

due to its effectiveness for people with different age, educational, physical and rehabilitative (O. Hloba, M. Yefymenko, A. Shevtsov), speech (S. Konopliasta, V. Tarasun, M. Sheremet), sensory (E. Synova, S. Fedorenko) peculiarities, disorders of the autism spectrum (K. Ostrovska, D. Shulzhenko) and other nosological features (V. Bondar, V. Bystrova, S. Myronova, V. Synov). In addition, the versatility of the author's system is considered from the standpoint of its methodological (V. Nechyporenko, A. Shevtsov, M. Sheremet) as well as its educational and professional aspects (T. Dehtiarenko, V. Nechyporenko). The system is considered as a complex structure whose components include diagnostics, education, training, treatment, psychological correction, psychological and physical rehabilitation, as well as vocational guidance. These areas of research are characterized by a common index of work of educational and rehabilitation institutions, which is to ensure organizational, material, psychological and pedagogical, physiotherapeutic, psychotherapeutic and psycho-correctional conditions providing continuity in the implementation of diagnostic, correction-developmental and vocational guidance process at all ages, on condition that all psychological functions of a child's development as well as his/her interpersonal interaction are influenced. This leads to optimization of the professional socialization process for people with psychophysical disorders. The most important indicator of this system's efficiency is the increase in the number of graduates who have continued their studies or work and have eventually received positive feedback from employers.

Keywords: educational and rehabilitation institutions, functional system, nosology, innovations, correctional work.

DOI 10.31392/NPU-nc.series19.2019.38.21

УДК 86-056.313

Савицький А.М. savva2008@ukr.net

ІНДИВІДУАЛЬНІ ПСИХОФІЗИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ДАУНА ЯК ПРОВІДНИЙ ФАКТОР В ОРГАНІЗАЦІЇ ІНДИВІДУАЛІЗОВАНОГО НАВЧАННЯ

У статті на основі аналізу наукових праць вітчизняних та зарубіжних дослідників розглядається проблема організації індивідуалізованого навчання дітей з синдромом Дауна; аналізуються дані психофізичних порушень дитини з даною генетичною патологією при індивідуальному підході у навчанні, здійснюється дослідження анатомічних та біологічних складових розвитку психічних процесів дітей з синдромом Дауна; виявляються специфічні особливості обробки інформації та відповідних можливостей експресивного мовлення; робиться обґрунтування індивідуального підходу при виявленні типологічних особливостей дітей з синдромом Дауна; виявляються фізіологічні основи розвитку психіки цих дітей та вивчаються слабкі і сильні сторони навчальної діяльності дітей з даною генетичною В статті висвітлюються концепції індивідуалізованого навчання дітей з синдромом Дауна в умовах інклюзивної освіти. Детально розглядається психомоторний розвиток дітей з даною генетичною патологією і пов'язані з ним основи здобуття освіти в молодшій школі. Здійснено аналіз сучасної спеціальної літератури щодо особливостей застосування форм і методів індивідуалізації в процесі розвитку дітей з синдромом Дауна в освітніх закладах. Визначено основні методологічні положення навчання цих дітей в умовах інтеграції до загальноосвітніх навчальних закладів.

Ключові слова: діти з синдромом Дауна, індивідуалізація, індивідуалізоване навчання, інклюзивна освіта, психомоторний профіль.

При застосуванні індивідуалізованого підходу в організації навчання дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна нами було виявлено характерні для цієї категорії дітей психофізичні особливості.

Як вже неодноразово зазначалось вивчення осіб з синдромом Дауна тривалий час було прерогативою медичної науки, в якій важливе місце надавалось біологічним факторам, як провідним в оцінці інтелектуальних здібностей дітей даної категорії. Підставою для виокремлення дітей з СД та їх соціальна ізоляція пояснюється, швидше за все, стереотипністю медичної практики, ніж об'єктивністю психолого-педагогічної оцінки їхнього інтелектуального розвитку.

Погляди на природу синдрому Дауна, в свою чергу, вплинули на уявлення багатьох авторів щодо того, що саме треба вивчати в цьому синдромі. Так в подальшому дослідники від простого вимірювання рівня інтелектуального розвитку перейшли до перевірки впливу на дитину з СД виховання в сім'ї і в спеціальних закладах, до напрацювання і ефективності програм ранньої психолого-педагогічної стимуляції.

