особливостями самої особистості, її почуттями, переживаннями, що відбивають сховані від свідомості символи. Ізотерапія дозволяє отримати в цьому випадку додатковий діагностичний матеріал, аналіз якого свідчить про наявні проблеми особи.

Другий варіант – неструктуроване заняття. Дитині пропонується самостійно обрати тему, матеріал, інструменти. Наприкінці заняття проходить обговорення малюнка, манери виконання тощо.

В ізотерапії велику увагу фахівці приділяють аналізу психологічного впливу художніх матеріалів на психіку особистості під час проведення психокорекційних занять. Окрім практичних міркувань існує кілька важливих моментів, які відносяться до вибору матеріалу відповідно до мети заняття:

1. Вибір матеріалу впливає на те, як проходять заняття. Деякі матеріали, такі як олівці, крейда і фломастери, дозволяють «посилити» контроль, у той час як інші – пастель, фарби сприяють більш вільному вираженню почуттів.

2. Коли дитина не впевнена в собі або просто відчуває втому, то вона буде більш сміливою і спокійною в роботі з матеріалом, який можна легко контролювати.

3. При індивідуальній роботі з дітьми або учасниками групи, поведінку яких важко контролювати, слід починати з «контрольованих» матеріалів.

4. Як тільки всі учасники групи із задоволенням почнуть брати участь у вправах, такий матеріал, як фарба, дає можливість глибшого самовираження, особливо при вивченні почуттів та реакцій.

5. Робота з «виразними» матеріалами може бути терапевтичною для багатьох дітей-інвалідів. Вона допомагає висловити широкий спектр емоцій, почуттів та станів.

В ізотерапії велику увагу приділяють також проєктивному малюванню, в якому використовуються наступні методики:

1. Вільне малювання (кожен малює, що хоче). Малюнки виконуються індивідуально, а обговорення здійснюється в групі. Тема або задається, або обирається членами групи самостійно. Спочатку з приводу малюнка висловлюються члени групи, а потім автор. Обговорюються розбіжності в інтерпретації малюнка.

2. Комунікативне малювання. Група поділяється на пари, у кожній парі є свій аркуш паперу. Кожна пара малює на визначену тему, при цьому, як правило, вербальні контакти виключаються, вони спілкуються за допомогою постатей, ліній, фарб. Після закінчення процесу малювання відбувається його обговорення. При цьому обговорюються не художні властивості створеного продукту, але й ті думки, почуття, які виникли в процесі малювання у членів групи, та їх ставлення один до одного в процесі малювання.

3. Спільне малювання: декілька осіб (або вся група) мовчки малюють на одному аркуші. По закінченні малювання обговорюється участь кожного члена групи, характер його внеску і особливості взаємодії з іншими учасниками в цьому процесі.

4. Додаткове малювання: малюнок посилається по колу – один починає малювати, інший продовжує, щось доповнює.

Зауважимо, що при використанні ізотерапії з корекційною метою художні здібності або спеціальна підготовка учасників чи психолога не потрібні. Для цієї терапії важливий сам процес творчої роботи. Тому найважливіший принцип ізотерапії – схвалення і прийняття всіх продуктів образотворчої діяльності дитини, незалежно від їх змісту, форми і якості. Психолог, який проводить корекційне заняття, заохочує учасників виражати внутрішні переживання спонтанно і не турбуватися про художню цінність своїх робіт. Функція ж самого психолога в процесі ізотерапії полягає в полегшенні сублімації почуттів, наданні технічної допомоги та емоційній під-тримці.

Отже, ізотерапію доцільно застосовувати для психокорекційної роботи з дітьми, які страждають на емоційні розлади, мають агресивну поведінку, порушення емоційного стану внаслідок стресів, високу тривожність, низьку самооцінку всіх вікових груп.

Для більш ефективного супроводу реабілітаційного процесу елементи даної методики можуть застосовувати психологи, вчителі-реабілітологи, логопеди та соціальні педагоги.

Джерела інформації

- Киселева М.В. Арт-терапия в работе с детьми: Руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми. – СПб.: Речь, 2007

- Кузікова С.Б. Теорія і практика вікової психокорекції: Навчальний посібник. – Суми: ВТД «Університетська книга», 2006
- Осипова А.А. Общая психокоррекция. Учебное пособие. – М.: Сфера, 2002.
- Рыбакова С.Г. Арт-терапия для детей с ЗПР. – СПб.: Речь, 2007
- Терлецька Лариса. Психокорекція засобами малюнка. – К.: Главник, 2007

3.6. Казкотерапія

Казкотерапія – метод, який використовує казкову форму з метою інтеграції особистості, розвитку творчих здібностей, розширення свідомості, вдосконалення взаємодії з навколишнім світом.

У психотерапії казкою виділено два основних підходи: один зосереджується на виявленні проблем і конфліктів шляхом ідентифікації з героями казки, другий – звертає увагу на зцілювальну силу казки.

Тексти казок викликають інтенсивний емоційний резонанс як у дітей, так і у дорослих. Образи казок впливають на дитину одночасно на рівнях свідомості й підсвідомості. Це відкриває особливі можливості при комунікації з нею. Особливо це важливо під час корекційної роботи, коли необхідно в складних емоційних ситуаціях створювати атмосферу ефективного спілкування.

