

10. Сусан Часе, Грагам Ратцліфф, Карен Гоесч, Проєкт АЦТІОН (У.С.), АЦЦЕСС Транспортиаціон Системс Функціонал Ассесмент оф Цогнітіве Трансіт Скіллс: ФАЦЦ.

Синев В. Н., Дзоєфсон К. С. Паратранзитное пространство в США: коррекционные - техническая помощь инвалидам (по материалам пособия «Determining ada paratransit eligibility: an approach, guidance and training materials»)

В статье проанализировано содержание пособия "Определение паратранзитных возможностей инвалидов: подход, руководство и учебные материалы (" Determining ADA Paratransit Eligibility: An Approach, Guidance and Training Materials "). Установлено психологические и функциональные барьеры блокирующие равный доступ инвалидов к необходимым для их социальной и личной жизни объектам. Раскрыты проблемы функциональных навыков специалистов, критерии поведения и применения профессиональных знаний. Подан перечень критериев, которые требуются от персонала в сочетании со знаниями об инвалидности и медицинских расстройствах. Раскрыта сущность социально-психологического взаимодействия с лицами с особыми потребностями в юридическом, медицинском и реабилитационном аспекте, в частности подчеркнуто, что инклюзивное система функционирует там, где существует четкий алгоритм действий между всеми участниками от транспортных компаний в коррекционных учреждений.

Ключевые слова: инклюзивное система, транспортные компании, инвалид, заявитель, индивидуальная программа, когнитивные навыки.

Sy`nev V., Dzhozefson K. Paratransit space in USA: correction - technical assistance to individuals (on the materials of "Determining ada paratransit eligibility: an approach, guidance and training materials")

The article is present short analyses of information from manual "Determination of Paratransitional Opportunities for Disabled Persons: Approach, Guidelines and Training Materials" (Determining ADA Paratransit Eligibility: An Approach, Guidance and Training Materials). The psychological and functional barriers that block equal access of the disabled to the objects necessary for social and personal life are established. Problems of functional duties of specialists, criteria of behavior and application of professional knowledge are revealed. The list of criteria required by the staff in combination with knowledge of disability and medical conditions is given. The essence of social and psychological interaction with persons with special needs in the legal, medical and rehabilitation aspect is revealed, in particular, it is emphasized that the inclusive system operates where there is a clear algorithm of action between all participants: from transport companies to correctional institutions.

Key words: inclusive system, transport companies, invalid, applicant, individual program, cognitive skills.

Стаття надійшла до редакції 13.11.2017 р.

Статтю прийнято до друку 27.11.2017 р.

УДК:376:616-039

Тарасун В.В.

ПРОФІЛАКТИКА – ГОЛОВНА МЕТА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ

В статті розглянуто сучасні погляди на профілактику психофізичних порушень як складову частину медицини і спеціальної педагогіки та психології. З'ясовано, що більшість навчальних посібників недостатньо висвітлюють проблему профілактичної настороженості в роботі фахівця і дієві шляхи запобігання порушень у дітей з особливостями в розвитку. У роботі визначено підходи до розробки профілактичних програм і їхня класифікація, проаналізовано вплив комунітарної психології на вирішення профілактичних проблем, розкрито складові профілактики (ризиків і захисні фактори) та їхня взаємодія.

Ключові слова: діти з особливостями в розвитку, профілактичні програми, складові профілактики, комунітарна психологія

У сучасних оглядах наукової літератури з проблеми профілактики з'ясувалося, що в будь-якому окремо взятому році приблизно від 10 до 15% дітей зіткнуться з психологічними, поведінковими і емоційними проблемами, які негативно вплинуть на їхнє буденне функціонування такою мірою, що будуть відповідати критеріям тих чи інших розладів. Тому доводиться, що ефективні профілактичні програми здатні допомогти величезній кількості людей в їхніх особистих проблемах, а також значною мірою полегшити важкий економічний тягар, який лягає на сім'ю, де виховується дитина з особливостями в розвитку.

