І. О. Пєтухова,
М. Ю. Заушнікова

СПЕЦІАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ

СПЕЦІАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ

ДЕРЖАВНИЙ ПОДАТКОВИЙ УНІВЕРСИТЕТ

І. О. Пєтухова,
М. Ю. Заушнікова

СПЕЦІАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ

Навчальний посібник

Ірпінь
2022

УДК 159.922.76(075.8)
ББК 88.6я73

Рекомендовано до друку Вченою радою
Державного податкового університету
(протокол № 4 від 27 жовтня 2022 року)

Рецензенти:

Євдокимова Н. О., доктор психологічних наук, професор, декан соціономічного факультету ПЗВО «Міжнародний класичний університет імені Пилипа Орлика»;

Войтенко О. В., кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології Державного торговельно-економічного університету;

Гаврилюк В. О., кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри фізичного виховання, спорту та здоров'я Державного податкового університету.

Пєтухова І. О.

П 31 Спеціальна психологія : навчальний посібник / І. О. Пєтухова, М. Ю. Заушнікова. – Ірпінь : Державний податковий університет, 2022. – 288 с.
ISBN 978-966-337-671-4

Навчальний посібник створено з метою засвоєння категоріального апарату зі спеціальної психології, розширення теоретичних знань щодо загальних характеристик різноманітних нозологій, формування професійних компетентностей правильно діагностувати психофізичне порушення та визначати ефективні шляхи корекційно-розвиткового впливу на дитину; обґрунтування принципів інклюзії; формування толерантного ставлення до дітей з психофізичними порушеннями, усвідомлення важливості їх соціалізації.

Призначений для викладачів, здобувачів вищої освіти, психологів, батьків, а також усіх, хто цікавиться питаннями спеціальної психології.

УДК 159.922.76(075.8)
ББК 88.6я73

© Пєтухова І. О., Заушнікова М. Ю., 2022
ISBN 978-966-337-671-4
© Державний податковий університет, 2022

ЗМІСТ

Передмова.....8

Тема 1. Загальні питання спеціальної психології.....10
1.1. Історія розвитку спеціальної психології в Україні 10
1.2. Предмет дослідження спеціальної психології,
завдання та методи.....15
1.2.1. Розділи спеціальної психології.....16
1.3. Компенсація та корекція аномального розвитку дитини 22
1.4. Реабілітація дітей з особливостями розвитку.....30
Питання для самоконтролю.....32
Завдання для перевірки знань.....32
Список рекомендованих джерел.....34

Тема 2. Проблеми навчання і виховання дітей
із ОП в умовах інклюзивної освіти.....35
2.1. Соціальна інтеграція.....35
2.2. Педагогічна інтеграція.....39
2.3. Інклюзивна освіта 42
Питання для самоконтролю.....45
Завдання для перевірки знань.....45
Список рекомендованих джерел.....46

Тема 3. Вікові норми розвитку дитини.....48
3.1. Періоди розвитку дитини 48
3.2. Сенсомоторний розвиток дитини.....51
3.3. Мисленнєвий розвиток.....52
3.4. Формування мовлення у процесі
онтогенетичного розвитку дитини 53
3.5. Розвиток спілкування та гри 54
3.6. Емоційно-соціальний розвиток 59
Питання для самоконтролю.....63
Завдання для перевірки знань.....63
Список рекомендованих джерел.....65

Тема 4. Сутність порушення розвитку, структура, закономірності 66
4.1. Проблема визначення порушеного розвитку 66
4.2. Істотні характеристики порушеного розвитку 71
4.3. Чинники психічного розвитку дитини та параметри дизонтогенезу 75
Питання для самоконтролю 86
Завдання для перевірки знань 87
Список рекомендованих джерел 88

Тема 5. Психологічні особливості дітей із затримкою психічного розвитку 89
5.1. Психолого-педагогічна характеристика дітей із ЗПР 89
5.2. Класифікація ЗПР 97
5.3. Диференційна діагностика розумової відсталості та ЗПР 108
Питання для самоконтролю 110
Завдання для перевірки знань 110
Список рекомендованих джерел 112

Тема 6. Психічний розвиток дітей з порушеннями інтелекту 113
6.1. Особливості психічного розвитку дітей з порушеннями інтелекту 113
6.2. Види розумової відсталості 115
6.3. Ступені розумової відсталості 120
6.4. Психологічні особливості розвивально-корекційної роботи з розумово відсталими дітьми 125
Питання для самоконтролю 135
Завдання для перевірки знань 135
Список рекомендованих джерел 136

Тема 7. Психічний розвиток дітей з порушеннями слуху 138
7.1. Будова слухового аналізатора 138
7.2. Класифікація порушень слуху 142
7.3. Обстеження слуху у дітей 146
7.4. Компенсація порушень слухової функції 147
Питання для самоконтролю 150
Завдання для перевірки знань 151
Список рекомендованих джерел 152

Тема 8. Психічний розвиток дітей з порушеннями зору.....154
8.1. Будова зорового аналізатора.....154
8.2. Сліпі, слабозорі діти 156
8.3. Шляхи компенсації у разі незрячості.....160
8.4. Корекційна робота 161
8.5. Рельєфний шрифт 162
Питання для самоконтролю.....163
Завдання для перевірки знань.....163
Список рекомендованих джерел.....165

Тема 9. Психічний розвиток сліпоглухонімих дітей 166
9.1. Причини сліпоглухонімоти.....166
9.2. Принципи системи навчання 172
Питання для самоконтролю.....176
Завдання для перевірки знань.....176
Список рекомендованих джерел.....177

Тема 10. Психічний розвиток дітей
з фонетико-фонематичними порушеннями мовлення.....179
10.1. Причини мовленнєвих порушень 179
10.2. Анатомо-фізіологічні основи вимови й
сприймання звуків 180
10.3. Вплив порушення фонематичного слуху
на розвиток усного мовлення дитини 184
Питання для самоконтролю.....186
Завдання для перевірки знань.....187
Список рекомендованих джерел.....188

Тема 11. Психічний розвиток дітей
із загальним недорозвиненням мовлення 189
11.1. Поняття про загальне недорозвинення мовлення.....189
11.2. Причини та механізми загального
недорозвинення мовлення.....191
11.3. Психолінгвістичні аспекти загального
недорозвинення мовлення.....196
11.4. Періодизація загального недорозвинення мовлення 199

11.5. Диференціальна діагностика загального
недорозвинення мовлення 209
11.6. Диференціальна діагностика немовленнєвих дітей 216
Питання для самоконтролю 219
Завдання для перевірки знань 220
Список рекомендованих джерел 221

**Тема 12. Загальна психологічна характеристика дітей
з дитячим церебральним паралічем** 223
12.1. Загальна характеристика дітей
з дитячим церебральним паралічем 223
12.2. Причини порушення у дітей опорно-рухового апарату..... 225
12.3. Корекційна робота з дітьми з ДЦП 234
Питання для самоконтролю 235
Завдання для перевірки знань 236
Список рекомендованих джерел 237

Тема 13. Особливості мовленнєвого розвитку дітей із ДЦП..... 238
13.1. Психологічний супровід дітей із ДЦП 238
13.2. Мовленнєвий розвиток дітей із ДЦП 239
Питання для самоконтролю 246
Завдання для перевірки знань 247
Список рекомендованих джерел 248

Тема 14. Розлади аутистичного спектру. Аутизм..... 249
14.1. Історичний аспект проблеми аутизму 249
14.2. Класифікація аутизму 252
14.3. Концепції аутизму 255
14.4. Медичні проблеми дітей з аутизмом 257
14.5. Проблеми розмежування аутизму та
інших порушень розвитку 264
14.6. Проблеми поведінки 267
Питання для самоконтролю 269
Завдання для перевірки знань 269
Список рекомендованих джерел 271

Тема 15. Синдром дефіциту уваги. Гіперактивність.....272
15.1. Класифікація і причини СДУГ 272
15.2. Психолого-педагогічні, поведінкові,
емоційні проблеми у дітей із СДУГ 274
15.3. Технології корекційної роботи з дітьми,
у яких діагностовано СДУГ 275
Питання для самоконтролю.....279
Завдання для перевірки знань.....279
Список рекомендованих джерел.....280

Перелік питань до екзамену з курсу.....281

Список використаних джерел 284

ПЕРЕДМОВА

Україна чітко визначила орієнтир на входження в освітній простір Європи. На шляху інтеграції поступально модернізує свою систему освіти, що зумовлює потребу у підвищенні наукової і практичної підготовки фахівців психолого-педагогічних спеціальностей. Майбутній психолог, щоб відповідати вимогам сучасної системи освіти, яка визначила одним із векторів розвитку інклюзивне навчання, потребує розвитку психолого-педагогічної компетентності в контексті спеціальної психології.

У вітчизняній психологічній науці все ще домінує традиційна точка зору, відповідно до якої спеціальна психологія – це галузь, що вивчає своєрідність психічного розвитку різних категорій дітей з психофізичними вадами. Спеціальна психологія увібрала в себе наукові досягнення й практичний досвід, що накопичилися за тривалий час, а саме – все, що стосується вивчення феноменології, механізмів і умов психічного розвитку людини під впливом різних груп патогенних чинників, а також закономірностей протікання компенсаторних і корекційних процесів. Прикладний характер названої вище науки, її спрямованість на вирішення актуальних і важливих завдань не повинні перетворювати її в придаток практики. Прикладне використання науки прямо залежить від розвиненості її концептуальної бази. Про небезпеку зневаги до теорії, домінування утилітаризму в науковому середовищі свідчив свого часу ще Л. Виготський. Крім того, сучасна реальність практичної роботи спеціального психолога така, що йому доводиться мати справу зазвичай не з однією формою відхилень, а відразу (або по черзі) з декількома. Саме тому таким важливим є знання загальних основ спеціальної психології, єдиних закономірностей відхилень у розвитку.

Навчальний посібник створено з метою надання психологом допомоги майбутнім фахівцям у роботі з різними категоріями дітей, зокрема з особливими освітніми потребами, щоб забезпечити їм якісну соціалізацію. Основними завданнями навчальної дисципліни є: надання здобувачам вищої освіти теоретичних знань щодо загальної характеристики різних категорій дітей із ООП;

формування у них категоріального апарату зі спеціальної психології, умінь правильно діагностувати певне психофізичне порушення та визначати ефективні шляхи корекційного впливу; прищеплення особливого ставлення до дітей із психофізичними порушеннями; обґрунтування принципів інклюзії для оптимального навчання і розвитку, формування активної соціально-корисної особистості до самостійної трудової діяльності.

Навчальний посібник спрямований на підготовку до семінарських занять, полегшує опрацювання навчального матеріалу для самостійного вивчення та має таку структуру: назва теми, її план; мета лекції; зміст; завдання для самоконтролю; рекомендована література.

ТЕМА 1
ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ СПЕЦІАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

1.1. Історія розвитку спеціальної психології в Україні.

1.2. Предмет дослідження спеціальної психології, завдання та методи.

1.2.1. Розділи спеціальної психології.

1.3. Компенсація та корекція аномального розвитку дитини.

1.4. Реабілітація дітей з особливостями розвитку.

1.1. Історія розвитку спеціальної психології в Україні

Спеціальна психологія визначається як одна з найстаріших прикладних галузей психологічної науки. Як порівняно самостійна галузь вона була започаткована на початку XX ст. У процесі історичного формування із самого початку вона розвивалася як багатогалузева наукова дисципліна. Першими її складовими можна назвати психологію глухого, сліпого, розумово відсталого. Це певною мірою зумовлено прикладним характером власне спеціальної психології, оскільки насамперед вона орієнтувалася на вирішення практичних завдань спеціальної освіти [4].

Виникнення спеціальної психології як самостійної галузі психологічної науки й практики відносять до 60-х рр. XX століття. Спеціальна від греч. specialis – особливий, своєрідний. Ця наука з'явилася у переліку наукових спеціальностей навчальних вузів у розділі «Психологія». Це було лише формальне закріплення триваючого вже багато десятиліть становлення цієї галузі психології, яка увібрала в себе накопичені наукові досягнення і практичний досвід. Спеціальна психологія як напрям психологічної науки й практики – галузь, яка інтенсивно розвивається та стоїть на межі гуманітарних наук (філософія, історія, соціологія, право, теологія та ін.), природничих наук (біологія, анатомія, генетика, фізіологія, медицина) і педагогіки. Разом з терміном «спеціальна психологія» у науковий побут увійшло поняття «корекційна

(спеціальна) педагогіка». Тривалий час спеціальна психологія була невід'ємною частиною дефектології – комплексної науки, яка включає як різнобічне вивчення причин і механізмів відхилень розвитку, так і розробку науково обґрунтованих медико-психолого-педагогічних корекційних впливів стосовно дітей, які мають різні недоліки в психофізичному й індивідуально-соціальному розвитку.

Найпершими сформувалися у спеціальній психології такі напрями, як психологія розумово відсталих (олігофренопсихологія), психологія глухих (сурдопсихологія), психологія сліпих (тифлопсихологія).

В Україні створилися умови для розвитку теорії спеціальної психології за радянських часів. Прослідковувалася тенденція до перегляду клініко-психологічних термінів та їх заміни термінами психолого-педагогічними (замість «психологія розумово відсталих» й «олігофренопсихологія» найчастіше вживаються терміни «психологія дітей з вираженими (стійкими) відхиленнями в інтелектуальному розвитку», «психологія дітей з недорозвиненням пізнавальної сфери» та ін.

Також досить часто в освітніх установах зустрічаються діти, які мають труднощі у соціально-психологічній адаптації та навчанні внаслідок важких соматичних захворювань (захворювання крові, органів дихання, різні види алергій, шлунково-кишкові й серцеві захворювання тощо), а також у зв'язку з наслідками важких емоційних переживань (посттравматичні стресові розлади – ПТСР), що перевищують за своєю інтенсивністю або тривалістю індивідуальні адаптивні можливості дитини (діти – свідки або жертви насильства, раптова втрата близьких або розлука з ними, зміна звичного культурно-історичного та язикового середовища тощо).

Збільшення кількості відхилень у розвитку, а також дітей із психогенними порушеннями, які проявляються в аутизації, агресивності, порушеннях поведінки та діяльності, тривожно-фобічних розладах, викривленні процесів соціалізації, істотно ускладнюють рішення корекційно-освітніх завдань як загалом, так і у спеціальній освіті.

Заклади для розумово відсталих дітей, які організовувалися в Україні у дореволюційний період на засадах індивідуальної і громадської благодійності та мали яскраво виражений філантропічно-опікунський характер, стали складовою єдиної державної системи народної освіти. Подальший розвиток цієї системи зумовлював необхідність проведення серйозних досліджень як основи розробки нової філософії спеціальної освіти.

Важливим у розвитку теоретичних і методичних основ спеціальної психології стало створення Інституту фізичної дефективності в Харкові, перейменованого у 1930 на Інститут дефектології. У цьому інституті проводив дослідження відомий учений-олігофренопедагог О. М. Граборов – основоположник вітчизняної науки про навчання та виховання розумово відсталих дітей. 1926 він опублікував українською мовою перший посібник «Олігофренопедагогіка», який став посібником для студентів і вчителів-дефектологів. У ньому вперше було визначено нові принципи, зміст, специфіку навчання й виховання розумово відсталих дітей у світлі нових завдань, здійснено класифікацію розумової відсталості. Питання дефектології (на той час), які традиційно розглядалися як біологічна проблема, набували усе більшої соціальної значущості. Науково-теоретичне обґрунтування зазначений підхід отримав у працях Л. С. Виготського, який сформулював положення, згідно з якими корекція і компенсація психофізичних порушень може здійснюватися виключно шляхом розвитку, за умови залучення дітей до найрізноманітнішої соціально значущої діяльності.

Дослідницька робота зі спеціальної психології проводилася також у секції педагогіки особистості, яку очолював І. П. Соколянський (1889–1960). Він здійснив вагомий внесок у розвиток загальних питань науки, хоча перевагу надавав питанням навчання глухих дітей рідної мови, використанню жестової та дактильної мови у процесі навчання. Розроблена І. П. Соколянським система навчання сліпоглухих дітей вплинула на формування оптимістичних підходів серед фахівців України та світу. Результати впровадження цієї системи у практику довели правомірність ідеї принципової можливості соціального виховання осіб навіть зі складною структурою порушень. У 20–30-ті роки дефектологи

(нині спеціальні психологи) України (І. М. Амппер, О. В. Владимирський, О. М. Граборов, П. Г. Гуслистий, М. М. Котельников, В. П. Любченко, О. М. Смалюга та ін.) проводили значну роботу з розробки змісту навчання, а саме: на матеріалі вивчення дітей уточнювалися й удосконалювалися методики навчання, організаційні форми навчальної роботи, вносилися зміни до структури навчального плану.

Надзвичайно цінними були погляди Л. С. Виготського щодо можливості формування у розумово відсталих дітей вищих психічних функцій. Не заперечуючи впливу біологічних і соціальних чинників на розвиток людини, розглядаючи їх у динамічній взаємодії, він водночас надавав перевагу соціальним чинникам у формуванні вищих психічних функцій. Поняття «дефект» та питання про його структуру описані у працях Л. С. Виготського (1896–1934), погляди якого залишаються актуальними і для сьогодення.

Ці дослідження розкривають складну структуру розвитку дитини з відхиленнями, йдеться про те, що порушення діяльності будь-якого аналізатора або інтелектуальне порушення призводять до цілого ряду відхилень (Л. С. Виготський, 2001). У межах цієї теорії розкривається складна структура аномального розвитку дитини, згідно з якою *«...дефект будь-якого аналізатора або інтелектуальний дефект не зумовлює ізольованого виключення якоїсь однієї функції, а призводить до низки відхилень...»*.

Л. С. Виготський зазначав, що виховання «дефективних» дітей є в основі своїй соціальним пріоритетом. Процеси компенсації, які закономірно виникають у дітей під впливом дефекту, спрямовуються переважно не лініями виховання органічного порушення, а лініями психологічного подолання, заміни, вирівнювання дефекту, завоювання соціальної повноцінності або наближення до неї.

Обґрунтовуючи різні варіанти реорганізації діяльності закладів спеціальної освіти, Л. С. Виготський зазначав, що робота з «дефективними» дітьми залишається «...не пов’язаною ні теоретично, ні практично із загальними основами соціального виховання і системою народної освіти». Розглядаючи виховання цієї категорії

дітей як соціальну проблему, вчений переконував, що її розв'язання можливе за умови наближення спеціальної педагогіки і психології до загальної.

Допоміжна школа, як і загальноосвітні заклади, повинна здійснювати підготовку учнів до самостійної праці. У зв'язку з цим вона зобов'язана дати учням певний обсяг знань із того чи іншого виду праці (професії), сформувати відповідні професійно-трудові вміння та навички, моральні переконання, особистісні якості, забезпечити залучення вихованців до виробничої праці. У цьому випадку йшлося про виховання в учнів позитивного ставлення до праці, соціальних мотивів трудової діяльності, стійкої цілеспрямованості й самостійності. Побудоване у такий спосіб трудове навчання стає могутнім засобом корекції недоліків їх розвитку. Уже на цьому етапі розвитку олігофренопедагогіки робилися спроби надати трудовому навчанню корекційної спрямованості.

Окремі заклади для навчання і виховання дітей з певним дефектом уже на той час мали потужну матеріальну базу для трудового навчання. Наприклад, у Харківському і Одеському колекторах було відкрито швейну, столярну майстерні. Такі майстерні було відкрито у Київському, Дніпропетровському колекторах, у Чернігівському, Миколаївському, Чигиринському дитячих будинках. Оскільки більшість спеціальних закладів мали земельні ділянки, значне місце належало сільськогосподарським видам праці. Так, у Слов'янському, Чернігівському дитячих будинках трудове навчання мало сільськогосподарське спрямування.

Кінець 20-х років XX століття характеризувався задовільним вирішенням багатьох проблем, пов'язаних з вихованням та навчанням розумово відсталих дітей. За порівняно невеликий проміжок часу в Україні сформувалися висхідні організаційно-методичні засади, які стали базовими для подальшого розгортання науково-методичних досліджень і розробок у галузі «аномального» дитинства й обґрунтування нових підходів у розв'язанні багатьох теоретичних і практичних питань корекційного виховання, навчання розумово відсталих дітей.

Основоположними серед них були:

– створення в Україні державної системи навчальних закладів нового типу для розумово відсталих дітей, діяльність яких ґрунтувалася на педагогічних засадах; розробка навчально-методичного забезпечення навчання, виховання і підготовки цієї категорії дітей у звичайних умовах суспільного розвитку;

– захист прав і охорони праці осіб із вадами розвитку і здійснення практичних заходів щодо їхнього фізичного, морального та соціального оздоровлення;

– підготовка фахівців до роботи у закладах спеціальної освіти;

– розгортання наукових досліджень з метою наукового обґрунтування природи порушеного розвитку, причин виникнення та засобів корекції;

– подолання матеріальних і господарських труднощів у діяльності спеціальних закладів, створення умов для вдосконалення навчально-виховного процесу.

1.2. Предмет дослідження спеціальної психології, завдання та методи

Спеціальна психологія є прикладною наукою щодо такої надзвичайно важливої в соціальному розумінні сфери життя людини з певними порушеннями розвитку, як спеціальна освіта. Вона займається проблемами навчання, виховання, соціально-трудової адаптації та інтеграцій осіб з обмеженими можливостями психічного і/або фізичного розвитку.

Сучасна спеціальна психологія – самостійна, розвинена і внутрішньо диференційована галузь психологічної науки з власним складним предметним змістом, основним змістовим ядром якої є вивчення процесів психічного розвитку за несприятливих зовнішніх і внутрішніх умов.

Спеціальну психологію можна визначити як психологію особливих станів, що виникають переважно в дитячому й підлітковому віці під впливом різних груп факторів (органічної або функціональної природи) і проявляються в уповільненні або вираженій

своєрідності психосоціального розвитку дитини, які ускладнюють його соціально-психологічну адаптацію, включення в освітній простір і подальше професійне самовизначення.

У центрі уваги спеціальної психології – діти й підлітки з різними відхиленнями в психічному, соматичному, сенсорному, інтелектуальному, індивідуально-соціальному розвитку, а також особи старшого віку, які мають особливі потреби в освіті, обумовлені порушеннями здоров'я.

Традиційно ***предметом спеціальної психології*** є відхилення від нормального розвитку. При цьому не завжди можна знайти чіткі визначення понять «відхилення в розвитку» і «нормальний розвиток». Перше поняття пояснюється на прикладах сліпих, глухих, розумово відсталих, дітей із тяжкими мовленнєвими вадами. У такому разі предмет спеціальної психології складається з досить автономних і різних складових – психології осіб з порушеннями слуху (сурдопсихології), зору (тифлопсихології), опорно-рухового апарату, розумово відсталих (олігофренопсихології) тощо. Але, власне, ці розділи становлять лише частину, що не може замінити собою ціле. Тобто предмет втрачає свою цілісність і внутрішню єдність, а термін «спеціальна психологія» є лише умовним, що поєднує назви різних галузей, які існують і розвиваються паралельно і незалежно одна від одної. У зв'язку з цим, звичайно, «збіднюється» сутність поняття спеціальної психології та зазначається нечіткість меж її предметного змісту.

Предметом спеціальної психології видатний психолог В. І. Лубовський називає закономірності психічного розвитку й особливості психічної діяльності дітей і дорослих із психічними та фізичними недоліками [13].

1.2.1. Розділи спеціальної психології

Ще донедавна вся галузь теоретичного знання й науково-практичної роботи, що умовно називалася «дефектологія», вважалася чимось на зразок малої педагогіки, або того, як медицина виділяє малу хірургію. Усі проблеми у цій галузі ставилися і розв'язувалися як проблеми кількісні. М. Крюнегель констатував, що найбільш поширені психологічні методи дослідження «ненормальної» дитини (метрична шкала А. Біне або профіль Г. Россолімо)

базуються на кількісній концепції дитячого розвитку, ускладненого дефектом. За допомогою цих методів визначається ступінь розвитку інтелекту, але не характеризується сам дефект і внутрішня структура особистості.

На сьогодні основна теза спеціальної психології: *дитина, розвиток, якої ускладнений дефектом, не є просто менш розвиненою, вона інакше розвинена.* Дитина на кожному ступені розвитку, в кожній її фазі є якісною своєрідністю, специфічною структурою організму і особистості. «Дефектна» дитина є якісно відмінним, своєрідним типом розвитку. Специфічність органічної і психологічної структури, тип розвитку та особистість, а не кількісні пропорції відрізняють недорозвинену дитину від нормальної. Існує повна відповідність між своєрідністю кожної вікової сходинки в розвитку дитини й своєрідністю різних типів розвитку. Як перехід від повзання до ходіння, від лепету до мовлення є метаморфоза, якісне перетворення однієї форми в іншу, так мовлення глухонімої дитини й мислення імбецила мають якісно інші функції порівняно з мисленням і мовленням нормотипових дітей.

Власне, з ідеєю якісної своєрідності тих явищ і процесів, які вивчає дефектологія, вона вперше здобуває тверду методологічну основу. З цією ідеєю перед спеціальною психологією відкривається система теоретичних і практичних завдань, спеціальна психологія стає галуззю, яка здобуває особливий, методологічно відмежований об’єкт вивчення, пізнання.

Процеси дитячого розвитку, які вивчаються, – це різноманітність форм, безмежна кількість різних типів. Основний факт, який нам трапляється у розвитку та ускладнений дефектом, – це подвійна роль органічного недоліку в процесі цього розвитку і формування особистості дитини. З одного боку, дефект – це мінус: обмеження, слабкість, уповільнення розвитку; з іншого – власне, тому, що він створює труднощі, він стимулює підвищення, посилення руху вперед. Центральне положення сучасної спеціальної психології полягає у тому, що будь-який дефект створює стимули для вироблення компенсації. Тому динамічне вивчення дитини не може обмежуватися встановленням ступеня та важкості недоліку, але і включає облік компенсаторних процесів у розвитку й поведінці, а саме: заміщення, вирівнювання, надбудовування.

Дефект розвитку (лат. *defectus* – недолік) – фізичний або психічний недолік, який викликає порушення нормального розвитку дитини.

Основні види дефектів: порушення зору (слабозорість), порушення слуху (слабочуючі), порушення опорно-рухового апарату, порушення психіки (олігофренія), порушення мовлення (алалія, афазія, дислалія тощо).

На перших етапах *предметом* дослідження були діти з різними порушеннями у розвитку (глухота, сліпота, розумова відсталість), на наступних етапах досліджувалися діти, які мають виражені порушення (слабозорі, слабочуючі, з порушеннями мовлення, опорно-рухового апарату з тимчасовими затримками у розвитку).

На сьогодні *предмет спеціальної психології* – закономірності розвитку і проявів психіки різних груп дітей із порушеннями в розвитку. *Об'єкт вивчення спеціальної психології* – діти з вродженими або набутими порушеннями фізичного чи психічного розвитку.

У спеціальній психології розрізняють такі галузі:

Сурдопедагогіка (лат. – глухий) – наука про навчання та виховання дітей з порушенням слуху (глухих, слабочуючих).

Людей із порушеннями слуху поділяють на три групи:

1) глухі (глухонімі) – це двобічне порушення слуху, вроджене або набуте в ранньому дитинстві. Такі діти не оволодівають мовленням без спеціального навчання;

2) пізньооглухлі – втратили слух у дошкільному або шкільному віці;

3) слабочуючі – з частковою недостатністю слуху, з порушеннями мовленнєвого розвитку.

Тифлопедагогіка (грец. – сліпий) – наука про навчання і виховання дітей з порушеннями зору.

Олігофренопедагогіка – галузь про навчання та виховання дітей із розумовими порушеннями. Розумова відсталість – це стійке порушення психічного розвитку, а саме інтелектуального, зумовленого недостатністю центральної нервової системи.

Виділяють такі причини розумової відсталості: зумовлені генетичними порушеннями; зовнішніми чинниками: інфекціями, травмами, алкогольною інтоксикацією матері, радіоактивним і рентгенівським опроміненням; захворюваннями ендокринної і серцево-судинної систем під час вагітності, несумісність за резус-фактором.

Логопедія (грец. – слово і виховання) – галузь спеціальної педагогіки, завданням якої є вивчення недоліків мовлення і розроблення принципів та методів їхнього попередження й подолання.

Виховання і навчання «аномальних» дітей – це складна соціальна, психолого-педагогічна проблема. Залежно від характеру порушення одні дефекти у розвитку дитини можна виправити; інші лише коригуються, а деякі – компенсуються. Характер порушень фізичного і розумового розвитку впливає на пізнавальну діяльність дитини.

Завдання спеціальної психології:

– здійснювати різнобічне вивчення закономірностей фізичного і розумового розвитку дітей, які мають порушення у системі аналізаторів (глухота, сліпота), у центральній нервовій системі (олігофренія) та мовленнєвій діяльності (логопатія);

– встановити структуру дефекту і визначити корекційні й компенсаторні можливості дітей;

– обґрунтувати принципи побудови класифікацій;

– вивчити особливості соціалізації та діяльності дітей у соціальному середовищі, визначити значення соціальних чинників у формуванні особистості;

– розробити принципи розвитку системи виховання, навчання аномальних дітей згідно з вимогами підростаючого покоління;

– визначити мету і завдання виховання; обґрунтувати зміст, засоби, методи навчання відповідно до нових вимог;

– розробити принципи побудови системи підготовки до практичної діяльності і визначити шляхи, форми залучення учнів до виробничої діяльності; розробити ефективні шляхи та засоби профілактичної боротьби з дефектами.

Методи спеціальної психології. У спеціальній психології відсутні будь-які особливі, спеціальні методи дослідження. У ній, як і у загальній педагогічній психології, застосовуються індивідуальний і груповий лабораторний психологічний експеримент, спостереження, вивчення продуктів діяльності (наприклад, аналіз письмових робіт дітей, вивчення їх малюнків, предметів, що вироблені ними в процесі трудового навчання, тощо), анкетування, проєктивні методики, тести, навчальний експеримент, використовуються також умовно-рефлекторні методики.

Кожний з методів використовується з певною метою та з урахуванням особливостей об'єкта вивчення. Так, експериментально-психологічні методи, що використовуються в індивідуальному або груповому лабораторному психологічному експерименті, мають різні завдання, виконання яких вимагає вживання під час обстеження певних операцій або дій, що дозволяють виявити наявність і особливості цих дій у обстежуваної дитини, властивості її особи.

Практично кожне завдання, незалежно від його основної спрямованості під час обстеження дитини, в більшій або меншій мірі дозволяє бачити її інтелектуальні можливості, оскільки для того, щоб виконати завдання, необхідно зрозуміти інструкцію і на основі її розуміння здійснити певні дії. Чим складніша інструкція, тим більшою повинна бути участь розумових процесів у її розумінні (незалежно від ступеня складності самого завдання). Це має враховуватися під час проведення експериментів з дітьми, які мають недоліки розвитку.

Отже, кожна експериментально-психологічна методика має обмеження, які пов'язані з особливостями конкретного недоліку розвитку, а також з певними віковими межами свого вживання. Так, наприклад, анкетування можна застосовувати при вивченні дітей з недоліками розвитку більш старшого віку, хоча в експериментах з дітьми, які нормально розвиваються, це можливо раніше.