Казка містить багатогранний матеріал, її можна широко використовувати в психокорекційній роботі з дітьми. В основі казкотерапії лежить ідея про те, що кожна казкова ситуація несе в собі схований зміст вирішення складних життєвих ситуацій. За допомогою казки можна здійснювати виховний вплив, оскільки вона допомагає позбутися власних внутрішніх труднощів завдяки прикладам, у яких добром, власними зусиллями досягаються позитивні результати. Через вирішення основних проблем казки дитина має можливості для особистісного розвитку, оскільки вона самостійно приймає рішення для їх подолання і, таким чином, набуває внутрішньої впевненості.

Виділяють наступні корекційні функції казок: психологічна підготовка до напружених емоційних ситуацій; символічне відреагування на фізіологічні й емоційні стреси; розвиток творчих здібностей; вдосконалення взаємодії з навколишнім світом.

Серед основних можливостей роботи з казкою виділяють наступні:

1. Використання казки як метафори. Концепція казкотерапії заснована на ідеї цінності метафори як носія інфор-мації про життєво важливі явища або про життєві цінності. Текст й образи казок викликають вільні асоціації, які стосуються особистісного життя дитини. Казкотерапевт під час психокорекційної роботи обговорює метафору казки та аналізує виникаючі асоціації.

2. Казки є основою для формування «морального імунітету». Моральний імунітет – здатність людини до протистояння негативним впливам соціуму духовного, ментального й емоційного характеру.

3. Малювання за мотивами казки. Вільні асоціації дитина відтворює в малюнку. Отриманий графічний матеріал підлягає обговоренню або інтерпретації казкотерапевтом.

4. Обговорення поведінки й мотивів дій казкового персонажа. За допомогою обговорення поведінки дійових осіб казки визначаються особистісні цінності дитини, виявляється система оцінок у категоріях: добре – погано.

5. Програвання епізодів казки. Програвання епізодів дає можливість дитині відчувати емоційно значущі ситуації.

6. Використання казки як притчі-моралі. За допомогою метафори дитина усвідомлює та вчиться поводити себе в ситуаціях морального вибору.

7. Використання казки в терапії грою. Такі казки можуть допомогти зрозуміти емоційні стосунки, що поєднують дитину з важливими в її житті людьми, такими, як батьки, брати, сестри і друзі.

8. Творча робота за мотивами казки. Дитина відчуває себе в ролі автора. Їй пропонується довести казку до кінця, змінити кінець, додати персонажів та ін.

Казки поділяються на традиційні (народні) й авторські. Народні казки також діляться на кілька груп: побутові (наприклад, «Лисиця й журавель»); казки-загадки (історії на кмітливість, історії хитруна); казки-байки, що пояснюють будь-яку ситуацію або моральну норму; притчі (історії про мудрих людей або про цікаві ситуації); казки про тварин; міфологічні сюжети (у тому числі історії про героїв); чарівні казки, казки з перетвореннями («Гуси-лебеді», «Крошечка-хаврошечка» й ін.). Події казки розгортаються поза простором і часом, вона є свідченням проявів змісту несвідомого, оскільки свідомість людини обмежена простором і часом.

Значущість казок з метою психокорекції особистості дитини полягає в наступному:

1. Присутність у казках прямої моралі або повчання. Події казкових історій логічні, природні, впливають одна з одної, дитина при цьому добре засвоює причинно-наслідкові зв'язки, що існують у світі.

2. Через образи казок дитина знайомиться з життєвим досвідом багатьох поколінь. У казкових сюжетах зустрічаються ситуації й проблеми, які переживає у своєму житті кожна людина: відділення від батьків; життєвий вибір; взаємодопомога; любов; боротьба добра зі злом.

Перемога добра в казках забезпечує дитині психологічну захищеність: щоб не відбувалося в казці – все закінчується добре. Випробування, що випали на долю героїв, допомагають їм стати розумніше, добріше, сильніше, мудріше. Таким чином, дитина засвоює, що все, що відбувається в житті людини, сприяє її внутрішньому зростанню.

3. Ореол таємниць і чарівництва, якими інтригує сюжет, несподіване перетворення героїв – усе це дозволяє дитині активно сприймати й засвоювати інформацію, вміщену в казках.

Т.Д. Зінкевич-Євстигнеєва запропонувала систему «казкотерапевтичної психокорекції», яка розуміється як процес знайомства із сильними сторонами

особистості дитини, розширення поля свідомості й поведження дитини, пошуку нестандартних оптимальних вирішень різних ситуацій, безумовного прийняття дитини й взаємодія з нею.

Розроблений автором курс казкотерапії містить у собі безліч прийомів і форм роботи, які дозволяють розвивати творче мислення, уяву, увагу й пам'ять, сприйнятливість і координацію рухів, позитивну комунікацію й адекватну самооцінку. Казку можна аналізувати, складати, переписувати, розповідати, малювати, драматизувати. У ній відображено всі людські проблеми, а також шляхи їх подолання.

Основні прийоми роботи з казкою:

1. Аналіз казок. Мета – усвідомлення, інтерпретація сюжету казкової ситуації.

Наприклад, для аналізу вибирається відома казка. При цьому дитині пропонується відповісти на декілька запитань: «Як ви думаєте, про що ця казка?»; «Хто з героїв найбільше сподобався й чому?»; «Чому герой зробив ті або інші вчинки?»; «Що відбулося б з героями, якщо б вони не зробили тих вчинків, які описані в казці?»; «Що було б, якби в казці були одні гарні чи погані герої?», а також інші питання.