Профілактична система вимагає від фахівця володіння відповідними знаннями і вміннями планувати корекційно-превентивну допомогу з тим, щоб усунути наявні симптоми розладу і своєчасно передбачити наступні проблеми в розвитку дитини. Разом з тим, на сьогодні більшість навчальних посібників недостатньо висвітлюють проблему профілактичної настороженості в роботі фахівця і шляхи профілактики психологічних, поведінкових і емоційних порушень в дітей з особливостями у психофізичному розвитку (ОПФР). На наше переконання, в офіційні програми підготовки майбутніх спеціальних педагогів і психологів та в програми перепідготовки практичних працівників неодмінно має

бути включена підготовка до здійснення профілактики з метою формування в них умінь класифікувати або концептуалізувати проблеми, рекомендувати і фасилітувати профілактичне втручання.

Для досягнення цієї мети нами здійснено паралельний аналіз результатів відповідних наукових джерел вітчизняних і зарубіжних авторів (Ісаєв Д., Лебединський В., Лубовський В., Максименко Д., Максимова Н., Милютіна Е., Синьов В., Стоукс Г., Спенс Д., Уайтсайд Д., Шевцов А. та ін.). Узагальнення матеріалів аналізу показує, що спеціалісту важливо володіти знаннями з різних галузей психології і медицини, в яких висвітлюються: підходи до розробки профілактичних програм і їхньої класифікації; складові профілактики та їхня взаємодія; ефективність профілактичних програм втручання і майбутнє профілактичних досліджень; шляхи інтеграції профілактики і корекційно-розвивальної допомоги тощо. Розкриємо деякі зазначені розділи такої програми детальніше.

❖ *Підходи до розробки профілактичних програм і їхня класифікація.* В історичному плані профілактичні програми в основному спрямовувалися на те, що стосувалося психолого-педагогічних проблем дитини. Ці програми багато чого запозичили з медичної системи класифікації профілактики хвороб, зокрема з її вихідної класифікаційної системи, яка висувала три рівні профілактичних заходів (програм): первинний, вторинний і третинний. Фахівці такої профілактичної орієнтації пояснювали, що профілактика потрібним чином має забезпечувати біологічні, психологічні та соціологічні процедури. *Первинна профілактика* знижує частотність всіх типів психофізичних розладів, тобто нових випадків захворювань і розладів у певній популяції за певний період часу, зазвичай за рік. Ця мета досягається завдяки застосуванню системи заходів попередження виникнення і впливу факторів ризику на розвиток захворювань (вакцинація, раціональний режим праці і відпочинку, раціональне якісне харчування, фізична активність, стан навколишнього середовища тощо). До первинної профілактики відносять соціально-економічні заходи держави по покращенню способу життя, навколишнього середовища, виховання. *Вторинна профілактика*, завдяки ранньому виявленню порушення, скорочує тривалість корекційно-відновлювальної роботи і полегшує перебіг розладів, що вже виникли. Вторинна профілактика - це комплекс заходів по усуненню виражених факторів ризику, що за певних умов (зниження імунного статусу, перенапруги, адаптаційного зриву) можуть призвести до виникнення чи загострення рецидиву захворювання. Найбільш ефективним методом вторинної профілактики визнається диспансеризація як комплексний метод раннього виявлення захворювань, динамічного спостереження, спрямованого лікування, раціонального послідовного оздоровлення. *Третинна профілактика*, яку ще називають реабілітацією, знижує заподіяну розладом шкоду і запобігає виникненню рецидивів. Третинна профілактика має на меті забезпечення різних форм реабілітації: соціальної (формування впевненості у власній соціальній придатності), трудової (можливість відновлення трудових навичок), психологічної (відновлення поведінкової активності особистості) і медичної (відновлення функцій органів і систем).