Особливе значення під час вивчення дітей з недоліками розвитку відводиться спостереженню. Через ряд особливостей цих дітей вживання експериментальних методик у ранньому і дошкільному віці часто не дає значущих результатів. Водночас цілеспрямоване дослідження поведінкових проявів може бути інформаційним.

Ретельне спостереження за поведінкою дитини повинно здійснюватися і в експериментальних ситуаціях. Спостереження може дати багато інформації для розуміння характеру труднощів дитини під час виконання різних завдань.

Вимагає спеціальної розробки метод анкетування батьків, вихователів, педагогів для оцінки рівня й особливостей розвитку дитини в ранньому віці, коли найзначущі дані можуть бути одержані не дослідником у короткі періоди спеціально організованих спостережень, а тими, хто бачить дитину щодня впродовж багатьох годин, хто спостерігає динаміку її розвитку протягом тривалого періоду.

Усі експериментальні дослідження, звичайно, будуються як порівняльні. Щоб результати психологічного експерименту або спостереження були повноцінними і плідними, дані, одержані під час вивчення певної групи дітей з недоліками розвитку, обов'язково повинні зіставлятися з результатами виконання точно таких самих завдань групою однолітків, що нормально розвиваються, тобто в дослідженнях у спеціальній психології для порівняння завжди організовуються контрольні групи.

Особливо продуктивні дослідження, в яких одне і те саме психічне явище вивчається із залученням дітей різних категорій. Такі дослідження дозволяють більш чітко бачити специфічні особливості дітей кожної категорії та особливо важливі як для діагностики порушень розвитку, так і для визначення своєрідності корекційно-педагогічної діяльності, необхідні для успішного навчання цих дітей.

Важливу методологічну проблему спеціальної психології складає розробка і використання невербальних психологічних технік та вправ. Оскільки у певних категорій дітей з відхиленнями розвитку є значні недоліки словесного мовлення, що ускладнюють розуміння ними словесних інструкцій і відповіді на завдання у словесній формі, в таких випадках важко, а то і неможливо виявити рівень розумового розвитку цих дітей, використовуючи словесні завдання.

Невербальні завдання, рішення яких може бути виражене у формі практичних дій, дозволяють обійти ці труднощі й одержати уявлення, наприклад, про інтелектуальні можливості дитини або про особливості сприйняття.

Прямо протилежна ситуація під час вивчення дітей з глибокими недоліками зору. Вживання завдань з опорою на зорове сприймання стає неможливим. Частина завдань наочного характеру може бути представлена в рельєфній формі для сприймання на дотик. Проте не всі методики можуть бути перетворені таким шляхом. Тому набагато більше значення, ніж у разі дослідження осіб з нормальним зором, надається вербальним завданням і особливо підібраним з урахуванням своєрідності мовлення незрячих.

1.3. Компенсація та корекція аномального розвитку дитини

До основних категорій спеціальної психології належать: «компенсація», «корекція», «реабілітація», похідними від яких є значна кількість термінів, серед яких у спеціальній психології використовуються поняття «абілітація», «декомпенсація», «псевдокомпенсація», «гіперкомпенсація», «адаптація» та ін.

Будь-яка жива система повинна володіти певним запасом «стійкості, витривалості» у випадку непередбачуваних змін у внутрішньому та зовнішньому середовищі. Для цього необхідні специфічні компенсаторні механізми. Складність живої системи прямо пропорційна її ефективності. Водночас ускладнення системної організації підвищує ризик внутрішніх «збоїв» / порушень у процесі її роботи. Підтримка певного рівня сталості (надійності) системи у цілому та окремих її компонентів визначає сутність складних, різноманітних процесів компенсації. Наявність парних органів у тварин і людини, здатних «продублювати» один одного під час ураження одного з них, як і здатність до регенерації, свідчать про філогенетичну історію компенсаторного пристосування.

Компенсація (лат. *compensatio* – відшкодування) – *це відновлення, заміщення недорозвинених чи пошкоджених функцій шляхом використання збережених або перебудови частково порушених функцій* [5].

У процесі компенсації функція пошкоджених органів / структур (систем) може здійснюватися системами, що не постраждали безпосередньо, шляхом посилення їх діяльності (так звана замісна гіперфункція), або відбувається перебудова частково порушеної функції (іноді із залученням інших систем). Компенсація є одним з важливих видів адаптаційних реакцій організму.

Зазвичай до процесу компенсації залучається весь організм, оскільки під час порушення функціонування певної системи в ньому виникає ряд змін, які пов'язані не тільки з ушкодженою системою (первинні порушення), але і з впливами її ушкодження на інші, пов'язані з нею функції (вторинні порушення). Наприклад, уроджене або раннє ураження органу слуху призводить до втрати або порушення слухового сприйняття (первинний дефект), що викликає порушення розвитку мовлення (вторинний дефект), який зі свого боку може стати причиною недоліків розвитку мислення, пам'яті, інших психічних процесів (дефекти третього порядку), і зрештою справити певний негативний вплив на розвиток особистості в цілому. Водночас ушкодження системи неминуче зумовлює спонтанну перебудову функцій ряду інших систем, що забезпечує процес адаптації організму в умовах недостатності (автоматичну компенсацію), в якій важливу роль відіграє оцінка центральною нервовою системою успішності реакцій пристосування [1; 4].

Для теорії та практики спеціальної психології поняття «компенсація» є ключовим, оскільки відбувається відновлення порушених функцій. На сьогодні існує велика кількість теорій компенсації, де значний вклад зробили дослідження А. Адлера, П. К. Анохіна, Б. С. Братусь, Л. С. Виготського, О. Р. Лурія, О. О. Ухтомського та ін. щодо пояснення понять «орган», «функція», «психічна функція», «здібності», «психологічна система», «функціональні органи», «функціональні системи» тощо. Саме функціональні системи володіють високою пластичністю та здатністю до перебудови.

Традиційно компенсація може відбуватися на двох рівнях: внутрішньосистемному і міжсистемному.

– *внутрішньосистемна*, коли відбувається перебудова чи заміщення втрачених функцій у межах однієї системи (наприклад, вади механічної пам'яті за рахунок пам'яті логічної, смислової; під час запалення легень починає працювати дихальна

поверхня, що зазвичай не бере участь у диханні; у разі повного виключення однієї легені посилюється діяльність іншої);

– *міжсистемна*, коли використовуються можливості різних систем; відбувається внаслідок грубих порушень функції та є більш складною перебудовою діяльності організму із залученням до процесу компенсації інших функціональних систем (наприклад, у людей з порушенням зору в процесі розвитку використовуються тактильні відчуття; компенсація недостатності запам'ятовування досягається шляхом раціональної організації матеріалу, що запам'ятовується, залучення додаткових асоціацій, використання інших прийомів мнемотехніки).

У процесі компенсації виділяють два етапи – ***термінову*** і ***довготривалу*** компенсацію. Наприклад, у разі втрати правої руки людина відразу починає використовувати ліву для виконання дій, зазвичай здійснюваних правою рукою, хоча ця термінова компенсація спочатку виявляється свідомо недосконалою. Надалі завдяки навчанню і формуванню в головному мозку нових тимчасових зв'язків набуваються навички, що забезпечують довготривалу компенсацію, – порівняно досконале виконання лівою рукою операцій, що раніше виконувалися правою рукою.

Особливо складною проблемою спеціальної психології є питання компенсації функцій у разі ураження кори головного мозку, оскільки в цьому випадку порушуються механізми процесів розумового розвитку і навчання. Компенсаторні процеси при таких ураженнях найбільш складні. У їх здійсненні важливу роль відіграють різнобічність анатомічних зв'язків різних нервових центрів і відділів нервової системи (завдяки чому після руйнування одного зі шляхів його функція може виконуватись іншими нервовими клітинами) та пластичність нервових центрів (під впливом нової аферентної сигналізації після ушкодження на периферії нервові клітини ніби перенавчаються, внаслідок чого змінюється еферентна сигналізація і нервові центри можуть виконувати нові, не властиві їм раніше функції). Пластичність нервової системи особливо велика в дитячому віці, тому ефективність компенсації функцій у дітей вища, ніж у дорослих.

Компенсаторні процеси проходять під постійним контролем та за безпосередньої участі вищої нервової діяльності.

Компенсаторні процеси, розгортаючись у часі, відбуваються на чотирьох різних рівнях власної організації.

1. Біологічний. Компенсація відбувається на рівні розвитку людини як живого організму, індивіда та характеризується як автоматичний, неусвідомлений процес.

2. Психологічний – це суто людський рівень компенсації, що відбувається переважно з залученням свідомості, волі, особистісних властивостей. Компенсаторні процеси на цьому рівні відбуваються завдяки тому, що людина оцінює свої особливості й можливості у зв'язку з наявністю певних порушень та ставить перед собою реальні цілі, які намагається досягти для збереження позитивного ставлення до себе, самоповаги.

Психологічний рівень компенсації передусім пов'язаний з роботою механізмів захисту та копінг-стратегій поведінки [4; 5]. Копінг-стратегії – це свідомі зусилля особистості, спрямовані на те, щоб дати собі раду в стресових ситуаціях, які викликають тривогу щодо утримання та збереження позитивної самооцінки, самоповаги.

Вирізняють такі *види копінг-стратегій:*

– розв'язання проблеми;

– пошук соціальної підтримки;

– ухиляння від необхідності самостійного розв'язання проблеми.

Вибір людиною виду стратегії може визначатися як об'єктивними умовами проблемної ситуації, так і особистісними якостями, особливо ставленням до свого порушення.

Саме з психологічним рівнем компенсації пов'язується і розуміння такого феномена в людей з недоліками розвитку, як гіперкомпенсація. ***Гіперкомпенсація*** характеризується тим, що *особи з серйозними недоліками у фізичному чи психічному розвитку здатні досягти більш високих результатів у різних галузях діяльності, ніж більшість людей з нормальним розвитком.* Гіперкомпенсація відбувається, коли людина переживає свою неповноцінність, але основним механізмом виникнення цього феномена є розвиток своїх здібностей та вольові зусилля у результаті усвідомлення своїх особливостей і бажання досягти поставленої мети.

Водночас потрібно враховувати, що на цьому рівні компенсації можуть спрацьовувати і неусвідомлювані *захисні психологічні механізми особистості.*

Психологічний захист *– це спеціальна система стабілізації особистості, спрямована на захист свідомості від неприємних, травмуючих переживань, пов'язаних із внутрішніми і зовнішніми конфліктами, станами тривоги та дискомфорту.* Механізми психологічного захисту в основному неусвідомлені. Вони можуть сприяти як адаптації, так і дезадаптації людини у разі, коли обставини змінилися, а спрацьовує попередній захисний механізм. Серед таких психологічних захистів вирізняються заперечення, витіснення, проекція, ідентифікація, раціоналізація, включення, зміщення, ізоляція тощо.

Зміст **заперечення** полягає у тому, що інформація, яка тривожить людину, нею не сприймається. **Витіснення –** це активне вилучення зі свідомості неприємної інформації. Людина не просто робить вигляд, а справді забуває небажану інформацію, яка повністю зникає з її пам'яті. До того ж найшвидше людина витісняє не погане, що їй зробили інші, а те погане, що зробила вона сама. **Проекція** – несвідоме перенесення (приписування) власних почуттів, бажань і прагнень, у яких людина не хоче зізнатися, розуміючи їх соціальну непривабливість, на інших. **Ідентифікація** – несвідоме перенесення на себе почуттів і якостей, властивих іншій людині й недоступних, але бажаних для себе. **Раціоналізація** – намагання зменшити цінність недоступного: не одержавши бажаного, людина переконує себе в тому, що досягнення поставленої мети було не таким уже їй потрібним. **Включення** – коли людина бачить чужі страждання, сильніші, ніж особисті, й співчуваючи, людина починає й свої біди сприймати легше. **Заміщення** – це перенесення дії, спрямованої на недоступний об'єкт, на доступний (людина, наприклад, переносить власні роздратування, гнів, спричинені однією людиною, на іншу). **Ізоляція** – відокремлення у свідомості людини чинників, які її травмують. Доступ неприємних емоцій до свідомості блокується.

Потрібно зазначити, що дія механізмів психологічного захисту спрямована загалом на збереження внутрішньої рівноваги завдяки витісненню зі свідомості всього того, що загрожує збереженню самоповаги, позитивної самооцінки, системи цінностей людини. Однак вилучення зі свідомості такої інформації заважає самовдосконаленню особистості.

3. Соціально-психологічний рівень компенсації пов'язаний з міжособистісними стосунками людини у найближчому оточенні. Це рівень «соціально-психологічного благополуччя». Найважливішим тут є відчуття підтримки, захищеності, значущості, благополуччя, що пов'язується з такими життєвими орієнтирами, як сім'я, професія, найближче оточення за межами сім'ї, які є досить важливими для соціально-психологічної компенсації.

Поняття соціально-психологічного благополуччя тісно пов'язане з поняттям «якість життя», що є характеристикою міри комфорту в задоволенні потреб.

Якість життя визначається передусім:

– задоволеністю щодо всіх сфер життєдіяльності;

– здатністю розв'язати проблеми та долати перешкоди;

– можливістю самореалізації;

– можливістю перебувати у фізичній та психічній гармонії з природою, соціальним середовищем та самим собою.

4. Соціальний рівень компенсації пов'язаний з макросоціальними умовами існування людини. Це рівень соціально-економічного розвитку держави, ставлення держави до людей з порушеннями розвитку, закони стосовно них, наявність спеціальних освітніх закладів, рівень навчально-методичного забезпечення тощо.

Похідними від поняття «компенсації» є поняття «декомпенсації» та «псевдокомпенсації».

Декомпенсація означає втрату досягнутого рівня компенсаторного ефекту під впливом патогенних чинників.

Псевдокомпенсація характеризується стійкими тенденціями особистості використовувати захисні механізми та копінг-стратегії, які не дають змоги знайти продуктивний вихід з проблемної, кризової ситуації.

Корекція *– це найважливіша складова соціального, а саме освітнього впливу на розвиток дитини*. Ця категорія є базовою та однією з найважливіших у теорії й практиці спеціальної психології. Вивченню та опису змісту категорії «корекція» сприяли дослідження українських учених, зокрема, І. Г. Єременка, А. І. Капустіна, В. О. Липи, М. П. Матвєєвої, С. П. Миронової, В. М. Синьова, Н. М. Стадненко, О. П. Хохліної та ін.

Корекція *– це спеціально організований педагогічний процес, спрямований на послаблення, долання порушень розвитку, запобігання їм та сприяння розвиткові «аномальної» дитини загалом із метою наближення до норми.*

Направленням на корекцію, на відміну від компенсації, є порушення функцій, а не їх випадіння. Корекція – це певний вплив на людину з метою виправлення чогось, це зовнішній процес стосовно людини, на відміну від компенсації.

У вітчизняній дефектології термін «корекція» вперше був застосований В. П. Кащенко стосовно дітей з відхиленнями в поведінці, а згодом був поширений на розумово відсталих. Основним змістом діяльності допоміжної школи визнавалася корекційно-виховна робота. Нині корекційна спрямованість навчання розглядається як один з основних принципів роботи всіх спеціальних освітніх установ.

В англомовних країнах термін «корекція» у галузі спеціального навчання не використовується, виправлення недоліків розвитку із застосуванням психолого-педагогічних засобів позначається словом *«remediation»*.

Уперше цілісна концепція корекції відставання в розвитку створена італійським педагогом М. Монтессорі (1870–1952), яка вважала, що збагачення тілесного досвіду і розвиток моторики (сенсомоторна корекція) автоматично сприятимуть розвитку мислення, оскільки вони є його передумовами.

Корекція – це відносно самостійне психолого-педагогічне явище у системі спеціальної освіти (систему спеціальної освіти становлять навчання, виховання, корекція). Вона здійснюється за допомогою педагогічних засобів – змісту, методики, організаційних форм. Видами корекції є **загальна та індивідуальна**.

Загальна корекція спрямована на розвиток усіх дітей з порушеннями розвитку. Відповідно, вона проводиться у *фронтальній* або *груповій формі.*

Індивідуальна корекція спрямовується на розвиток певної дитини з урахуванням структури її дефекту та індивідуальних особливостей. Проводиться така робота в *індивідуальній формі.* Корекція відхилень розвитку здійснюється як на спеціально організованих з цією метою заняттях в *урочний та позаурочний час, так і процесі вивчення дисциплін, передбачених програмами освітнього закладу.*

Корекційно-розвивальна робота може проводитися у процесі навчання та виховання дитини. А педагогічний процес (навчання і виховання), який передбачає корекцію розвитку дитини, називається *корекційно спрямованим*. Оскільки корекційний вплив спрямовується на розвиток дитини, то у спеціальній психології використовуються такі поняття, як «*корекційно-розвивальна робота*» та «*корекційний розвиток*».

Отже, для спеціальної освіти особливо важливим та специфічним є те, що в основу навчання та виховання покладається корекція порушень розвитку дитини. Корекція розглядається як основа, стрижень усієї навчально-виховної роботи у спеціальному освітньому закладі (школі, дитсадку, ІРЦ тощо).

Л. С. Виготський зауважує, що корекція найбільш успішно здійснюється щодо вторинних недоліків розвитку, первинні недоліки лише певною мірою можуть бути зменшені за допомогою корекційних, тобто психолого-педагогічних дій. Значну роль у подоланні первинних недоліків, особливо недоліків зорового і слухового сприйняття, а також моторики відіграє компенсація за допомогою технічних засобів шляхом перебудови діяльності частково порушеної функціональної системи та заміщення функції ушкодженої системи діяльністю іншої, що підлягає збереженню [4].

1.4. Реабілітація дітей з особливостями розвитку

Корекція спрямована на *виправлення та розвиток* певної психічної чи фізичної функції – це внутрішній процес, реабілітація – *система заходів, спрямованих на відновлення повноцінного суспільного буття особистості загалом* – це зовнішній процес.

Реабілітація спрямована не на окреме порушення (травму), а на особистість у цілому з даним порушенням, на відновлення повноцінної життєдіяльності, відновлення зв'язків, на подолання соціальних наслідків порушення (травми, хвороби).

Існують різні **види реабілітації:** *медична, фізична, професійна, технічна, психологічна, трудова, сімейна* й інші види реабілітації. Вид реабілітації визначається рівнями компенсаторних процесів особистості (біологічний, психологічний, соціально-психологічний та соціальний), на які спрямовується система реабілітаційних заходів.

Біологічному рівню компенсації відповідає *медичний* вид реабілітації, психологічному та соціально-психологічному – *психологічний* вид реабілітації, соціальному – *соціальний* вид реабілітації.

Таблиця 1.1

Види реабілітації залежно від рівнів компенсації

<table>
<tr><th rowspan="2">Рівні компенсації</th><th colspan="2">Види реабілітації</th></tr>
<tr><th>Основні</th><th>Похідні</th></tr>
<tr><td>Біологічний</td><td>медичний</td><td></td></tr>
<tr><td>Психологічний</td><td>психологічний</td><td rowspan="3">сімейний,
соціально-трудовий,
професійно-трудовий
тощо</td></tr>
<tr><td>Соціально-психологічний</td><td>психологічний</td></tr>
<tr><td>Соціальний</td><td>соціальний</td></tr>
</table>

Реабілітація є найбільш ефективною у підготовці людини з порушеннями розвитку до життєдіяльності у соціумі. Вплив на людину здійснюється на всіх рівнях – на людину як на біологічну істоту, носія психіки, частину соціуму, тобто коли у єдності задіяні усі рівні її компенсаторних процесів: біологічний, психологічний,

соціально-психологічний та соціальний. Проведення окремих видів реабілітаційної роботи має переваги у сенсі здійснення більш диференційованого та цілеспрямованого впливу на особистість. Водночас зауважимо, що як немає чітких меж між рівнями компенсаторних процесів, так і немає жорсткого розподілу форм реабілітаційних заходів, що вказує на їх комплексність.

Ефективність реалізації реабілітації залежить від дотримання **поетапності у роботі.** *На першому етапі реабілітації* проводиться активізація та тренування збережених компенсаторних механізмів організму, його нервової системи; попередження посилення дефекту, інвалідності, їхнього зменшення. На цьому етапі ефективними є біологічні та медичні методи впливу на людину.

На другому етапі знижується обсяг та інтенсивність біологічних і медичних методів впливу й посилюється використання комплексу різноманітних психологічних, соціально-педагогічних заходів, спрямованих на:

– відновлення чи формування у людини особистісної активності;

– тренування та підготовку до емоційно-психологічних навантажень;

– застосування конкретних заходів з метою побутової та трудової адаптації особистості;

– відновлення особистісних та суспільних цінностей.

Такі заходи передусім передбачають опору на компенсаторні процеси людини, спрямовані на відновлення балансу між людиною та соціумом. Організація реабілітаційних заходів спрямована і на постійну *корекцію* недоліків психофізичного розвитку людини.

До роботи на цьому етапі, відповідно до його спрямованості, залучаються психологи, корекційні та соціальні педагоги, працівники сфери соціального забезпечення.

З поняттям реабілітації пов’язане поняття **абілітації.** Абілітація відбувається тоді, коли функція у людини була не втрачена, а відсутня від самого народження. Тобто йдеться вже не про відновлення втраченої функції у людини, а про формування у неї способів пристосування до життєдіяльності.

***Абілітація** – це система заходів раннього втручання, спрямованих на формування ефективних способів адаптації людини до життєдіяльності відповідно до її можливостей та індивідуальних особливостей.*

Отже, ми намагалися розмежувати категорії та поняття спеціальної психології, такі як: «компенсація», «корекція», «реабілітація», «абілітація», «декомпенсація», «псевдокомпенсація», «гіперкомпенсація» та ін. Розкриття їх змісту дозволяє краще зрозуміти особливості порушення у розвитку.

Питання для самоконтролю

1. Що вивчає спеціальна психологія?
2. Які галузі спеціальної психології ви знаєте?
3. Порівняйте сутність понять «корекція» і «компенсація», «реабілітація» і «соціалізація», «абілітація» та «реабілітація».
4. Що таке «копінг-стратегії» і яку роль вони відіграють у процесах компенсації? До якого рівня компенсації належать? Чи може, на вашу думку, цей психологічний механізм використовуватися у корекційній роботі з розумово відсталими особами?
5. Хто автор першого підручника «Олігофренопедагогіка»?
6. У чому полягають «плюси» дефекту?
7. Що таке «дефект розвитку»?
8. Який педагогічний процес називається корекційно спрямованим?
9. У чому полягає сутність явища «компенсації»?

Завдання для перевірки знань

1. Інститут фізичної дефективності було створено у:

а) Києві, 1930;

б) Харкові, 1930;

в) Одесі, 1930;

г) Львові, 1930.

2. О. М. Граборов опублікував посібник «Олігофренопедагогіка» у:

а) 1926;

б) 1927;

в) 1929;

г) 1930.

3. І. П. Соколянський зробив вагомий внесок у розвиток загальних питань дефектології, зокрема у:

а) корекції і компенсації психофізичних порушень за умови залучення дітей до найрізноманітнішої соціально значущої діяльності;

б) розробці змісту навчання;

в) питаннях навчання глухих дітей рідної мови, використанню жестової та дактильної мови у процесі навчання;

г) формування у розумово відсталих дітей вищих психічних функцій.

4. Найважливішою складовою соціального, зокрема, освітнього впливу на розвиток аномальної дитини є:

а) корекція;

б) компенсаці;

в) компінг-стратегії;

г) гіперкомпенсація.

5. Відновлення, заміщення недорозвинених чи пошкоджених функцій шляхом використання збережених або перебудови частково порушених функцій – це:

а) корекція;

б) компенсація;

в) компінг-стратегії;

г) гіперкомпенсація.

Список рекомендованих джерел

1. Виготський Л. С. Основні проблеми дефектології. *Спеціальна психологія.* Тексти. Ч. І. Кам'янець-Подільський, 1999. С. 4–19.

2. Кравченко А. І., Зелінська-Любченко К. О., Ємяшева М. Ю. Загальна, вікова та педагогічна логопсихологія: навч. посібник для студ. напряму підготовки «Педагогічна освіта», спец. 6.010105 «Корекційна освіта. Логопедія» вищих навч. закладів. 2-ге вид. Суми: СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2015. 279 с.

3. Лебединский В. В. Классификация психического дизонтогенеза. *Психология детей с отклонениями и нарушениями психического развития*. СПб.: Питер, 2001. С. 250–257.

4. Лебединский В. В. Общие закономерности психического дизонтогенеза *Психология детей с отклонениями и нарушениями психического развития*. СПб. : Питер, 2001. С. 129–149.

5. Логопсихологія: навч. посіб. / С. Ю. Конопляста, Т. В. Сак; за ред. М. К. Шеремет. Київ: Знання, 2010. 293 с.

6. Спеціальна педагогіка: п-термінологічний словник / за ред. В. І. Бондаря. Луганськ, 2003.

ТЕМА 2
ПРОБЛЕМИ НАВЧАННЯ І ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ОП В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ

2.1. Соціальна інтеграція.
2.2. Педагогічна інтеграція.
2.3. Інклюзивна освіта.

2.1. Соціальна інтеграція

Особа з особливими освітніми потребами *– особа, яка потребує додаткової постійної чи тимчасової підтримки в освітньому процесі з метою забезпечення її права на освіту. Наявність особливих освітніх потреб визначає Інклюзивно-ресурсний центр після проведення комплексної оцінки розвитку дитини.* Категорія дітей з особливими освітніми потребами включає: дітей з вадами слуху, дітей з порушеннями зору, з порушеннями мовлення, інтелекту, дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, емоційно-вольової сфери, з затримкою психічного розвитку, зі складними недоліками розвитку, тяжкими порушеннями мовлення.

Соціальна інтеграція дітей з обмеженими можливостями являє собою цілеспрямований процес передачі соціального досвіду з урахуванням особливостей і потреб різних категорій дітей, за їх активної участі і забезпечення адекватних для цього умов, у результаті чого відбувається включення дітей з особливими освітніми потребами (далі – ООП) в усі соціальні системи, призначені для нормотипових дітей, їх активна участь в основних напрямах життєдіяльності суспільства, підготовка до повноцінного дорослого життя, найбільш повної самореалізації і розкриття особистості.

У межах процесу інтеграції соціальні наслідки порушеного розвитку становлять особливий інтерес. Усе це проявляється в обмеженні життєдіяльності і соціальній недостатності, яка є наслідком обмежених можливостей.

Обмеження життєдіяльності призводить, як правило, до *порушень поведінки* (незнання як адекватно поводитися у деяких ситуаціях) і *спілкування* (обмежені можливості спілкування з оточуючими та відсутність мотивації спілкування). *Соціальна недостатність* виявляється у порушенні можливостей виконувати «соціальні ролі» (культурні, соціальні, економічні, обмеження контактів із навколишнім середовищем тощо).

Інтеграція дітей з обмеженими можливостями здоров'я та ООП у суспільство передбачає:

– вплив суспільства і соціального середовища на особистість дитини з порушеннями у розвитку, тобто її адаптацію до середовища;

– активну участь самої дитини у цьому процесі (суб'єктно-об'єктна роль);

– удосконалення самого суспільства, системи соціальних відносин, яка через певні жорсткі вимоги до своїх потенційних суб'єктів виявляється недоступною для дітей із ООП.

У сучасних умовах розвитку соціальної інтеграції дітей з обмеженими можливостями використовуються два підходи.

Перший підхід передбачає пристосування таких дітей до входження в суспільство, адаптацію до реальних навколишніх умов. Цей підхід характеризується однобічністю і вузькістю. Враховуючи тільки цей процес, неможливо досягти бажаних результатів, оскільки дитина з порушенням розвитку в адаптивному процесі повинна бути не тільки об'єктом інтеграції, а й обов'язково суб'єктом та активним його учасником.

Другий підхід передбачає, крім підготовки особистості до входження у суспільство, й підготовку суспільства до прийняття такої особистості.

Для того щоб успішно відбувалася інтеграція, необхідно дотримуватися таких принципів:

– *рівних прав* і можливостей щодо отримання освіти;

– *нормалізації*, що гарантує соціальні привілеї дітям із обмеженими можливостями здоров'я нарівні з іншими;

– *якості життя*, який робить акцент на потребах індивіда як на центральній ланці і правах осіб із обмеженими можливостями на створення для них необхідних умов, які повною мірою задовольняли б ці потреби.

Підвищення якості життя дітей із відхиленнями у розвитку може бути досягнуте за рахунок принципу *соціалізації*, який включає: *ранню соціалізацію* (від народження до вступу до школи); *навчання* (шкільне і професійне); *соціальну зрілість* (трудова активність); *завершення життєвого циклу* (з моменту припинення постійної трудової діяльності). Детальніше про принципи табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Методологічне підґрунтя інтеграції дітей з обмеженими освітніми можливостями

Методичні принципи інтеграції	**Пояснення і деталізація принципів**
Забезпечення рівних прав та можливостей в отриманні освіти	Рівний з іншими учасниками доступ до освіти
Нормалізація	Гарантія соціальних привілеїв особам з обмеженими можливостями нарівні з іншими
Якість життя	Облік специфічних потреб осіб з обмеженими можливостями та надання їм умов для найбільш повного їх задоволення
Соціалізація (рання, шкільна, професійна, трудова активність)	Формування навичок самостійного життя, міжособистісного спілкування та підготовка до професійної діяльності

Під ***соціалізацією*** розуміється сукупність усіх соціальних процесів, завдяки яким індивід засвоює і відтворює певну систему знань, норм і цінностей, що дозволяють йому функціонувати як повноправному члену суспільства, освоюючи соціальні ролі і культурні норми. Тому основною метою системи освіти для дітей з ООП є максимально можлива соціалізація.

Процес соціалізації здійснюється впродовж усього життя людини і проходить у трьох сферах:

– *діяльності*, де у людини розвиваються здібності та уміння, відбувається їх реалізація;

– *спілкуванні*, яке виникає у всіх сферах життєдіяльності, розвиваються комунікативні здібності та уміння, що сприяє можливостям взаємодії з оточуючими;

– *самосвідомості, свідомості* і розумінні самого себе, тобто в розвитку правильної самооцінки, що означає адекватну думку і судження людини про самого себе, про свої якості, достоїнства і недоліки, здібності, потенційні можливості, а також про своє місце і роль серед інших людей.

Отримання освіти дітьми з обмеженими можливостями є однією з основних і невід'ємних умов їх успішної соціалізації, забезпечення їх повноцінної участі в житті суспільства, ефективної самореалізації в різних видах професійної і соціальної діяльності. Тому соціальну інтеграцію дитини з обмеженими можливостями потрібно починати вже з раннього віку. Особливого значення інтегроване виховання і навчання набуває у дошкільному віці. *При цьому програма соціальної інтеграції повинна*:

– передбачати безпосередні контакти між дітьми різних систем навчання;

– ґрунтуватися на неформальній ситуації спілкування, вона у своїй основі не може бути директивною;

– включати в себе різноманітну спільну діяльність нормотипових дітей і дітей із обмеженими можливостями.