Дана форма роботи застосовується з дітьми у віці від 5 років.

2. Розповідання казок. Прийом допомагає проробити такі моменти, як розвиток фантазії, уяви, здатності до децентрування. Процедура полягає в наступному: дитині або групі дітей пропонується розповісти казку від першої або від третьої особи. Можна запропонувати дитині розповісти казку від імені інших діючих осіб, які беруть або не беруть участь у казці. Наприклад, як казку «Колобок» розповіла б лисиця, Баба-Яга або Василиса Премудра.

3. Переписування казок. Переписування або дописування авторських і народних казок має сенс тоді, коли дитина незадоволена сюжетом, їй не подобається деякий поворот подій, ситуацій, кінець казки й т. ін. Це важливий діагностичний матеріал. Переписуючи казку, дописуючи свій кінець або додаючи необхідні персонажі, дитина сама вибирає найбільш відповідний їй внутрішньому стану поворот і знаходить той варіант вирішення ситуацій, який дозволяє звільнитися їй від внутрішнього напруження – у цьому полягає психокорекційний зміст переписування казки.

4. Постановка казок за допомогою ляльок. Працюючи з лялькою, дитина бачить, що кожна її дія одразу відбивається на поведженні ляльки. Це допомагає їй самостійно коректувати свої рухи й робити поведження ляльки максимально виразним. Робота з ляльками дозволяє вдосконалювати й проявляти через ляльку ті емоції, які звичайно дитина з якихось причин не може собі дозволити виявити.

5. Вигадування казок. У кожній чарівній казці є певні закономірності розвитку сюжету. З'являється головний герой, через деякий час, за певних обставин, залишає сім'ю або будинок, відправляючись у подорож. Під час мандрівок він здобуває й втрачає друзів, переборює перешкоди, бореться й перемагає зло та повертається додому, досягнувши мети. Таким чином, у

казках не просто описується життя героя, а в образній формі розповідається про основні етапи становлення й розвитку його особистості.

Казки відіграють значну роль у формуванні особистості. Можна виділити наступні механізми впливу казки на особистість: наслідування поведінки героя, ототожнення (ідентифікація) себе з персонажами, проекція власних переживань на героя, катарсис та сублимація, як наслідок переживань подій казки. Казки посідають чільне місце у внутрішньому світі дитини, яка включає їх у свої ігри, ідентифікуючи себе з казковими персонажами. Дитина ототожнює себе з казковими героями і вирішує таким чином свої психологічні проблеми, при цьому стимулюється увага та розвиваються розумові здібності. Фантазії, засновані на казках, є важливою частиною духовного життя дитини, оскільки загрозові ситуації в казках окремими рисами нагадують дитячі страхи, а щасливий кінець казки дозволяє зрозуміти, що дитина отримає перемогу, якщо докладе до цього певних зусиль.

Чарівні казки описують глибинний людський досвід проходження емоційних криз і подолання страху. Вони дають дитині опору в умовах невизначеного емоційного досвіду і готують її до кризових переживань. Кожна із чарівних казок містить інформацію про певний тип дезадаптації й засоби подолання певної кризи.

Події казки розширюють свідомість дитини, викликають позитивні емоції. Герої та їх відносини між собою проектується на повсякденне життя дитини. За допомогою казки терапевт звертає увагу дитини на важливі соціальні й моральні норми життя у відносинах між людьми, на те, що таке добре й що таке погано. Казка дає можливість відреагувати значимі емоції, виявити внутрішні конфлікти й ускладнення. Під час прослуховування страшних казок або казок «зі страшними» епізодами дитина вчиться розряджати свої страхи, її емоційний світ стає гнучким і насиченим.

У реабілітаційній практиці роботи з дітьми-інвалідами елементи казкотерапії можуть застосовувати психологи, логопеди, вчителі-реабілітологи.

Казкотерапією доцільно займатися з дітьми, починаючи з 4 років, які страждають на емоційні розлади, мають агресивну поведінку, порушення емоційного стану після стресів, високу тривожність, низьку самооцінку різних нозологій.

Джерела інформації

- Євтушенко І.В., Аврамченко С.М. Використання казок у роботі психолога. – К.: Марич, 2011 – 96 с.
- Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Тихонова Е.А. Проективная диагностика в сказкотерапии. – СПб.: Речь, 2003
- Киселёва М.В. Арт-терапия в работе с детьми: Руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми. – СПб.: Речь, 2007

- Осипова А.А. Общая психокоррекция. Учебное пособие. – М.: Сфера, 2002
- Рыбакова С.Г. Арт-терапия для детей с ЗПР. – СПб.: Речь, 2007

3.7. Пісочна терапія

Пісочна терапія в контексті арт-терапії є невербальною формою психокорекції, в якій загальний акцент робиться на творчому самовираженні клієнта, завдяки чому на підсвідомо-символіч-ному рівні відбувається вихід внутрішнього напруження та пошук шляхів розвитку особистісних якостей.

Вперше ідея використання піску, як реабілітаційного фактору для хворих дітей та дітей із неблагополучних сімей, була реалізована англійським дитячим психотерапевтом Маргарет Ловенфельд у 1930-х роках. Дослідниця приділяла велике значення тактильному контакту дитини з піском та водою, який вона доповнювала проективною грою з різними предметами та ляльками. Дітям надавалась можливість вільно гратися з піском, водою і фігурками, вони називали цей процес «будування світу». Згодом М. Ловенфельд так і назвала свою методику «Модель світу».