Стоукс Г., Уайтсайд Д.[2,6] та ін., перевизначивши цю класифікаційну систему, встановили три типи превентивних втручань: універсальні, селективні і показані. Хоча обидві зазначені системи класифікації схожі, між ними є різниця. Програми *універсальної профілактики* можуть бути призначені для всіх дітей даної популяції, не залежно від ризику розвитку в них конкретного захворювання або розладу. У разі успіху їхнє застосування знижує частотність нових випадків в цій популяції. *Селективні* (до корекційного втручання) *профілактичні програми* створені для тих груп дітей, які можуть піддаватися більшому ризику розвитку того чи іншого розладу, ніж представники загальної популяції. У цих груп зазвичай є деякі загальні особливості або цілі комплекси особливостей – високий рівень сімейного стресу, недоношеність або наявність в сімейному анамнезі розладів з високою успадкованістю, злидні. У контексті психофізичного здоров'я дитини ці превентивні зусилля і селективні профілактичні заходи певною мірою сприяють зменшенню впливу факторів ризику, одночасно нарощуючи вплив нормативних або захисних факторів. Захисними можна вважати ті фактори, які всебічно сприяють здоровому розвитку дитини. Такі фактори за своїм характером бувають особистісними, сімейними, соціальними або біологічними і тому профілактична програма даного типу вимагає адекватного знання спеціалістом як факторів ризику та їх впливу, так і захисних факторів.

Водночас необхідно зазначити, що програми профілактики нерідко буває важко відрізнити від програм корекційно-розвивального втручання. Хоча і стверджується, що в грамотному медико-

психолого-педагогічному втручанні та реабілітації завжди міститься елемент профілактики, різниця між цими програмами існує. Програми профілактики мають бути призначені для всіх дітей з певним порушенням розвитку, оскільки в них наявні тяжкі вади, які піддають їх високому ризику рецидивів і підсилення розладу пізніше, в процесі їхнього розвитку. При профілактиці робляться додаткові заходи для запобігання розвитку негативного процесу, в тому числі і для пролонгації процесу відновлення порушених в дитини функцій або для її кращого пристосування в оточуючому середовищі. Головною ціллю реабілітації є цілеспрямована поступова ліквідація поточних проблем дитини.

Навколо семантики систем класифікації профілактичних програм і програм втручання вирують постійні суперечки. Критики нерідко стверджують, що фахівці, які класифікують найменування, що використовуються в профілактичних програмах, виходять з уявлення про власну завищену обізнаність, особливо щодо причин і перебігу багатьох психічних розладів і психофізичних порушень. Профілактичні класифікаційні ярлики і категорії часто вважаються штучними; подібна ж критика часто звучить і на адресу класифікаційних діагностичних систем. Вирішення цього питання важливе для проблеми діагностики, оскільки надання певному стану класифікаційної назви іноді буває згубним або зневажливим для дитини та її сім'ї. Однак найважливішим є розуміння фахівцем того, що всі психолого-педагогічні втручання, які ним застосовуються, повинні містити в собі певний профілактичний елемент.

При розробці проблеми профілактики психофізичних розладів на сьогодні найбільшого значення надається сучасному комунітарному підходу до здійснення профілактичних програм. Значна частина релевантних зусиль з профілактики та втручання, розроблених в останню половину ХХ ст., на думку науковців, зобов'язані своїм успіхом і прийняттям саме комунітарній психології, яка вивчає психологічні аспекти соціальних систем. У цьому випадку профілактика ставить за кінцеву мету усунення необхідності в спеціальних послугах ще до розвитку в дитини порушення. Ця мета, хоча і дуже віддалена, визнається надзвичайно важливою.