В сучасній вітчизняній науці питанням виховання і навчання даної категорії дітей тривалий час не надавалось достатньої уваги, тому їх психолого-педагогічні особливості майже не вивчались. Рання смертність дітей з СД, обумовлена недостатньою роботою імунної системи, важкий стан інтелектуальної сфери, чисельні соматичні та фізичні порушення тощо, не надавали впевненості у тому, чи потрібно взагалі вести педагогічну роботу з даною категорією дітей. [2, с.34]

Успіхи медицини поступово призвели до покращення життя осіб з синдромом Дауна і починається вивчення пізнавальних можливостей дітей з даною генетичною патологією. Більшість дослідників відмічають, що діти з даною генетичною патологією мають схожість не тільки в зовнішньому вигляді та фізичному розвитку, спільні риси виявляються і в їхньому психічному та емоційному стані.

Дослідженням було охоплено 286 дітей віком від 6 до 9 років, у яких було виявлено каріотип 47XY+21. Залежно від структури генетичного порушення трисомна форма синдрому Дауна була зафіксована у 251 дитини, мозаїчна – у 27 осіб і транслокаційний тип у 8 дітей з даною патологією розвитку.

Також важливим фактором для проведення психолого-педагогічного дослідження були умови соціального розвитку цих дітей з СД у дошкільному віці. Тому окрема група була представлена вихованцями будинків-інтернатів – 62 дитини, друга група складалася з 197 дітей, що від народження виховувались у сім'ях і третя – 27 дітей, яких забрали із дитячих будинків в родину у віці до 2-х років.

Вивчаючи вихованців будинків-інтернатів і дітей з синдромом Дауна, що виховувались у своїх родин ми передбачали, що специфіка і нерівномірність психомоторного розвитку будуть обумовлені не тільки феноменологією самого генетичного порушення, але й умовами їхнього соціального розвитку. Також, враховуючи певну особливість розвитку осіб з СД з урахуванням статевих відмінностей, ми відмітили, що хлопчиків було майже у двічі більше ніж дівчат і їхня кількість складала – 178.

Збір даних та обстеження проводилось у декілька етапів. На першому відбувся аналіз наявних анамнестичних даних, проведення бесід та консультацій з батьками і медичним персоналом. На другому – дослідження стану розвитку психомоторних функцій (психічної сфери, рухової сфери, дрібної та загальної моторики, стану мовленнєвої сфери). Наступний етап передбачав оцінювання порушень інтелектуального розвитку. І заключний етап констатувального дослідження був спрямований саме на визначення ступеню готовності до шкільного навчання зазначеної категорії дітей.

Зовнішня стигматизація була патогномонічною для всіх дітей з даним генетичним порушенням: пласке широке обличчя, монголоїдний розріз очей, короткий сідлоподібний ніс, характерний вигляд потилиці, диспластичні вушні раковини, коротка широка шия, клинодактилія, брахімезофалангія, «готичне» піднебіння, мегаглотія, сандале подібна стопа тощо. [6, с.27]

У всіх обстежуваних дітей мали місце наявні ознаки антропометричного недорозвинення, що виявлялось у показниках зросту, ваги, об'ємах голови і грудної клітини.

Психічна картина дітей з синдромом Дауна обтяженого розумовою відсталістю різного ступеню складності мала характерні прояви порушення: звуження і низька концентрація уваги, висока відволікаємість та вкрай низький рівень посидючості. [5, с.45]

Аналіз попередньо проведених психологічних обстежень рівня розумового розвитку у дітей до 7-ми років дозволив зробити порівняння між хронологічним і психічним розвитком дітей з СД. Відмічаємо значну затримку розвитку психіки в порівнянні з показниками у дітей умовної норми. Так у віці одного року рівень розвитку психіки у дітей з СД відповідав 4-м місяцям, у віці 2 років – 8-ми місяцям, у 3 роки розвиток ще уповільнювався і орієнтовно відповідав 1-му року внаслідок повільного дозрівання структур головного мозку. В подальшому у більшості дітей, незалежно від антропометричних даних, темп психічного розвитку повільно наближається у 6 років до рівня розвитку дитини у 2 роки і у 8 років відповідає за багатьма показниками функціональному розвитку дитини 4-х років при нормі.

Близько у 30% дітей досліджуваної групи наявні недорозвинення ЦНС, обумовлені не тільки хромосомною патологією, а й асфіксією, перинатально інфекцією головного мозку і іншими порушеннями гемодинаміки (вроджені пороки серцево-судинної системи).