У 1950-х роках швейцарський психоаналітик Дора Калфф, яка разом з Карлом Юнгом провела спільні дослідження з питань вивчення свідомого та несвідомого особистості, дала методу М. Ловенфельд юнгіанську теоретико-методологічну базу і назвала його «пісочна терапія». Вона висунула постулат символічної гри, яка створює зв'язок між свідомим та несвідомим. Згодом Д. Калфф стала членом Асоціації аналітичної психології і засновником «Спілки пісочних терапевтів».

Основна мета пісочної терапії визначається в досягненні суб'єктом засобами терапевтичної діяльності ефекту зцілення за допомогою творчого вираження змісту особистісного та колективного безсвідомого.

Метод пісочної терапії дозволяє гармонізувати внутрішній духовний стан дитини за допомогою декількох механізмів:

- пророблення психотравмуючих ситуацій на символічному рівні;
- вихід негативного емоційного досвіду в процесі творчого самовираження;
- розширення внутрішнього досвіду за рахунок усвідомлення змісту глибинних рівнів психіки, у тому числі архетипного, і закріплення свідомого «Я»;
- змінення відношення до себе, свого минулого, сьогодення і майбутнього та в цілому до своєї долі;
- пробудження довіри до світу, розвиток нових, більш продуктивних відносин з ним.

Предмети, які використовуються в пісочній терапії, можуть бути найрізноманітнішими. Важливим у ході терапії є вибір дитиною певних фігурок. Терапевту потрібно звертати увагу на матеріал, з якого вони зроблені, якого вони кольору і як часто дитина використовує їх у діяльності. Також терапевтом відзначається та аналізується їх поєднання.

Тривалість заняття з пісочної терапії залежить від віку дитини і особливостей її інтелектуального розвитку (приблизно 40 – 50 хв.). Періодичність проведення корекційних занять залежить від гостроти проблеми особистості, але рекомендується їх проводити щотижня 1 – 2 рази. Повний курс пісочної терапії може складатися з 12 – 15 занять.

Під час занять дитина має можливість змінити творчу форму, сюжет, події композиції картини з піску. Оскільки заняття проводиться в контексті гри, дитина може творчо змінити ситуацію чи стан, який тривожить її на цей момент. Змінюючи ситуацію в пісочниці, дитина набуває досвіду самостійного розв'язання як внутрішнього, так і зовнішнього конфлікту. Накопичений досвід самостійних конструктивних змін дитина переносить у реальність.

У процесі пісочної терапії стабілізується емоційний стан дитини, формуються стосунки з однолітками, інтенсивніше і гармонійніше відбувається розвиток пізнавальних процесів (мислення, довільної уваги, пам'яті), розвивається мовлення, тактильно-кінестетична чутливість та дрібна моторика рук. Корекційні ігри з піском полегшують процес навчання дітей читанню, письму, лічбі та грамоті; підвищують мотивацію дитини до занять.

На першому занятті терапевт ознайомлює дитину з організацією процесу: демонструє пісочницю (інформує дитину про її символічний зміст) та колекцію фігурок. Після цього дитині надається можливість самій побудувати власну пісочну картину, а надалі відбувається її спільне обговорення. При цьому терапевт не інтерпретує та не дає рекомендацій. Він лише «віддзеркалює» суб'єкту його власні хвилювання.

Під час проведення занять терапевт може задавати необхідні питання, які дають змістовну інформацію про проблеми суб'єкта.

Введення ключових характеристик пісочних картин значно полегшує процес систематизації інформації, а отже допомагає фахівцю краще розуміти внутрішній світ суб'єкта.

Серед ключових характеристик виділяють: енергоінформаційне поле (містить енергію свого автора та інформацію про його внутрішні процеси), основну ідею картини з піску, сюжет чи сюжети (динамічні, статичні та змішані види), конфліктний зміст (рівень, спрямованість та адресність агресії, динаміка опрацювання внутрішнього конфлікту), ресурсний зміст та символічне поле пісочної картини (розташування предметів, ландшафт картини, символізм предметів).

Важливою умовою для проведення символічного аналізу є фіксування місця розташування мініатюрних фігурок стосовно пісочниці. Поверхню пісочної картини умовно можна розділити на три рівні частини по вертикалі і по горизонталі, як у кубика Рубіка. Таким чином, «пісочниця» поділяється на дев'ять секторів. Кожна вертикаль і горизонталь мають певне символічне значення. Навіть швидкий погляд на просторове розташування фігурок у пісочниці може дати важливу інформацію про особливості суб'єкта. Для цього потрібно проаналізувати, які частини пісочниці найбільше заповнені, а

які виявилися порожніми. Якщо спостерігається певна дисгармонія в заповненні пісочниці фігурками, фахівець може визначити для себе загальні завдання консультування.

Для проведення пісочної терапії спеціаліст повинен мати спеціально обладнаний арт-терапевтичний кабінет, головним предметом в якому повинна бути пісочниця. Психологи у своїй практиці можуть використовувати декілька форм пісочниці, а саме: прямокутну, квадратну, круглу або трикутну, в залежності від мети терапії. Для збору діагностичної інформації на перших консультаціях фахівець застосовує прямокутну пісочницю, а для моделювання ресурсних і гармонійних станів – квадратну. Велика кругла пісочниця краще підходить для групової роботи, її форма позитивно впливає на процес групового згуртування. Пісочницею є дерев'яний ящик блакитного кольору. Але психологи пропонують у разі потреби змінювати колір пісочниці. Зазвичай пісочниця заповнюється на одну третину або наполовину чистим піском. Для проведення пісочної терапії також необхідна вода (холодна чи гаряча) та колекція мініатюрних фігурок, що може містити людей, звірів, риб, птахів, маленькі штучні дерева, рослини, різні природні об'єкти та штучні споруди.