Вплив комунітарної психології на вирішення профілактичних проблем визначають додаткові загальні принципи. *По-перше*, комунітарна психологія ініціювала відхід від погляду на поведінку як на щось обумовлене суто біологічними або вродженими чинниками. Натомість – базується на екологічному підході до профілактики психофізичних проблем, який дозволяє проаналізувати зв'язок між дитиною і середовищем і розширити діапазон програм профілактики і втручань з включенням до них структурних складових, відмінних від психологічних. *Другим* загальним принципом комунітарної психології, який покладено в основу багатьох профілактичних дій, є ідея про те, що заходи, спрямовані на профілактику, повинні здійснюватися в середовищі, де діти живуть, граються, ходять до дитячого садка тощо. *По-третє*, визначальним принципом комунітарної психології є твердження, що в сфері психофізичного здоров'я профілактичні заходи не повинні спрямовуватися на зміну, орієнтовану лише на дитину та її сім'ю. Замість цього подібні дії повинні мати одну з своїх головних цілей – зміну в соціальній системі. Цей підхід до надання допомоги вважає системну зміну найбільш ефективним і тривало діючим методом підвищення ймовірності успіху.

При цьому, однак, зауважимо, що тих дефектологів і клініцистів, які залежать від виплат в режимі приватної практики, може не цікавити трата часу і сил на безкоштовну профілактичну роботу. Проте комунітарна психологія в міру наростання еволюційних процесів в ХХІ ст., на думку науковців, збереже і посилить свій вплив на розробку і реалізацію профілактичних втручань.

❖ *Складові профілактики та їхня взаємодія.* Ключовими процесами, головними для профілактичних програм є фактори ризику та захисту. Нерідко буває, що захисні фактори помилково вважають просто антиподами факторів ризику. Насправді ж *захисні фактори* – це ті особливості особистості чи довкілля, які опосередковують негативний вплив факторів ризику або здатні адаптивним чином спрямовувати траєкторію розвитку дитини. Тобто, захисними є ті фактори, які сприяють розвитку в дитини компетенції і життєстійкості.

Фактори ризику – простір для дебюту і розвитку порушення в дитячому віці. При розгляді профілактичних програм суттєвий вплив має адекватне розуміння фахівцем усіх головних каузальних патологічних механізмів розвитку психофізичних порушень, емоційних і поведінкових проблем дитини. Стосовно факторів ризику висунуто кілька гіпотез стосовно того, які механізми спричиняють виникнення дитячих розладів [3]. *По-перше*, стверджується, що більшість розладів дитячого віку є результатом

складної взаємодії численних середовищних, фізіологічних і генетичних факторів. По-друге, виявлено різні шляхи впливу цих факторів, але в цілому немає (не визначено) жодного єдиного чинника, достатнього для розвитку специфічного розладу. По-третьє, схоже, що ефект факторів ризику має скоріше мультиплікативний (множинний), ніж адитивний (додатковий) характер, одержаний шляхом поступового збільшення числа факторів ризику. Нарешті, одні фактори ризику (наприклад, генетика, мала вага при народженні, психопатологія в батьків, важкий темперамент, обмежений доступ до послуг тощо) є загальними для широкого кола психологічних, емоційних і поведінкових проблем. Інші фактори (генетика, нормальна вага при народженні, спокійний темперамент, адаптивні відносини між дитиною і батьками, адекватність оточуючого середовища, соціальна підтримка тощо) здійснюють захисний вплив. При цьому висловлюється думка про те, що на сьогодні пошук генетичних факторів посилюється, але значною мірою на шкоду уточненню уявлень про вплив оточуючого середовища. Сімейні ж дослідження наполегливо показують, що в анамнезі дітей зі складними психофізичними і поведінковими проблемами батьки з подібними розладами зустрічаються частіше, ніж в дітей без такого роду проблем. Однак важливо підкреслити, що, наприклад, психопатологія у батьків, як правило, супроводжується підвищеним сімейним стресом, фінансовими проблемами, проблемами у відносинах між членами родини, тобто формується ансамбль всіх середовищних факторів ризику для розвитку порушень у дітей.