Вивчення неврологічного статусу і вікових рухових навичок у дітей з СД, показало, що у 100% досліджуваних осіб наявні патологічні зміни зі сторони нервової системи і уповільнений моторний розвиток. Це пов'язано з характерною для даного синдрому патологією ЦНС, а саме з процесом

мієлінізації нервових волокон, порушенням нейрональної міграції, нейрональної аномалії, зменшених розмірів мозочка.

За даними медичних обстежень, при дослідженні черепно-мозкової іннервації у всіх дітей даної нозологічної групи відмічено зниження піднебінного і глоткового рефлексу. Наявне зниження об'єму рухів язика, що в більшості випадків корелює з проявами дисфагії у 181 дитини з СД (63%). Зниження гостроти зору різного ступеню відмічено у 211 дітей (74%), що часто обумовлено косоокістю та ністагмом. Зниження рівню слухової функції було виявлено у 180 дітей (63%).

На руховий розвиток дітей даної категоріальної групи негативно вплинув постуральний м'язів тонус, недостатня стабілізація положення в суглобах за рахунок неадекватного взаємного скорочення м'язів (коконтракція), зниженого рівня підкріплення пози і рухів (пропріоцепція), неадекватні реакції рівноваги та підвищена мобільність суглобів.

В руховій сфері дітей з даним генетичним порушенням були відмічена дифузна м'язова гіпотонія у 89% (254 дитини), яка характеризувалась зниженням сили верхніх і нижніх кінцівок, інколи з дистонічним м'язовим тонусом (у 24 дітей). На цьому фоні у 223 дітей (78%) було виявлено порушення утримання пози, вертикалізації на фоні рухового недорозвинення.

Дані про дослідження функції кистей рук вказували на слабкість хапання і труднощі у розведенні пальців, недостатність опозиції першого пальця до інших, зниження і недостатність тонкої моторики (237 дітей). Дослідження координації рухів виявило ознаки статичної і динамічної атаксії у 56% дітей (160 дітей).

З бесід із батьками та наявних анамнестичних даних з'ясовано, що темпи розвитку обстежуваних дітей значно відставали від загальноприйнятої норми: утримання голови – після 4-х місяців (52% випадків); самостійне сидіння – після 9-ти місяців (65%); самостійна хода – після 2-х років (47%). У всіх дітей виявлялось різке недорозвинення всіх етапів мовлення: поява перших слів у 2 роки (72% дітей); елементарні граматичні конструкції у 4-5 років (67%). Логопедичний висновок підтверджував наявність загального недорозвинення мовлення I-II рівня.

Відмічаємо про недостатній словарний запас в експресивному мовленні дітей з СД, в якому речення були побудовані лише з допомогою іменників. В мовленні дітей не зустрічались прикметники, і майже були відсутні дієслова. Наявні порушення фонематичного слуху констатувались у 90% дітей. Деякі діти володіли розгорнутим мовленням, використовували прості фразеологічні звороти, але часто використовували невірно підібрані мовленнєві форми, мовленнєві стереотипи, штампи, слова паразити.

Попередня бесіда дозволила нам встановлювати контакт з дитиною, виявляти реакцію дитини на спілкування з незнайомою людиною, оцінювати її поведінку у змодельованих ситуаціях. Бесіди з дітьми давали можливість виявити характерні риси їхньої комунікації, при якій, головним чином, важливим був рівень їх мовленнєвого розвитку. Враховуючи, що одним з показників недорозвинення психіки є порушення у формуванні мовлення та способів прийому і передачі інформації, ми намагались вивчити у досліджуваних дітей з СД стан комунікативних форм мовлення, зокрема розуміння мовлення дорослого, а також застосування власних вербальних і невербальних способів комунікації. [3, с.15]

Таким чином, аналіз комунікативних умінь дітей даної нозологічної групи стосувався наступних показників: можливість розуміння інформації при опитуванні, сформованість засобів спілкування і їх застосування у вербальній і невербальній формі, рівень мотивації в сфері комунікативної взаємодії та особливості емоційних реакцій при комунікативній взаємодії.

Індивідуальна бесіда з дитиною складалася із серії простих питань, об'єднаних у смислові групи, а саме: інформація про себе, дані про найближче оточення, просторові і часові уявлення, загальний кругозір, власні інтереси. Первинна бесіда тривала протягом 20-ти хвилин у звичних для дитини умовах.