Цей метод можна використовувати з дітьми від 3-х років, а також як один з етапів роботи з підлітками, які мають наступний спектр проблем, а саме: різні форми порушень поведінки; труднощі у взаємовідносинах з дорослими (батьками, вчителями, вихователями) та однолітками; психосоматичні захворювання; підвищений рівень тривоги та страхи; труднощі, які пов'язані зі змінами у сімейній (розлучення батьків, поява молодших дітей тощо) і в соціальних ситуаціях (дитячий садок, школа); неврози.

Пісочною терапією доцільно займатися з дітьми-інвалідами різних нозологій та вікових груп, які страждають на емоційні розлади, мають агресивну поведінку, порушення емоційного стану після стресів, високу тривожність, низьку самооцінку.

Для більш ефективного супроводу реабілітаційного процесу елементи даної методики можуть застосовувати психологи, вчителі-реабілітологи, логопеди. Застосовувати пісочну терапію в повному обсязі в реабілітаційній практиці можуть лише сертифіковані спеціалісти.

Джерела інформації

- Грабенко Т.М. и Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. «Практикум по песочной терапии». – СПб.: Речь, 2002
- Грабенко Т.М. и Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. «Чудеса на песке. Песочная игротерапия». – СПб.: Речь, 2001
- Киселёва М.В. Арт-терапия в работе с детьми: Руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми. – СПб.: Речь, 2007
- Литвиненко І.С., Прасол Д.В. Проективні малюнкові методики. – Миколаїв, Вид-во «Кріт», 2005

3.8. Музична терапія

Музична терапія – психотерапевтичний напрям арт-терапії, що ґрунтується на лікувальному впливі музики на психологічний стан людини. Музикотерапія – це засіб корекції функціональних, рухових, психогенних та соціальних відхилень; за допомогою своїх специфічних форм і методів він впливає на дітей із соціальними, психічними та соматичними відхиленнями. Музична терапія є джерелом активізуючої творчості та соціальної стимуляції, що оздоровчо впливає на емоційну та вольову сферу людини.

Історія виникнення музичної терапії як методу лікування та корекції сягає 3-х тисячоліть.

Одним з перших дослідників цілющого впливу музики на людину був давньогрецький філософ Піфагор. Він використовував практику «музичного лікування». Завданням музики вважав гармонізацію індивіда, очищення його душі та зняття негативних переживань, які відчула людина протягом певного часу. У колисках людської цивілізації – Китаї, Індії, Єгипті та Стародавній Греції лікарі та жреці, філософи та музиканти використовували музику для лікування.

Термін «музикотерапія» має греко-латинське походження й у перекладі означає «лікування музикою».

На початку XIV століття н.е. з'являється трактат «Про музику», автор якого Іоанн де Грохео розглядає вплив музичних жанрів на слухачів.

Рубіж XVIII–XIX століть став для музичної терапії другим народженням: до її розробки долучилися клініцисти й фізіологи. За їхніми спостереженнями, музика здатна впливати на дихання, серцевий ритм, пульс і тиск, знімати м'язове напруження, стимулювати травлення, а також змінювати темп дихання і температуру тіла, регулювати виділення гормонів, що знижують стрес, активізувати імунну функцію та швидкість реакції, а також змінювати сприйняття часу й простору.

У роботах російських лікарів XVIII – XIX століть зустрічаються рекомендації про використання музики для лікування психічних розладів.

У середині XX століття почали організовуватися музично-терапевтичні то-вариства і центри в США, Австрії, Норвегії, Данії, Швеції, Фінляндії та Ісландії, Франції, Югославії, Швейцарії та Німеччині, Польщі, Румунії, Англії та Росії.

Вперше запровадив ідею інтеграції музикотерапії в загальну психотерапію австрійський педагог, мистецтвознавець, професор О. Райдер, він є засновником Інституту музичної графіки у Відні в 20-х роках XX століття.

Перша навчальна програма з підготовки професійних музичних терапевтів у Великобританії була здійснена в Лондоні в 1961 році, а у 1975 там же був заснований Центр музичної терапії. У 1985 році при медичному факультеті університету Виттен Хердеке у Німеччині був організований

Інститут музичної терапії. Працюючи разом з лікарями і дослідниками, співробітники інституту поширили застосування музикотерапії в багатьох галузях психіатрії (дитячої і дорослої), педіатрії, з людьми, що мають спинномозкові травми, невропатологію, психосоматичні захворювання, внутрішні хвороби та ін.

Сьогодні Всесвітня федерація музикотерапевтів пропонує таке визначення: музична терапія – це психотерапевтичний напрям, який пов'язаний з використанням музики та її елементів (звуків, ритму, мелодії) музикотерапевтом, клієнтом або групою, що супроводжуються розвитком відносин, самовираженням і з метою розвитку або відновлення функцій індивіда, що допомагає йому досягти кращої внутрішньої і міжособистісної інтеграції та якості життя.