Для здійснення інтегрованого виховання і навчання необхідно формувати у дітей із дошкільного віку уміння взаємодіяти за допомогою співпраці і взаєморозуміння та уміння безоцінного прийняття інших людей. Основою їх життєвої позиції повинна стати толерантність. Успішне вирішення проблеми виховання толерантності залежить від ефективності інтеграції дитини з обмеженими можливостями в культуру однолітків, під якою розуміється певна система цінностей при засвоєнні досвіду і передбачаються соціальні правила спілкування в різних сферах життя дитини: в сім'ї, школі, на вулиці тощо, що дозволяє формувати активну життєву позицію.

На ефективність соціальної інтеграції дітей з ООП впливають певні фактори: вік, стать і тип порушення дитини. Встановлено, що чим старше діти з обмеженими можливостями, тим складніше відбувається інтеграція. У гендерному відношенні також відзначаються відмінності: дівчатка більш позитивно ставляться до інтеграції, ніж хлопчики. Тип порушень надає різний вплив на інтеграцію в дошкільному і шкільному віці. Так, при інтеграції в середовище дошкільнят більш негативне значення мають рухові порушення порівняно з інтелектуальними, а в шкільну групу однолітків, навпаки, діти з руховими порушеннями інтегруються легше, ніж з інтелектуальними.

Інтеграція в культуру однолітків є найбільш успішною в дошкільному віці порівняно зі шкільним віком, і головну роль у ній відіграють значущі дорослі. Насамперед у дітей дошкільного віку немає упереджень проти однолітків з обмеженими можливостями. У них легко виховується ставлення до психічних і фізичним недоліків.

Однією з основних умов інтеграції дітей із обмеженими можливостями в культуру однолітків є корекція відносин між учасниками інтеграційного процесу (дітей, їх педагогів і батьків) один до одного. *Взаєморозуміння, взаємоповага і взаємодія* – три складові успіху соціальної інтеграції. Ефективна соціальна інтеграція в подальшому сприяє успішній педагогічній інтеграції цих дітей під час навчання у загальноосвітній школі.

2.2. Педагогічна інтеграція

Забезпечення реалізації права дітей з обмеженими можливостями на освіту розглядається як одне із найважливіших завдань державної політики не тільки в галузі освіти, але і в сфері демографічного і соціально-економічного розвитку України. Тому педагогічна інтеграція передбачає формування у дітей із обмеженими можливостями здатності до засвоєння навчального матеріалу, що визначається загальним навчальним планом (спільне навчання в одній школі або в одному класі).

Вивчення психологічних особливостей дітей, які належать до різних типів порушеного розвитку, показує, що, крім проявів закономірностей, характерних для нормотипових дітей, в їх розвитку проявляється ряд інших, специфічних закономірностей, що відрізняють їх від норми.

До таких специфічних закономірностей відносять:

– уповільнений темп психічного розвитку;

– уповільнені прийом і переробка інформації;

– менший обсяг інформації, що зберігається у пам'яті;

– недоліки у формуванні довільних рухів і вербалізації;

– труднощі у взаємодії з оточуючими;

– низьку працездатність і швидку виснаженість.

Залежно від характеру і ступеня прояву відхилень ці закономірності проявляються у різній мірі і в різний період, і саме вони визначають те, що називають особливими освітніми потребами. Урахування вищезазначених специфічних закономірностей вимагає стимуляції загальної та пізнавальної активності, уповільненого темпу навчання і «дроблення» матеріалу, що засвоюється дитиною із ООП; збільшеної кількості повторень, більш інтенсивного мовленнєвого розвитку, а іноді і обмеження обсягу та спрощення змісту матеріалу.

На сьогодні розвиваються дві основні моделі педагогічної інтеграції: інтернальна й екстеріальна.

Інтернальна – інтеграція всередині системи спеціальної освіти.

Екстернальна – передбачає інклюзивне (включене) навчання дітей з обмеженими можливостями в масовій школі.

Іншим варіантом інтегрованого навчання є навчання дітей з обмеженими можливостями в одному класі з дітьми, які не мають порушень розвитку.

Необхідною умовою організації успішного навчання і виховання дітей з обмеженими можливостями в освітніх закладах загального типу є створення адаптивного середовища, що дозволяє забезпечити їх повноцінну інтеграцію і особистісну самореалізацію в освітньому закладі.

Діти з особливими потребами адаптуються до життя в загальноосвітніх установах більш ефективно, ніж в спеціалізованих установах, дуже великий внесок у навчання дітей вносять їх батьки. Тому стає очевидним, що включення дітей з особливими освітніми потребами в звичайне дитяче оточення є необхідним, оскільки пов'язане з тим, що в системі спеціального (корекційного) навчання з прекрасно відпрацьованою методикою навчання дітей з особливими потребами слаборозвинена громадська адаптація цих дітей в реальному світі – дитина перебуває в ізоляції від суспільства.

У навчальному закладі загального типу повинні бути створені належні матеріально-технічні умови, що забезпечують можливість для безперешкодного доступу дітей із вадами фізичного та психічного розвитку в будівлі і приміщення освітнього закладу і організації їх перебування і навчання в цьому закладі (включаючи пандуси, спеціальні ліфти, спеціально обладнані навчальні місця, спеціалізований навчальний матеріал, реабілітаційне, медичне обладнання тощо).

Відповідно метою *спеціального (корекційного) навчання* є ефективна підготовка учнів до майбутнього самостійного життя, тобто кінцевою метою навчання в установах виступають соціальна адаптація та інтеграція в суспільство. Випадки успішного навчання дітей із порушеннями розвитку в звичайній школі стосуються переважно дітей з порушеннями фізичного розвитку (дефекти зору, слуху, рухової системи без додаткових порушень і переважно їх легкі прояви) за постійної особливої підтримки батьків. Також порівняно позитивно відбувається розвиток дітей із затримкою психічного розвитку у сім'ях, де батьки включені в процес розвиту дитини. Відчуваючи значні труднощі на початку шкільного навчання, вони, за наявності певної педагогічної підтримки і додаткової роботи з ними вдома, поступово долають відставання і в старших класах не без труднощів, проте опановують програму звичайної загальноосвітньої школи.

Розвиток інтегрованих форм навчання має здійснюватися поступово, на основі планування та реалізації комплексних заходів, що забезпечують дотримання вимог до організації цієї діяльності (включаючи наявність відповідної матеріальної бази, спеціальних освітніх програм, підготовку педагогічних колективів, проведення роз'яснювальної роботи з учнями та їх батьками).

2.3. Інклюзивна освіта

Як зазначалося вище, педагогічна інтеграція в формі включеного навчання дітей з ООП у звичайний клас загальноосвітньої школи часто позначається як інклюзивна освіта, хоча між ними є істотні відмінності (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Основні відмінності інтеграції та інклюзії в навчанні дітей з ООП

Параметри порівняння	Інтеграція	Інклюзія
Мета	Об'єднання дітей з обмеженими можливостями в спільну діяльність (ігрову, навчальну, трудову), включення дітей в середовище їх адаптації	Організація спільного світу життя дітей за принципом: одна школа для всіх, створення однакового середовища

Інклюзивна освіта сприяє:

– соціалізації дитини на всіх вікових етапах розвитку;

– впровадженню в культуру однолітків і формуванню «здорових» міжособистісних відносин;

– досягненню потенційно можливого рівня освіченості з урахуванням загальних і специфічних потреб дитини.

Вимоги інклюзивної освіти. Для успішності інтеграції та інклюзії дітей з ООП здійснюються різні програми і створюються спеціальні умови, які можна позначити як основні вимоги інклюзивної освіти, а саме:

– системний підхід (освітній, соціальний, нормативно-правовий, економічний);

– законодавче реформування системи освіти під завдання інтеграції;

– зміни в підготовці вчителя, психолога та інших фахівців масової школи: соціальне партнерство масової і спеціальної шкіл;

– соціально-психологічний аспект – формування толерантності, зміна менталітету;

– командна робота фахівців (адміністратор, учитель, психолог, спеціальний педагог, логопед та ін.) із супроводу учнів;

– організаційні, методичні та дидактичні перетворення у школі;

– налагоджена система ранньої комплексної допомоги.

Труднощі впровадження інклюзивного навчання пов'язані з відсутністю готовності приймати «не таких» дітей у систему освіти:

– на рівні фінансування: не передбачені матеріальні витрати на ці потреби;

– на рівні професійної діяльності: існує нестача фахівців у системі загальної освіти (педагогів, дефектологів, психологів, асистентів тощо);

– на рівні суспільної свідомості: не сформовані необхідні соціально-психологічні цінності, переконання.

Під час інклюзивного навчання особливо необхідно забезпечити комплексний психолого-педагогічний супровід дитини з обмеженими можливостями. Структура служби супроводу може бути ефективна лише в умовах взаємодії адміністрації, педагогів, психологів та інших фахівців загальноосвітньої і спеціальної шкіл. При цьому необхідно враховувати основні етапи та рівні супроводу у процесі інтегрованого навчання в умовах загального класу загальноосвітньої школи (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Структура супроводу дітей із ООП у загальноосвітній школі

<table>
<tr><th rowspan="2">Етапи</th><th colspan="3">Рівні</th></tr>
<tr><th>I – у класі</th><th>II – поза класом</th><th>III – поза школою</th></tr>
<tr><td>1. Діагностика проблем</td><td rowspan="4">Учитель (спеціальний педагог)</td><td rowspan="4">Спеціальний педагог, психолог, логопед</td><td rowspan="4">Фахівці ІРЦ та (або) спеціальної школи</td></tr>
<tr><td>2. Аналіз проблем</td></tr>
<tr><td>3. Розробка плану корекційної роботи</td></tr>
<tr><td>4. Корекція проблем</td></tr>
<tr><td>5. Оцінка результатів</td><td>Методичний або педагогічна рада</td><td>Педагогічна рада або консиліум</td><td>Психолого-медико-педагогічна комісія</td></tr>
</table>

Диференційна діагностика. Однією з умов, що забезпечує успішну інтеграцію та інклюзію, це точна диференціальна діагностика кожної дитини, яка може бути здійснена тільки за наявності кваліфікованої діагностичної служби та фахівця. Така служба повинна не тільки ставити діагноз, а й давати висновок для школи або іншого навчального закладу, куди направлять дитину з ООП, містить рекомендації до індивідуального плану навчання. Подібна діагностика може проводитися виключно на базі психолого-медико-соціальних центрів або психолого-медико-педагогічних консультацій (комісій), забезпечених усіма необхідними фахівцями, наразі – фахівцями ІРЦ.

Освітні стандарти. З урахуванням нової парадигми і концептуальних основ спеціальної освіти виникла необхідність створення стандарту для навчання різних категорій дітей з ООП. Створення державних освітніх стандартів має велике значення для впровадження інклюзивної освіти, що відповідає загальноєвропейській тенденції підвищення якості освітніх систем. Освітні стандарти в школі – це, безумовно, інновація, оскільки в них спостерігається чіткий перехід від навчальних планів до компетенцій, від конкретного змісту занять до основних умінь і навичок. Вони змінюють парадигму в контролі: від орієнтації освітнього закладу на початкові умови педагогічного процесу до фокусування на його результати.

Отже, в результаті значних змін системи освіти для дітей із обмеженими можливостями є вибір освітніх варіантів і закладені правові основи навчання: у спеціальних (корекційних) школах та спеціальних закладах (диференційоване навчання або інтернальна інтеграція); загальноосвітніх школах (екстернальна інтеграція – спеціальний клас або інклюзивне навчання – в загальноосвітньому класі); при домашньому навчанні (зокрема дистанційному або змішаному). При цьому важливим компонентом успішного навчання дитини з ООП у середовищі нормотипових однолітків є психолого-педагогічна підготовка до нього оточення за допомогою навчальних програм, курсів підвищення кваліфікації для фахівців установ, програм удосконалення батьківської компетентності.

Питання для самоконтролю

1. Що таке соціальна інтеграція, у чому полягає її сутність?
2. Перерахуйте і проаналізуйте принципи соціальної інтеграції.
3. У яких сферах життя особливої дитини відбувається соціалізація?
4. Сформулюйте специфічні закономірності, що відрізняють навчання особливих дітей від нормотипових.
5. Які вимоги висуваються до інклюзивної освіти?
6. Хто і з якою метою здійснює диференційну діагностику особливих дітей?
7. Які варіанти навчання особливих дітей існують?

Завдання для перевірки знань

1. Різноманітні порушення у формуванні та функціонуванні психіки внаслідок порівняно тривалого блокування значущих потреб людини, обмеження в їхньому задоволенні – це:

а) депривація;

б) деприваційна ситуація;

в) деприваційний феномен;

г) дефект розвитку.

2. Свідомі зусилля особистості спрямовані на те, щоб дати собі раду в стресових ситуаціях, які викликають тривогу щодо утримання та збереження позитивної самооцінки, самоповаги:

а) корекція;

б) компенсація;

в) компінг-стратегії;

г) гіперкомпенсація.

3. Достовірний висновок щодо особливостей дефекту може бути зроблено на підставі спільного висновку різних спеціалістів, що забезпечує:

а) принцип комплексності;

б) принцип усебічності і цілісності;

в) принцип динамічності;

г) принцип індивідуального підходу.

4. З обстежуваною дитиною необхідно встановити контакт, створити максимально сприятливі умови для діяльності з урахуванням її стану на момент обстеження, різних індивідуальних особливостей, що забезпечує:

а) принцип комплексності;

б) принцип усебічності і цілісності;

в) принцип динамічності;

г) принцип індивідуального підходу.

5. Виявити потенційні можливості розвитку дитини допомагає:

а) принцип комплексності;

б) принцип усебічності і цілісності;

в) принцип динамічності;

г) принцип індивідуального підходу.

Список рекомендованих джерел

1. Каут Н. М. Основи дефектології та логопедії: тексти лекцій. Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2012. 372 с.

2. Виготський Л. С. Основні проблеми дефектології. *Спеціальна психологія.* Тексти. Ч. І. Кам’янець-Подільський, 1999. С. 4–19.

3. Гордеев В. Методы исследования развития ребенка: качество жизни (QOL) – новый инструмент оценки развития детей. СПб.: Речь, 2001. 200 с.

4. Лубовський В. І. Психологічні проблеми діагностики аномального розвитку дитини. Спеціальна психологія. Тексти. Ч. І. Кам'янець-Подільський, 2009. С. 4–17.

5. Юрьев В. В. Рост и развитие ребенка. Санкт-Петербург: Питер, 2013. 272 с.

ТЕМА 3
ВІКОВІ НОРМИ РОЗВИТКУ ДИТИНИ

3.1. Періоди розвитку дитини.

3.2. Сенсомоторний розвиток дитини.

3.3. Мисленнєвий розвиток.

3.4. Формування мовлення у процесі онтогенетичного розвитку дитини.

3.5. Розвиток спілкування та гри.

3.6. Емоційно-соціальний розвиток.

3.1. Періоди розвитку дитини

За перші сім років життя дитина проходить через три основних періоди свого розвитку, кожний з яких характеризується певним кроком назустріч загальнолюдським цінностям і новим можливостям пізнавати світ. Ці періоди життя відмежовані один від одного; кожний попередній створює умови для виникнення наступного. Крім того, ці періоди не можуть бути штучно «переставлені» в часі.

Перший період – немовляти (перший рік життя дитини) характеризується виникненням таких вікових новоутворень:

а) пізнавальний розвиток – наприкінці першого року життя дитина починає орієнтуватися в елементарних особливостях навколишнього середовища і розуміти значення окремих звернених до неї слів; виділяє найближчих людей; з'являються елементи розрізнення між відчуттями, що надходять від власного тіла та ззовні; складаються початкові форми предметного сприймання. З'являються перші ознаки зародження наочно-дійового мислення, тобто дитина ще неусвідомлено починає розуміти, що існують певні типи дій, які можуть об'єднуватися у загальні структури. Отже, вона відкриває для себе прийоми логіки (порівнює, оцінює, класифікує, вимірює тощо), спираючись на конкретний предмет;

б) розвиток довільності – формуються рухи, що сприяють досягненню мети, переміщенню тіла в просторі, схоплюванню та утриманню предметів;

в) емоційний розвиток – у перші чотири місяці життя у немовляти з'являється «соціальна» посмішка, яка спонукає дорослого до посмішки у відповідь. Формується почуття довіри до світу, яке є основою позитивного ставлення до людей, до діяльності, до самої себе у подальшому житті.

Другий період – раннє дитинство (від одного до трьох років) є потенціалом для виникнення таких вікових новоутворень:

а) пізнавальний розвиток – дитині відкриваються можливості побачити світ, де кожний предмет щось означає, для чогось призначений. Вона починає вирізняти людей, які посідають певне місце в її житті («свої» та «чужі»; засвоює власне ім'я; формує уявлення про «території» власного «я» (все те, що дитина вважає своїм, про що може сказати «моє»). Розвиваються предметне сприймання і наочно-дійове мислення. Відбувається перехід до наочно-образного мислення, внаслідок чого дитина починає уявляти собі предмети за допомогою мисленнєвих образів і позначати їх назвами, а не прямими діями. Саме відтоді формується усвідомлення радикальної відмінності між можливостями людини та всіх інших живих істот;

б) розвиток довільності – користуючись речами, дитина освоює їхні фізичні якості, вчиться керувати переміщенням у просторі; починає координувати свої рухи; на основі оволодіння мовленням започатковується управління власною поведінкою (в основному у відповідь на вказівки дорослого);

в) розвиток переживань – виникає почуття автономії й особистої цінності (самоповаги), зароджується почуття любові до своїх близьких.

Третій період – дошкільне дитинство (з трьох до семи років). У цей період формується потенціал для подальшого пізнавального, вольового та емоційного розвитку дитини:

а) пізнавальний розвиток – на цей час у сприйманні дитини світ є не тільки сталим, а й може виступати як релятивний (усе можна всім); умовний план дії, який склався у дитини в попередній період розвитку, втілюється в елементах образного мислення, відтворювального та творчого уявлення; формуються основи символічної функції свідомості; розвиваються сенсорні та інтелектуальні

здібності. Наприкінці цього періоду розвитку дитина починає ставити себе на місце іншої людини, а також дивитися на все, що відбувається, з позиції інших і розуміти мотиви їхніх дій; самостійно будує образ майбутнього результату дії. На відміну від дитини раннього віку, яка здатна лише елементарно відрізняти такі сфери діяльності, як природний та рукотворний світ, «інші люди» і «я сама», наприкінці дошкільного віку формується уявлення про різні сторони кожної із цих сфер. Зароджуються оцінка і самооцінка;

б) вольовий розвиток – дитина звільняється від притаманного більш ранньому етапу «глобального наслідування» дорослому; може протистояти (у певних межах) волі іншої людини; розвиваються прийоми пізнавальної діяльності (зокрема, уявне перетворення дійсності), формується саморегуляція – власне, вольова (ініціатива, здатність примусити себе зробити нецікаву справу), а також емоційна (висловлення своїх почуттів). Вона стає здатною до надситуативної поведінки, тобто такої, що виходить за межі вихідних вимог;

в) емоційний розвиток – емоції дитини дедалі більше звільняються від імпульсивності та ситуативності. Формуються почуття відповідальності, справедливості, прихильності, радість від власної інтуїтивної дії. Набуває нового поштовху розвиток соціальних емоцій у взаємодії з однолітками. У дитини розвивається спроможність ототожнювати себе з іншими, що породжує в неї здатність до відокремленості від інших і забезпечує розвиток індивідуальності. Виникають узагальнення власних переживань, емоційне передбачення результатів чужих і власних вчинків. Емоції стають «розумними».

У дитини семи років формується передумова для успішного переходу на наступний щабель освіти. На основі дитячої допитливості у подальшому формується інтерес до навчання. До того ж розвиток пізнавальних здібностей слугуватиме основою для формування теоретичного мислення; вміння спілкуватися з дорослими та однолітками дасть змогу дитині перейти до навчальної співпраці; розвиток довільності сприятиме подоланню труднощів у розв’язанні навчальних завдань; оволодіння елементами спеціальних мов (термінологією), характерних для окремих видів діяльності, стане основою засвоєння різних навчальних предметів у школі (музика, математика тощо).

Періоди розвитку дитини та вікові новоутворення, притаманні для цих періодів, розкриті нами лише у вигляді можливостей, ступінь здійснення яких залежить від соціальної ситуації розвитку дитини, тобто від того, хто і як виховує та до якої діяльності залучає її, з ким вона її здійснює. Від особливостей стимуляції чи організації діяльності дітей дорослими залежить успіх у психічному і фізичному розвитку. Отже, водночас з висхідною лінією розвитку (власне розвитку) може бути й інша «крива» особистісних змін, що свідчитиме про такі тенденції, як регресивні, тобто ті, що йдуть назад у розвитку. Тому батьки повинні знати, що кожний крок розвитку може супроводжуватися проявами та закріпленнями негативних новоутворень.

Однак потрібно пам'ятати, що у кожної дитини свої темпи розвитку і незначна розбіжність з прийнятими віковими нормами не є проблемою. Тим більше, що розвиток відбувається нерівномірно, часто спостерігаються так звані уповільнені темпи розвитку. Не порівнюйте конкретну дитину з іншою дитиною того самого віку. Спроби обов'язково вписати дитину в стандартні схеми нейропсихологічного дозрівання, мовленнєвого та інтелектуального розвитку тощо можуть призвести до нервозності і проблем.

Важливо лише орієнтуватися на вікові норми, а не суворо дотримуватися їх.

3.2. Сенсомоторний розвиток дитини

Нижче подано дані розвитку дитини, що стосуються:

– зорового та просторового уявлення;

– слухового сприймання;

– моторики і тактильної чутливості;

– мисленнєвого розвитку;

– спілкування та гри;

– емоційно-соціального розвитку.

Ці дані характеризують особливості психофізичного розвитку від дня народження і до 6–7 років.

3.3. Мисленнєвий розвиток

У багатьох фахівців і батьків особливий інтерес викликає стан мисленнєвого розвитку дитини. Це пояснюється тим, що цей психічний процес є складним результатом тривалого росту, що починається від дня народження. І коли йдеться про мислення, то взагалі маємо найзагадковіший феномен серед усіх інших психічних процесів. Однак потрібно пам'ятати, що процеси мислення перебувають у постійній взаємодії як між собою, так і з соціальним середовищем, а тому постійно змінюються. Згідно з цим мислення впорядковано розвивається впродовж усього життя: від безпомічного немовляти до зрілого дорослого. На думку деяких учених (наприклад, Ж. Піаже), мислення – це удосконалена форма пристосування організму до середовища, що є поєднанням двох процесів: подібності (асиміляції) та пристосування (акомодації). Отже, мислення – це можливість дитини здійснювати гнучке і водночас стійке пристосування її до навколишнього середовища та соціальної дійсності. Потрібно зазначити, що основне призначення мислення полягає саме в організації й забезпеченні цієї взаємодії дитини та середовища.

Основною умовою, що забезпечує розумовий розвиток дитини (на перших місяцях життя), є сформованість її фізіологічних показників. Відповідно до цього треба уважно спостерігати за наявністю у дитини окремих рефлексів та їхніх комплексів, щоб зробити правильний висновок і деякі прогнози щодо можливостей та обмежень майбутньої діяльності дитини з різними предметами, тобто предметної діяльності.

Однією з умов формування мисленнєвої діяльності дитини є її предметна діяльність. Тому потрібно знати основні показники рефлекторної діяльності дитини на першому році життя та час, коли ці рефлекси за нормального розвитку мають згасати.

3.4. Формування мовлення у процесі онтогенетичного розвитку дитини

Усне мовлення передбачає наявність голосу, і крик дитини у перші тижні та місяці життя вже характеризує ті природжені механізми, які використовуватимуться нею під час становлення мовлення. Крик здорової дитини характеризується дзвінким голосом, коротким вдихом і подовженим видихом. Уже відразу після народження крик набуває різного обертонального забарвлення і є першою інтонацією, значущою за своїм комунікативним змістом (крик дискомфорту, голоду).

З 2–3 місяців дитина часто реагує криком на припинення спілкування з нею. Саме подальше інтонаційне збагачення свідчить про початок формування у неї функції спілкування. У цей період дитина починає прислухатися до звуків мовлення, відшукувати поглядом джерело звучання, повертати голову до людини, яка звертається до неї, зосереджуючи свою увагу на обличчі, губах дорослого.

У «гулінні» (2–3 міс.) уже можна виділити звуки, що нагадують голосні *(а, о, у, е)*, найлегші для артикулювання; губні приголосні *(п, б, м),* зумовлені фізіологічним актом ссання, і задньоязикові *(г, к, х),* пов'язані з фізіологічним актом ковтання.

Наступний етап, між 4 і 5 міс., передмовленнєвого розвитку – лепетання – характеризується появою ознак локалізованості і структурування складу, тобто у дитини поступово формується психофізіологічний механізм складкоутворення. На цьому етапі онтогенезу лепетного мовлення у дитини простежується явище аутоехолалії – вона подовгу повторює той самий відкритий склад *(ва – ва – ва, га – га – га),* зосереджено прислуховуючись до себе.

Після 8 місяців звуки, що не відповідають фонетичній системі рідної мови, поступово починають згасати. Натомість з'являються нові мовленнєві звуки, подібні до фонем мовленнєвого оточення. Саме в цей період розвитку у дитини починає розвиватися власне мовленнєва пам'ять, завдяки чому у неї формується фонетична (звукова) система рідної мови.

У 10–12 місяців життя діти вже здатні відтворювати найтиповіші характеристики мовленнєвого ритму, після чого у них з'являються перші слова (до того ж зауважимо, що строки і темп розвитку усного мовлення не збігаються зі строками і темпом формування розуміння мовлення, оскільки вже в 7–8 місяців діти адекватно реагують на слова і фрази на зразок: «Покажи, де мама, телевізор, вікно» тощо). Отже, перші слова у дитини з'являються наприкінці першого року життя. У темпах розвитку мовлення у хлопчиків і дівчаток спостерігаються деякі відмінності. Є дані про те, що у дівчаток слова з'являються на 8–9-му, у хлопчиків – на 11–12-му місяці життя. Перші слова дитини характеризуються низкою особливостей, а саме:

– тим самим словом (мама) дитина може висловлювати звертання, вказівку, прохання, скаргу;

– слово може висловлювати закінчене цілісне повідомлення, тобто відповідати реченню;

– слово зазвичай може бути поєднанням відкритих складів, що повторюються *(ма – ма, па – па, дя – дя* тощо);

– за збереження частини слова (кореня, першого чи наголошеного складу) звуковимова є спотвореною. Ці фонетичні спотворення стають дедалі помітнішими на тлі швидкого поповнення словника дитини і розвитку лексико-семантичної сторони її мовлення. Це особливо помітно порівняно зі звуковимовлянням дитини, яке для свого вдосконалення потребує істотного дозрівання у неї фонематичного сприймання, фонематичних уявлень і мовленнєвої моторики.

3.5. Розвиток спілкування та гри

Мовленнєва активність дитини цього віку ситуативна, тісно пов'язана з предметно-практичною діяльністю і залежить від емоційної участі дорослого у спілкуванні. Вимовляння дитиною слів супроводжується зазвичай жестами та мімікою.

Швидкість оволодіння активним словником у переддошкільний вік має індивідуальний характер. Особливо швидко поповнюється словник в останні місяці другого року життя. Наприкінці другого року життя формується також елементарне фразове мовлення,

яке охоплює зазвичай два – три слова, що висловлюють вимогу («мама, дай», «тато, йди», «Наті пити дать»). Якщо до 2,5 років елементарне фразове мовлення не сформувалося, то вважають, що темп мовленнєвого розвитку дитини відстає від норми. Для фраз наприкінці другого року життя дітей характерним є те, що вони здебільшого вимовляють їх з особливим порядком слів, за якого «основне» слово стоїть на першому місці. У цьому віці діти починають розмовляти з іграшками, домашніми тваринами. Наприкінці двох років мовлення стає основним засобом спілкування з дорослими. Мова жестів і міміки починає поступово згасати.

На третьому році життя різко посилюється потреба дитини у спілкуванні. У цей період не тільки стрімко збільшується обсяг загальновживаних слів, а й зростає здатність до словотворення («Андрюшка – подушка», «копатка» замість лопатка, «відключити двері» замість відкрити двері). Поступово формується вміння правильно пов'язувати слова у реченні. Від простої фрази з двох слів дитина переходить до вживання складної фрази з використанням сполучників, відмінкових форм іменників однини і множини. Збільшується кількість прикметників.

Після 3 років інтенсивно розвиваються фонематичні процеси і формується звуковимовляння. Вважають, що звуковою стороною мовлення за нормального мовленнєвого розвитку дитина оволодіває в 4–5 років. Нормативні мовленнєві звуки спочатку досить нестійкі, легко спотворюються в разі збудження чи стомлення дитини. Наприкінці третього року життя дитина ще погано керує своїм голосом, з труднощами змінює його гучність і силу. Шепітне мовлення з'являється тільки наприкінці четвертого року життя.

Починаючи з 4 років життя, фразове мовлення дитини ускладнюється (речення складається в середньому з 5–6 слів). У мовленні діти дедалі частіше використовують складнопідрядні і складносурядні речення, легко запам'ятовують і розповідають вірші, казки, передають зміст малюнків. Свої ігрові дії супроводжують мовленням, що свідчить про формування у них регуляторної функції мовлення.

У 5–6 років у мовленні дітей з'являються узагальнені іменники і нові слова, утворені за допомогою суфіксів. Наприкінці п'ятого року життя діти оволодівають контекстним мовленням, тобто здатністю самостійно створювати текстові повідомлення, їхні висловлювання за формою починають нагадувати короткі оповідання з включенням фраз, що потребують значної кількості слів. У цей самий період спостерігають збільшення граматичних помилок (неузгодженість слів за відмінком, родом і числом), порушень у структурі речень, труднощі у плануванні висловлювання. З'являються паузи хезитації, що відображують мисленнєву активність дитини, спрямовану на пошуки адекватної лексеми або граматичної конструкції. На думку вчених, у цьому віці афективне напруження дитини стосується не стільки змісту контекстного мовлення, скільки його лексико-граматичного оформлення. Приблизно з 6 років формування мовлення дитини у лексико-граматичному плані вважають завершеним.

Із 7 років життя діти вживають слова, що означають поняття, а також слова з переносним значенням, постійно оволодівають розмовно-побутовим стилем мовлення.

Узагальнюючи викладене, зазначимо, що період мовленнєвого розвитку дітей від 1 до 6 років вважають сензитивним, тобто особливо чутливим як до сприймання мовлення людей, які оточують їх, так і до впливу різних чинників зовнішнього і внутрішнього середовища. Саме в цей період діти можуть особливо продуктивно оволодівати усним мовленням за умови доброго здоров'я дитини і сприятливого мовленнєвого оточення.

Якщо в сензитивний період розвитку мовлення організм дитини зазнає впливу певних шкідливих чинників (чинників ризику), то нормальний процес мовленнєвого розвитку порушується. Вади мовлення можуть виникати або внаслідок усунення низки необхідних умов для його формування (порушення мовленнєвого спілкування з дорослими, слуху тощо), або у зв'язку з появою нових «несприятливих» чинників (різке збільшення сенсорної інформації, постійне гучне оточення, багато нових людей в оточенні дитини, зміна мовного середовища тощо). У будь-якому разі оволодіння усним мовленням у період впливу шкідливих чинників

утруднюється. Соматичні й особливо нервово-психічні захворювання, а також емоційна деривація, обмеженість мовленнєвого спілкування можуть призвести до затримки, спотворення і патології мовленнєвого розвитку. Незважаючи на що весь період від 1 до 6 років вважають сензитивним для розвитку мовлення, на цьому тлі спостерігаються достатньо обмежені за часом гіперсензитивні фази.