Методика експериментального дослідження була розділена на дві серії завдань. Так до першої серії увійшли тести, спрямовані на вивчення сенсорно-перцептивних процесів: зорове сприймання форми, розрізнення кольорів, конструктивний праксис і графічне моделювання. Виконання другого блоку завдань дало можливість з'ясувати особливості функціонування у дітей з СД процесів пам'яті, мислення, уваги, сприймання. Кожне, з запропонованих завдань, диференціювалось відповідно до рівня актуального розвитку кожної дитини і ускладнювалось за ступенем функціональних можливостей дітей.

Враховуючи специфічне недорозвинення мовлення у дітей даної нозологічної групи, значна частина діагностичних завдань носила невербальний характер, які не вимагали від дітей розгорнутої словесної відповіді щодо виконаних дій, але передбачали розуміння вербальної інструкції до їх виконання. Вербальні ж завдання дозволяли виявляти рівень розвитку усного мовлення у дітей даної категоріальної групи. [5, с.25]

В ході виконання завдань кожної серії тестів ми спостерігали за умінням дітей самостійно долати труднощі, реєстрували емоційні прояви на успішність (неуспішність) у виконанні завдань, контролювали стійкість уваги та динаміку працездатності.

Успішність виконання завдання оцінювалась відповідно до тієї кількості сторонньої допомоги, якої потребувала дитина для її виконання. Таким чином, використання дитиною допомоги стало одним з головних критеріїв оцінки результатів при виконанні запропонованих завдань.

Враховуючи, що однією із закономірностей недорозвинення психіки є порушення у формуванні мовлення, ми намагались вивчити стан комунікативно важливих форм мовлення. А саме, особливостей розуміння мовлення дорослих і використання дітьми вербальних та невербальних засобів комунікації у спонтанному спілкуванні. [4, с. 56]

Відомо, що достатня комунікація є можливою лише в умовах повного розуміння намірів того хто говорить. Головним в цьому плані є уміння зрозуміти запитання співрозмовника. Таким чином, оцінка комунікативних умінь дітей з СД складалась з наступних показників:

- можливості розуміння інформації, що була у запитанні;
- сформованості засобів спілкування і можливості їх застосування у вербальній чи альтернативній формі (жест, міміка, вокалізація тощо);
- наявність потреби у спілкуванні, що формує певний рівень мотивації у сфері комунікативної взаємодії;
- особливості емоційних реакцій при комунікативній взаємодії.

В ході спеціально організованої бесіди ми намагались виявити інформаційно-змістовий компонент, тобто запас елементарних уявлень і відомостей про себе та навколишнє оточення. Індивідуальна бесіда складалась з низки запитань, об'єднані у 3 смислові групи: інформація про себе та оточуючих, часові та просторові уявлення, загальний кругозір та інтереси.

За результатами проведених бесід нами виявлено три групи дітей за ступенем сформованості усного мовлення. До першої, найслабшої групи, увійшло 78 дітей з СД (27,2%). Так, зазначаємо, що 23% з них були майже без мовленнєвими. Недорозвинення експресивного мовлення у них стало перешкодою у проведенні розгорнутої бесіди. Разом з тим у дітей даної групи відмічались мовленнєві звуки і звукокомплекси, жестові і мімічні реакції. Дітям з СД цієї категоріальної групи було доступним виконання простих імперативних інструкцій і окремих вказівок.

Вихованці дитячих будинків в меншій мірі знайомі з багатьма елементарними побутовими предметами і соціальними явищами, добре відомим дошкільникам з синдромом Дауна, що виховуються у родинах. Причинами психічної деривації часто є відсутність новизни, різнобарвності соціальних вражень, що призводять до сенсорних дефіцитів. Відсутність емоційних контактів з мамою та іншими близькими членами родини створює недостатню функціональну базу для розвитку соціальних зв'язків дитини з оточуючим світом, приводить до викривлення загального психічного розвитку, до порушень розвитку навичок мовленнєвої комунікації, що подальшому негативно відбивається на рівні розвитку.