Сучасну музичну терапію застосовують практично у всіх країнах Західної Європи, спрямовуючи її на широке коло не тільки нервово-психічних, а й соматичних захворювань. Застосування музичної терапії передбачає широкий діапазон психотерапевтичних показань.

Психологи вважають музикотерапію способом корекції та лікування таких психоневротичних розладів, як порушення самосприйняття, неадекватні реакції на переживання, неврози, депресії, істерії, нав'язливі стани, розлади інтелектуального, емоційного і фізичного розвитку. Терапія музикою показана також тим пацієнтам, формальний контакт з якими ускладнений. Це можуть бути діти з порушеннями мовлення, із затримкою психічного розвитку, розумовою відсталістю, а також із синдромом раннього дитячого аутизму.

Проводити заняття з музичної терапії повинен фахівець, який має музичну освіту, орієнтується в музичній культурі, має музичні здібності (розвинений музичний слух, почуття ритму, музичну пам'ять), вміє співати та здатний грати на декількох інструментах.

Заняття музикотерапією слід проводити у звукоізолюваному приміщенні з неяскравим світлом, зі стереофонічною музикою. Кімната повинна містити різні музичні інструменти: шумові, ударні і духові інструменти (барабани, дзвіночки, кастаньети, маракаси, трикутники, металофони, бубни, а також брязкальця, свистки і сопілки, тобто ті, гра на яких не потребує спеціальної підготовки, завдяки чому їх можуть використовувати діти як іграшки.

Музика справляє на дітей відчутний комунікативно-терапевтичний вплив: завдяки заняттям музикотерапією в дітей формуються навички спілкування, адекватного вираження почуттів, розвиваються емпатичні здібності.

Під час музикування в дітей розвиваються мислення, увага, пам'ять, знижується рівень тривоги, підвищується самооцінка, вдосконалюються сенсомоторна функція, координація, тонка моторика, активізується адаптація та загальний потенціал можливостей дитини.

Музична терапія – один із засобів підвищення соціальної активності, комунікативних та творчих здібностей особистості, її адекватної соціалізації

в сус-пільстві. До того ж це засіб корекції функціональних рухових, психогенних та соціальних відхилень. Музикотерапія є джерелом активізуючої творчості та соціальної стимуляції, що оздоровчо впливає на емоційну й вольову сфери людини. Кожний з елементів музикотерапії, якою б формою він не виражався (вокальною, інструментальною, мовленнєвою, руховою чи образотворчою), вступає у специфічний зв'язок з індивідом. Вплив музики не залежить від віку, освіти, професії, соціальної чи національної приналежності.

Основна мета музикотерапії – подолання бар'єрів у спілкуванні, покращення розуміння себе та інших, зняття психічного напруження, створення можливостей для самовираження, набуття навичок адекватної групової поведінки та соціалізації в суспільстві; сприяє розвитку мислення, уваги, пам'яті, зниженню рівня тривоги; здійснюється корекція самооцінки, вдосконалення сенсомоторних функцій, координації, тонкої моторики дитини.

Методи музичної терапії поділяють на такі, що спрямовані на емоційну активізацію, тренінгові, релаксуючі, комунікативні, а також творчі методи у формі інструментальної, вокальної, рухової імпровізації.

Форми роботи, що застосовуються в музичній терапії: рухове розслаблення і злиття з ритмом музики; музично-рухові ігри і вправи; психічна й соматична релаксація за допомогою музики; вокальні вправи-співи; гра на музичних інструментах, ритмічна декламація; рецептивне сприймання музики; музичне малювання; пантоміма; рухова драматизація під музику; музична розповідь; гра з лялькою та дихальні вправи з музичним супроводом.

Рухове розслаблення і злиття з ритмом музики передбачає свідоме й чуттєве сприймання музичного ритму, а також вироблення здатності психічно й соматично підкорятися ритму музики та зливатися з ним.

Музично-рухові ігри та вправи сприяють стимуляції та концентрації уваги, координації аудіовізуальної, моторної і тактильної корекції людини, розвитку комунікативних здібностей особистості.

Психічна і соматична релаксація за допомогою музики допомагає процесу розслаблення й занурення у вільну течію асоціацій, зумовлених виразністю та динамічністю музики.

Вокальне вираження – спів допомагає зняти напруження, впливає на позитивний психічний і соматичний стан особистості, серцеву діяльність, травлення.

Гра на музичних інструментах і ритмічна декламація сприяють реалізації відчуття ритму й розвитку творчих здібностей. Цей метод музикотерапії бажано використовувати в роботі з інвалідами, бо він допомагає долати соматичні, фізичні та психічні слабкості, вади діяльності, нейтралізує негативний процес ізольованості хворого від суспільства здорових людей, створює почуття впевненості в собі, звільняє від гнітючих емоцій.

Рецептивне сприймання музики допомагає зняти внутрішній конфлікт, проблеми, впливає на стабілізацію особистості.

Музичне малювання сприяє динамічній стимуляції та спонтанному вивільненню внутрішніх конфліктів і проблем, зняттю негативних переживань. Музичне малювання – не тільки засіб виразності, а й засіб усвідомлення конфліктів, який дає змогу проникнути в глибини психіки людини.

Пантоміма сприяє психічній ре-лаксації та творчій стимуляції, розвиває творчу фантазію та уяву, рухові здібності до самовираження, допомагає зняти психічне напруження.