Значним джерелом ризику є біологічні чинники. Наприклад, такі пренатальні впливи, як вживання матір'ю алкоголю, наркотиків чи тютюну під час вагітності, – найбільш відомі біологічні фактори ризику. Фактор темпераменту (як фактор ризику) нарівні з іншими факторами також відіграє важливу роль в розвитку психофізичних особливостей дитини. Встановлено, що дратівливий тип темпераменту в дитини може бути пов'язаний з розвитком в неї екстерналізуючих проблем, наприклад, агресивної опозиційності. Тобто, дитина намагатиметься пояснити свою невдачу виключно злою волею інших людей. Загальмований темперамент, як з'ясувалося, може бути сполучений з інтерналізуючими розладами, тобто розладами другого механізму соціалізації та суспільного розвитку дитини. Це спричиняє порушення прийняття дитиною норм, цінностей, поглядів, які ззовні чинять (нав'язують) батьки, вихователі, суспільні групи.

Розвиток поведінкових, емоційних, дошкільних, шкільних та інших проблем в дитинстві управляється тісно сполученими процесами. Так, коли діти переживають труднощі в ігровій діяльності або не можуть навчатися, результатом часто стає емоційний дистрес. Своєю чергою, емоційний дистрес здатний спровокувати розвиток процесів опозиційної поведінки і може спричинити розвиток і підтримку процесів внутрішньосімейного примусу, які призводять до формування поведінкових, емоційних, а надалі і нових для дитини навчальних і соціальних проблем.

Ідентифіковано також широке коло *середовищних факторів ризику*, пов'язаних з батьківським вихованням та родиною. Соціоекономічні неблагополуччя і середовищна депривація – найвідоміші приклади подібних факторів ризику. Однак вважається, що майже неможливо встановити, чи існують взагалі прямі зв'язки між соціоекономічним неблагополуччям та дитячими психофізичними проблемами. Справа в тому, що соціоекономічні неблагополуччя тісно пов'язані з багатьма іншими факторами ризику – неблагополучним оточенням, не налагодженим побутом, малою доступністю освіти, меншою освіченістю матерів, більшим числом неповних сімей, фінансовими труднощами, а також недоступністю рекреаційних і соціальних послуг. Подібні фактори ризику можуть відігравати роль в розвитку батьківської психопатології і взяття на озброєння неефективних навичок виховання малюка, що згодом призводить до посилення дитячих проблем за допомогою таких механізмів, як неадекватний внутрішньосімейний примус. Примусові, неефективні, непослідовні патерни батьківського виховання, з якими пов'язаний розвиток поведінкових проблем протягом періоду дитинства, можуть починатися і в ранньому дитинстві, і в дошкільні роки.

Надалі діти з ОПФР, піддані неадекватному вихованню, ризикують розвитком в них серйозних проблемних відносин з однолітками. Крім прямої ролі, яку примусове і неефективне виховання може відіграти в розвитку поведінкових і емоційних проблем дитини, виявляється, що виховання може безпосередньо пов'язуватися з її неуспішністю в школі, і з неефективною саморегуляцією. Проте фахівцю важливо зважати на те, що в багатьох дітей з ОПФР, які піддаються впливу таких серйозних

факторів ризику, як неефективне виховання або батьківська психопатологія, найтяжкі психологічні, емоційні і поведінкові проблеми можуть і не спостерігатися. Тобто, в дитини, на яку діють фактори ризику, спрацьовують інші складові профілактичного рівняння – це захисні фактори. З урахуванням цього важливо і необхідно розробляти програми по усуненню, опосередкуванню або модифікації потенційно негативного ефекту подібних факторів ризику. З цією метою профілактична наука рекомендує здійснення своєчасного виявлення в дітей з ОПФР особистісних і середовищних характеристик, врахування яких може значною мірою захистити їх від негативного впливу факторів ризику.

Часто вважають, що захисними є ті фактори, які сприяють розвитку в дитини компетенції і життєздатності. Водночас визнається, що одним з головних факторів ризику, що призводить до проблем з пристосуванням дітей до дитячого садка чи школи, є недостатня підготовка цих закладів до роботи з цією категорією дітей. З цього приводу в профілактичних програмах рекомендується враховувати характеристики параметрів, що визначають готовність цих закладів здійснювати корекційний розвиток компетенцій в дітей. Водночас виявлено багато захисних факторів, які оперують в ранньому дитинстві, беруть участь в поліпшенні психічного здоров'я дитини і формуванні її поведінкової, емоційної та академічної компетенції. Ці ж процеси протікають, але специфічно і в неблагополучних або можна сказати навіть певною мірою в катастрофічних обставинах при тяжких психофізичних порушеннях. У даному разі висловлюється думка, що саме достатня підготовка освітніх закладів до профілактичної роботи і практика ефективного батьківського виховання можуть виступати значним захисним фактором для дітей з ОПФР.