Отже, отримавши відповіді на запитання ознайомчої бесіди, можемо підвести підсумки та зробити попередні висновки, а саме:

- діти найслабшої функціональної групи молодшого шкільного віку з синдромом Дауна мають достатньо обмежений запас знань про навколишнє середовище (задовільні відповіді було отримано на запитання, пов'язані із називанням імені, прізвища себе та батьків, але ці дані ще недостатньо диференційовані);
- виявилось, що діти не оперують поняттями «пори року», «частина доби», але мають уявлення про праву (ліву) руку і можуть послідовно їх демонструвати;

- у дітей даної функціональної групи наявний значний дефіцити мовленнєвої діяльності, яка представлена лепетними словами і словосполученнями, із специфічними викривленнями фонетичного образу слова;

- розуміння мовлення у дітей даної категоріальної групи підтверджується невербальними засобами: міміка, жести;

- не дивлячись на інертність мотивів спілкування з дорослими, при певній стимуляції діти не відмовляються з ними, що є необхідною передумовою для формування комунікативних навичок;

- характерними поведінковими реакціями в ході проведення бесіди відмічалися: підвищена неухважність, нездатність до психічного напруження, швидка виснажливність, що часто було пов'язано з низьким пізнавальним інтересом і, як наслідок, виявлялось у певній впертості, негативізмі та відмові від продовження бесіди.

Більш розвинутою, як в якісному так і кількісному відношенні, за результатами первинної бесіди виявилась наступна група дітей з синдромом Дауна, яка складала 56,6% (162 дитини). Всі діти цієї функціональної групи отримали виховання в родинах, але 25 з них були забрані в родини із будинків маляти до 2-х років.

Всі діти цієї групи змогли відповісти як їх звати. Так 87% дітей назвали своє ім'я та прізвище, але ми не побачили чіткого розмежування між ім'ям та прізвищем, які діти використовували одночасно при відповіді на запитання: «Як тебе звати?».

Дітям цієї групи було доступне називання імен батьків, більшість з дітей навіть називали на ім'я та по-батькові. Дітям з синдромом Дауна другої групи, які виховувались в великих родинах, вдавалось назвати всіх її членів, але визначити загальну кількість не виходило (вони або знову починали перераховувати імена, або розводили руками, показуючи, що відповіді на це питання у них не має). Також маємо зазначити, що перераховуючи членів родини, діти даної групи себе називали «Я» (мама Ліда, папа Вова, братик Саша, баба Лена, дід Коля і я), як члена родини.

Діти цієї функціональної групи правильно відповідали на запитання: «Скільки тобі років?». В своїй переважній більшості їм було доступним називання кількості років, лише 12% дітей показали цифру на пальцях руки. Складнішим завданням для було порівняти: «Хто старший (молодший) і наскільки років, брат чи сестра?». В цій частині бесіди ми не отримали задовільних відповідей.

Наступний блок питань показав рівень обізнаності дітей щодо пори року. 23% дітей даної групи не змогли дати відповідь про пору року, інші мали про це уявлення, але могли навести дві полярних пори «Зима-літо». Близько третини дітей цієї групи назвали всі пори року. Маємо зазначити, що 13 дітей цієї вдало оперували і місяцями календарного року, їм було доступне називання, але вони плутались у порядку розташування місяців. Уявлення про пору року у дітей цієї функціональної групи частково сформовані, але носять генералізований, недиференційований характер.

При спробі з'ясувати, чи знають діти назви днів тижня, ми не отримали жодної повної правильної відповіді. Діти хаотично називали від 1-го до 5-ти днів тижня у вільному розташуванні. Третина дітей даної групи знаннями такого плану не володіють. Також виникали у них певні складнощі при диференціації дня і ночі. Більша половина дітей на запитання: «Зараз день чи ніч?», плутались у відповідях, не даючи правильної відповіді.

В подальшій серії запитань нам вдалося з'ясувати, що 69% дітей другої групи чітко диференціюють просторове розташування власних рук (право-ліво), а виконання просторового переносу і диференціація рук експериментатора були доступні лише 7% дітей даної групи.

Відповідно до плану первинної бесіди наступні запитання були спрямовані на вивчення кругозору дітей з СД. Так більшість дітей (78%) знають де вони проживають. У відповідях ми отримували назву міста чи села (іншого населеного пункту), причому діти чітко зазначали категорію населеного пункту.