Музична розповідь – це ефективний спосіб психічної та соматичної стимуляції за участю рухів, драматизації та мовлення.

Гра з лялькою сприяє вираженню внутрішнього стану дитини та характеру її взаємин з батьками, рідними, друзями та соціальним оточенням. Цей метод використовують у роботі з дітьми до 15 років.

Дихальні вправи з музичним супроводом мають вирішальне значення для тренування вольових якостей, загальної релаксації. Розслаблюючі музичні стимули приносять полегшення, відчуття гармонії, рівноваженості; характер дитини стає м'якшим і пластичнішим.

Отже, музикотерапія є складовою частиною психолого-педагогічних і психотерапевтичних методик, загальне завдання яких – збереження психічного здоров'я й запобігання емоційним розладам.

Музичною терапією доцільно займатися з дітьми-інвалідами різних нозологій та вікових груп, які страждають на емоційні розлади, мають агресивну поведінку, порушення емоційного стану після стресів, високу тривожність, низьку самооцінку.

Для більш ефективного супроводу реабілітаційного процесу елементи даної методики можуть застосовувати психологи, вчителі-реабілітологи, логопеди, музичні працівники.

Джерела інформації

- Киселёва М.В. Арт-терапия в работе с детьми: Руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми. – СПб.: Речь, 2007
- Осипова А.А. Общая психокоррекция. Учебное пособие. – М.: Сфера, 2002
- Петрушин В.И. Музыкальная психотерапия. – М.: Владос, 2000
- Рыбакова С.Г. Арт-терапия для детей с ЗПР. – СПб.: Речь, 2007
- Федій О.А. Естетотерапія. Навчальний посібник. – К.: Центр навчальної літератури, 2007

Використані та рекомендовані джерела:

1. Організація реабілітаційних заходів у центрі реабілітації дітей-інвалідів: Навчально-методичний посібник. – К.: Міністерство праці та соціальної політики України, 2009. – 97
2. Організаційно-методичні засади діяльності інклюзивно-ресурсних центрів: навчально-методичний посібник / За заг. ред. М.А. Порошенко та ін. – Київ : 2018. – 252 с
3. Азарський Ш. М. Дитячий церебральний параліч, надбана слабозумовість та педагогічна запушеність (соціально-реабілітаційні аспекти для профільних хворих у суспільстві) / Ш. М. Азарський, О. О. Азарська. – Хмельницький : Поділля, 2002. – 160 с.
4. Вісковатова Т. П. Психофункціональний стан дітей із затримкою психічного розвитку під впливом занять рухливими іграми / Т. П. Вісковатова, О. Лесько, С. Решетило, В. Трач // Молода спортивна наука України: зб. наукових праць з галузі фізичної культури та спорту. Вип. 10. – Т. 4. – Кн. 2. – Львів, 2006, – С. 71–78.
5. Вісковатова Т. П. Формування і розвиток розумових здібностей у дітей молодшого шкільного віку із затримкою фізичного розвитку / Т. П. Вісковатова, О. Лесько, С. Решетило, В. Трач // Молода спортивна наука України: зб. наукових праць з галузі фізичної культури та спорту. Вип. 11. – Т. 2. – Львів, 2007. – С. 220–224.
6. Воронцова М. В. Адаптація и реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья / М. В. Воронцова, Т. А. Дубровская, В. С. Кукушин ; Рос. гос. соц. ун-т. – Таганрог : РГСУ, 2009. – 290 с.
7. Гайдаржийська Л. П. Особливості розвитку дітей раннього віку / Л. П. Гайдаржийська // Зб. наук. пр. – Бердянськ, 2004. – № 1. – С. 194–199.
8. Гаврилов. О.В. Особливі діти в закладі та соціальному середовищі: навчальний посібник / О. В. Гаврилов. – Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2009. – 308 с.
9. Гураш Л. Раннє дитинство : специфіка, особливості / Л. Гураш // Дошкільне виховання. – 2002. – № 1. – С. 24.
10. Гурковська Т. Л. Індивідуальні особливості розвитку пізнавальної активності дітей раннього віку / Т. Л. Гурковська // Актуальні проблеми психології. Т. 4, вип. 2 : Психологія розвитку дошкільника. – К., 2004. – С. 93–98.
11. Дегтяренко Т. М. Корекційно-реабілітаційна робота в спеціальних дошкільних закладах для дітей з особливими потребами: Навчальний посібник. – Суми: ВТД «Університетська книга», 2008. – 302 с.
12. Збірник державних стандартів соціальних послуг з реабілітації/абілітації інвалідів, дітей-інвалідів та осіб з розумовою відсталістю. – К. : ВГО «Коаліція захисту прав осіб з інтелектуальною недостатністю». – 2009. – 49 с. [Електронний ресурс]. Режим доступу : www.inteldisability-coalition.kiev.ua/publicacii/standards.doc].