У контексті досліджень проблеми профілактики психофізичних розладів у дітей важливими є також результати поодиноких досліджень, в яких доводиться, що саме дітям, в яких розвивається компетенція під час неблагополуччя або нещастя, вдається забезпечитися або якимось іншим чином набути доступ до ресурсів, необхідних для розвитку. Висловлюється припущення, що універсальні системи, яким властиве послідовне, тверде, але сердечне виховання дитини хоча б одним членом родини, стають захисним фактором. Вони сприяють її життєстійкості і компетенції навіть у сім'ях, які переживають надсильний стрес, глибокий подружній розлад, педагогічну занедбаність, гніт багатьох соціальних, фінансових та економічних стресів, а також в бездомних сім'ях.

Отже, ефективне батьківське виховання є захисним фактором, фасилітатором життєстійкості дитини, оскільки подібне виховання сприяє розвитку загальної компетенції, тобто особистісно усвідомлюваної системи знань, умінь, навичок, що увійшла в суб'єктивний досвід дитини, і формуванню доступних їй позитивних відносин. Практика ефективного батьківського виховання готує підґрунтя для того, щоб так чи інакше дитина змогла добитися доступного їй успіху і попередити прогнозовані невдачі в навчанні у процесі розвитку, а також запобігти погіршенню її психофізичного здоров'я.

❖ *Взаємодія факторів ризику та захисних факторів.* На більшість дітей з ОПФР протягом життя спільно діють багато чинників як ризику, так і захисту. У цьому зв'язку висунуто ряд основних моделей взаємодії факторів ризику і захисту: компенсаторна, захисна і спонукаюча.

Захисна модель передбачає зменшення або усунення впливів факторів ризику шляхом формування загальних компетенцій дитини та підвищення рівня її адаптації до навколишнього середовища. *Компенсаторна модель* стверджує, що фактори ризику нашаровуються один на одного і що один фактор ризику може готувати підґрунтя для іншого. Інакше кажучи, об'єднання (агрегація) факторів ризику в дитини з ОПФР може призвести до виникнення в неї ще більшого їх числа, а в результаті – до ускладнення розладу. Ці дані також узгоджуються з ідентифікованими зв'язками між вихованням, соціальною поведінковою, компетенціями дитини та її поведінковими розладами. Виявлено, що в дітей з багатодітних родин з сімома і більше факторами ризику, показник IQ значно нижчий, ніж у дітей з сімей без ідентифікованих факторів ризику. *Спонукаюча модель* передбачає нелінійний зв'язок, а саме: вплив факторів ризику в помірному обсязі може в деяких дітей сприяти формуванню підвищеної компетенції і життєстійкості, тобто інюкаляції (психічного загартування). Передбачається, що зіткнення з тими життєвими труднощами, які є в дитини з ОПФР, може не тільки утруднювати її життя, але й зміцнювати її здатність до формування хоча б нескладного репертуару механізмів копінга, здатності впоратися зі стресовою ситуацією для вирішення посилюваних для неї проблем. Проте, на жаль, частіше при наростанні в дитини стресу, пов'язаного з факторами ризику, відбувається наростання вірогідності психологічних, емоційних

і поведінкових проблем.

Узагальнюючи викладене, зазначимо, що незалежно від конкретного способу взаємодії факторів ризику та захисту, найімовірніше, що за своїм характером ці процеси двоспрямовані і розглядаються як реципрокні інтеракції між зовнішніми і внутрішніми факторами ризику та захисту. Інакше кажучи, те, як буде діяти дитина з ОПФР, є комплексним результатом взаємодії між нею та сімейним середовищем на ранніх етапах життя, а також між нею, її однолітками, шкільним та комунітарним середовищем в пізньому дитячому віці.