Перша з цих фаз характерна для періоду накопичення перших слів. Умовно це період від 1 до 1,5 року. Гіперсензитивність цієї фази виявляється, з одного боку, в тому, що адекватне мовленнєве спілкування дорослого з дитиною дає змогу дитині досить швидко накопичувати слова, які стають основою для подальшого нормального розвитку фразового мовлення. З іншого – недостатнє мовленнєве спілкування з дорослими, соматичні і психічні стреси призводять до порушення мовлення, що формується. Це може виявлятися у затриманні появи перших слів, у «забуванні» тих слів, які дитина вже знала, і навіть у припиненні мовленнєвого розвитку.

Друга гіперсензитивна фаза в розвитку мовлення дитини стосується трьох років (2,5–3,5 року) її життя. Це період, коли дитина активно опановує розгорнуте фразове мовлення, тобто переходить від несимволічної до символічної вербалізації (від конкретних до узагальнених форм спілкування), від односкладових фраз до комплексних та ієрархічно організованих синтаксичних і семантичних структур. Саме в цей період різко ускладнюється внутрішньомовленнєве програмування.

Реалізація дитиною мовленнєвого задуму на цьому етапі супроводжується не лише психічним, а й емоційним напруженням. Усе це позначається на характері усного мовлення. У мовленні дитини з’являються паузи, які можуть виникати не тільки між окремими фразами, а й усередині фраз і навіть слів (дисритмія мовленнєвого висловлювання). Поява пауз усередині слів як між складами, так і всередині складів (онтогенетичні паузи хезитації) свідчить про інтенсивне формування внутрішньомовленнєвого програмування. З’являються повторення складів, слів, словосполучень, або так звані фізіологічні ітерації. Цей період характеризується певними особливостями мовленнєвого дихання. Дитина може

починати мовленнєве висловлювання у будь-якій із фаз дихального акту: на вдиху, видиху, в паузі між видихом і вдихом. Нерідко мовленнєве висловлювання дітей цього віку супроводжується вираженими вегетативними реакціями: почервонінням, досить частим диханням, загальним м'язовим напруженням.

У цей самий період мовлення самої дитини стає засобом її інтелектуального та мовленнєвого розвитку. У дитини з'являється підвищена потреба в мовленнєвій активності. Вона постійно звертається до дорослого із запитаннями, ініціативно підключаючи його до спілкування з собою. Психічні стреси, а також будь-які види сенсорних депривацій можуть не лише змінити темп мовленнєвого розвитку (затримання мовленнєвого розвитку), а й призвести до патології мовлення (заїкання).

Третя гіперсензитивна фаза (5–6 років) характеризується формуванням контекстного мовлення, тобто самостійного зародження тексту. У цей період у дитини інтенсивно розвивається й істотно ускладнюється механізм переходу внутрішнього задуму у зовнішнє мовлення. Як і у віці 3 років, центральна нервова система дітей 5–6 років у процесі мовлення значно напружується.

Дитина у цьому віці, з одного боку, надмірно вразлива до якості мовленнєвих зразків контекстного мовлення дорослих, з іншого – психічні стреси можуть призвести до виникнення мовленнєвої патології, а обмеження мовленнєвого спілкування, низький рівень мовленнєвого оточення – до недостатньої сформованості монологічного мовлення. У подальшому ця недостатність погано компенсується й потребує спеціальної допомоги.

Отже, зазначені вище вікові особливості усного мовлення (нестійкість мовленнєвої функціональної системи у дошкільному віці) пояснюють вибіркову нестійкість його розвитку впливом різних шкідливих чинників. Розвиток комунікативних умінь та навичок дитини формується у процесі пізнання навколишнього світу, спілкування з дорослими та ровесниками. Велике значення має ігрова діяльність. Розглянемо зміст основних етапів формування різних видів діяльності дітей раннього віку та ті вміння, що мають бути сформованими у певний віковий період. Соціалізація дитини – це встановлення зв'язків між дитиною та іншими людьми і засвоєння нею соціальних навичок.

3.6. Емоційно-соціальний розвиток

Емоційно-соціальний розвиток представлено у вигляді порівняльної таблиці (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Порівняльна характеристика стану розвитку дитини 4–7 років

Вік			
4 роки	5 років	6 років	7 років
Моторний розвиток			
1. Вільні координовані рухи, під час ходьби не шаркає ногами. 2. Кидає м'яч двома руками, відштовхує, ловить його, не притискаючи до грудей. 3. Стрибає з висоти і в довжину (на 15–20 см), підскакує на місці з відривом ніг від підлоги. 4. За сигналом може стримувати рух. 5. Любить лазити. 6. Заводить ключем механічну іграшку. 7. Вміє правильно тримати олівець і проводити горизонтальні і вертикальні лінії	1. Формується правильна постава, правильно тримає голову під час ходьби і бігу. 2. Добре координовані рухи рук і ніг під час ходьби. 3. Вміє ходити і бігати по колу, на носочках, тримаючись за руки: не боїться стрибати з висоти. 4. Може ходити по бруску 30 см. заввишки і 20 см. завширшки. 5. Б'є м'ячем об землю, підкидає і ловить його. 6. Чітко координує рухи пальців під час конструювання. 7.Добре і вільно малює горизонтальні і вертикальні лінії	1. Рухи набувають легкості, стають енергійними і точними. 2. Із захопленням стрибає з розгону у висоту і довжину. 3. Розмахується під час метання предмета. 4. Ловить м'яч однією рукою. 5. Може ходити боком по лавці. 6. Вміє стрибати на місці, почергово змінюючи ноги. 7. Вільно малює олівцем і фарбами, вирізує ножицями будь-які форми	1. Може швидко перебудовуватися під час руху, шикуватися в колоні, шерензі, колі. 2. Може виконувати ритмічні рухи в зазначеному темпі. 3. Може кататися на лижах, ковзанах, самокаті, триколісному велосипеді. 4. Вчиться плавати без підтримки, грати у теніс, бадмінтон. 5. Добре вміє працювати з різними матеріалами – папером, картоном, тканиною. 6. Втягує нитку в голку, пришиває ґудзика. 7. Може користуватися пилкою і молотком

Продовження таблиці 3.1

Сенсорний розвиток			
1. Знає шість основних кольорів, добирає предмети за кольором і відтінком. 2. Знає і добирає коло, «квадрат», трикутник, вміє порівнювати предмети за довжиною, шириною, висотою. 3. Правильно орієнтується в просторі, знає поняття «біля», «поруч», «за», впізнає предмети на дотик	1. Знає вісім кольорів, під час малювання використовує не тільки кольори, а й їхні відтінки. 2. Може розставити предмети в зростаючому й зворотному порядку. 3. Орієнтується в сторонах власного тіла і тіла співрозмовника	1. Ретельно, планомірно досліджує предмети за допомогою зору і на дотик. 2. Визначає і називає нові геометричні форми – ромб і овал. 3. Правильно називає відтінки кольорів (блакитний, рожевий, фіолетовий, сірий)	1. Правильно називає прості і складні геометричні форми. 2. Правильно вказує на основні відмінності геометричних форм. 3. Під час малювання правильно використовує не тільки кольори, а й їхні відтінки
Розумовий розвиток			
1. Розуміє поняття «багато», «мало», «один», рахує до п’яти, знає пори року, доби (день – ніч). 2. Задає запитання: «Що?», «Навіщо?», «Чому?». 3. Уважно слухає, переказує, виділяє істотне в казці, називає сюжет картин. 4. Мовлення фразове, граматично оформлене	1. Рахує до п’яти, порівнює невеликі кількості. 2. Формуються узагальнені поняття на зразок: «меблі», «фрукти», «транспорт» тощо. 3. У розповіді може виділити причинно- наслідкові зв’язки узагальнювальних понять. 4. Мовлення фразове, з правильною вимовою	1. Рахує до десяти, додає числа в межах 10, має поняття про розподіл на рівні частини. 2. Послідовно називає дні тижня, пори року. 3. Може узагальнювати 4–5 предметів методом виключення, називає складові. 4. Робить послідовний умовивід за 2–4 картинками, міркує, мовлення недорікувате	1. Володіє прямим і зворотним рахунком у межах 10, розв’язує найпростіші задачі на додавання та віднімання. 2. Диференціює кількість, незалежно від форми, величини, узагальнює методом виключення, мотивує. 3. Чітко встановлює причинно-наслідкові зв'язки, виділяє істотне. 4. Володіє великим запасом слів, мовлення граматично оформлене, знає букви, читає склади

Продовження таблиці 3.1

Ігрова діяльність			
1. З'являється сюжетно-рольова гра з двома – трьома дітьми. 2. Гра триває від 10 до 40 хв. 3. З'являються улюблені ігри, любить грати з будівельним матеріалом. 4. Займається конструюванням більше ніж 10 хв., будує гараж, кімнату	1. Збільшується розмаїття ігор, збагачується сюжетний задум гри. 2. Стрижнем гри є взаємини між людьми. 3. У грі дотримується визначених правил, що відображують суспільні функції. 4. Гра тривала	1. Виявляє стійку зацікавленість до гри. 2. Є улюблені ігри і ролі. 3. Сюжет гри набуває найбільшої повноти, яскравості і виразності. 4. У грі найчастіше відображує життя людей, які оточують її	1. Створює план гри, удосконалює її задум, надає перевагу груповим іграм. 2. У процесі гри узагальнює й аналізує свою діяльність. 3. Гра може тривати впродовж кількох днів. 4. Віддає перевагу груповим іграм
Поведінка			
1. Уважно слухає, про що розмовляють дорослі, називає ім'я і по батькові дорослих. 2. Дотримується елементарних правил поведінки у суспільстві. 3. Сформовані гігієнічні навички (охайність, умивання, миття рук після туалету)	1. Міркує з приводу побаченого, робить критичні зауваження. 2. З'являються зачатки відповідальності за доручену справу, прагне бути корисним для оточення. 3. Вміє підкоряти свої бажання вимогам дорослих, починає засвоювати правила взаємостосунків	1. Погоджує свою діяльність з іншими людьми. 2. Починає свідомо дотримуватися правил поведінки з розумінням їхнього значення. 3. Не тільки сама виконує правила поведінки, а й стежить, щоб їх дотримувалися інші діти	1. Відчуває складні моральні переживання за свої і чужі вчинки. 2. Здатна критично аналізувати риси характеру і взаємини людей. 3. Перша вітається з дорослим, дякує, поступається місцем, дбайливо ставиться до речей

Продовження таблиці 3.1

Навички			
1. Самостійно одягається, застібає ґудзика, блискавку, але не шнурує черевики. 2. Самостійно їсть, при цьому правильно тримає ложку, уміє користуватися виделкою. 3. Самостійно вмивається і витирається	1. Вміє правильно користуватися предметами домашнього побуту. 2 Вміє підтримувати чистоту і порядок у кімнаті. 3. Самостійно одягається, зокрема зав'язує шнурки	1. Усе вміє робити самостійно: вмиватися, вдягатися, користуватися столовим посудом 2. Активно підтримує встановлений порядок і чистоту вдома та дитячому садку. 3. Вільно користується ножицями	1. Виконує індивідуальні доручення, формуються трудові навички прибирання кімнати, догляд. 2. Здатна критично аналізувати риси характеру. 3. Хлопчики вміють користуватися молотком, пилкою, рубанком

Потреба у спостереженні за розвитком дитини: не підлягає сумніву. Знання допоможуть спланувати, як виховувати та навчати дитину, робити певні прогнози щодо того, в який дитячий садок (а потім і в школу) дитина піде, побачити динаміку розвитку її психічних процесів (сприймання, уявлення, мислення, мовлення тощо). Ці знання допоможуть краще зрозуміти її соціальну поведінку: чи вміє вона співчувати, чи усвідомлює почуття інших людей (радість та сум), чи допомагає іншим, як грається з іншими дітьми тощо.

Також треба враховувати, що багато часу потрібно для того, щоб чомусь навчити дитину, яка на той час є надто малою. Проте за кілька місяців, коли вона досягне відповідного рівня розвитку, те, що вона не змогла освоїти, стане їй доступним. Отже, пам'ятаймо, що існують певні періоди розвитку, коли навчання та виховання є найефективнішими і коли дитина засвоює певні знання, вміння та навички відносно швидко та легко. Крім того, психічний розвиток значною мірою визначається фізичним дозріванням. Просте дозрівання не єдиний чинник, відповідальний за помірний розвиток дитини. Є ще два важливих моменти: по-перше, навколишнє середовище, в якому розвивається дитина, по-друге, загальні принципи виховання.

Достатній рівень фізичного дозрівання, навколишнє середовище і відповідне виховання є складовими одного процесу – соціалізації. За його допомогою дитина адаптується до вимог, звичок, а також звичаїв своєї культури.

Питання для самоконтролю

1. Термін першого періоду розвитку дитини.
2. У чому сутність пізнавального розвитку першого періоду?
3. Сутність емоційного розвитку першого періоду.
4. Розвиток довільності першого періоду: основні ознаки.
5. Термін другого періоду розвитку дитини.
6. У чому сутність пізнавального розвитку другого періоду?
7. Розвиток переживань у другому періоді.
8. Розвиток довільності другого періоду: основні ознаки.
9. Коли з'являється вольовий розвиток у дитини? У чому його сутність?
10. Про який розвиток якого періоду йдеться:

10.1. Емоції дитини звільняються від імпульсивності та ситуативності.

10.2. Формується почуття справедливості, прихильність, радість від власної дії.

10.3. Дитина починає ставити себе на місце іншої людини.

10.4. Виникає відчуття автономності й самоповаги.

10.5. Поряд із предметним виникає наочно-дійове мислення.

Завдання для перевірки знань

1. Пізнавальний розвиток другого періоду формується:

а) дитині відкриваються можливості побачити світ, де кожний предмет щось означає, для чогось призначений;

б) вона починає вирізняти людей, які посідають певне місце в її житті («свої» та «чужі»; засвоює власне ім'я; формує уявлення про «території» власного «я» (все те, що дитина вважає своїм, про що може сказати «моє»);

в) через розвиток предметного сприймання і наочно-дійове мислення;

г) усі відповіді правильні.

2. Розвиток довільності у ранньому дитинстві передбачає такі аспекти:

а) користуючись речами, дитина освоює їхні фізичні якості;

б) вчиться керувати переміщенням у просторі;

в) починає координувати свої рухи; на основі оволодіння мовленням започатковується управління власною поведінкою (в основному у відповідь на вказівки дорослого);

г) усі відповіді правильні.

3. Розвиток переживань у ранньому дитинстві передбачає такі аспекти:

а) виникає почуття автономії й особистої цінності;

б) зароджується відчуття самоповаги;

в) виникає почуття любові до близьких;

г) усі відповіді правильні.

4. Пізнавальний розвиток дошкільного періоду формується через те, що:

а) у сприйманні дитини світ є не тільки сталим, а й може виступати як релятивний (усе можна всім); умовний план дії, який склався у дитини в попередній період розвитку, втілюється в елементах образного мислення, відтворювального та творчого уявлення; формуються основи символічної функції свідомості; розвиваються сенсорні та інтелектуальні здібності;

б) дитина починає ставити себе на місце іншої людини, а також дивитися на все, що відбувається, з позиції інших і розуміти мотиви їхніх дій; самостійно будує образ майбутнього результату дії;

в) зароджуються оцінка і самооцінка;

г) усі відповіді правильні.

5. Емоційний розвиток дошкільного періоду – це:

а) емоції дитини дедалі більше звільняються від імпульсивності та ситуативності. Формуються почуття відповідальності, справедливості, прихильності, радість від власної інтуїтивної дії;

б) набуває нового поштовху розвиток соціальних емоцій у взаємодії з однолітками. У дитини розвивається спроможність ототожнювати себе з іншими, що породжує в неї здатність до відокремленості від інших і забезпечує розвиток індивідуальності;

в) виникають узагальнення власних переживань, емоційне передбачення результатів чужих і власних вчинків. Емоції стають «розумними»;

г) усі відповіді правильні.

Список рекомендованих джерел

1. Діти з особливими потребами: поради батькам / за ред. В. І. Бондар, В. В. Засенко. Київ: КНТ, 2014. 401 с.

2. Каут Н. М. Основи дефектології та логопедії: тексти лекцій. Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2012. 372 с.

ТЕМА 4
СУТНІСТЬ ПОРУШЕННЯ РОЗВИТКУ, СТРУКТУРА, ЗАКОНОМІРНОСТІ

4.1. Проблема визначення порушеного розвитку.

4.2. Істотні характеристики порушеного розвитку.

4.3. Чинники психічного розвитку дитини та параметри дизонтогенезу.

4.1. Проблема визначення порушеного розвитку

У психолого-педагогічній науці та практиці серед назв осіб (зокрема дітей) із порушеннями психофізичного розвитку використовувалися різні терміни. У сучасній літературі все більше використовується термін «діти з особливими освітніми потребами» (children with special educational needs).

Відповідно до порушення чи дефекту, що переважає, особи з порушеннями психофізичного розвитку поділяються на категорії, а їхні назви конкретизуються. У зв'язку з цим необхідно розглянути класифікацію порушень психофізичного розвитку.

Традиційно в спеціальній психології вирізняють дітей із такими порушеннями психофізичного розвитку:

– з порушеннями аналізаторів;
– розумово відсталих дітей та із затримкою психічного розвитку;
– тяжкими порушеннями мовлення;
– порушеннями опорно-рухового апарату;
– комбінованим дефектом;
– викривленим розвитком.

Крім того, виділяють також ***педагогічно запущених дітей*** *та з* ***порушеннями емоційно-вольової сфери психіки***.

В. В. Лебединський, виходячи з положень, висунутих Л. С. Виготським, виділив параметри, що визначають тип порушення психічного розвитку (1985).

Перший параметр зумовлений функціональною локалізацією порушення і визначає його вид – загальний дефект, спричинений порушенням роботи регуляторних систем (кіркових і підкіркових), або частковий дефект, обумовлений недостатністю окремих функцій. Загальні і приватні порушення утворюють певну ієрархію. Порушення регуляторних систем певною мірою впливають на всі аспекти психічного розвитку, причому приватні порушення нерідко компенсуються збереженням регуляторних або інших систем.

Другий параметр – час ураження – визначає характер порушення психічного розвитку. Ранні ураження зазвичай призводять до недорозвинення психічних функцій, пізні – до ушкодження або розпаду структури сформованих психічних функцій.

У процесі психічного розвитку кожна функція проходить через сенситивний період, який відрізняється не тільки її найбільш інтенсивним розвитком, а й найбільшою вразливістю щодо впливів. Нестійкість психічних функцій може призвести до явищ регресу, тобто до повернення функції на більш ранній віковий рівень, або до явищ розпаду, тобто грубої дезорганізації.

На думку В. В. Лебединського, порушення розвитку ніколи не має рівномірного характеру: насамперед вражаються ті психічні функції, які перебувають у сенситивному періоді, потім функції, пов’язані з пошкодженими. Тому в дитини з будь-яким порушенням психічного розвитку одні функції будуть порівняно збереженими, інші – ушкодженими, треті – різною мірою затриманими.

Третій параметр, відповідно до уявлень Л. С. Виготського про системну будову порушення, характеризує взаємини між первинними та вторинними дефектами.

Вторинне порушення є основним об’єктом психолого-педагогічної корекції аномального розвитку. Необхідність найбільш ранньої корекції вторинних порушень зумовлена особливостями психічного розвитку дітей. Пропущені терміни у навчанні та вихованні дитини з порушеним психічним розвитком автоматично не компенсуються у більш старшому віці, в цьому випадку потрібні складні спеціальні зусилля з подолання порушення. У процесі психічного розвитку змінюються ієрархічні відносини між

первинними та вторинними порушеннями. На початкових етапах основною перешкодою для навчання і виховання є первинний дефект. У подальшому вдруге виниклі порушення психічного розвитку відіграють провідну роль, перешкоджаючи соціальній адаптації дитини.

Четвертий параметр – порушення міжфункціональних взаємодій. У нормальному психічному розвитку дитини виділяють такі типи взаємодії психічних функцій, як тимчасова незалежність функцій, асоціативні та ієрархічні зв'язки. Тимчасова незалежність функцій характерна для ранніх етапів онтогенезу, така, наприклад, відносна незалежність розвитку мислення й мовлення до дворічного віку. За допомогою асоціативних зв'язків розрізнені різномодальні чуттєві враження об'єднуються в одне ціле на підставі просторово-часової близькості (наприклад, образ будинку, пори року). Така організація свідчить про малу диференційованість психічних процесів. Найскладніший – ієрархічний тип взаємодії має високу пластичність і стійкість, які дозволяють у разі необхідності здійснити компенсаторну перебудову психічної функції (Н. А. Бернштейн, 1997).

Кожна із психічних функцій має свій цикл розвитку, в якому чергуються періоди більш швидкого (наприклад, протягом сенситивного періоду) і більш повільного її формування. Водночас перебудова і ускладнення функцій відбуваються у певній послідовності з випереджальним розвитком одних щодо інших.

У разі порушень психічного розвитку страждають міжфункціональні взаємодії, виникають диспропорції у психічному розвитку. Наприклад, при глухоті відзначається неспівмірність наочно-образного та словесно-логічного мислення, писемного та усного мовлення. Зазначені параметри по-різному виявляються у різних варіантах порушень розвитку пізнавальної, моторної й емоційної сфер.

Під час обстеження дитини, яка має певний дефект, у центрі уваги психолога перебуває питання про психологічну кваліфікацію розладів, їх структуру і ступінь вираженості. Однак щодо дитячого віку, оцінка не може бути повноцінною, якщо вона не враховує також і відхилень від стадії вікового розвитку, на якій

перебуває дитина (у нашому випадку з мовленнєвими розладами), тобто особливостей дизонтогенезу, спричиненого больовим процесом або його наслідками.

Визначивши дизонтогенез як розвиток, що відбувається за несприятливих умов, й обґрунтувавши його сутність, потрібно з'ясувати ті закони, за якими він існує. Будь-яка наука, маючи свій предмет дослідження, розвивається за певними законами або має особливі закономірності розвитку. Оскільки розвиток відбувається за певними законами, логічно передбачити, що й відхилення від нього теж мають закономірний характер. Це означає, що є певні закономірності перебігу дизонтогенезу, які становлять три групи закономірностей порушеного розвитку (за В. М. Сорокіним):

1) так звані загальні, або головні, закономірності; до них належать ті закони розвитку, що властиві як для нормального розвитку, так і для патології;

2) модально-неспецифічні – це особливості, характерні для всіх дітей з відхиленнями в розвитку незалежно від варіанта дизонтогенезу;

3) модально-специфічні – особливості психічного розвитку, які властиві лише для конкретної форми відхилення, що відрізняють цю форму від інших.

В. В. Лебединський найбільш чітко визначив параметри дизонтогенезу: функціональна локалізація порушення, чинник часу патогенного впливу, характер і вікова динаміка міжфункціональних зв'язків, співвідношення ядерних (первинних) і системних (вторинних) розладів.

Положення Л. С. Виготського, Г. Є. Сухаревої, Л. Каннера, Я. Лутца, Г. К. Ушакова тощо В. В. Лебединський використав як основу наведених параметрів, що визначають тип порушення психічного розвитку.

В. В. Лебединський усі порушення розвитку поділяє на шість видів дизонтогенезу (тобто порушення онтогенезу – розвитку людини упродовж життя):

1. Загальне психічне недорозвинення. Типовою його моделлю є розумова відсталість (РВ).

2. Затриманий психічний розвиток. До цього виду належить поліморфна група, представлена різними варіантами інфантилізму, недосформованістю вищих кіркових функцій. На відміну від розумової відсталості, характеризується парціальною ретардацією та різним ступенем зворотності; характерна в основному під час затримки психічного розвитку (ЗПР).

3. Ушкоджений психічний розвиток: коли дитина мала достатній період нормального розвитку, який був порушений у 2,5–3 роки у зв'язку із травмою голови або хворобою центральної нервової системи (ЦНС).

4. Дефіцитарний психічний розвиток – це вид психічного розвитку, що є наслідком глибоких порушень або дефіциту аналізаторних систем – зорової, слухової, опорно-рухової.

5. Викривлений психічний розвиток полягає в поєднанні недорозвитку, затриманого розвитку, ушкодженого розвитку за можливого прискореного розвитку окремих психічних функцій.

6. Дисгармонійний психічний розвиток. Його підґрунтям є вроджена або рано набута стійка диспропорційність психіки, в основному емоційно-вольової сфери. Класичним прикладом можуть бути порушення формування особистості під час психопатій, порушення емоційно-комунікативного компонента у разі раннього дитячого аутизму (РДА).

Пропонована класифікація диференціює окремі варіанти аномалій на підставі основної якості порушень розвитку.

Усі ці види дизонтогенезу поділяються на *три основні групи дизонтогенезу:*

I група – відхилення за типом ретардації (затриманий розвиток) та дисфункції дозрівання. Цю групу становлять:

– загальний стійкий недорозвиток (розумова відсталість);

– затриманий розвиток.

II група – відхилення за типом пошкодження. Групу становлять:

– пошкоджений розвиток (органічна деменція);

– дефіцитарний розвиток (тяжкі порушення аналізаторних систем: зору, слуху, опорно-рухового апарату, мовлення; розвиток в умовах хронічних соматичних захворювань);

ІІІ група – відхилення за типом асинхронії з перевагою емоційно-вольових порушень. До неї належать:

– викривлений розвиток (ранній дитячий аутизм);
– дисгармонійний розвиток (психопатії).

4.2. Істотні характеристики порушеного розвитку

Поняття дефекту та питання про його структуру розглядається у працях Л. С. Виготського, погляди якого залишаються актуальними і для сьогодення.

Дослідження Л. С. Виготського (1896–1934) розкривають ***складну структуру розвитку дитини з відхиленнями,*** йдеться про те, що порушення діяльності будь-якого аналізатора або інтелектуальне порушення призводять до цілого ряду відхилень (Л. С. Виготський, 2001). У межах цієї теорії розкривається складна структура аномального розвитку дитини, згідно з якою «...дефект будь-якого аналізатора або інтелектуальний дефект не зумовлює ізольованого виключення якоїсь однієї функції, а призводить до ряду відхилень...».

Так, ***первинний дефект***, недорозвинення або ушкодження різних ланок мовленнєвої системи за умови браку спеціальних корекційних заходів обов'язково *спричинює вторинні* й навіть *третинні відхилення*: недорозвинення усіх структурних компонентів мовлення, обмеженість сенсорних, часових, просторових уявлень; недорозвинення мнестичних процесів; недостатня цілеспрямованість і сконцентрованість уваги; зниження рівня узагальнень; недостатнє вміння планувати власну діяльність, будувати умовиводи, встановлювати причинно-наслідкові зв'язки тощо. Дані про особливості психічного розвитку, а також недостатній рівень розвитку комунікативних навичок зазначені лише частково. Мовленнєві порушення безперечно призводять до стійкого порушення соціальних зв'язків і адаптивних можливостей.

Л. С. Виготський, розкриваючи зміст ***структури дефекту***, стверджував, що *будь-який дефект являє собою складний симптомокомплекс, основу якого становить первинний симптом, який*

випливає з біологічно зумовленого дефекту. Вторинними проявами є психологічні новоутворення, зумовлені наявністю цього симптому. Він підкреслював нерозривний зв'язок психологічних і біологічних проявів розладу, які не можуть існувати ізольовано один від одного. Через переживання особа залучається до процесу одужання. Конкретним механізмом цього залучення є внутрішня картина дефекту (хвороби, згідно з концепцією О. Р. Лурії).

За Л. С. Виготським, *дефект розвитку становлять ядерні (органічні) ураження та їхні симптоми – ускладнення первинного, вторинного та подальших порядків.* Первинні ускладнення є наслідком ядерного (органічного) пошкодження аналізаторів, центральної нервової системи. Вторинні та подальші ускладнення постають із первинних і є наслідком аномального розвитку.

Відсутність звичної опори для становлення функції, необхідність використання інших збережених функцій створює своєрідну картину розвитку. *При різних дизонтогеніях,* зважаючи на відмінність ядерних порушень, *спостерігається різна структура дефекту розвитку.*

У *людей з порушеннями слуху* первинним ускладненням у структурі дефекту є вади слухового сприймання; вторинним – порушення чи відсутність мовлення; третинним – розлади словесно-логічного мислення та пам'яті, особливості характеру.

У *людей з порушеннями зору* первинне ускладнення – це порушення зорового сприймання; вторинне та подальші – недоліки просторового орієнтування, обмеженість конкретних предметних уявлень, зміни у моториці та ході, невиразна міміка, характерологічні особливості, вербалізм та формалізм знань.

У *людей з порушеннями розумового розвитку* первинне ускладнення – це порушення елементарних інтелектуальних функцій; вторинне та подальші – недорозвиток вищих, довільних форм сприймання, пам'яті, словесно-логічного мислення, характеру та особистості загалом (наприклад, завищений рівень самооцінки, негативізм, недорозвиток волі, невротичні реакції тощо).

Усі складові дефекту взаємопов'язані: не лише первинні ускладнення впливають на виникнення подальших, а й спостерігається зворотний зв'язок. Наприклад, дитина з частково збереженим

слухом не буде ним користуватися, якщо в неї не розвивається усне мовлення. Тобто первинне ускладнення (порушення слуху) буде посилюватися.

У структурі дефекту сформованість нижчих (елементарних) функцій зумовлюється органічними пошкодженнями. А недорозвиток вищих психічних функцій особистості, які характеризуються усвідомленістю, довільністю, врегульованістю, найчастіше виникає як похідне, вторинне явище, що надбудовується над первинним у несприятливих умовах виховання дитини.

Найменш виховуваними, тими, що найменше піддаються корекційному впливові, є нижчі психічні функції як симптоми, які безпосередньо залежать від органічного пошкодження. Вони настільки пов'язані з ним, що подолати їх неможливо, доки не буде усунуто першопричину, передусім шляхом медичного втручання.

У зв'язку з цим вищі психічні функції – це та сфера, що має найбільше значення для подолання наслідків дефекту. Вона найбільше піддається корекції, навчанню та вихованню, тобто цілеспрямованому педагогічному впливові. Завдяки впливу на вищі психічні функції, їхньому формуванню досягається корекція елементарних психічних функцій і формується психіка загалом.

У осіб із особливими освітніми потребами зберігаються найзагальніші закономірності розвитку психіки людей, які не мають відхилень. Зокрема, також мають місце:

– *усі стадії онтогенезу* (немовля, ранній, дошкільний, молодший шкільний, підлітковий, юнацький вік тощо);

– *сензитивні,* тобто найсприятливіші для становлення певних психічних функцій, *періоди;*

– *провідні види діяльності та їхня послідовність* – гра, учіння, праця.

Однак до того ж змінюються: *темп розвитку; його терміни; якісні та кількісні характеристики.*

Визначальним у психічному розвитку аномальної, як і нормальної, дитини є соціальний фактор, її навчання та виховання, опора на зону актуального та найближчого розвитку, на сензитивний період.