13. Кунц Н.Н. Музыкотерапия для детей с церебральным параличом от 1 года до 3 лет / Н. Н. Кунц // Радість дитинства – вільні рухи [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.dcp.org.ua/publicaions.html>.
14. Левченко И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / И. Ю. Левченко,
15. Луценко Т. Музыкотерапія в системі реабілітації дітей з ДЦП / Т. Луценко // «ТЕМА» – № 40 (209). – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://news.blitz.com.ua/newsgazet/index.php?ELEMENT_ID=2576...
16. Мастюкова Е. М. Ребенок с отклонениями в развитии / Е. М. Мастюкова. – М. : Просвещение, 1992. – 90 с.
17. Михайлова Н. Є. Робота з сім'ями, які мають дітей з особливими потребами / Н. Є. Михайлова // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. праць. Луцьк, 2005. – С. 304–306.
18. Мойра Пітерсі. Програма раннього втручання для дітей із затримкою розвитку. Маленькі сходи / [Мойра Пітерсі, Робін Трелоар, Сью Кейнс, Діона Утер, Еріка Брар]. – Луцьк : Вісник, 2006. – 80 с.
19. Мы разные, но равные! : новый взгляд на реабилитацию детей-инвалидов в Респ. Карелия / [Г. Ф. Григорьева и др.]. Упр. соц. развития администрации Гл. Респ. Карелия, Нац. центр изуч. и развития социал. обеспечения и здравоохранения СТАКЕС, М-во образования и по делам молодежи Респ. Карелия. – Петрозаводск : Периодика, 2004. – 95 с.
20. Мустанас К. Игровая терапия / К. Мустанас; пер. с англ. И. Авидон. – СПб. : Речь, 2000. – 281 с.
21. Нетрадиційні методи оздоровлення дітей дошкільного віку : навчальний посібник / Г. І. Григоренко, Н. Ф. Денисенко, Ю. О. Коваленко, Н. В. Маковецька. – Запоріжжя : ЗНУ, 2006. – 116 с.
22. Никишина В. Б. Программы психологической реабилитации детей с нарушениями умственного развития : учеб. пособ. / В. Б. Никишина, Л. Н. Мордич ; Курский гос. мед. ун-т. – Курск : Изд-во КГМУ , 2003. – 130 с.
23. Обучение детей с проблемами в развитии в разных странах мира : хрестоматия / [сост. Л. М. Шипицына]. – Санкт-Петербург : Международный институт семьи и ребенка им. Р. Валленберга, 1997. – 256 с.
24. Одиченко Л. К. Допомога аномальним дітям в Україні (X – XX ст.) / Л. К. Одиченко // Педагогіка і психологія. – 1995. – № 2. – С. 120–127.
25. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи / [під ред. В. Ю. Мартинюк (ред.), С. М. Зінченко] ; Київська медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи. – К. : Інтермед, 2005. – 416 с.

- 26.Петрушин В. И. Музыкальная психотерапия / В. И. Петрушин – М.: Владос, 2000. – 176 с.
- 27.Поніманська Т. І. Дошкільна педагогіка : навчальний посібник / Т. І. Поніманська. – К. : Академвидав, 2006. – 456 с.
- 28.Про становище інвалідів в Україні / Національна доповідь / Міністерство праці та соціальної політики України; Державна установа науково-дослідницький інститут соціально-трудоких відносин Мінпраці України. – К., 2008. – 200 с.
- 29.Проблемное детство : диагностика и коррекция : сб. науч. тр. [под ред. К. М. Хоруженко] ; М-во образования Рос. Федерации. Таганрог. гос. пед. ин-т. –Таганрог : Изд-во Таганрог. гос. пед. ин-та, 2003. – 166 с.
- 30.Радченко М. І. Особистісна саморегуляція дорослих у сім'ях з розумово відсталими дітьми-інвалідами : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології» / М. І. Радченко. – К., 2006. – 18 с.
- 31.Роль лечебного плавания в реабилитации детей с детским церебральным параличом / И. П.Федорова // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://fishbaby.kz/mainframe.php?r=6>
- 32.Савіна Л. П. Пальчикова гімнастика для розвитку мовлення дошкільнят : посіб. [для батьків та педагогів] / Л. П. Савіна. – К. : Школа, 2001. – 47 с.
- 33.Сара Ньюмен. Игры и занятия с особым ребенком : руководство для родителей / Ньюмен Сара ; [пер. с англ. Н.Л. Ходмогоровой]. – М. : Теревинф, 2004. – 240 с.
- 34.Соціальна допомога за законодавством України : зб. нормативних актів / [упор.: д-р юрид. наук, проф. Г. І Чанишева, доц. Т. М. Додіна]. – Харків : ТОВ "Одіссей", 2006. – 544 с.
- 35.Узарова О. В. Пальчикова гімнастика / О. В. Узарова, О. О. Нефьодова. – К. : Школа, 2003. – 128 с.
- 36.Фізичні методи в лікуванні та медичній реабілітації хворих і інвалідів / За ред. І. С. Самосюка. – К. : Здоров'я, 2004. – 624 с.
- 37.Финни Нэнси Р. Ребенок с церебральным параличом: помощь, уход, развитие : книга для родителей / Нэнси Р. Финни ; под ред. Е. В. Ключковой ; [пер. с англ. Ю. В. Липес, А. В. Снеговской]. – 3-е изд. – М. : Теревинф, 2009. – 333 с.
- 38.Фирсов З. П. Плавать раньше, чем ходит / З. П. Фирсов. – М. : Физкультура и спорт, 1986. – 72 с.
- 39.Шипицына Л. М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата : учеб. пособие [для студентов вузов, обучающихся по специальности 031900 – «Спец. Психология»] / Л. М. Шипицына, И. И. Мамайчук. – М. : ВЛАДОС, 2004. – 367 с.
- 40.Шипицына Л. М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе / Л. М. Шипицына. – СПб. : Речь, 2005. – 477 с.