Отримавши достатні результати, можемо зробити попередні висновки, отже:

- діти даної функціональної групи значно перевищують отримані показники попередньої групи і виявляють вищий рівень інтелектуального розвитку (вони здатні надати дані про себе та найближче родинне оточення, про знайомих однолітків, можуть вказати на прості види власної діяльності тощо);

- дані, отримані від дітей даної групи, відбивають їх власний досвід, побудований на спілкуванні з батьками, відвідуванні дитячого садочку, розвагах з членами родини та однолітками;
- у дітей частково сформовані узагальнені уявлення про пори року, календарні свята та назви місяців та днів тижня, але недорозвинення мовленнєвої та мнестичної діяльності значно впливають на послідовність та розгорнутість даних, що повідомляються;
- не дивлячись на якісні динамічні новоутворення психіки у дітей даної групи, мовлення продукується окремими словами, чи простою фразою з 2-3 слів;
- в ситуації діалогу (питання-відповідь) діти дають односкладові стверджувальні чи заперечувальні відповіді, не намагаючись самостійно продовжити висловлювання, що вказує на достатню обмеженість мовленнєвих засобів, яка значно знижує рівень мисленнєвої активності;
- у дітей даної групи значно більший об'єм даних, якими вони оперують, вищі показники емоційної стабільності та адекватності при обговоренні різних соціальних тем;
- відмічаємо вищий рівень довільної поведінки, зберігання дистанційної ситуації дорослий-дитина, підвищення часових показників активного спілкування до 15 хвилин, відсутність поривів щодо закінчення роботи, які у першій групі наставали вже на 5-6 хвилині.

Особливою на даному етапі констатувального дослідження виявилась третя група дітей з синдромом Дауна, яка відрізнялась від попередніх значно вищим рівнем сформованості психофізичних показників. Проведемо аналіз ознайомчої бесіди з дітьми даної функціональної групи, в якій правильні відповіді на запитання дали 92 відсотки дітей. До цієї групи увійшло 46 дітей (16%), з яких 32 дівчинки та 14 хлопчиків. Всі діти цієї групи виховувались від народження у родині. Також зазначимо про те, що більшість зростали у сім'ях де виховувалось від 2-х до 5-ти дітей.

Діти цієї функціональної групи називали своє ім'я, прізвище, навіть деякі ім'я по-батькові. Вони могли перерахувати всіх членів своєї родини за іменами та ролями, деяким з них було доступним називання батьків по імені та по-батькові.

На запитання: «Де ти живеш?», 87% дітей змогли назвати назву населеного пункту (місто Київ, село Тарасівка) та адресу проживання із зазначенням вулиці, будинку та номеру квартири.

При аналізі відповідей на запитання пов'язані із орієнтацією в часі та просторі 92% дітей цієї групи назвали всі пори року: «Літо, осінь, зима, весна». Більше половини дітей змогли додати до назви пори року характерні прикмети погодних умов, так: «Зима – холодно, сніг, мороз; осінь – дощ, вітер; літо – сонце, жарко». Також відмічаємо відповіді дітей з СД яким вдавалося перерахувати назви місяців календарного року. Вони часто плутались у порядку їхнього розташування, але вдало називали від 8-и до 12-ти місяців року.

Обізнаність дітей цієї групи у назвах днів тижня також заслуговує уваги, 67% з них вдало впорались з цим завданням. Інші плутались у порядку розташування, забували назви, але при називанні першої букви дня тижня швидко пригадували назву.

В серії запитань пов'язаних з уподобаннями дітей у грі та розвагах ми отримували різні відповіді, які підкріплювались емоційною мімікою та пантомімікою дітей з використанням великої кількості жестів. Так, як і у двох перших групах, діти цієї групи віддавали перевагу грі з ляльками та машинками, але при спонуканнях: «Розкажи, а ще в які ігри граєшся?», діти пригадували більше. Так хлопчики зазначали про: гру з м'ячем, футбол, бадмінтон, стрибки на батуті, плавання у басейні, стрільбу з лука, їзду на велосипеді чи самокаті, запуски повітряного змія тощо. У дівчат частіше були ігри з ляльками у «дочка й мама», гра у дитячу «Кухню», також дівчата хизувались грою на піаніно, можливістю вишивати, в'язати, плести з бісеру. Всі діти цієї групи малювали, робили аплікації, ліпили з пластиліну та вдало справлялися з різними видами конструкторів. Дітям подобались рухливі ігри на свіжому повітрі з іншими дітьми родини, чи у дитячому садочку. Всі діти достатньо рухливі, координовані, з достатнім тонусом м'язів тулуба та кінцівок, високим рівнем дрібної моторики пальців кисті руки.