Своєрідний, якісно відмінний від нормального, психічний розвиток людей з різними порушеннями, тобто аномальний розвиток, характеризується загальними закономірностями, зокрема зниженням обсягу та швидкості сприймання й переробки інформації; порушеннями розумової та фізичної працездатності, виникненням компенсаторних і псевдокомпенсаторних пристосувань; своєрідністю взаємодії з іншими людьми тощо.

Водночас *аномальні особи,* які становлять групи з певними порушеннями (аналізаторів чи інтелекту), категорії (з порушеннями слуху, зору, інтелекту, мовлення, опорно-рухового апарату), типологічні групи у межах категорії, *мають свої специфічні закономірності розвитку психіки.*

Наприклад, у людей з вадами слуху порушення слухового аналізатора негативно позначається на збережених функціях: у них знижений рівень кінестетичних і тактильних відчуттів; вони мають труднощі у зоровому сприйманні. Такі люди характеризуються своєрідністю як образної, так і словесної пам'яті (що пов'язано з недостатністю розвитку мовлення та словесно-логічного мислення).

У людей з порушеннями зору провідними видами сприймання є дотик і слух. У них спостерігається недостатність в утворенні наочних образів довкілля, що негативно позначається на їхній пізнавальній діяльності загалом. Вони мають вади образної пам'яті та мислення; логічні види цих процесів є важливими засобами компенсації сліпоти. Розвиток мовлення у таких дітей випереджає накопичення конкретних образів, що може бути причиною формалізму знань.

Розумово відсталі особи мають недостатність щодо основних характеристик сприймання (уповільненість, вузькість, недиференційованість, порушення просторового сприймання та орієнтування тощо). У них спостерігається скорочений обсяг пам'яті, не вміють використовувати раціональні прийоми запам'ятовування. У таких осіб порушене не лише логічне, а й наочне мислення.

У **дітей із затримкою психічного розвитку** не виявляється порушень елементарних психічних процесів, хоча сприймання у них уповільнене. Порушення адекватного сприймання спостерігається лише в ускладнених умовах. Такі діти мають труднощі й у запам'ятовуванні матеріалу, особливо словесного.

4.3. Чинники психічного розвитку дитини та параметри дизонтогенезу

Порушення психічного розвитку можуть бути зумовлені біологічними чинниками (вади розвитку мозку, що виникають унаслідок генних мутацій, порушень внутрішньоутробного розвитку, патологій пологів тощо). При цьому велике значення має час ушкодження; одна і та сама причина в різні періоди онтогенезу може спричинити різні види аномалій розвитку. Характер порушення залежить від мозкової локалізації процесу, ступеня його поширеності, інтенсивності ушкодження. Як уже зазначалося, особливістю дитячого віку є, з одного боку, незрілість нервових структур окремих компонентів психіки, а з іншого – велика здатність до компенсації.

Чим раніше виникли несприятливі соціальні умови, тим більш грубими та стійкими будуть порушення розвитку. До соціально зумовлених відхилень у розвитку потрібно віднести мікросоціальну педагогічну занедбаність, що призводить до затримки інтелектуального та емоційного розвитку. Найбільш травмуючою є соціальна депривація, що створює дефіцит інформації та емоційного досвіду на ранніх етапах онтогенезу.

Майже будь-який більш-менш тривалий патологічний вплив на незрілий мозок може призвести до відхилення психічного розвитку. Його прояви будуть різні залежно від етіології, локалізації, ступеня поширеності та прояву ураження, часу його виникнення і тривалості впливу, а також соціальних умов, в яких опинилася дитина. Ці чинники визначають і основну модальність психічного дизонтогенезу, зумовлену тим, чи страждають первинно зір, слух, моторика, інтелект, емоційна сфера.

У понятійно-термінологічному словнику подається гранично лаконічне визначення поняття «*дизонтогенез*» – порушення індивідуального розвитку організму. Вперше термін «дизонтогенії» використав Швальбе в 1927 році для позначення відхилення внутрішньоутробного формування структур організму від нормального розвитку. Пізніше цей термін почали вживати більш широко, розуміючи під ним різні форми порушень онтогенезу,

зокрема й постнатальний (після народження), переважно ранній, обмежений термінами розвитку морфологічної структури організму. Синонімом терміна «дизонтогенез» є поняття «порушений розвиток».

У вітчизняній дефектології, а нині – спеціальній психології та спеціальній педагогіці довгий час був прийнятий термін «аномалії розвитку». У період виникнення дефектології використовувався термін «дефективні діти». Сьогодні у зв'язку з переходом від суб'єкт-об'єктної педагогіки до суб'єкт-суб'єктної, яка орієнтується насамперед на індивідуальний тренд розвитку дитини, в усьому світі йде пошук найбільш гуманної термінології стосовно дітей, які мають ті чи інші недоліки в розвитку.

Широко розповсюджені, але невизначені терміни: «діти групи ризику», «діти з особливими потребами», «діти зі специфічними освітніми потребами», «діти, які погано адаптуються», «діти, які мають особливі права» – і термін, який використовувався у вітчизняних офіційних документах «діти з обмеженими можливостями здоров'я». Крім того, як у вітчизняних, так і міжнародних документах, спрямованих насамперед на створення рівних можливостей для розвитку й освіти дітей з різними відхиленнями, використовувався термін «інваліди».

На сьогодні, згідно із Законом України «Про освіту», особа, яка потребує додаткової постійної чи тимчасової підтримки в освітньому процесі з метою забезпечення її права на освіту, є «особою з особливими освітніми потребами».

Державна політка спрямована на надання державної підтримки для здобуття освіти дітьми з особливими освітніми потребами таких категорій: сліпих; зі зниженим зором; глухих; зі зниженим слухом; з тяжкими порушеннями мовлення; із затримкою психічного розвитку; з порушеннями опорно-рухового апарату; з порушенням інтелектуального розвитку; зі складними порушеннями розвитку (зокрема, й з розладами аутистичного спектра, зниженим зором і інтелектуальними порушеннями, зниженим слухом і інтелектуальними порушеннями, порушення опорно-рухового апарату й інтелектуальні порушення). Діти лише з вищезазначеними нозологіями мають особливі освітні потреби та

потребують інклюзивного навчання. Інша категорія дітей, зокрема з порушенням психологічного розвитку, порушенням поведінки, не підлягає інклюзивному навчанню.

Розглянемо фактори, що впливають на тип дизонтогенії: 1) час і тривалість впливу агентів, що ушкоджують (вікова обумовленість дизонтогенії); 2) їх етіологію; 3) поширеність хворобливого процесу – локальність або системність патогенного впливу; 4) ступінь порушення міжфункціональних зв'язків.

Це так звані параметри дизонтогенеза. Розглянемо їх докладніше.

І фактор – вікова обумовленість дизонтогенії

У процесі індивідуального розвитку дитини постійно йде боротьба між незрілістю її структур і фондом росту або розвитку. Залежно від переваги першого або другого фактору за тих самих умов в одних випадках можна чекати більш стійкі патологічні зміни, а в інших – більш легші, які підвладні корекційно-педагогічному впливу (Л. С. Виготський, Г. Е. Сухарєва, Г. Гельниц). Найбільш уразливими періодами дитинства є період «первинної незрілості» організму в період до трьох років, а також період перебудови організму в період пубертату, коли вже гармонічно сформовані системи дитячого організму знову втрачають стан рівноваги, перебудовуючись на «доросле» функціонування.

Найбільш грубе недорозвинення психічних функцій виникає внаслідок дії пошкоджуючих факторів (впливів) у період інтенсивної клітинної диференціації структур головного мозку, тобто на ранніх етапах ембріогенезу, в першій третині вагітності.

У період дошкільного та молодшого шкільного віку (3–11 років) дитячий організм являє собою систему, більш витривалу до стійких необоротних відхилень.

Кожний вік накладає свій відбиток на характер реагування у випадку патогенного впливу. *Це так звані рівні нервово-психічного реагування дітей і підлітків на різні патогенні впливи:*

– ***сомато-вегетативний рівень*** (від 0 до 3 років) – на фоні незрілості всіх систем організм у цьому віці на будь-який патогенний вплив реагує комплексом сомато-вегетативних реакцій, таких як загальна й вегетативна збудливість, підвищення температури тіла, порушення сну, апетиту, шлунково-кишкові розлади;

– ***психомоторний*** (4–7 років) – інтенсивне формування коркових відділів рухового аналізатора, і зокрема лобних відділів головного мозку, робить цю систему схильною до гіпердинамічних розладів різного генезу (психомоторна збудливість, тики, заїкуватість, страхи). Зростає роль психогенних факторів – несприятливих травмуючих відносин у родині, реакцій на звикання до дитячих освітніх установ, несприятливих міжособистісних взаємин;

– ***афективний*** (7–12 років) – на будь-яку *шкідливість* дитина реагує з помітним афективним компонентом – від вираженої аутизації до афективної збудливості з явищами негативізму, агресії, невротичними реакціями;

– ***емоційно-ідеаторний*** (12–16 років) – ведучий у препубертатному і пубертатному віці. Характеризується патологічним фантазуванням, надцінними захопленнями, надцінними іпохондричними ідеями, такими як ідеї уявного потворства (дисморфофобія, нервова анорексія), психогенними реакціями протесту, опозиції, емансипації.

Переважна симптоматика кожного вікового рівня реагування не виключає симптомів попередніх рівнів, але відводить їм менш помітне місце в картині дизонтогенії.

Перераховані реакції є загостреною формою нормального вікового реагування на той чи інший вплив (шкідливий фактор).

ІІ фактор – етіологія порушень

Під ***етіологією*** розуміють не тільки причини виникнення тих чи інших порушень, але й умови, які сприяють їхній появі. Так, екзогенні шкідливості залежно від спадкової схильності, що визначає чутливість мозкових структур до певних впливів, можуть призвести до різного за важкістю відхилення у розвитку. Збіг у часі різних впливів також призводить до неоднакових кінцевих результатів. Серед причин, що викликають погіршення психічного здоров’я дітей, на першому місці стоїть ураження ЦНС різного ступеня важкості, на другому – хронічні соматичні захворювання.

III фактор – інтенсивність і поширеність патологічного процесу

Істотною умовою виразності тієї чи іншої патології є інтенсивність впливу. З останнім пов'язана і поширеність хворобливого процесу, характер сенсорних або інтелектуальних порушень.

До локальних форм порушеного розвитку прийнято відносити дефекти окремих аналізаторних систем: зору, слуху, мовної та рухової сфери. До системних порушень різної важкості відносять інтелектуальні дефекти – розумову відсталість і затримку психічного розвитку.

IV фактор – ступінь порушення міжфункціональних зв'язків (зокрема, міжкульових) та ієрархічної координації

Відставання в розвитку ніколи не має рівномірного характеру: під час загального ушкодження НС насамперед частіше страждають ті функції, які перебувають у цей час у сензитивному періоді, як наслідок, мають найбільшу нестійкість і ранимість, потім функції пов'язані з ушкодженою. Чим важче поразка НС, тим більш стійкі явища регресу та більш ймовірні явища розпаду. Тому профіль психічного розвитку аномальної дитини часто буде складатися із збережених, ушкоджених і в різному ступені затриманих у своєму формуванні психічних функцій.

Дефекти зору і слуху виникають внаслідок ушкодження або недорозвинення периферичних ланок відповідного аналізатора. При цьому центральні відділи аналізатора, коркові структури у багатьох випадках залишаються збереженими, а зміна їхнього функціонування може мати вторинний характер, обумовлений депривацією. У разі рухової патології також можуть діагностуватися локальні ушкодження еферентної (виконавчої) ланки аналізатора, при збереженому стані інших відділів головного мозку.

При розгляді природи мовної патології в багатьох випадках виявляються порушеними лише специфічні мовні коркові зони, а в цілому діяльність мозкових структур, які забезпечують немовні психічні функції, залишається збереженою.

Водночас у процесі психологічного вивчення порушень психічних функцій у дітей з різними формами локальної й системної патології незмінно виявляються подібні за нормою загальні

закономірності розвитку, що проявляються у віковій періодизації розвитку психічних функцій. Ця періодизація, з одного боку, обумовлена строками біологічного дозрівання областей кори й підкіркових утворень головного мозку, їхніх корково-підкіркових зв'язків, з іншого – характером та інтенсивністю впливів навколишнього середовища, що обумовлюють ступінь і характер виникаючих недоліків розвитку психічних функцій.

Чинники розвитку – *це обставини, умови, що викликають стійкі зміни у психофізичному розвитку.*

До *умов нормального розвитку* індивіда (за Г. М. Дульнєвим та О. Р. Лурія) належать:

1) нормальна робота головного мозку та його кори;

2) нормальний фізичний розвиток дитини та пов'язане з ним збереження нормальної працездатності, нормального тонусу нервових процесів;

3) збереженість органів чуття, які забезпечують нормальний зв'язок із зовнішнім світом;

4) систематичність і послідовність навчання дитини у сім'ї та закладах освіти.

Відповідно, брак кожної із зазначених умов призводить до порушення нормального розвитку дитини.

Л. С. Виготський наголошував, що «входження» дитини у цивілізацію становить єдине ціле із процесами її органічного дозрівання. Обидва аспекти розвитку – природний і культурний – збігаються та зливаються воєдино. Природа та культурні зміни є взаємопронизуючими й утворюють єдине середовище соціально-біологічного формування особистості дитини.

Зазначимо, що до біологічних умов виникнення порушень у розвитку належать передусім патогенні впливи на організм людини, її головний мозок, аналізатори, здоров'я тощо, а також їхній результат – пошкодження кори головного мозку, центральної нервової системи, аналізаторів, стан здоров'я тощо. До соціальних – передусім такі умови зростання дитини, як умови її перебування в сім'ї та ставлення до неї, навчання та виховання у спеціальних освітніх закладах, наявність спеціального педагогічного впливу, коло й особливості спілкування. Розглядаючи перелік

наведених умов нормального розвитку, за Г. М. Дульнєвим та О. Р. Лурія, сформованість головного мозку, нормальний стан здоров'я і працездатності, збереженість органів чуття можна віднести до біологічних умов розвитку; систематичність і послідовність виховання дитини у сім'ї та закладах освіти – до соціальних умов.

Отже, серед найбільш значущих біологічних чинників нормального психічного розвитку розглядається стан сформованості головного мозку – необхідна нейробіологічна готовність з боку різних мозкових структур та всього мозку загалом як системи.

Зокрема, дослідження О. Р. Лурія довели, що психічна діяльність забезпечується роботою трьох функціональних блоків головного мозку:

1) регуляцією тонусу та неспання;

2) сприйманням, переробкою та збереженням інформації, що надходить із зовнішнього світу;

3) програмуванням та контролем психічної діяльності.

Кожний блок представлений відповідними відділами головного мозку.

За *перший функціональний* блок відповідають утворення верхніх відділів стовбуру головного мозку. Захворювання чи пошкодження цих відділів призводить до зниження тонусу кори головного мозку людини, що виявляється у зниженні уваги, підвищеній виснажуваності, швидкому засинанні. Змінюється афективна сфера – спостерігається апатія чи патологічна стурбованість; порушується і селективність мислення.

За другий – задні відділи обох півкуль головного мозку, тім'яні, скроневі, потиличні відділи кори головного мозку. Якщо тім'яні відділи пошкодженні, то у людини порушується тактильна та пропріоцептивна чутливість: вона не може за допомогою обстеження пальцями рук упізнати предмет, у неї втрачається відчуття положення тіла та рук, чіткість рухів загалом. Якщо пошкоджені скроневі відділи, то погіршується слух, якщо потиличні – зір.

За третій – передні відділи півкуль головного мозку. У разі їхнього пошкодження відбувається порушення рухів, дій та діяльності загалом. Ушкоджується також самоконтроль їхнього виконання.

До біологічних чинників виникнення порушень психофізичного розвитку в дитини належать:

1) хромосомно-генетичні відхилення в організмі дитини;

2) ендокринні захворювання матері (наприклад діабет);

3) інфекційні та вірусні захворювання матері під час вагітності (краснуха, токсоплазмоз, грип);

4) венеричні захворювання батьків (гонорея, сифіліс);

5) розбіжність резус-факторів;

6) біохімічні шкідливі впливи: радіація; екологічні забруднення навколишнього середовища важкими металами (ртуть, свинець); використання харчових добавок, неправильне використання медичних препаратів; споживання фруктів, овочів, зелені, вирощених на землі, надміру удобреній штучними добривами. Особливо шкідливими ці впливи є для батьків до вагітності жінки, на жінку під час вагітності та дитину в постнатальний період;

7) алкоголізм і наркоманія батьків, особливо матері;

8) гіпоксія (кисневу недостатність);

9) токсикоз матері під час вагітності, особливо у другій її половині;

10) патологічний перебіг пологової діяльності жінки, особливо травматизація головного мозку дитини;

11) серйозні відхилення у соматичному здоров'ї матері (зокрема, недоїдання, загальна соматична ослабленість, гіповітаміноз);

12) мозкові травми у дитини, тяжкі інфекційні та токсико-дистрофійні захворювання у постнатальний період;

13) хронічні захворювання дитини у ранньому та дошкільному віці (діабет, захворювання крові, серцево-судинні хвороби, астма, туберкульоз) тощо.

Соціальний вплив на розвиток дитини також має місце ще до її народження. Сучасними дослідженнями доведено, що у внутрішньоутробний період на дитину негативно впливають не лише патогенні біологічні чинники, а й несприятливі соціальні ситуації, в яких перебуває мати дитини і які спрямовані проти самої дитини (наприклад, бажання позбутися вагітності, негативні чи тривожні почуття, пов'язані з майбутнім материнством тощо). Найбільш патогенними є довготривалі негативні переживання

матері, що позначаються на звуженні судин плода, відповідно – на утрудненні живлення головного мозку киснем; плід розвивається в умовах гіпоксії, може розпочатися відшарування плаценти та передчасні пологи. Не менш патогенними є сильні короткочасні стреси. Велике значення має і психологічний стан матері під час пологів. Тому важливо дозволяти присутність найближчих, не забирати одразу дитину, а покласти на живіт матері тощо. Вплив соціальних умов розвитку дитини зростає ще більше, коли вона народжується.

В. В. Лебединський (1985) з огляду на положення, висунутих Л. С. Виготським, виділив *параметри, що визначають тип порушення психічного розвитку*, тобто *чинники, які впливають на виникнення певного виду дизонтогенезу.* За даними Г. Є. Сухарєвої, М. С. Певзнер, В. В. Лебединського, Е . Г. Симерницької, характер дизонтогенезу визначається такими параметрами:

1) *часом патогенних впливів;*

2) *етіологією порушень;*

3) *розповсюдженістю порушення;*

4) *ступенем порушення міжфункціональних зв'язків.*

Розглянемо сутність кожного з параметрів дизонтогенезу.

Час патогенних впливів. Виявлено, що ступінь порушення розвитку залежить від часу впливу патогенного чинника. Патогенні впливи можуть відбуватися у пренатальний період (до початку пологової діяльності у жінки), натальний (під час пологової діяльності), постнатальний (після пологів жінки і до трьох років дитини). Найбільший недорозвиток викликають патогенні впливи на початку вагітності жінки, а саме у першій її третині. Найуразливішими періодами дитинства є період первинної незрілості організму в період до трьох років, а також період перебудови організму під час статевого дозрівання, коли вже гармонійно сформовані системи дитячого організму втрачають стан рівноваги, перебудовуючись на «доросле» функціонування.

У період дошкільного і молодшого шкільного віку (3–11 років) дитячий організм становить систему, більш стійку до незворотніх відхилень.

Потрібно також зазначити, що кожний віковий період відрізняється характером реагування у випадку патогенного впливу. У зв'язку з цим кажуть про *рівні нервово-психічного реагування дітей на різноманітні патогенні впливи,* а саме:

1. *Сомато-вегетативний (від 0 до 3 років).* На тлі незрілості усіх систем організм у цьому віці на будь-який патогенний вплив реагує комплексом сомато-вегетативних реакцій, таких як загальна та вегетативна збудливість, підвищення температури тіла, порушення сну, апетиту, шлунково-кишкові розлади.

2. *Психомоторний (4–7 років).* Інтенсивне формування коркових відділів рухового аналізатора, зокрема лобних відділів головного мозку, сприяє виникненню гіпердинамічних розладів різного походження (психомоторна збудливість, тіки, заїкання, страхи). Зростає вплив факторів психогенного характеру – несприятливих стосунків у сім'ї, що травмують психіку дитини, реакцій на звикання до дитячих освітніх закладів, складних міжособистісних стосунків.

3. *Афективний (7–12 років).* На будь-який патогенний вплив дитина реагує з виразним афективним компонентом (від виразної аутизації до афективної збудливості з виявами негативізму, агресії, невротичних реакцій).

4. *Емоційно-ідеаторний (12–16 років).* Характеризується патологічним фантазуванням, винятковими іпохондричними ідеями (пов'язаними із занепокоєнням про своє здоров'я) психогенними реакціями протесту, опозиції, емансипації.

Переважання симптоматики кожного вікового реагування не виключає симптомів попередніх рівнів, але їм відводиться менш помітне місце в характеристиці дизонтогенії.

Однак одні і ті самі зовнішні впливи, залежно від спадкової схильності, яка визначає чутливість мозкових структур до певних впливів, можуть зумовити відхилення у розвитку різної тяжкості. До неоднакових результатів може призвести збігання у часі різних впливів.

Серед причин, які викликають порушення психічного розвитку в дитини, перше місце посідає пошкодження центральної нервової системи, друге – хронічні соматичні захворювання.

Розповсюдженість порушень. Розрізняють ***локальні*** та ***системні порушення***. До локальних належать дефекти різних аналізаторних систем: зору, слуху, мовлення, рухової сфери. До системних – порушення інтелектуальної сфери: розумова відсталість та затримка психічного розвитку.

Ступінь порушення міжфункціональних зв'язків. Відставання в розвитку не має рівномірного характеру. У результаті загального пошкодження нервової системи страждають передусім ті функції, які перебувають у сензитивному періоді, потім – пов'язані з ними. Тому профіль психічного розвитку аномальної дитини може складатися зі збережених, пошкоджених та різною мірою затриманих у своєму формуванні психічних функцій.

Наприклад, дефекти зору та слуху виникають унаслідок пошкодження чи недорозвитку периферійних ланок відповідного аналізатора. До того ж центральні відділи аналізатора, коркові структури у багатьох випадках залишаються збереженими, а зміни у їхньому функціонуванні можуть мати вторинний характер, зумовлений невикористанням.

Розглядаючи питання про чинники порушень розвитку, потрібно зазначити і про таке явище, як депривація. **Депривація** – *це різноманітні порушення у формуванні та функціонуванні психіки внаслідок відносно тривалого блокування значущих потреб людини, обмеження у їхньому задоволенні.* Особливо це стосується перцептивних (у відчуттях і сприйманні) потреб у спілкуванні, емоційній підтримці, самореалізації, повазі, безпечності, творчості, ідентичності, інтимності тощо.

Наприклад, при дефіциті інформації, сенсорно-перцептивній ізоляції у людини виникають порушення сприймання часу, простору, схеми власного тіла, контролю мислення, активізується внутрішній діалог, спостерігаються емоційні порушення. А довготривалість перцептивної ізоляції зумовлює незворотність цих порушень.

Особливо актуальними, з огляду на психічний розвиток людини, є комунікативна та емоційна депривації. Саме у зв'язку з цим було виявлено «синдром госпіталізму» у дітей з емоційною депривацією. Він полягає у тому, що у дитини, яка в перші роки життя була позбавлена можливості спілкування з матір'ю чи особою, яка її заміняє, спостерігаються значні відхилення у темпах фізичного, розумового та емоційного розвитку. У них спостерігаються також поведінкові порушення та труднощі соціально-психологічної адаптації.

Питання для самоконтролю

1. Про який дизонтогенез ідеться: «затриманий темп розвитку пізнавальної і емоційної сфер»?
2. Про який дизонтогенез ідеться: «поєднання загального, затриманого, пошкодженого та прискореного розвитку окремих психічних функцій»?
3. Про який дизонтогенез ідеться: «раннє пошкодження мозкових структур»?
4. Які загальні закономірності розвитку дітей із особливими освітніми потребами збігаються із нормо типовими дітьми?
5. Що виявляється змінним?
6. Що таке чинники розвитку?
7. Які є чотири основні умови нормального розвитку?
8. До чого призводить пошкодження верхніх відділів стовбура головного мозку?
9. До чого призводить пошкодження передніх відділів стовбура головного мозку?
10. Перерахувати усі 13 чинників порушень психофізичного розвитку дитини.

Завдання для перевірки знань

1. В. В. Лебединський усі порушення розвитку поділяє на шість видів дизонтогенезу. *Стійкий недорозвиток розглядається як такий, що характеризується:*

а) раннім пошкодженням, незрілістю мозкових структур. Прикладом стійкого недорозвитку є олігофренія;

б) затриманим темпом розвитку пізнавальної та емоційно-вольової сфер. Приклад затриманого розвитку – затримка психічного розвитку (ЗПР), варіантами якої є: конституційна (гармонійний інфантилізм), соматогенна, психогенна, церебральна (церебрально-органічна);

в) тяжкими порушеннями окремих аналізаторних систем: зору, слуху, мовлення, опорно-рухового апарату;

г) диспропорційністю розвитку в емоційно-вольовій сфері. Прикладом дисгармонійного розвитку є психопатія, патологічне формування особистості.

2. В. В. Лебединський усі порушення розвитку поділяє на шість видів дизонтогенезу. *Викривлений розвиток розглядається як такий, що характеризується:*

а) раннім пошкодженням, незрілістю мозкових структур. Прикладом стійкого недорозвитку є олігофренія;

б) затриманим темпом розвитку пізнавальної та емоційно-вольової сфер;

в) тяжкими порушеннями окремих аналізаторних систем: зору, слуху, мовлення, опорно-рухового апарату;

г) поєднання загального, затриманого, пошкодженого та прискореного розвитку окремих психічних функцій.

3. До *умов «нормального» розвитку* індивіда (за Г. М. Дульнєвим та О. Р. Лурія) належать:

а) нормальна робота головного мозку та його кори;

б) нормальний фізичний розвиток дитини та пов'язане з ним збереження нормальної працездатності, нормального тонусу нервових процесів;

в) збереженість органів чуття, які забезпечують нормальний зв'язок із зовнішнім світом;

г) усі попередні відповіді правильні.

4. Розглядаючи перелік наведених умов нормального розвитку, за Г. М. Дульнєвим та О. Р. Лурія, не належать до біологічних умов розвитку:

а) сформованість головного мозку;

б) систематичність і послідовність виховання дитини;

в) нормальний стан здоров'я і працездатності;

г) збереженість органів чуття.

5. Різноманітні порушення у формуванні та функціонуванні психіки внаслідок порівняно тривалого блокування значущих потреб людини, обмеження в їхньому задоволенні – це:

а) депривація;

б) депривaційна ситуація;

в) депривaційний феномен;

г) дефект розвитку.

Список рекомендованих джерел

1. Діти з особливими потребами: поради батькам / за ред. В. І. Бондар, В. В. Засенко. Київ: КНТ, 2014. 401 с.

2. Каут Н. М. Основи дефектології та логопедії: тексти лекцій. Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2012. 372 с.

ТЕМА 5
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

5.1. Психолого-педагогічна характеристика дітей із ЗПР.
5.2. Класифікація ЗПР.
5.3. Диференційна діагностика розумової відсталості та ЗПР.

5.1. Психолого-педагогічна характеристика дітей із ЗПР

Психологія дітей із затримкою психічного розвитку (далі – ЗПР) – один з напрямів спеціальної психології, який займається вивченням своєрідності психічного розвитку дітей з легкими порушеннями розвитку, що мають характер дисфункцій і легких ушкоджень. У центрі уваги цього напряму – виявлення специфічних рис, властивих онтогенезу дітей даної категорії, визначення у них як характерних недоліків, так і ресурсів розвитку, що обумовлюють компенсаторні можливості дитини.

До завдань психології дітей із ЗПР відносять:

– розробку принципів і методів раннього виявлення слабковиражених відхилень;

– питання диференціальної діагностики, розробку принципів і методів психологічної корекції;

– розробку психологічних основ концепції попередження і усунення дисбалансу між процесами навчання і розвитку та індивідуальних можливостей дітей цієї категорії.

Дослідження проблеми слабковиражених відхилень у психічному розвитку ґрунтувалися на клініко-нейрофізіологічному підході у розумінні причин шкільної неуспішності в рамках різних проявів ЗПР, позначених М. С. Певзнер. Як основна патогенна характеристика дітей, які відчували труднощі в засвоєнні знань і уявлень на початковому етапі навчання із загальноосвітніх програм, була розглянута незрілість емоційно-вольової сфери за типом *інфантилізму*.

Термін ЗПР був запозичений у французьких психіатрів Лорана і Лассега. Наприкінці XIX ст. вони ввели його для позначення особливої затримки психофізичного розвитку, що виникає під впливом різних інфекцій і інтоксикацій. Тому інфантилізм визначили як «цілісну структуру фізичних і психічних ознак незрілості, невластивої цьому віку дитячості.

М. С. Певзнер пов'язувала закономірності розвитку емоційно-вольової сфери із закономірностями дозрівання асоціативних лобних структур головного мозку, що найбільше пізно формуються в онтогенезі. У тих випадках, коли темп їхньої диференціації з різних причин трохи вповільнений, це проявляється в інфантильних рисах, властивих дітям дошкільного віку. Незрілість емоційно-вольової сфери, що проявляється в описаних вище особливостях поведінки дітей на початковому етапі навчання, може мати тимчасовий характер і долатися в процесі розвитку, в умовах, які враховують індивідуальну специфіку особистості дитини.

Затримка психічного розвитку – це результат сповільненого темпу формування психіки дитини, зумовлений діями фізіологічних, соматичних або соціальних факторів.

Ще одне визначення: ***затримка психічного розвитку*** – це синдром відставання дозрівання психіки дитини в цілому або окремих її функцій (пам'яті, уваги, розумових процесів, емоційно-вольової сфери, мовлення тощо), уповільненого темпу реалізації закодованих у генотипі якостей організму, які є наслідком незначних негативних факторів (наявність ранньої депривaційної ситуації, недостатнього догляду за дитиною, мінімальна мозкова патологія тощо), набувають тимчасового характеру і можуть бути скоригованими.

Етіологія затримки психічного розвитку є досить багатогранною. З одного боку, в генезі їх можуть відігравати роль різні *біологічні фактори*, зокрема інтоксикації, інфекції, обміннотрофічні розлади, травми, які призводять до нерізко виразних порушень темпу розвитку мозкових механізмів і викликають легкі церебрально-органічні порушення; з іншого – *соціальні*, зокрема: несприятливі умови виховання, дефіцит інформації, недостатність відповідних стимулів у сенситивні періоди розвитку тощо.

До загальних причини ЗПР відносять:

1) затримку в дозріванні окремих мозкових структур;

2) дефіцит конституції дитини;

3) соматичні захворювання;

4) ураження ЦНС;

5) несприятливе соціальне оточення.

М. С. Певзнер, Т. А. Власова виділили причини, що призводять до ЗПР.