Використана література

1. Медична психологія /За заг.ред. Максименка Д. (2008)
2. Стоукс Г. и. Уайтсайд Д «Единый мозг. Три в одном» («One Brain / Three in One Concepts»). – М.: 2004.
3. Spence, S.H. (1998). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106 (2), 280-297. (Спенс С.Г. (1998). Міра симптомів тривоги серед дітей. Дослідження та терапія поведінки).
4. В. Тарасун. Аутологія. Монографія. – К., 2014. – 580 с.
5. Шевцов А. «Вступ в абілітацію та реабілітацію дітей з обмеженнями життєдіяльності» (2007)».
6. Уайтсайд Д. Коррекция дислексических нарушений способности к обучению и интеграция головного мозга. М.: 2003 г. – 218 с.

References

1. Medychna psykholohiyi. Pid zag/ red. Maksymenka S. (2008).
2. H. Stouks i D. Uayt "Yediny mozg. Tri v odnom". M.: 2004.
3. Spence, S.H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 280-297. 4. V.Tarasun. Autolokhiya. Monohrafiya. K., 2004.
5. Shevtsov A. Vstup v abilitatsiu ta reabilitatsiu ditey z obmezhennyamy zhyttyedyialnosti. (2007)
6. Yaytsayd D. Korrektsiya dysleksisheskikh narusheniy sposobnosti k oducheniu i intehransiya golovnogo mozga. M., 2003.

Тарасун В.В. Профилактика – главная цель психолого-педагогических вмешательств.

В статье рассмотрены современные взгляды на профилактику психофизических нарушений как составную часть медицины и специальной педагогики и психологии. Выяснено, что большинство учебных пособий недостаточно освещают проблему профилактической настороженности в работе специалиста и действенные пути предотвращения нарушений у детей с особенностями в развитии. В работе определены подходы к разработке профилактических программ и их классификация, проанализировано влияние коммуниитарной психологии на решение профилактических проблем, раскрыто составляющие профилактики (риски и защитные факторы) и их взаимодействие.

Ключевые слова: дети с особенностями в развитии, профилактические программы, составляющие профилактики, коммуниитарная психология

Tarasun V. Prevention is the main goal of psychological and pedagogical interventions.

The article considers modern views on the prevention of psychophysical disorders and finds out the problem of insufficient coverage of the disorders prevention in children with peculiarities of development. It also determines the approaches to the development of prevention programs, provides the analysis of influence of communitarian psychology on the prophylactic problems solving, as well as reveals the components of the prevention and their interaction.

Keywords: children with peculiarities in development, prevention programs, components of prevention, communicative psychology.

Стаття надійшла до редакції 18.02.2018 р.

Статтю прийнято до друку 19.02.2018 р.

УДК 162.16:37.042.2

Ферт О.Г.

ТЕОРЕТИКО-ПРАКТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ТА КОРЕКЦІЇ ПОВЕДІНКИ ДІТЕЙ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ ТА ДЕФІЦИТОМ УВАГИ

У статті з'ясовано, що для ефективної соціальної адаптації дитини з гіперактивністю та дефіцитом уваги необхідно застосовувати диференційований підхід до побудови соціальних навичок, обґрунтовано важливість відповідного плану позитивного поведінкового втручання для дітей з порушеннями психічного розвитку.

Розглянуто основні чинники соціалізації дитини з гіперактивністю та дефіцитом уваги.

Ключові слова: соціалізація особистості, соціальні навички, план позитивного поведінкового втручання, гіперактивність та дефіцит уваги.

Одним з найбільш важливих аспектів у адаптації дитини до оточуючого середовища є її взаємодія з однолітками. Тут проявляються проблеми дитини, її обмеження можливо найболючіше. Адже для всіх нас необхідно бути прийнятним в середовищі собі подібних. Імпульсивна, агресивна та