Підсумовуючи результати опитування зробимо попередні висновки щодо дітей цієї функціональної групи. Так зазначаємо, що:

- інформаційні дані про себе та оточуючих у дітей цієї групи представлені кількісно більше ніж у двох попередніх групах;

- розвиток в великій родині та тривале перебування у дошкільному закладі (з 3-х років) значно розширює загальний кругозір і запас понятійних даних, хоч вони генералізовані і не достатньо диференційовані, та не можуть в повній мірі застосовуватись в тій системі, в якій накопичувались в ході навчання;

- у дітей третьої групи помітний значно вищий рівень мовленнєвої діяльності в порівнянні з іншими групами (мовленнєві висловлювання оформлені простими реченнями з відповідними граматичними ознаками);

- діти демонстрували інтерес до співробітництва, просили ще позайматись, запитували: «Коли прийдете ще?»;

- діти були здатні слухати запитання дорослого, повністю розуміли про що йде мова у запитаннях, намагались на них відповідати самостійно;

- лише в окремих випадках ми спостерігали відмову від продовження бесіди, але це тільки в тих випадках коли дитини було не зрозумілим запитання.

Найбільш дефіцитарним в психіці дітей усіх трьох груп виявилась продуктивність мислення, яка має реалізовуватись у несистематизованих поняттях, що узагальнюються на рівні життєвого досвіду, а мисленнєва обробка наявних даних, що потребують простого аналізу, порівняння та диференціації, у них викликає наявні труднощі. Відомо, що продуктивність мислення визначається не стільки віковими показниками, скільки змістом різнопланових видів її діяльності. В цьому контексті важливим є те, що у дітей другої функціональної групи виникли передумови до семантичного аналізу таких понять як «час», «пори року», «дні тижня». Ці поняття, в силу їхньої абстрактності, навіть при легких варіантах розумової відсталості викликають значні труднощі у дітей з синдромом Дауна в віці 8-ми років.

Порівнюючи функціональний стан дітей другої і третьої групи, вважаємо, що значної різниці в характеристиках інтелектуальної діяльності у них немає, лише констатуємо про деякі обмеження у засобах забезпечення того, що діти розуміють. Таким показником виявляється рівень сформованості мовлення та його опосередкована функція у мисленнєвій діяльності.

Рівень розвитку мовлення у дітей третьої функціональної групи значно вищий ніж у дітей першої і другої групи. Вони активно оперують поняттями та значеннями слів, виявляють достатній запас слів активного і пасивного словника, можуть тривало підтримувати діалог і бути активними та зосередженими протягом 20-30 хвилин.

Також маємо зазначити про високий рівень фізичного розвитку дітей третьої групи, який підтверджується їхніми моторними уміннями пов'язаними з координованою діяльністю роботи м'язів при їзді на велосипеді, самокаті, грі у бадмінтон та теніс, виконанні вправ на спортивному майданчику тощо.

У підсумку зазначимо, що маючи спільний психомоторний профіль діти з синдромом Дауна розрізняються між собою за ступенем недорозвинення пізнавальної діяльності, мовлення, моторики та стану недорозвинення сенсорних систем. Тому, відповідно, вони є різними і за способами навчання. Але до цього висновку фахівці в галузі корекційної педагогіки та психології прийшли не відразу. Отже залишається актуальним питання навчання і виховання дітей даної нозологічної групи та подальші пошуки оптимальних умов для розвитку цих дітей.

Список використаних джерел:

1. **Бруни М.** (2005) Формирование навыков мелкой моторики у детей с синдромом Дауна Пер. с англ. А.Курт. М.:Связь-Принт, , 212с.
2. **Володько В.М.** (2000) Індивідуалізація і диференціація навчання. Проблеми сучасної педагогічної освіти: 36 статей. Ч.1. К., 136 с.
3. **Катаева А.А., Стребелева Е.А.** (1988) Дошкольная олигофренопедагогика. М.: Просвещение, . 264с.
4. **Коберник Г.І.** (2002) Індивідуалізація й диференціація навчання в початкових класах: теорія та методика. Монографія. К.: Наук. світ, 231 с.
5. **Лаутеслагер П.** (2003) Двигательное развитие детей раннего возраста с синдромом Дауна. Проблемы и решения. Пер. с англ. О.Н. Ертановой. М., «Монолит». 346с.
6. **Фурман А.В.** (1993) Психодіагностика інтелекту в системі диференціації навчання. К.: Освіта, . 224 с.
7. **Шамова Т.И.** (1991) Индивидуальный и дифференцированный подход в обучении . Активизация обучения школьников. – М.: Педагогика . 213с.