Несприятливе проходження вагітності, пов'язане з:

– з хворобами матері під час вагітності (краснуха, паротит, грип тощо);

– хронічними соматичними захворюваннями матері, що почалися ще до вагітності (порок серця, діабет, захворювання щитоподібної залози тощо);

– токсикозами, особливо в другій половині вагітності;

– токсоплазмозом;

– інтоксикаціями організму матері внаслідок вживання алкоголю, нікотину, наркотиків, хімічних і лікарських препаратів, гормонів;

– несумісністю крові матері та дитини за резус-фактором.

Патологія пологів:

– травми внаслідок механічного ушкодження плоду через використання різних засобів рододопомоги;

– асфіксія немовлят під час пологів та загроза асфіксії.

Соціальні фактори:

– педагогічна занедбаність у результаті обмеженого емоційного контакту з дитиною як на ранніх етапах розвитку (до трьох років), так і в більш пізні вікові етапи.

Патогенез затримки психічного розвитку вивчений недостатньо. Вважається (Т. А. Власова, В. В Лебединська, М. М. Певзнер), що основним механізмом затримки психічного розвитку є порушення дозрівання і функціональна недостатність лобних відділів кори великих півкуль головного мозку, які забезпечують проведення усвідомлених актів поведінки і діяльності суб'єкта.

У межах психолого-педагогічного підходу накопичено досить великий матеріал, що свідчить про специфічні особливості дітей із ЗПР, які відрізняють їх з одного боку, від дітей із нормальним психічним розвитком, а з іншого – від розумово відсталих дітей.

Розвиток психіки дитини у вітчизняній та зарубіжній психології розуміється як виключно складний, підпорядкований взаємодії багатьох факторів. Порушення темпу дозрівання мозкових структур, отже, й темпу психічного розвитку, може бути зумовлено своєрідним поєднанням несприятливих біологічних, соціальних і психолого-педагогічних чинників.

Особливості пізнавальної сфери дітей із ЗПР висвітлені в психологічній літературі досить широко (В. І. Лубовський, Л. І. Переслені, І. Ю. Кулагіна, Т. Д. Пускаева та ін.). В. І. Лубовський відзначає недостатню сформованість довільної уваги дітей із ЗПР, дефіцитарність основних властивостей уваги: концентрації, обсягу, розподілу. Пам'ять дітей із ЗПР характеризується особливостями, які перебувають у певній залежності від порушень уваги та сприйняття. В. Г. Лутонян зазначає, що продуктивність мимовільного запам'ятовування у дітей з ЗПР значно нижча, ніж у їх однолітків, що нормально розвиваються.

У дітей із затримкою психічного розвитку спостерігається низький (порівняно з однолітками, що нормально розвиваються) рівень розвитку *сприймання*. Це виявляється у потребі більш тривалого часу для прийому і переробки сенсорної інформації; у недостатності, фрагментарності знань цих дітей про навколишній світ; у труднощах під час пізнання предметів, що перебувають у незвичному положенні, контурних і схематичних зображень. Схожі якості цих предметів сприймаються ними зазвичай як однакові. Ці діти не завжди дізнаються і часто змішують схожі за зображенням букви і їх окремі елементи; часто помилково сприймають поєднання букв тощо.

На етапі початку систематичного навчання у дітей із ЗПР виявляється неповноцінність тонких форм зорового і слухового сприйняття, недостатність планування і виконання складних рухових програм.

У дітей цієї групи недостатньо сформовані і просторові уявлення: орієнтування в напрямах простору впродовж досить тривалого періоду здійснюється на рівні практичних дій; часто виникають труднощі під час просторового аналізу і синтезу ситуації. Оскільки розвиток просторових уявлень тісно пов'язаний із становленням конструктивного мислення, то і формування уявлень цього вигляду у дітей із ЗПР також має свої особливості. Наприклад, під час складання складних геометричних фігур і узорів діти із ЗПР часто не можуть здійснити повноцінний аналіз форми, встановити симетричність, тотожність частин конструйованих фігур, розташувати конструкцію на площині, з'єднати її в єдине ціле. Водночас, на відміну від розумово відсталих, діти цієї категорії порівняно прості узори виконують правильно.

Усі діти із ЗПР без особливих зусиль виконують завдання на складання картинок, на яких зображений одиничний предмет (півень, ведмідь, собака). У цьому випадку ні кількість частин, ні напрям розрізу не викликають ускладнень. Проте під час ускладнення сюжету незвичайний напрям розрізу (діагональний), збільшення кількості частин призводять до появи грубих помилок і до дій методом спроб і помилок, тобто заздалегідь скласти і продумати план дії діти не можуть. У всіх цих випадках дітям доводиться надавати різні види допомоги: від організації їх діяльності до наочної демонстрації способу виконання.

Як найбільш характерні для дітей із ЗПР особливостей *уваги*, дослідниками визначаються її нестійкість, неуважність, низька концентрація, труднощі перемикання.

Зниження здатності розподіляти і концентрувати увагу особливо виявляється в умовах, коли виконання завдання здійснюється за наявності вербальних подразників, що одночасно діють, мають для дітей значний смисловий і емоційний зміст.

Недоліки організації уваги пояснюються слабким розвитком інтелектуальної активності дітей, недосконалістю навичок і умінь самоконтролю, недостатнім розвитком відчуття відповідальності та інтересу до навчання. У дітей із ЗПР виявляється нерівномірність і сповільненість розвитку стійкості уваги, а також широкий діапазон індивідуальних і вікових відмінностей цієї якості.

Спостерігаються недоліки аналізу під час виконання завдань в умовах підвищеної швидкості сприйняття матеріалу, коли диференціювання схожих подразників стає складним. Ускладнення умов роботи веде до значного уповільнення виконання завдання, але продуктивність діяльності при цьому знижується мало.

Нестійкість уваги і зниження працездатності у дітей цієї категорії мають індивідуальні форми прояву. Так, у одних дітей максимальна напруженість уваги і найбільш висока працездатність виявляються на початку виконання завдання і неухильно знижуються у міру продовження роботи; у інших дітей найбільше зосередження уваги настає після деякого періоду діяльності, тобто цим дітям необхідний додатковий період для включення в діяльність; у третьої групи дітей спостерігаються періодичні коливання уваги і нерівномірна працездатність впродовж усього виконання завдання.

Ще однією характерною ознакою затримки психічного розвитку є відхилення в розвитку *пам'яті*. Виявляється зниження продуктивності запам'ятовування і його нестійкість; продуктивне збереження інформації в мимовільній пам'яті порівняно з довільною; помітне переважання зорової пам'яті над словесною; низький рівень самоконтролю в процесі заучування і відтворення, невміння організовувати свою роботу; недостатня пізнавальна активність і цілеспрямованість під час запам'ятовування і відтворення; слабке уміння використовувати раціональні прийоми запам'ятовування; недостатній обсяг і точність запам'ятовування; низький рівень опосередкованого запам'ятовування; переважання механічного запам'ятовування над словесно-логічним. Серед порушень короткочасної пам'яті – підвищена загальмованість під впливом перешкод і внутрішньої інтерференції (взаємовплив різних мнемічних слідів один на одного); швидке забування матеріалу і низька швидкість запам'ятовування.

Виражене відставання і своєрідність виявляється і в розвитку пізнавальної діяльності цих дітей, починаючи з ранніх форм *мислення* – наочно-дієвого і наочно-образного. Діти можуть успішно класифікувати предмети за такими наочними ознаками, як колір і форма, проте важко виділяють як загальні ознаки матеріал

і величину предметів. Аналізуючи предмет або явище, діти називають лише поверхневі, неістотні якості з недостатньою повнотою і точністю. У результаті діти із ЗПР виділяють у зображенні майже удвічі менше ознак, чим їх однолітки, які нормально розвиваються.

Ще однією особливістю мислення дітей із затримкою психічного розвитку є зниження пізнавальної активності. Одні діти практично не ставлять питань про предмети і явища навколишньої дійсності. Це повільні, пасивні, із сповільненою мовою діти. Інші діти ставлять питання, що стосуються в основному зовнішніх властивостей навколишніх предметів. Зазвичай вони розгальмовані, багатослівні. Особливо низька пізнавальна активність виявляється щодо об'єктів і явищ, що перебувають поза колом, визначеним дорослим.

У дітей цієї категорії порушений поетапний контроль над виконуваною діяльністю, вони часто не помічають невідповідності своєї роботи запропонованому зразку, не завжди знаходять допущені помилки, навіть після прохання дорослого перевірити виконану роботу. Ці діти майже не можуть адекватно оцінити свою роботу і правильно мотивувати свою оцінку, яка часто завищена.

Також у дітей із затримкою психічного розвитку знижена *потреба в спілкуванні* як з однолітками, так і з дорослими. У більшості з них виявляється підвищена тривожність стосовно дорослих, від яких вони залежать. Діти майже не прагнуть отримати від дорослих оцінку своїх якостей у розгорненій формі, зазвичай їх задовольняє оцінка у вигляді недиференційованих визначень («хороший хлопчик»), а також безпосереднє емоційне схвалення. Необхідно зазначити, що хоча діти за власною ініціативою нечасто звертаються за схваленням, але в більшості своїй вони досить чутливі до ласки, співчуття, доброзичливого ставлення. Серед особових контактів дітей із ЗПР переважають найбільш прості. У дітей цієї категорії спостерігаються зниження потреби в спілкуванні з однолітками, а також низька ефективність їх спілкування один з одним у всіх видах діяльності.

Окремо зупинимося на особливостях *мовлення дітей із ЗПР*. Клінічні і нейропсихологічні дослідження виявили відставання в розвитку мовлення дітей із ЗПР, низьку мовленнєву активність. У цих дітей можна спостерігати нерозуміння понять та категорій, низький рівень практичних узагальнень, нерозвинену вербальну регуляцію дій. Спостерігається відставання у розвитку внутрішнього мовлення, що ускладнює формування прогнозування та саморегуляції діяльності.

У дітей із ЗПР бідний, недиференційований словниковий запас. У разі використання навіть наявних у словнику слів діти часто допускають помилки, пов'язаних з неточним, а іноді й неправильним розумінням їх змісту. Недостатність словникового запасу пов'язана з недостатністю знань та уявлень цих дітей про навколишній світ, про кількісні, просторові, причинно-наслідкові відносини, що зі свого боку залежить від особливостей розвитку пізнавальної діяльності.

У дітей із ЗПР період словоутворення настає пізніше і триває довше, ніж у дітей з нормальним розвитком.

Підсумовуючи усе вищевикладене, можна узагальнити основні особливості прояву ЗПР:

– діти із затримкою психічного розвитку є найбільш складними у діагностичному відношенні, особливо на ранніх етапах розвитку;

– у дітей із ЗПР у соматичному стані спостерігаються часті ознаки затримки фізичного розвитку (недорозвинення мускулатури, недостатність м'язового та судинного тонусу, затримка зростання), запізнюється формування ходьби, мови, навичок охайності, етапів ігрової діяльності;

– у цих дітей відзначаються особливості емоційно-вольової сфери (її незрілість) та стійкі порушення пізнавальної діяльності;

– емоційно-вольова незрілість представлена органічним інфантилізмом. У дітей із ЗПР відсутня типова для здорової дитини жвавість та яскравість емоцій, характерні слабка воля та слабка зацікавленість в оцінці їхньої діяльності. Гра відрізняється бідністю уяви та творчості, монотонністю, одноманітністю. У цих дітей низька працездатність унаслідок підвищеної виснаженості;

– у пізнавальній діяльності спостерігаються: слабка пам'ять, нестійкість уваги, повільність психічних процесів та їх переключення. Для дитини з ЗПР необхідний триваліший період для прийому та переробки зорових, слухових та інших вражень;

– для дітей з ЗПР характерний обмежений (набагато бідніший, ніж у дітей того ж віку, які нормально розвиваються) запас загальних відомостей про навколишнє, недостатньо сформовані просторові та тимчасові уявлення, бідний словниковий запас, несформованість навичок інтелектуальної діяльності;

– незрілість функціонального стану ЦНС є однією з причин того, що діти із ЗПР не готові до шкільного навчання до 7 років. У них до того періоду зазвичай не сформовані основні розумові операції, де вони вміють орієнтуватися у завданнях, не планують своєї діяльності. Така дитина насилу опановує навички читання і письма, часто змішує літери, подібні за накресленням, відчуває труднощі при самостійному написанні тексту;

– в умовах масової школи діти із ЗПР, природно, потрапляють у категорію стабільно неуспішних учнів, що ще більше травмує їх психіку та викликає негативне ставлення до навчання. Це у разі випадків призводить до конфлікту між школою та сім'єю дитини. У цій ситуації особливо важливо вчасно направити дитину з такими проблемами на психолого-медико-педагогічну комісію з метою проведення кваліфікованої діагностики.

5.2. Класифікація ЗПР

Затримка психічного розвитку за класифікацією В. В. Лебединського (1985) є однією з форм дизонтогенеза (дизонтогенез (диз + грец. On – істота, genesis – походження) – порушення психічного розвитку), поряд з іншими варіантами, такими як недорозвинений, пошкоджений, дефіцитарний, викривлений, дисгармонічний розвиток [4].

Найвживаніша класифікація ЗПР, запропонована К. С. Лебединською (1980), відображає не тільки механізми порушення психічного розвитку, але і їх причинну обумовленість. На основі етіопатогенетичного принципу були виділені чотири основних

клінічних типи ЗПР. Це затримки психічного розвитку такого походження: *1) конституціонального; 2) соматогенного; 3) психогенного; 4) церебрально-органічного*.

Кожний з цих типів ЗПР має свою клініко-психологічну структуру, свої особливості емоційної незрілості і порушень пізнавальної діяльності та нерідко ускладнений рядом хворобливих ознак – соматичних, енцефалопатичних, неврологічних тощо. У багатьох випадках ці хворобливі ознаки не можна розцінювати тільки як ускладнюючі, тому що вони відіграють істотну патогенетичну роль у формуванні самої ЗПР.

Ці клінічні типи найбільш стійких форм ЗПР відрізняються один від одного особливістю структури і характером співвідношення двох основних компонентів цієї аномалії розвитку: *структурою інфантилізму* і *особливостями розвитку психічних функцій*.

1. ЗПР конституціонального походження. Цей тип ЗПР зумовлений уповільненістю і нерівномірністю дозрівання різних систем дитячого організму. Дитина не хвора, але вона і фізично, і психічно розвивається повільніше, ніж інші діти, особливо відстає емоційно-вольова сфера. Це так званий гармонійний інфантилізм, при якому емоційно-вольова сфера перебуває на більше ранньому етапі розвитку, багато в чому нагадуючи нормальну структуру емоційного складу дітей більш молодшого віку. Характерні перевага ігрової мотивації поведінки, підвищений фон настрою, безпосередність і яскравість емоцій при їхній поверховості та нестійкості, легка навіюваність. При переході до шкільного віку значимість для дітей ігрових інтересів зберігається. Гармонійний інфантилізм можна вважати ядерною формою психічного інфантилізму, у якому риси емоційно-вольової незрілості виступають у найбільш чистому виді та часто поєднуються з інфантильним типом статури.

Така гармонійність психофізичного образу передбачає переважно вроджено-конституційну етіологію цього типу інфантилізму. Ця група збігається з описаною М. С. Певзнер: ЗПР конституціонального походження. До цієї групи були віднесені діти з неускладненим психофізичним інфантилізмом. Гармонійний інфантилізм часто зустрічається у близнюків, пов’язаних з багатоплідністю.

Ця форма незрілості емоційно-вольової сфери може виникати внаслідок обмінно-трофічних розладів протягом внутрішньоутробного розвитку. У цих випадках йдеться про конституціональний інфантилізм генетичного походження.

У школі ці діти поводяться як типові дошкільники. Здебільшого затримка психічного розвитку цієї форми не буває досить глибокою, дитину не можна вважати хворою і при належному індивідуальному підході з боку вчителя вона вирівнюється в умовах загальноосвітньої школи. Звичайно, є всі підстави починати навчання таких дітей пізніше на рік, впродовж якого малюка потрібно посилено готувати до школи в сім'ї або в дитячому садку.

2. ЗПР соматогеного походження. Цей тип розвитку обумовлений тривалою соматичною недостатністю (ослабленням) різного генезу та тілесними захворюваннями: хронічними інфекціями та алергійними станами, вродженими та придбаними пороками, насамперед серця.

Центральна нервова система дитини не уражається прямо хворобою, але потерпає від виснаження дитячого організму в цілому. Хвороба знижує психічний тонус дитини, робить її млявою, несприйнятливою до різноманітних впливів. Постійний острах за здоров'я і саме життя малюка змушує батьків знижувати вимоги до нього, задовольняти всі його бажання, а це формує пасивність, безініціативність, егоїзм, відгороджує дитину від життя.

3. ЗПР психогенного походження. Цей тип пов'язаний з несприятливими умовами виховання та дефіциту спілкування в ранньому дитинстві, які перешкоджають правильному формуванню особистості дитини (неповна або неблагополучна родина, психічні травми, відсутність материнської турботи, любові тощо). Найчастіше це трапляється у дитбудинках, де дітям забезпечують достатній рівень фізичного догляду, але живуть вони в ізоляції від навколишнього світу і потерпають від нестачі індивідуальної теплої уваги близьких, дорослих. Звичайно, тяжкі психічні умови можуть бути для дитини і в сім'ї, де постійні конфлікти, сварки, пияцтво.

Соціальний генез цього типу ЗПР не виключає її патологічного характеру. Несприятливі умови середовища, які виникли рано, довгостроково діючі та ті, що травмуючи впливають на психіку дитини, можуть привести до стійких порушень у нервово-психічній сфері, порушуються спочатку вегетативні функції, а потім і психічний та емоційний розвиток загалом. Це патологічний (аномальний) розвиток особистості. Цей тип ЗПР варто відрізняти від явищ педагогічної занедбаності, які не являють собою патологічного явища, а викликані дефіцитом знань і умінь внаслідок недостатньої інтелектуальної інформації. Педагогічно занедбаних дітей (мається на увазі «чиста» педагогічна занедбаність, при якій відставання обумовлене тільки причинами соціального характеру) до категорії ЗПР не відносять, хоча визнається, що тривалий дефіцит інформації, відсутність психічної стимуляції в сенситивні періоди може привести дитину до зниження потенційних можливостей психічного розвитку.

ЗПР психогенного походження спостерігається під час аномального розвитку особистості за типом психічної нестійкості, найчастіше обумовленої явищами гіпоопіки – умовами бездіяльності дитини, при яких у дитини не виховується почуття обв'язку і відповідальності, форми поведінки, оволодіння яких пов'язане з активним гальмуванням афекту. Не стимулюється розвиток і пізнавальної діяльності, інтелектуальних інтересів та установок. Тому риси патологічної незрілості емоційно-вольової сфери у вигляді афективної лабільності, імпульсивності, підвищеної сугестивності у цих дітей часто поєднуються з недостатнім рівнем знань і уявлень, необхідних для засвоєння шкільних предметів.

Варіант аномального розвитку особистості за типом «кумира родини» обумовлений, навпаки, гіперопікою – неправильним вихованням, яке розпещує, дитині не прищеплюються риси самостійності, ініціативності, відповідальності. Для дітей, що мають цей тип ЗПР, на фоні загальної соматичної ослабленості характерне загальне зниження пізнавальної активності, підвищена стомлюваність і виснажливість, особливо при тривалих фізичних та інтелектуальних навантаженнях. Вони швидко втомлюються, їм потрібно більше часу, щоб виконати які-небудь навчальні завдання.

Пізнавальна (і навчальна) діяльність також страждає внаслідок зниження загального тонусу організму. Для цього типу психогенного інфантилізму, поряд з низькою здатністю до вольового зусилля, характерні риси егоцентризму й егоїзму, нелюбов до праці, установка на постійну допомогу і опіку.

Варіант патологічного розвитку особистості за невротичним типом спостерігається у дітей, у родинах яких мають місце брутальність, жорстокість, деспотичність, агресія до дитини, інших членів родини. У такій обстановці формується особистість боязка, емоційна незрілість якої проявляється у недостатній самостійності, нерішучості, малій активності та відсутності ініціативи. Несприятливі умови виховання приводять до затримки розвитку і пізнавальної діяльності.

4. ЗПР церебрально-органічного походження. Цей тип найпоширеніша і найтяжча форма затримки психічного розвитку, яка пов'язана з ураженням головного мозку (ураженнями органічного характеру). Він зустрічається частіше інших вищеописаних типів, має більшу стійкість і виразність порушень як в емоційно-вольовій сфері, так і в пізнавальній діяльності. Прослідковується наявність негрубої органічної недостатності нервової системи (відбувся шкідливий вплив на мозок плоду чи новонародженої дитини різних факторів), частіше – резідуального (від лат. *residuus* – що залишився, збережений) характеру: хвороба матері, патології вагітності (важкі токсикози, інфекції, інтоксикації та травми, несумісність крові матері та плоду за резус- та іншим факторами), недоношеність, асфіксія, травма під час родів, постнатальні нейроінфекції, серцево-судинна недостатність, захворювання печінки, нирок, ендокринної системи, токсико-дистрофічні захворювання перших років життя, вірусні інфекції, токсичні речовини, наркотики, нікотин, алкоголь, деякі лікарські препарати.

До всіх негативних впливів під час вагітності й пологів більш чутливий мозок чоловічої статі, тому серед дітей із затримкою психічного розвитку хлопчиків майже вдвічі більше, ніж дівчаток.

Проведені клінічні та психолого-педагогічні дослідження свідчать про те, що діти з затримкою психічного розвитку посідають нібито проміжне положення між дітьми, які нормально розвиваються та розумово відсталими, проте відрізняючись як від перших, так і від других.

Категорія дітей із ЗПР є досить різнорідною за складом і до неї відносять дітей з різними видами інфантилізму, який часто поєднується з недорозвиненням пізнавальної діяльності, а також дітей з **церебрально-органічними, астенічними та церебрастенічними станами**, що виникли на порівняно ранніх етапах розвитку.

Інфантилізм чітко проявляється в умовах, коли дитина повинна виконувати нові для неї вимоги, зокрема при переході від дошкільного дитинства до шкільного. Інфантильні діти розгальмовані в рухах, непосидючі, рухи їх рвучкі, швидкі, недостатньо скоординовані та чіткі. У класі такі діти поводяться наївно, безпосередньо, грають у принесені із собою іграшки. Вони не враховують і не розуміють шкільної ситуації, не включаються в загальну роботу і припиняють її при найменшому утрудненні.

Такий інфантилізм називається *гармонійним*, риси емоційно-вольової незрілості при цій формі виступають у чистому виді та часто поєднуються з типом статури.

М. С. Певзнер пов’язувала закономірності розвитку емоційно-вольової сфери із закономірностями дозрівання асоціативних лобних структур головного мозку, що найбільш пізно формуються в онтогенезі. У тих випадках, коли темп їхньої диференціації з різних причин трохи вповільнений, це проявляється в інфантильних рисах, властивих дітям дошкільного віку. Незрілість емоційно-вольової сфери, що проявляється в описаних вище особливостях поведінки дітей на початковому етапі навчання, може носити тимчасовий характер і долатися в процесі розвитку, в умовах, які враховують індивідуальну специфіку особистості дитини. Усе це обумовило введення терміна «тимчасова затримка психічного розвитку» стосовно дітей із психофізичним інфантилізмом.

Однак під час розширеного вивчення школярів, що стійко не встигають у масовій школі, було виявлено, що найбільшу кількість серед них становлять діти, у яких психофізичний інфантилізм ускладнений іншими недоліками в розвитку.

М.С. Певзнер (1966 р.) опублікувала класифікацію ЗПР, що включає такі клінічні варіанти:

1) психофізичний інфантилізм із недорозвиненням у дітей емоційно-вольової сфери при збереженому інтелекті (неускладнений гармонійний інфантилізм);

2) психофізичний інфантилізм із недорозвиненням пізнавальної діяльності;

3) психофізичний інфантилізм із недорозвиненням пізнавальної діяльності, ускладнений нейродинамічними порушеннями;

4) психофізичний інфантилізм із недорозвиненням пізнавальної діяльності, ускладнений недорозвиненням мовної функції.

Церебрально-органічна недостатність накладає типовий відбиток на структуру самої ЗПР – як на особливості емоційно-вольової незрілості, так і на характер порушень пізнавальної діяльності.

Емоційно-вольова незрілість представлена *органічним інфантилізмом*. При цьому інфантилізмі у дітей відсутня типова для здорової дитини жвавість і яскравість емоцій. Хворі діти характеризуються слабкою зацікавленістю в оцінці, низьким рівнем домагань. Сугестивність у них має більш грубий відтінок і нерідко відображає органічний дефект критики. Ігрову діяльність характеризує бідність уяви і творчості, певні монотонність і одноманітність, перевага компоненту рухового розгальмування. Саме прагнення до гри виглядає скоріше як спосіб відходу від труднощів, чим первинна потреба: бажання грати часто виникає саме в ситуаціях необхідності цілеспрямованої інтелектуальної діяльності, готування уроків.

Залежно від переважного емоційного фону можна виділити **два основних види органічного інфантилізму**:

Нестійкий – із психомоторним розгальмуванням, ейфоричним відтінком настрою та імпульсивністю, що імітують дитячу життєрадісність і безпосередність. Характерні низька здатність до вольового зусилля і систематичної діяльності, відсутність стійких прихильностей при підвищеній сугестивності, бідність уяви.

Гальмівний – з перевагою зниженого фону настрою, нерішучістю, безініціативністю, часто боязливістю, які можуть бути відображенням вродженої або придбаної функціональної недостатності вегетативної НС за типом невропатії. При цьому можуть спостерігатися порушення сну, апетиту, диспептичні явища, судинна лабільність. У дітей з органічним інфантилізмом цього виду астенічні та неврозоподібні особливості супроводжуються відчуттям фізичної слабкості, боязливості, невмінням постояти за себе, несамостійністю, надмірною залежністю від близьких.

У формуванні ЗПР церебрально-органічного генезу значна роль належить і порушенням пізнавальної діяльності, обумовленим недостатністю пам'яті, уваги, інертністю психічних процесів, їхньою повільністю і зниженою переключаємістю, а також дефіцитарністю окремих коркових функцій. У цих дітей спостерігається нестійкість уваги, недостатність розвитку фонематичного слуху, зорового і тактильного сприйняття, оптико-просторового синтезу, моторної і сенсорної сторони мови, довгострокової та короткочасної пам'яті, зорово-моторної координації, автоматизації рухів і дій. Виявляються погане орієнтування в просторових поняттях «вправо-вліво», явища дзеркальності у письмі.

Залежно від переваги в клінічній картині явищ або емоційно-вольової незрілості, або порушень пізнавальної діяльності *ЗПР церебрального генезу* можна умовно розділити на два основних варіанти: 1) *органічний інфантилізм*; 2) *ЗПР із перевагою функціональних порушень пізнавальної діяльності.* Різні види органічного інфантилізму являють собою більш легшу форму *ЗПР церебрально-органічного генезу*, при якому функціональні порушення пізнавальної діяльності обумовлені емоційно-вольовою незрілістю і негрубими церебрастенічними розладами.

Психічний і психофізичний інфантилізм характереризується тим, що дитина, яка перебуває на певному етапі свого розвитку, виявляє риси, притаманні дитині молодшого віку. Потрапивши до школи, такі діти поводять себе як дошкільники, віддаючи перевагу грі, не вміють зосередитись на навчальній діяльності, організувати себе відповідно до вимог педагога щодо виконання навчальних завдань та дотримання шкільної дисципліни.

У таких дітей не розвинена достатня особистісна готовність до шкільного навчання, що з перших днів перебування у школі утруднює процес оволодіння знаннями та вміннями. За наявності психофізичного інфантилізму навіть зовні (зріст, вага) діти шкільного віку схожі на дошкільників. Розрізняють неускладнені форми психофізичного інфантилізму, які фізіологічно пояснюються уповільненим визріванням мозкових структур, та ускладнені, при яких у дитини спостерігаються слабко виражені органічні дефекти центральної нервової системи, що виникли на ранніх етапах розвитку.

Якщо інфантилізм не ускладнений затримкою розвитку пізнавальних процесів, недостатність навчальної діяльності та поведінки такої дитини пов'язана, в основному, з незрілістю її емоційно-вольової сфери, що виявляється у несформованості шкільних інтересів, зниженій здатності до напруження вольових зусиль для досягнення поставленої мети або, навпаки, для стримування власних бажань, що не відповідають обставинам. Тому дитина не чує того, що пояснює вчитель, під час уроку може встати, пройтися по класній кімнаті, почати гратися, ставити випадкові запитання, не пов'язані з ходом уроку. Зрозуміло, що такі діти потребують особливої уваги, індивідуального підходу, спрямованого на формування в них якостей, необхідних для повноцінної діяльності, нормальних стосунків з іншими учнями. Досвід свідчить, що при створенні відповідних умов їх можна «підтягнути» до такого рівня розвитку, який дозволяє їм навчатися в масовій школі.

Досить часто інфантилізм емоційно-вольової сфери ускладнюється певною затримкою розвитку пізнавальної діяльності, відставанням у функціонуванні мислення, пам'яті від рівня розвитку дітей цього віку. Наприклад, порівняно з дітьми, які розвиваються нормально, дитина з ускладненим психофізичним інфантилізмом проявляє більш низькі здібності до запам'ятовування навчального матеріалу, осмислення інформації, що їй повідомляють, оволодіння аналізом, порівнянням, узагальненням. Це створює утруднення в повноцінному засвоєнні знань та вмінь з різних предметів шкільної програми, у самостійному оволодінні знаннями про навколишню дійсність, які дитина з нормальним розвитком засвоює легко і без спеціального навчання. Багато дітей молодшого шкільного віку із

затримкою психічного розвитку не знають чітко, як звуть їх по батькові (а іноді навіть і прізвища), назви вулиці, на якій вони живуть, не можуть відповісти на інші елементарні запитання. Під час виконання навчальних завдань такі діти припускаються значної кількості помилок, яких самі не помічають і не виправляють, оскільки для них характерні несформованість самоконтролю, невміння правильно оцінити результати власної діяльності. Нерідко помилки у виконанні завдань пов'язані з порушенням цілеспрямованості діяльності, невмінням правильно зрозуміти й утримати в пам'яті інструкцію до завдання, особливо якщо вона містить декілька вимог.

З наведених відомостей про особливості пізнавальної діяльності дітей, у яких поєднується інфантилізм емоційно-вольової та інтелектуальної сфер, очевидно, що в них виявляються недоліки, типові для дітей-олігофренів. Проте, на відміну від останніх, ці недоліки виражені не так яскраво та, що досить важливо, з набагато більшим успіхом піддаються педагогічній корекції. Тут неабияку роль відіграє те, що діти з затримкою психічного розвитку, зазнаючи труднощів у самостійному виконанні тих або інших завдань, значно результативніше, ніж олігофрени, використовують педагогічну допомогу; вони здатні розв'язувати завдання, якщо їм задають навідні запитання, демонструють відповідну наочність, фіксують їхню увагу на меті завдання. За таких умов показники виконання різноманітних завдань цими дітьми наближаються до показників їхніх нормальних ровесників. На відміну від розумово відсталих діти з затримкою розвитку виявляють намагання розібратися в змісті завдання, добре його виконати, активніше шукають засобів досягнення мети. Вони частіше з власної ініціативи звертаються за допомогою, просять повторити інструкцію, розмірковують уголос, шукаючи підтвердження правильності своїх думок та висновків.

Для всіх дітей з затримкою психічного розвитку характерні більш або менш виражені порушення розумової працездатності, які полягають у підвищеній втомлюваності, особливо під час розв'язання завдань, що вимагають тривалого інтелектуального напруження. Проте найяскравіше ця особливість виявляється у дітей з *астенічними станами*.

Термін **астенія** означає слабкість, безсилля та використовується в тих випадках, коли йдеться про ослабленість організму в цілому або деяких його нервово-психічних функцій. Залежно від причин, що викликали астенічний стан, розрізняють *церебральну* та *соматогенну астенії*.

При *церебральній астенії* нервово-психічна слабкість зумовлена захворюваннями мозку (інфекції, травми). Звичайно, тут мають на увазі легкі ураження центральної нервової системи, оскільки більш тяжкі спричинюють розумову відсталість, тобто стійке порушення пізнавальної діяльності, тоді як при церебрастеніях, які зумовлюють затримки психічного розвитку, інтелект первинно збережений. *Соматогенна астенія* пов'язана із загальними соматичними захворюваннями організму (дизентерією, скарлатиною, туберкульозом).

Першопричиною порушень пізнавальної діяльності в дітей з астенічними станами є надмірна втомлюваність, яка різко знижує продуктивність діяльності. Тому в тих випадках, коли розумова працездатність їх ще не порушена (на початку роботи, в спокійній обстановці, після відпочинку), діти виявляються досить зібраними, активно сприймають і розуміють навчальний матеріал, правильно й порівняно самостійно виконують різні практичні завдання, розв'язують інтелектуальні завдання. Проте такий стан зберігається у дітей-астеніків (особливо при церебрастеніях) не довго, як правило, під час виконання завдань, обмежених за обсягом, і таких, що не потребують значного інтелектуального напруження.

Підвищеною втомлюваністю нервової системи в багатьох випадках пояснюються і деякі особливості поведінки таких дітей: у втомленому стані деякі з них стають надмірно збудливими, роздратованими, імпульсивними, метушливими, інші, навпаки, загальмованими, темп їхньої діяльності різко уповільнюється або вони зовсім припиняють роботу, проявляють невпевненість, боязкість.

Варто ще раз наголосити, що описані порушення пізнавальної діяльності та поведінки охарактеризованої групи дітей залежать від стану їх нервово-психічної працездатності, що зі свого боку пов'язано з умовами, в яких організовано їх діяльність. Усі

зазначені недоліки психічної діяльності більш явно виражені у разі церебральних астеніях, ніж при астеніях соматичного характеру.

Проте й останні, проявляючись у загальній фізичній ослабленості організму внаслідок перенесених тяжких дитячих захворювань (скарлатини, вірусного грипу, кору, коклюшу тощо), особливо якщо вони йдуть одне за одним, часто не проходять безрезультатно для загального розвитку дитини.

Фізична слабкість, швидка втомлюваність, часто пов'язані з нею роздратованість, плаксивість у багатьох випадках призводять до ізольованості дитини в колективі одноліток, у яких вона викликає глузування. В ослабленої дитини зникає інтерес до колективних ігор, навчання, з'являються озлобленість, агресивність, замкненість.

Діти досить часто тяжко переживають свої невдачі, проте без чуйної, розумної педагогічної та лікарської допомоги не можуть знайти виходу із становища, що склалося. Астенічні риси поведінки посилюються, накопичуються, особливо, якщо дорослі, не розібравшись у справжніх причинах утруднень дитини, карають її за лінощі, небажання вчитися.

При будь-якому варіанті ЗПР у період полового дозрівання можлива декомпенсація, яка ускладнює їх адаптацію до більш високих соціальних вимог, запропонованих цьому віку, і що проявляється як у клінічних, так і нейрофізіологічних показниках.

5.3. Диференційна діагностика розумової відсталості та ЗПР

Затримка психічного розвитку є однією з найбільш поширених форм психічної патології дитячого віку. Частіше вона виявляється з початком навчання дитини у підготовчій групі дитячого саду або в школі, особливо у віці 7–10 років, оскільки цей віковий період забезпечує великі діагностичні можливості. Більш ретельному виявленню прикордонних станів інтелектуальної недостатності сприяє зростання вимог, які висуваються суспільством до особистості дитини. У медицині затримку психічного розвитку відносять до групи прикордонних форм інтелектуальної недостатності, які

характеризуються уповільненим темпом психічного розвитку, особистісною незрілістю, негрубими порушеннями пізнавальної діяльності. У більшості випадків затримка психічного розвитку відрізняється стійкою, хоча і слабко вираженою тенденцією до компенсації та оборотністю розвитку, можливою тільки в умовах спеціального навчання і виховання.

Основними показниками затримки психічного розвитку дитини, які відрізняють дітей цієї категорії від нормотипових однолітків, є:

– знижена працездатність, швидка втомлюваність;

– уповільненість сприймання та переробки інформації, навіть при сенсорному її сприйманні;

– обмеженість кола загальних життєвих уявлень;

– збіднений словниковий запас; наявність окремих недоліків вимови, хоча загалом мова не має грубих порушень лексики та граматичної будови;

– переважання у мисленні наочно-дійових форм над словесно-логічними операціями (аналізом, порівнянням, синтезом, узагальненням, встановленням логічних зв'язків у інформації, введеній словесно);

– погана пам'ять, невміння використовувати допоміжні засоби під час запам'ятовування матеріалу;

– знижений рівень самоконтролю, критичності, мислення;

– незрілість емоційно-вольової сфери;

– недостатня сформованість усіх видів діяльності, зокрема ігрової.

Усі ці недоліки характерні й для дітей з розумовою відсталістю, але вони більш явно виражені і мають певну якісну специфіку. Тому у разі медико-педагогічного обстеження для диференціальної діагностики затримок психічного розвитку найпоказовішим є метод навчального експерименту. Особливості його полягають у тому, що спочатку обстежуваній дитині пропонують виконати завдання самостійно, а потім послідовно надають певні «порції» педагогічної допомоги. Діагностичним показником є те, скільки таких «порцій» знадобиться дитині, щоб успішно впоратися із завданням. До того ж аналізується якісний бік діяльності: її усвідомленість, довільність, цілеспрямованість, ставлення до допомоги.

Наприклад, у ході дослідження дитині пропонувалося самостійно проаналізувати й описати щонайменше 20 ознак. Дитина з нормальним розвитком називала 12 ознак, розумово відстала – 4–5, а дитина з затримкою психічного розвитку – 6–7.

Якщо в дитини виявлено ЗПР, її скеровують до школи чи класу спеціального типу.

Питання для самоконтролю

1. Який психічний процес характеризується низьким рівнем розвитку у дітей із ЗПР?
2. Які уявлення недостатньо сформовані?
3. Як можна охарактеризувати особливості уваги у дітей із ЗПР?
4. Як можна охарактеризувати особливості пам'яті у дітей із ЗПР?
5. Як можна охарактеризувати особливості комунікативної сфери у дітей із ЗПР?
6. Як можна охарактеризувати особливості мовлення у дітей із ЗПР?
7. Види ЗПР, їх сутність.
8. У чому полягає основний сенс діагностики дітей із ЗПР?

Завдання для перевірки знань

1. Зворотна недостатність пізнавальної діяльності внаслідок функціональних або невиразних органічних розладів у роботі кори головного мозку – це:

а) моторна алалія;

б) затримка психічного розвитку;

в) розумова відсталість;

г) сенсорна алалія.

2. Дитина, яка перебуває на певному етапі свого розвитку, виявляє риси, притаманні дитині молодшого шкільного віку. Потрапивши до школи, такі діти поводять себе як дошкільники, віддаючи перевагу грі, не вміють зосередитися на навчальній діяльності, організувати себе відповідно до вимог педагога щодо виконання навчальних завдань та дотримання шкільної дисципліни. Про який тип затримки йдеться:

а) психічний і психофізичний інфантилізм;

б) соматогенна затримка;

в) церебрально-органічного походження;

г) психологічна.

3. Найважливішою складовою соціального, зокрема освітнього впливу на розвиток аномальної дитини є:

а) корекція;

б) компенсація;

в) компінг-стратегії;

г) гіперкомпенсація.

4. Виявити потенційні можливості розвитку дитини допомагає:

а) принцип комплексності;

б) принцип усебічності і цілісності;

в) принцип динамічності;

г) принцип індивідуального підходу.

5. Затримка психічного розвитку є прикладом:

а) викривленого;

б) пошкодженого;

в) затриманого;

г) дисгармонійного розвитку.

Список рекомендованих джерел

1. Діти з особливими потребами: поради батькам / за ред. В. І. Бондар, В. В. Засенко. Київ: КНТ, 2014. 401 с.

2. Каут Н. М. Основи дефектології та логопедії: тексти лекцій. Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2012. 372 с.

3. Кравченко А. І., Зелінська-Любченко К. О., Ємяшева М. Ю. Загальна, вікова та педагогічна логопсихологія: навч. посібник для студ. напряму підготовки «Педагогічна освіта», спец. 6.010105 «Корекційна освіта. Логопедія» вищих навч. закладів. Вид. друге. Суми: СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2015. 279 с.

4. Лубовський В. І. Психологічні проблеми діагностики аномального розвитку дитини. Спеціальна психологія. Тексти. Ч. І. Кам'янець-Подільський, 2009. С. 4–17.

5. Макадей Л. И. Психолого-педагогическая диагностика и коррекция лиц с ограниченными возможностями здоровья. СКФУ, 2016. 122 с.

6. Пєтухова І. О. Діагностики і корекція навчальних труднощів: нейропсихологічний підхід. *Problems of modern psychology*. 2021. № 3 (22). С. 49–55.

ТЕМА 6
ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУ

6.1. Особливості психічного розвитку дітей з порушеннями інтелекту.

6.2. Види розумової відсталості.

6.3. Ступені розумової відсталості.

6.4. Психологічні особливості розвивально-корекційної роботи з розумово відсталими дітьми.

6.1. Особливості психічного розвитку дітей з порушеннями інтелекту

Серед дітей з психофізичними порушеннями найбільший відсоток тих, у яких спостерігається порушення інтелекту, тобто сукупності *пізнавальних здібностей*. Проте варто зазначити, що будь-яке, наприклад тимчасове, ситуативне, порушення інтелектуальної діяльності не є розумовою відсталістю. Так, учителям початкових шкіл, вихователям дошкільних навчальних закладів трапляються діти, які, порівняно з більшістю, не можуть самостійно виконати певне пізнавальне завдання, гірше сприймають, розуміють і запам'ятовують навчальний матеріал, швидше втомлюються, характеризуються уповільненим темпом діяльності, зниженням працездатності, «випадають» з дитячого колективу внаслідок якихось незвичайних, незрозумілих для педагогів проявів у загальній поведінці. Проте це ще не дає вагомих підстав вважати таку дитину розумово відсталою. Зазначені відхилення у пізнавальній діяльності чи поведінці можуть бути спричинені педагогічною занедбаністю дитини, тимчасовим погіршенням стану фізичного чи психічного здоров'я, незрілістю певних відділів головного мозку, несформованістю певних навчальних умінь та навичок, необхідних для фронтальної роботи класу чи групи, ситуативним зниженням інтересу до навчання чи гри, деформованістю стосунків, які склалися у конкретної дитини з колективом дітей чи педагогами, а також іншими обставинами.

Для того щоб обґрунтовано порушити питання діагностики розумової відсталості дитини і за потреби направити її до установи відповідного типу, педагогу варто чітко усвідомлювати визначення цієї категорії аномального розвитку.

Розумова відсталість – це виразне, незворотне системне порушення пізнавальної діяльності, яке виникає внаслідок органічного дифузного пошкодження кори головного мозку.

У цьому визначенні слід підкреслити наявність трьох ознак:

1) органічного дифузного пошкодження кори головного мозку;

2) системного порушення інтелекту;

3) виразності та незворотності цього порушення.

Брак хоча б однієї з цих ознак свідчитиме про те, що маємо справу не з розумовою відсталістю, а з якимось іншим видом дизонтогенезу:

– недорозвиток розумової діяльності за відсутності органічного пошкодження кори головного мозку є ознакою педагогічної занедбаності, яка піддається корекції;

– локальне пошкодження мозку може зумовити випадіння або розпад певної психічної функції (порушення слуху, мовлення, просторового гнозису, зорового сприймання), але до того ж інтелект загалом виявляється збереженим і є можливість компенсації дефекту;

– функціональні порушення мозкових структур можуть призвести до вад пізнавальної діяльності тимчасового характеру, які за певних умов можуть бути усунуті;

– невиразне зниження інтелекту обмежує можливості людини щодо опанування певних видів складної пізнавальної діяльності, проте не впливає на успішність самостійної соціальної адаптації індивіда;

– органічне пошкодження мозку не обов’язково викликає порушення когнітивних функцій, а може зумовити розлади емоційно-вольової сфери та дисгармонійний розвиток.

Варто зазначити, що не всі дефектологи погоджуються з наведеним визначенням. Наприклад, Л. М. Шипіцина вважає, що за легкої розумової відсталості не завжди має місце органічне пошкодження мозку. Деякі вчені поняття розумової відсталості

розширюють за рахунок тих випадків, коли відставання у розвитку зумовлене несприятливими соціальними умовами, депривацією, педагогічною занедбаністю.

За Міжнародною класифікацією психічних і поведінкових розладів 10-го перегляду (1994), *розумова відсталість* – це стан затриманого або неповного розвитку психіки, що характеризується порушенням тих здібностей, які виявляються в період дозрівання і забезпечують загальний рівень інтелектуальності, тобто когнітивних, мовленнєвих, моторних та соціальних здібностей. Для розумово відсталих характерним є порушення пізнавальної діяльності, адаптивної поведінки.

За визначенням Д. М. Ісаєва та Л. М. Шипіциної (2005), ***розумова відсталість*** – це сукупність етіологічно різних (спадкових, вроджених, набутих у перші роки життя), непрогресуючих патологічних станів, які виявляються в загальному психічному недорозвитку з переважанням інтелектуального дефекту та призводять до ускладнення соціальної адаптації.

6.2. Види розумової відсталості

Поняття «*розумово відстала дитина*» включає різноманітну за складом масу дітей, яких поєднує наявність ушкодження кори головного мозку, що має дифузний характер. Морфологічні зміни охоплюють багато ділянок кори головного мозку дитини, порушуючи їх будову і функції. Не виключені й такі випадки, коли дифузне ураження кори поєднується з окремими, більше вираженими локальними, що іноді включають і підкіркові системи. Усе це обумовлює виникнення різноманітних, з різною виразністю відхилень, які проявляються в усіх видах психічної діяльності, особливо – у пізнавальних процесах.

До розумово відсталих дітей можна віднести тих, у яких розумова відсталість виникла внаслідок різних органічних уражень, найбільш складних і пізно сформованих мозкових систем, у період до розвитку мовлення (до 2–3 років).

Г. Є. Сухарєва визначила основні клінічні прояви олігофренії. До них вона віднесла: *домінування інтелектуального дефекту і відсутність проградієнтності стану*.

Ступінь прояву дефекту залежить від важкості впливу негативного фактора, від його переважної локалізації, а також від часу набуття. Чим у більш ранній термін дитина перенесла складне захворювання, тим важче проявляються його наслідки. Найбільш глибокі ступені олігофренії спостерігаються у дітей, які перенесли захворювання у внутрішньоутробному періоді розвитку. У цьому випадку строк нормального розвитку головного мозку дитини мінімальний.

Під час загального психічного недорозвинення органічна недостатність мозку носить *резідуальний (залишковий), непрогрідієнтний (що не посилюється) характер*, що дає підставу для оптимістичного прогнозу щодо розвитку дитини, яка після перенесеного негативного фактору виявляється практично здоровою, оскільки хворобливі процеси, що мали місце в її ЦНС, припиняються. Дитина здатна до психічного розвитку, який, однак, здійснюється аномально, оскільки її біологічна основа патологічна. Діти-олігофрени – переважний контингент учнів спеціальної корекційної школи. Вони є найбільш вивченими в педагогічному і психологічному аспектах.

Розумова відсталість, що виникла в більш пізньому віці, зустрічається рідко. Вона входить у ряд понять, серед яких певне місце займає ***деменція*** (слабоумство). (*Слабоумство* – узагальнений термін, який позначає необоротне або малооборотне порушення психіки, що проявляється у слабкості інтелекту, втраті раніше придбаних знань і/або ускладненні у придбанні нових, недорозвиненні психіки в цілому, порушенні поведінки). У разі деменції порушення мозку виникають після довгостроковопротікаючого нормального розвитку дитини (5–7 і більше років). Деменція може бути наслідком органічних захворювань мозку або травм. Інтелектуальний дефект при деменції носить незворотній характер. При цьому відзначається прогресування захворювання. В окремих випадках за допомогою лікування в сприятливих педагогічних умовах можна досягти деякої стабілізації стану психічних функцій хворого [21].

Не відносять до олігофренів дітей, які страждають проградієнтно плинучими захворюваннями, що посилюються, обумовленими спадковими порушеннями обміну речовин. Їх розумова відсталість з віком стає все більш різко вираженою. Особливими є також випадки, за яких в дитини слабоумство поєднується з наявністю психічних захворювань – епілепсією, шизофренією та ін., що ускладнює виховання і навчання. При цьому позитивний прогноз щодо просування дитини в розвитку стає проблематичним.

Важливо зазначити, що олігофренія визначається не етіологічними чинниками, а раннім впливом цих чинників на мозок. Тобто досить різноманітні спадкові, вроджені, набуті шкідливості в пренатальний та ранній постнатальний періоди зумовлюють загальний психічний недорозвиток. Клінічні вияви олігофренії не залежать від причин її виникнення, на відміну від деменції, за якої структура дефекту певною мірою визначається етіологічними чинниками.

Під час олігофренії характерною є слабкість замикальної функції кори головного мозку, нестійкість зв'язків, інертність і слабкість нервових процесів, недостатність внутрішнього гальмування, надмірне збудження, труднощі у формуванні складних умовних рефлексів. Первинний дефект у разі олігофренії пов'язаний з тотальним недорозвиненням мозку.

Вторинний дефект при олігофренії, за В. В. Лебединським, зумовлений недорозвитком вищих форм мислення, що перешкоджає зі свого боку перебудові елементарних психічних процесів, зокрема формуванню логічної пам'яті, довільної уваги, сприймання [25].

Для дітей-олігофренів характерною є відірваність мовлення від дії, осмислення, розуміння матеріалу від його запам'ятовування.

Виокремлюють такі основні ознаки олігофренії:

– наявність інтелектуального дефекту, який поєднується з порушеннями моторики, мовлення, сприймання, пам'яті, уваги, емоційної сфери, довільних форм поведінки;

– тотальність інтелектуальної недостатності, тобто недорозвиток усіх нервово-психічних функцій, порушення рухливості психічних процесів;

– ієрархічність інтелектуального дефекту, тобто переважна недостатність абстрактних форм мислення на тлі (основі) недорозвитку усіх нервово-психічних процесів. Недорозвиток мислення позначається на перебігу всіх психічних процесів: сприймання, пам'яті, уваги. Страждають передусім усі функції абстрагування та узагальнення, порівняння за істотними ознаками, розуміння переносного смислу, порушуються компоненти психічної активності, пов'язані з аналітико-синтетичною діяльністю мозку.

Отже, олігофренія характеризується непрогредієнтністю (тобто не має тенденції до прогресування), тотальністю та ієрархічністю порушення психічного розвитку, порівняною збереженістю особистісного аспекту пізнавальної діяльності. Цим зазначений вид розумової діяльності відрізняється від деменції.

Деменція – *це вид розумової відсталості, який виникає внаслідок пошкодження кори головного мозку у період після двох – трьох років і виявляється у виразному зниженні інтелектульних можливостей та в частковому розпаданні вже сформованих психічних функцій.*

Оскільки формування кори головного мозку в основному завершується у 16–18 років, то явища деградації супроводжуються і психічним недорозвитком.

У процесі деменції спостерігаються розлади емоційної сфери, часто з розгальмованими потягами, важкими порушеннями цілеспрямованої діяльності та особистості загалом.

Деменція характеризується парціальністю порушення психічних функцій. Це означає, що одні з них пошкоджені більше, а інші – менше. Ускладнення пізнавальної діяльності зумовлене не стільки вадами мислення, скільки грубими розладами цілеспрямованості, уваги, пам'яті, сприймання, емоцій, а також низькою інтенсивністю прагнення до досягнень. При деменції спостерігається інертність мислення, швидка виснажливість, дезорганізація психічної діяльності загалом. Деменція часто супроводжується енцефалопатичними (головними болями, нудотою, запомороченнями,

судомними нападами тощо) та психотичними розладами (патологічними потягами, мареннями, галюцинаціями та іншими виявами порушення свідомості).

Клініко-психологічна картина деменції буде різною залежно від віку виникнення захворювання мозку. Під час захворювання у ранньому дошкільному віці на перший план виступають втрата і збіднення навичок. Якщо захворювання починається у старшому дошкільному віці найбільш показовим є порушення або збіднення ігрової діяльності, яка стає одноманітною, стереотипною. У разі захворювання у молодшому шкільному віці збереженими залишаються мовлення, навички самообслуговування, але виразно знижуються інтелектуальна працездатність і навчальна діяльність загалом: втрачаються шкільні інтереси, порушуються цілеспрямованість.

Г. Є. Сухарєва на підставі клініко-психологічної структури дефекту вирізняє *чотири типи органічної деменції* у дітей. *Перший тип* характеризується переважанням низького рівня узагальнення.

При *другому типі* на передній план виступають нейродинамічні розлади, різка сповільненість, швидка психічна виснажливість, нездатність до напруження. Спостерігаються порушення логічності мислення, виразна схильність до персеверацій (фіксації на окремих операціях із труднощами переключення на інші).

Третій тип поєднує недостатність спонукань до діяльності з млявістю, повільністю, пасивністю, апатією, різким зниженням активності мислення; емоційна бідність, байдужість до оцінки, відсутність планів на майбутнє, інтелектуальних інтересів. За загальної розумової загальмованості наявна схильність до утворення елементарних рухових стереотипів.

При *четвертому типі* у центрі клініко-психологічної картини перебувають порушення критики і цілеспрямованості мислення водночас зі значними розладами уваги, «польовою поведінкою». Діти з таким діагнозом вирізняються хаотичною руховою розгальмованістю, схильністю до дій за першим спонуканням.

Аналіз структури дефекту двох останніх підгруп доводить виразність пошкодження та недорозвинення функцій лобних частин.

Деменція поділяється на ***резидуальну,*** яка так само, як і олігофренія, не має прогредієнтного характеру, та ***плинну,*** яка вирізняється наявністю поступової інтелектуальної деградації, та зумовлена хворобою, яка прогресує.

До ***резидуальної деменції*** належать форми розумової відсталості, що виникли через два – три роки після черепно-мозкової травми, або запалення мозку та його оболонки (енцефаліт та менінгіт). ***Плинна деменція*** часто буває зумовлена нейроінфекціями (сифіліс, ревматизм центральної нервової системи) або генетичними порушеннями (гідроцефалія, шизофренія, епілепсія).

6.3. Ступені розумової відсталості

Залежно від глибини пошкодження мозку (ступенем виразності дефекту) виокремлюють три ступені розумової відсталості: ідіотію, імбецильність, дебільність. За сучасною міжнародною класифікацією психічних захворювань виділяється чотири ступені розумової відсталості, які співвідносяться з показниками рівня розумового розвитку, вираженими в інтелектуальному коефіцієнті, вимірюваному за тестом інтелекта Векслера в умовних одиницях **(IQ):**

– глибокий (F-73) – ідіотія (**(IQ** – 0–19);
– важкий (F-72) – виразна імбецильність (**(IQ** = 20–34);
– помірний (F-71) – легка імбецильність (**(IQ** = 35–49);
– легкий (F-70) – дебільність *(***(IQ** = 50–69).

Діти з легким ступенем розумової відсталості можуть навчатися за програмою допоміжної школи.

МКХ-10 класифікує такі ступені розумової відсталості:

F70. Розумова відсталість легкого ступеня.

F71. Розумова відсталість помірного ступеня.

F72. Розумова відсталість тяжкого ступеня.

F73. Глибока розумова відсталість.

F78. Інші форми розумової відсталості.

F79. Розумова відсталість неуточнена.

Ідіотія (глибоко розумово відсталі діти) – *це найвиразніший ступінь розумової відсталості, який виникає внаслідок глибинного пошкодження кори головного мозку та частково підкірки, що призводить до грубого порушення фізичного та психічного розвитку.* У таких дітей можуть спостерігатися часті прояви сексуального збудження у вигляді невтримного онанізму. У деяких випадках при ідіотії спостерігається парадоксальне збереження окремих психічних функцій та здібностей. На тлі глибокої інтелектуальної неповноцінності може спостерігатися вражаюча механічна пам'ять, музичні та інші здібності тощо.

Діти з розумовою відсталістю у ступені ідіотії підлягають розподілу до будинків інвалідів та закладів соціального забезпечення, де за ними доглядають та за можливості навчають елементарних навичок самообслуговування.

Імбецильність – *середній за виразністю ступінь розумової відсталості, який виникає через глибинне пошкодження кори головного мозку.* Імбецильність за міжнародною класифікацією поділяється на *помірну (легшу)* та виразну.

Виразна імбецильність (важка розумова відсталість) навіть за відсутності паралічів та парезів супроводжується грубим недорозвитком рухової сфери, яка незалежно від віку дитини виявляється у порушенні та слабкості статичної та моторної функцій, координації, точності й темпу довільних рухів. Діти не вміють бігати і стрибати, їм важко переключатися з одного руху на інший. Диференційовані рухи пальців та рук у багатьох із них є неможливими, що є іноді непереборною перешкодою для формування навичок самообслуговування.

Грубе порушення уваги виявляється в нестійкості, відсутності її активної форми. Діти реагують лише на яскраві предмети. До того ж навіть така реакція є досить нетривалою. При виразній імбецильності часто трапляються аномалії розвитку органів відчуттів та функціональні розлади аналізаторів. Сприймання характеризується поверховістю та неспецифічністю. Добре відомі дитині предмети, що її оточують, вона розрізняє задовільно, а от незнайомі явища не викликають орієнтовної реакції. Наслідком недиференційованості сприймання є відсутність аналізу, порівняння. Пам'ять

дітей з важкою розумовою відсталістю відрізняється дуже малим обсягом і значними спотвореннями при відтворенні.

Мислення дітей з важкою розумовою відсталістю є конкретним, хаотичним і безсистемним. Іноді такі діти можуть здійснювати елементарне узагальнення, наприклад, *спеціальному навчанню об'єднати* реальні предмети у групи (меблі, одяг, тварини). Оперувати абстрактними поняттями, передати зміст навіть найпростішої сюжетної картинки вони не можуть. Деякі з них опановують порядковий рахунок предметів. Під впливом навчання у них можуть з'явитися не пов'язані між собою уявлення, їхні міркування є збідненими та несамостійними.

Експресивне мовлення при виразній імбецильності або не формується взагалі, або існує на рівні беззмістовних ехолалічних повторень окремих слів з порушеною структурою і коротких аграматичних речень. Подібні висловлювання буває важко зрозуміти ще й через грубі порушення звуковимови. Проте такі діти часто замість мовлення користуються жестами. Вони розуміють звернене мовлення, орієнтуючись в основному на інтонацію, у ситуаціях, пов'язаних із задоволенням основних потреб.

Типовими рисами особистості дітей з важкою розумовою відсталістю є відсутність спонукань або хаотичне прагнення до всіх навколишніх подразників, що привертають увагу, тенденція до наслідування та відтворення старих завчених штампів. Емоційні реакції є одноманітними, задубілими й недиференційованими.

При ***легкій імбецильності*** (помірна розумова відсталість) локомоторні функції розвиваються дуже повільно. Моторика характеризується незграбністю, недиференційованістю. Діти з легкою імбецильністю не можуть виконувати дії, що потребують точності, довільної регуляції, координованості рухів, особливо дрібних.

Мовлення таких дітей аграматичне, збіднене. Словниковий запас дуже обмежений, у ньому немає узагальнювальних та абстрактних термінів. Речення прості непоширені, неправильно побудовані. Звернені до них інструкції розуміють лише в конкретних ситуаціях. Зміст простої казки чи оповідання можуть усвідомити лише з опорою на наочність. Складні граматичні конструкції не розуміють узагалі.

Увага мимовільна, залежить від фізичних характеристик об'єктів та зовнішньої мотивації. Стійкість уваги вже вимірюється не секундами, як при ідіотії, а декількома хвилинами. У процесі сприймання не виявляється активність, необхідна для одержання специфічної для певного предмета інформації. Через це дитина не може виділити деталі, побачити відмінність між предметами. Перцептивна діяльність характеризується хаотичністю. Обсяг пам'яті суттєво звужений. Під час відтворення заученого часто наявне спотворення. До підліткового віку пам'ять, особливо довготривала, дещо вдосконалюється.

У дітей з легкою імбецильністю можна розвинути примітивне наочно-дієве та образне мислення, яке проте характеризується конкретністю, браком послідовності, гнучкістю. Утворення абстрактних понять є досить обмеженим найелементарнішими ситуативними узагальненнями. Дітей можна навчити групувати одяг, тварин, рослин тощо. Вони не вміють визначати подібність, а відмінності помічають лише на конкретних предметах.

Діти-імбецили є вразливими. Їхні емоції характеризуються полярністю, реактивністю та лабільністю. Відносна збереженість їхнього афективного життя виявляється в чутливості до оцінки іншими людьми. Власна самооцінка у них є неадекватно завищеною: себе вони вважають найліпшими. Імбецили так само, як і ідіоти, схильні до «польової поведінки», проте у них уже досить часто виявляються й інші форми активності, наприклад імпульсивні акти, які здійснюються під впливом безпосередніх потреб індивіда і не передбачають свідомої постановки мети, планування, аналізу засобів та можливих наслідків. Такі діти можуть виконувати прості завдання під безпосереднім контролем педагога, а також реалізовувати автоматизовані навички.

У дітей з легкою імбецильністю можна виховати навички самообслуговування. Деякі з них завдяки тривалому спеціальному навчанню виявляються. Спроможні опанувати елементи грамоти та рахунок у межах 10–20. З великими труднощами засвоєні знання використовуються механічно. Завдяки навчанню шляхом багаторазового показу способу виконання завдання з поступовим його ускладненням вдається підготувати підлітків до праці.

Незалежне проживання осіб з таким ступенем інтелектуальної недостатності є неможливим. Проте вони можуть бути фізично активними, встановлювати контакти, брати участь в елементарних соціальних заняттях, організованих вихователями. У дорослому віці вони здатні до простої практичної роботи під наглядом, піддаються керівництву.

Діти з розумовою відсталістю у ступені імбецильності підлягають розподілу до будинків інвалідів та закладів соціального забезпечення, де за ними доглядають, формують навички самообслуговування, а також за можливості навчають елементам грамоти.