References

1. **Bruni M.** (2005) Formirovanie navyikov melkoy motoriki u detey s sindromom Dauna . Per. s angl. A.Kurt. – M.:Svyaz-Print, 212s. [in Russia]
2. **Volodko V.M.** (2000) Individualizatsiya I diferentsiatsiya navchannya. Problemi suchasnoyi pedagogichnoyi osvlti: Zb. statey. Ch.1. K. 136 s. [in Ukrainian].
3. **Kataeva A.A., Strebeleva E.A.** (1988) Doshkolnaya oligofrenopedagogika. M.: Prosveschenie. 264s. [in Russia]
4. **Kobernik G.I.** (2002) Individualizatsiya y diferentsiatsiya navchannya v pochatkovih klasah: teorlya ta metodika. Monograflya. K.: Nauk. svlt. 231 s. [in Ukrainian].
5. **Lautslager P.** (2003) Dvigatelnoe razvitie detey rannego vozrasta s sindromom Dauna. Problemy i resheniya. Per. s angl. O.N. Ertanovoy. M., «Monolit». 346s. [in Russia]
6. **Furman A.V.** (1993) Psiholognostika Intelktu v sisteml diferentsiatsiyi navchannya. K.: Osvlta. 224 s. [in Ukrainian].
7. **Shamova T.I.** (1991) Individualnyi i differentsirovannyiy podhod v obuchenii Aktivizatsiya obucheniya shkolnikov. – M.: Pedagogika. 213s. [in Russia]

Савицкий А.Н. Индивидуальные психофизические особенности развития детей с синдромом Дауна как ведущий фактор в организации индивидуализированного обучения

В статье на основе анализа научных работ отечественных и зарубежных исследователей рассматривается проблема индивидуализации обучения детей с синдромом Дауна; проведен анализ действенных методов и форм организации обучения этих детей, также анализируются данные относительно психофизического профиля детей с генетической патологией; исследуются особенности анатомических и биологических составляющих психического развития детей с синдромом Дауна; определяются особенности преимущественной зрительно-пространственной обработки информации; делается психофизическое обоснование использования индивидуализированного обучения в процессе развития детей с синдромом Дауна; выявляются физиологические основы психического развития таких детей и изучаются сильные и слабые стороны учебной деятельности детей с данной генетической патологией.

В статье освещаются концепции индивидуализированного обучения детей с синдромом Дауна при инклюзивном образовании. Детально рассматривается психомоторное развитие детей с данной генетической патологией и связанные с ним основы образования в младшей школе. Определены основные методологические положения обучения этих детей в условиях интеграции в общеобразовательные учебные заведения.

Ключевые слова: дети с синдромом Дауна, индивидуализация, индивидуализация обучения, психомоторный профиль.

Savitsky A. Individual psychophysical features of children with the Down's syndrome as a leading factor is in organization of the individualized educating

In article on the basis of the analysis of scientific works of domestic and foreign researchers the problem of an individualization of training of children with a Down syndrome is considered; also data of rather profile of children with genetic pathology are analyzed; features of anatomic and biological components of mental development of children with a Down syndrome are investigated; features of primary visual and spatial information processing are defined; psychophysical justification of use of the individualized training in development of children with a Down syndrome becomes; physiological bases of mental development of such children come to light and are studied strong and weaknesses of educational activity of children with this genetic pathology.

Analysis of different approaches to the organisation of individualized and differentiated studying in the class showed that there is not a common terminology that allows to build a theoretical system of work within a class with individualized and differentiated teaching. There are differences in key concepts of individualization and differentiation and in the understanding of the forms of organization of teaching in destination of individualized and differentiated tasks.

The analysis does not cover all aspects of this multifaceted problems. The prospect of its further research consist of the detailed studing and analysis of best practices of individualization and differentiation of teaching of primary school children with Down syndrome in Ukraine, influence of the foreign psycho-pedagogical concepts on the development of ideas based on individual-typological peculiarities of students with psychomotor features of development in native theory and practice of correctional education.

Keywords: children with a Down syndrome, an individualization, individual approach, a training individualization, a psychomotor profile.