Дебільність *(легка розумова відсталість) – найлегший ступінь розумової відсталості, який виникає внаслідок поверхневого пошкодження кори головного мозку.* Спостерігається певне відставання у розвитку локомоторних функцій, яке у шкільному віці може бути виявленим лише за допомогою спеціального обстеження. У таких дітей порівняно добре розвинене побутове мовлення. Їх можна навчити правильно вимовляти слова, будувати речення, вживати узагальнювальні й абстрактні терміни. Завдяки спеціальному навчанню вони опановують писемне мовлення: навчаються читати й писати. Хоч на письмі вони допускають велику кількість граматичних, стилістичних та логічних помилок. Труднощі розуміння зверненого до них мовлення у дебілів можна помітити тоді, коли співрозмовник вживає складні логіко-граматичні конструкції, слова та вирази з переносним значенням. Обсяг запам’ятовування є звуженим. Обмежує можливості пам’яті також невміння користуватися прийомами мнемотехніки, підпорядковувати пам’ять мисленню.

У дебілів можна розвинути довільну увагу, яка, втім, буде поступатися за своїми властивостями увазі дитини з нормальним психофізичним розвитком. В умовах спеціального навчання у них формується наочно-образне та елементарне вербально-логічне мислення.

Діти-дебіли здатні до цілеспрямованих видів діяльності, можуть передбачати наслідки своєї активності, якщо зробити їхнім предметом усвідомлення. Проте досить часто під впливом нагальних потреб вони виявляються схильними до імпульсивних необдуманих вчинків.

Емоційно-вольова сфера у дітей-дебілів первинно збережена. Тому вони у доступних їх розумінню ситуаціях адекватні. Проте характерними при дебільності є незрілість, інфантильність емоцій, слабкість волі, знижена спроможність докладати вольові зусилля.

Діти з розумовою відсталістю у ступені дебільності можуть вчитися за програмою спеціальної допоміжної школи, що базується на програмі початкової масової школи, до якої додається спрощене вивчення історії, географії, біології, побутової хімії та фізики. Особливе місце у шкільній освіті розумово відсталих дітей посідає трудове навчання, соціально-побутова орієнтація.

6.4. Психологічні особливості розвивально-корекційної роботи з розумово відсталими дітьми

Завдання корекції полягає у тому, щоб забезпечити можливість соціальної адаптації дитини шляхом розвитку вищих психічних функцій, оптимізації соціальної ситуації розвитку, формування різних видів діяльності.

Ефективність корекційної роботи залежить від дотримання її принципів, в основі яких було покладено дослідження та праці Л. С. Виготського та таких його послідовників, як: Л. В. Занков, І. М. Соловйов, Г. М. Дульнєв, Ж. І. Шиф, В. І. Лубовський, В. М. Синьов, Н. М. Стадненко та ін.

Принципи корекційної роботи:

1. *Єдність діагностики й корекції*. Цей принцип реалізується у трьох аспектах. По-перше, корекційній роботі передує діагностика, спрямована на вивчення структури дефекту, механізмів його формування, а також на виявлення збережених функцій психіки, на які можна спиратись під час корекції. По-друге, у процесі корекції здійснюється уточнення діагнозу. По-третє, корекційна робота потребує постійного оцінювання її ефективності, критерієм якого є ті зміни, які відбуваються у психіці дитини. Дізнатися про наявність таких змін можна також за допомогою діагностики.

Педагог, вихователь збирає інформацію про особливості психіки дитини шляхом спостереження, бесіди, формувального експерименту. Ці дані можуть бути доповнені результатами психологічного обстеження, яке здійснює психолог. Діагностика допомагає оцінити ефективність обраних прийомів корекції.

2. *Встановлення доброзичливої, довірливої, підтримуючої, оптимістичної атмосфери спілкування*.

3. *Емпатійне ставлення* до дитини, яку потрібно приймати такою, яка вона є, не порівнювати з іншими, не наводити інших дітей за приклад.

4. *Діяльнісний принцип корекції*. Основним засобом корекційно-розвивального впливу є організація активної діяльності дитини у співробітництві з дорослим.

5. Психокорекція проводиться у *зоні найближчого розвитку*, оскільки робота з дитиною за межами цієї зони не матиме корекційного ефекту.

6. Корекція й навчання повинні враховувати *індивідуальні темпи психічного розвитку*. В жодному разі не можна робити новий крок, давати новий матеріал, якщо дитина ще не засвоїла попередній, оскільки дитина здобуває формальні знання, якими не може скористатися, а її розвиток сповільнюється. Власне, таке навчання не сприяє прогресу, а лише перешкоджає розвитку.

7. *Принцип заміщаючого онтогенезу.* Корекційна робота повинна починатися з того моменту, після якого почалось відхилення від ідеальної програми розвитку і відтворювати усі закономірності останнього.

8. *Принцип нормативності*. Необхідно орієнтуватися на еталон розвитку на певному віковому етапі, загальні закономірності формування тієї чи іншої психічної функції в онтогенезі. Наприклад, не можна розвивати логічне мислення до здобуття певних досягнень у розвитку наочно-образного, не можна від дитини молодшого шкільного віку очікувати поведінки, властивої підліткам тощо.

9. *Врахування вікових та індивідуальних особливостей дитини*. Корекційна робота має проходити у напрямі провідної діяльності та основних психологічних новоутворень того вікового

періоду, в якому перебуває дитина. Ефективність корекційної роботи залежатиме від того, наскільки в її процесі враховані потреби та інтереси дитини, її самооцінка, характер.

10. *Врахування структури дефекту конкретної дитини та особливостей її соціальної ситуації розвитку.*

11. *Спрямованість корекційної роботи згори донизу.* Спрямованість створення оптимальних умов для розвитку вищих психічних функцій, за рахунок яких будуть компенсовані недоліки елементарних психічних процесів. Наприклад, для подолання недоліків механічної пам'яті необхідно розвивати мовлення, мислення, логічну пам'ять; для корекції недоліків уваги психолог працює над розвитком функції регулювання мовлення дитини та самоконтролю.

12. *Корекція розвитку має випереджаючий характер*. Вона має бути спрямованою не на тренування й удосконалення того, що вже досягнуто дитиною, а на активне формування того, що повинно бути досягнуто у найближчій перспективі відповідно до законів вікового розвитку і становлення індивідуальності.

13. *Системність розвитку.* Усі особистісні якості, психічні функції між собою тісно взаємопов'язані. Тому порушення однієї з них призводить до порушення інших. Корекція повинна бути спрямована на усунення причини відхилень у розвитку.

14. *Урахування компенсаторних можливостей особистості та його ставлення до власного дефекту*. Створення атмосфери оптимізму, довіри та прагнення досягнень у розвитку.

15. *Забезпечення позитивної мотивації до розвитку і самовдосконалення*. Тільки за таких умов дитина буде взаємодіяти з педагогом у його педагогічній діяльності, суб'єктом навчання та виховання.

Механізми та можливості корекції розвитку розумово відсталої дитини. Основою для корекційних заходів є *механізми сенсибілізації* – удосконалення функції під впливом тренування, а також компенсаторні можливості організму. Ефективність корекційного впливу залежить від того, наскільки враховуються у цьому процесі загальні закономірності психічного розвитку, в якому виділяють два етапи: *натуральний і культурний*.

На першому здійснюється процес формування елементарних психічних функцій (відчуттів, механічної пам'яті, мимовільної уваги, емоцій тощо) за рахунок реалізації біологічних задатків.

На другому етапі відбувається формування вищих психічних функцій (усвідомленого сприймання, мовлення, образного та логічного мислення, довільної уваги, логічної опосередкованої пам'яті, почуттів) завдяки соціалізації, оволодінню культурним досвідом у спільній діяльності дитини з дорослим. Вищі психічні функції, надбудовуючись над елементарними, якісно змінюють їх, розширюють їхні можливості.

Шляхи і прийоми засвоєння соціального досвіду є історично напрацьованими, удосконалюючись, вони передаються від покоління до покоління. Розраховані вони на людину з повноцінною нервовою системою та аналізаторами, які забезпечують нормальне прийняття та опрацювання інформації.

Діти, які мають певні порушення у діяльності центральної нервової системи та аналізаторів, не можуть набути соціальний досвід тим самим шляхом, що й діти з нормальним психофізичним розвитком, оскільки елементарні психічні процеси у них виявляються або порушеними, або недорозвиненими, що становить первинний дефект і перешкоджає формуванню вищих психічних функцій традиційним шляхом. Недорозвинення або порушення вищих психічних функцій становить вторинний дефект. Запобігти появі останнього або принаймні знизити його виразність можливо, якщо створити спеціальні умови, які забезпечили б повноцінне набуття соціального досвіду попри недорозвинення елементарних психічних процесів. Тому одна й та сама психічна або практична дія може бути сформованою різними шляхами завдяки пластичності нервової системи, зумовлює можливість корекції дефектів розвитку.

За сприятливих умов психічні процеси формуються у дитини спонтанно, завдяки наслідуванню дорослих й узагальненню досвіду. Через органічне ушкодження кори головного мозку або аналізаторів, інертність нервових процесів, порушення динаміки їх перебігу психічні функції формуються неправильно, поверхово. Для того щоб відновити ушкоджену функцію, необхідно провести дитину через весь процес її формування, але іншим шляхом.

За теорією Л. С. Виготського, психічні функції формуються у спільній діяльності з дорослим з подальшою їх інтеріоризацією у внутрішній план. Тому основним механізмом корекції є організація відповідної практичної діяльності, яку дорослий спочатку виконує разом з дитиною. Далі поступово збільшується самостійність дитини. Вона під керівництвом дорослого опановує діяльність, удосконалює її, автоматизує, привласнює та переводить у внутрішній план.

Успішність цього процесу, на думку П. Я. Гальперіна, залежить від *повноти і способу надання орієнтовної основи дії* (система умов і ознак, від яких залежить правильність виконання дії), а також від поетапного переходу від практичних дій з предметами, оперування образами до дій у мовленні й подумки. *Орієнтовна основа дії може бути повною*, якщо задаються всі необхідні умови та спосіб її виконання, і неповною, коли, наприклад, дається лише зразок кінцевого результату дії, а її спосіб доводиться визначати самій дитині.

Неповна орієнтовна основа дії примушує дитину йти до результату шляхом спроб і помилок. Зрештою, дитина з нормальним інтелектом досягає мети і завдяки цьому забезпечується її психічний розвиток. Дитина з розумовою відсталістю самостійно не може знайти спосіб і врахувати усі умови. Тому важливою умовою корекційної роботи щодо формування розумових дій є надання їм повної орієнтовної основи, тобто розкриття усіх способів виконання. Психологи стверджують, що навчання сприяє розвитку тоді, коли орієнтовна основа дії задається учням не у готовому вигляді, а у формі проблемної ситуації. Зазвичай проблемні ситуації, що пропонуються учням з розумовою відсталістю, також мають своєрідні особливості.

Специфіка формування розумових дій у дітей з порушеннями інтелекту проявляється *у сповільненості переходу з одного етапу на інший*. Така дитина потребує більше часу для вдосконалення практичної дії до такої міри, щоб її можна було перевести на рівень оперування образами, а далі – поняттями. Водночас шкідливим може бути затримування на попередньому етапі, що сприяє фіксації на примітивних способах виконання дії й перешкоджає переходу до наступного етапу.

Існує два прийоми реалізації механізму інтеріоризації у корекційній роботі, які застосовуються залежно від структури дефекту або окремо, або одночасно:

1. Проходження всіх традиційних, закріплених культурою етапів формування розумової дії у сповільненому темпі. Такий прийом найчастіше використовується тоді, коли маємо справу з явищами недорозвинення функції, зокрема, для дітей з розумовою відсталістю, специфічною особливістю яких є звуженість зони найближчого розвитку.

2. Створення умов для формування необхідної дії іншим, нетрадиційним способом, в обхід ушкодженої функції. Це так званий *нейропсихологічний підхід* (Н. Я. Семаго), який є доцільним у випадку порушення психічної функції. Його сутність полягає у відновленні ушкоджених коркових функцій шляхом формування обхідних міжфункціональних зв'язків, їхньої перебудови з опорою на збережені нервові елементи і докорінну зміну їхнього психофізіологічного складу так, щоб уміння формувались новим, нетрадиційним шляхом за допомогою зовсім іншої нервової організації. Наприклад, корекція порушення пам'яті відбувається на основі формування усвідомленого опосередкованого запам'ятовування з опорою на мислення й мовлення; труднощі сприймання, зумовлені порушеннями діяльності одного з аналізаторів, можуть бути компенсовані за рахунок підвищення ефективності роботи інших збережених сенсорних систем; недоліки емоційної сфери долаються шляхом утворення логічно обґрунтованих механізмів заміщення завдяки збереженій інтелектуальній сфері.

Досить складно визначити збережені функції психіки у дітей з розумовою відсталістю, оскільки цей вид дизонтогенезу зумовлений тотальним ушкодженням асоціативних зон кори головного мозку і призводить до порушення усіх без винятку психічних функцій як на елементарному, так і на вищому рівнях. На відміну від інших видів аномалій психічного розвитку, за яких дефект розвивається знизу догори і не має ієрархічної структури, дефект при розумовій відсталості має кругову структуру: первинні порушення викликають недорозвинення вищих психічних функцій, а порушення останніх зі свого боку ускладнюють перебудову і

розвиток елементарних психічних процесів. Низький рівень сформованості механічної пам'яті, мимовільної уваги, елементарних когнітивних операцій зумовлюють відставання у розвитку мислення, а недорозвинення мислення значно ускладнює процес формування мовлення, логічної пам'яті, довільної уваги, вищих почуттів.

Аналізуючи проблему розумової відсталості, Л. С. Виготський неодноразово свідчив про відносне збереження практичного інтелекту дітей-олігофренів. Переважна більшість з них, виконуючи певні завдання з матеріальними об'єктами, виявляється здатною визначити властивості предметів, передбачити наслідки певної дії. Діти з психічним недорозвиненням враховують властивості предметів у безпосередній практичній діяльності, але відчувають труднощі за потреби проаналізувати, узагальнити досвід своєї роботи, чітко усвідомити її результати, перенести засвоєний спосіб дії в аналогічну ситуацію. Тому нова навчальна дія спочатку має виконуватись дитиною у максимально розгорнутому практичному вигляді, у максимально можливій кількості конкретних ситуацій.

Позитивним аспектом психічної діяльності дитини з інтелектуальним порушенням є також відносне збереження цілеспрямованості. Якщо дитина розуміє завдання і володіє засобами його виконання, то вона зробить його правильно, оскільки чітко утримує мету дії.

Особлива увага звертається на слабкість вольових зусиль дітей-олігофренів у навчальній діяльності, водночас описується значна кількість випадків, коли сильна вмотивованість у досягненні особистої мети несподівано виявляє значно більші потенційні розумові та вольові можливості цих дітей. Забезпечення особистої зацікавленості розумово відсталих дітей у виконанні певного завдання актуалізує їхні потенційні можливості та сприяє інтенсивному психічному розвитку, а також якісному засвоєнню необхідних знань.

Зниження психічної активності дітей з інтелектуальними порушеннями як первинний дефект, призводить до порушення когнітивних процесів, труднощів у формуванні соціальних потреб і

пізнавальних інтересів. Водночас такі порушення у певному сенсі полегшують процес навчання розумово відсталих дітей. Адже знижена психічна активність детермінує виникнення прагнення без супротиву сприймати зовнішні соціальні впливи, недостатність мотивації компенсується дисциплінованістю. Там, де дитина з нормальним інтелектом може відмовитись від виконання завдання через відсутність бажання або переважання бажання займатись іншими справами, розумово відсталі діти без заперечень, внутрішнього спротиву зроблять усе, що від них вимагають. Недорозвинення активності призводить до труднощів структурування власного часу, тому такі діти із задоволенням заповнюють його запропонованими ззовні доступними видами діяльності. Властива таким дітям дисциплінованість полегшує навчально-виховний процес. Вони переважно намагаються виконувати засвоєні правила поведінки. Негативізм може мати місце лише у складних та незрозумілих дітям ситуаціях.

Підсилює ефективність педагогічного впливу притаманна таким дітям підвищена сугестивність. Їм легко нав'язати певний стереотип поведінки (методом навіювання) і він сприймається ними за зразок, який вони намагаються наслідувати. Вони легко «заражаються» почуттями, які їм майстерно передає педагог. Емоційний виклад навчального матеріалу привертає та утримує увагу, активізує розумовий потенціал.

Процесу засвоєння нових знань заважають стереотипність та інертність мислення, які характерні для дітей з інтелектуальними порушеннями. Водночас у певних випадках стереотипність мислення може розглядатись як позитивна характеристика психічної діяльності. Адже правильно засвоєні знання сприяють утворенню міцних стереотипних систем поведінки. У тих ситуаціях, в яких дитина з нормальним інтелектом здійснює пошук адекватних реакцій, розумово відстала дитина має можливість діяти відповідно до сформованих стереотипів.

Нервова система дітей з інтелектуальними порушеннями більш стійка до впливу стресових ситуацій. Ті подразники, які у дітей з нормальним інтелектом формують підвищену тривожність, занижену самооцінку, хворобливу сором'язливість і навіть

сприяють психічним захворюванням, у розумово відсталих школярів часто не викликають подібної реакції. Невідповідність поведінки уявленням про власне «Я» вони легко заперечують, використовуючи примітивні захисні механізми. Неусвідомленість внутрішнього світу, імпульсивність поведінки, несформованість ієрархії мотивів призводять до того, що для розумово відсталих дітей ситуації вибору, внутрішнього конфлікту не стають актуальними, що позитивно позначається на їхньому самопочутті.

Первинне збереження емоційної сфери таких дітей можна використати для стимуляції навчальної діяльності, оскільки переважна їх більшість адекватно реагує на похвалу та зауваження, радіє своїм успіхам і засмучується через невдачу. Похвала та підтримка викликають у них бажання поліпшити свої результати. На основі елементарних емоційних процесів є можливість розвивати вищі почуття, часто спостерігаються яскраві вияви таких почуттів, як вдячність, прихильність, співпереживання, чуйність тощо. Особистісна незрілість зумовлює безпосередність спілкування, практичну відсутність захисту від втручання у їх внутрішній світ, вони не вміють приховувати своїх думок, почуттів, бувають надто відвертими з дорослими і таку тенденцію можна використати у виховному процесі.

Отже, підвищенню ефективності навчання, виховної та корекційної роботи з дітьми з інтелектуальними порушеннями сприяє урахування їх психологічних характерних особливостей психіки, серед яких: відносне збереження практичного інтелекту та цілеспрямованості діяльності, підвищення інтелектуальних можливостей за наявності відповідної мотивації, специфічне ставлення до трудової діяльності, стереотипність мислення, підвищена сугестивність, схильність до дисциплінованості, відвертості, врівноваженості, збереження елементарних емоцій, наявність загостреного почуття вдячності та прихильності. Проте усі перераховані якості притаманні лише з нескладними формами.

Етапи корекційної роботи. Корекція, з одного боку, може виступати як окремий вид професійної діяльності, наприклад, логопеда або практичного психолога, а з іншого – органічно поєднується з навчально-виховним процесом, який забезпечує корекційний педагог.

Корекційний педагог, головним завданням якого є і освіта, і виховання, і корекція недоліків психіки розумово відсталих дітей, стоїть перед проблемою одночасного розв'язання цих завдань у межах заняття. Наявність порушень певної психічної функції істотно ускладнює процес засвоєння знань, а корекція цих порушень не здійснюється за декілька занять. Тому корекційну роботу можна поділити на два етапи: 1) «пристосування до дефекту» – створення умов, за яких порушення не заважатиме навчанню або вихованню; 2) «власне корекція» – поступовий, крок за кроком, рух у напрямі відновлення і вдосконалення порушеної функції. Наприклад, якщо у дитини виявляється несформованою довільність уваги, то використання під час навчання можливостей мимовільної уваги означатиме «пристосування до дефекту», а поступовий розвиток довільності – «власне корекцію».

Між першим та другим етапами немає чіткої межі. З часом корекція цих порушень поступово перестає потребувати спеціальних умов для навчання. Головне, щоб педагог не обмежувався лише першим етапом, інакше навчання не буде корекційним. Співвідношення етапів корекції залежить від глибини та структури дефекту.

Отже, корекція розумової відсталості спрямовується на формування вищих психічних функцій на основі встановлення і зміцнення зв'язків між першою та другою сигнальними системами. Починається вона з вивчення особливостей розвитку дитини, визначення проблемних і збережених функцій її психіки. На основі результатів діагностики складається спеціальна програма та окреслюються шляхи і засоби корекційної роботи. Паралельно здійснюється навчання завдяки створенню умов, за яких порушення психіки дитини нівелюються і не перешкоджають засвоєнню знань. Цей етап має назву «пристосування до дефекту». Поступово здійснюється перехід до, власне, корекції, основним механізмом якої є формування у взаємодії з дорослим зовнішньої практичної дії, її засвоєння та вдосконалення з подальшим переведенням у внутрішній розумовий план. У процесі корекції обов'язково враховуються індивідуальні особливості дитини та закономірності психічного розвитку.

Питання для самоконтролю

1. Що таке розумова відсталість?
2. Що означає поняття «дифузне пошкодження»?
3. Які три основні обов'язкові ознаки засвідчують розумову відсталість?
4. Види розумової відсталості залежно від часу виникнення?
5. Що таке олігофренія?
6. Що таке деменція?
7. Ступені розумової відсталості відповідно до рівня розвитку інтелекту із позначенням шифрів.
8. Якими діагностичними методами визначається рівень IQ?
9. Що таке ідіотія?
10. Що таке виразна імбецильність?
11. Що таке дебільність?
12. Сенсибілізація як основа корекційної роботи у разі розумової відсталості.

Завдання для перевірки знань

1. Вид розумової відсталості, який виникає внаслідок пошкодження кори головного мозку у період після двох – трьох років і виявляється у виразному зниженні інтелектуальних можливостей та в частковому розпаданні вже сформованих психічних функцій – це:

а) деменція;
б) олігофренія;
в) імбецильність;
г) ідіотія.

2. Органічна деменція є прикладом:

а) викривленого;
б) пошкодженого;
в) затриманого;
г) дисгармонійного розвитку.

3. До локальних порушень не відносять:

а) дефекти зору;

б) дефекти мовлення;

в) розумову відсталість;

г) дефекти рухової сфери.

4. Стан затриманого або неповного розвитку психіки, що характеризується порушенням тих здібностей, які виявляються в період дозрівання і забезпечують загальний рівень інтелектуальності, тобто когнітивних, мовленнєвих, моторних та соціальних здібностей:

а) затримка психічного розвитку;

б) розумова відсталість;

в) інтелектуальний дефект;

г) усі відповіді правильні.

5. Вид розумової відсталості, який виникає внаслідок органічного пошкодження мозку в пренатальний, натальний або ранній (до трьох років) період дитинства і виявляється у тотальному психічному недорозвитку, – це:

а) деменція;

б) олігофренія;

в) імбецильність;

г) ідіотія.

Список рекомендованих джерел

1. Діти з особливими потребами: поради батькам / за ред. В. І. Бондар, В.В. Засенко. Київ : КНТ, 2014. 401 с.

2. Каут Н. М. Основи дефектології та логопедії: тексти лекцій. Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2012. 372 с.

3. Коберник Г. Н. Основи дефектології: навч. посібник. К.: Освіта, 2008. 160 с.

4. Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи: монографія. К.: Самміт-Книга, 2009. 272 с. URL: http://ostriv.in.ua/index.php?option=com_content&task=view&id=4307&Itemid=-5; Лубовський В. І. Психологічні проблеми діагностики аномального розвитку дитини. Спеціальна психологія. Тексти. Ч. І. Кам'янець-Подільський, 2009. С. 4–17.

5. Пєтухова І. О. Діагностики і корекція навчальних труднощів: нейропсихологічний підхід. *Problems of modern psychology.* 2021. № 3 (22). С. 49–55.

6. Синьов В. М., Коберник Г. М. Основи дефектології: навчальний посібник. К.: Вища школа, 1994. 143 с.

7. Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools. URL: https://farplss.org/index.php/farplss/index

ТЕМА 7
ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ

7.1. Будова слухового аналізатора.
7.2. Класифікація порушень слуху.
7.3. Обстеження слуху у дітей.
7.4. Компенсація порушень слухової функції.

7.1. Будова слухового аналізатора

Слуховий аналізатор – це сукупність соматичних, рецепторних і нервових структур, діяльність яких забезпечує сприйняття людиною і твариною звукових коливань. *Він* складається із *зовнішнього, середнього і внутрішнього вуха, слухового нерва, підкіркових центрів, кіркових відділів великих півкуль.*

Вухо – це підсилювач і перетворювач звукових коливань. Через барабанну перетинку, яка є еластичною мембраною і системою придаточних кісточок – *молоточок, наковальну і стремінце* – звукова хвиля, доходячи до внутрішнього вуха, викликає коливальні рухи рідини, що заповнює його.

Внутрішнє вухо, або *равлик* – це спіралеподібний прохід, який складається із 2,5 витків. Заповнює равлик рідина – пери- і ендолімфа.

Внутрішнє вухо (перекл. з *англ.*) означає лабіринт. Розташоване у піраміді вискової ділянки черепа і включає 2 рецепторних апарати 2-ох аналізаторів – вестибулярного і слухового.

Вестибулярний (рецепторний) апарат складається з 3-ох напівкружних каналів, які розташовані у трьох взаємно перпендикулярних порожнинах і є поєднаним з равликовим слуховим рецепторним апаратом.

Слухова частина (равликова ч.) – у ході еволюції розвивалася із вестибулярної. Це спірально закручений канал. На основній мембрані розташований рецепторний орган слухового аналізатора –

кортів орган, який складається із чутливих волоскових клітин. Звукові коливання передаються до слухової частини із порожнини середнього вуха.

Середнє вухо з'єднується із зовнішнім середовищем через зовнішній слуховий прохід, який затягнутий барабанною перетинкою та містить Євстахієву трубу, яка відкривається в порожнину глотки. Євстахієва труба служить для вирівнювання тиску повітря в порожнині середнього вуха. Система кісточок (молоточок, наковальна, стремінце), які йдуть від барабанної перетинки, передає звукові коливання барабанної перетинки на слухову частину (равлик).

Слух відіграє велике значення у житті людини. До слухових відчуттів належать відчуття музичних звуків і шум. Музичні звуки викликаються періодичними повітряними коливаннями, а шум – аперіодичними. Голосний шум несприятливо діє на організм людини і викликає неприємні відчуття: знижує працездатність людини, збільшує імовірність розвитку неврозів, погіршує зір, викликає головні болі і втому, є причиною зниження уваги і збільшення часу реакції.

Абсолютний поріг у перекладі з *англ.* означає вид сенсорного порогу. Абсолютний поріг – це величина подразника, яке викликає ледь помітне відчуття.

Слуховим порогом – називають самий тихий звук, який може почути людина. Слуховий поріг дорослого виміряти доволі легко: пропонується чистий тон, і людина просто говорить, коло його чує. Для дослідження слухового порогу у новонароджених, які звичайно не можуть повідомити про те, що вони чують, дослідники придумали низку прийомів. Наприклад, малюка садять на коліна батьків. У одного з батьків і у дитини на голові навушники, такі самі як і у спостерігача, який перебуває у другій кімнаті та слідкує за малюком через віконечко. Коли спостерігач думає (вважає), що малюк є уважним, він подає сигнал експериментатору, який інколи подає звуки у навушники малюка, а іноді ні. Ні спостерігач, ні батьки не знають, коли буде поданий звук і вони не можуть чути його через навушники. За кожної проби спостерігач просто відзначає, чи прореагував малюк будь-яким чином,

наприклад поверненням голови або зміненням виразу обличчя, або рівня активності. Після чого експериментатор визначає, наскільки точно оцінки спостерігача відповідають пробам: якщо малюк може чути звук, спостерігач повинен був відзначити реакцію тільки тоді, коли був поданий звук.

Цей тип тестування доводить, що загалом дорослі чують ліпше, ніж малюки; дорослі можуть чути дуже тихенькі звуки, яких малюки не чують. Цей тест демонструє, що малюки чують ліпше всього звуки, висота яких міститься у діапазоні людського мовлення – не досить високі і не надто низькі.

Малюки можуть розрізняти голосні звуки від приголосних, а до 4,5 місяців здатні впізнавати власні імена.

Крім того, малюки використовують звуки для місцеперебування об'єктів, визначаючи чи вони справа чи зліва, далеко чи близько. В одному дослідженні 7-місячним малюкам показували брязкальце (іграшку). Пізніше експериментатори виключали у кімнаті світло і трясли брязкальцем або на 15, або на 60 см від малюка. Малюки протягували в темноті руки за брязкальцем, коли воно перебувало на 15 см, але рідко це робили, коли брязкальце було на 60 см. Ці 7-місячні малюки були здатні використовувати звук для оцінки відстані, у цьому випадку відрізняючи іграшку, яку вони могли дістати від тієї, яку не могли.

Отже, до середини першого року життя більшість малюків реагують на значну частину інформації, що передається звуком.

Абсолютний слух у перекладі з *англ.* означає здатність правильно визначити (назвати) і відтворити голосом висоту окремих звуків без співвіднесення їх з іншими звуками, висота яких відома.

Абсолютний слух – це не абсолютно розвинений музичний слух, а особлива форма сприйняття звуків. Особи без абсолютного слуху при визначених умовах можуть добре впізнавати висоту тонів, наприклад, порівнювати даний звук із високим або низьким звуком власного голосу.

За даними досліджень, час визначення висоти звуків у людей з абсолютним слухом значно коротший, ніж у тих, які не володіють цією здатністю. Розрізняють пасивний абсолютний слух, коли досліджуваний правильно визначає висоту звуку, але не

може відтворити її голосом за заданою назвою, і активний абсолютний слух, коли людина може назвати і відтворити звуки за висотою їхнього звучання.

Абсолютний слух виявляється у ранньому шкільному віці, а іноді в дошкільному віці.

Адаптація слухова – змінення в характері сприйняття звуків під час і після дії звукового подразника. Слухова адаптація проявляється в зниженні слухової чутливості, хоча при дії звуків можуть змінюватися і інші показники слухового сприймання.

Деякі діти з'являються на світ з обмеженим слухом. Інші народжуються глухими. Ці дефекти часто трапляються в африканських, азіатських, європейських і латиноамериканських малюків. Основною причиною порушення слуху у новонароджених є спадковість. Після народження основною причиною дефектів слуху є менінгіт – запалення оболонок, якими оточений головний і спинний мозок.

Які ознаки порушень слуху повинні відслідковувати батьки? Вони повинні проявити занепокоєння, коли малюк не реагує на раптові, голосні звуки. Також батьки повинні занепокоїтися, коли у дитини часто бувають вушні інфекції, якщо дитина не повертає голову в напрямку звуків до 4–5 місяців, не реагує на власне ім'я до 8–9 місяців і не починає імітувати звуки мовлення та прості слова до 12 місяців.

Якщо батьки помітили ці проблеми, вони повинні показати малюка лікарю, який перевірить, чи немає у дитини вушних захворювань, і отоларингологу, який оцінить слух. Батьки не повинні відкладати перевірку можливих порушень слуху. Чим раніше виявлена проблема, тим більшу допомогу можна надати дитині.

Якщо у ході перевірки виявляється, що в дитини порушений слух, можливі декілька видів лікування залежно від ступеня втрати слуху. Деяким дітям з частковою втратою слуху допомагають механічні пристосування, наприклад, слухові апарати, іншим – навчання читання по губам. Діти з сильною втратою слуху можуть навчитися спілкуватися за допомогою мови жестів. Якщо дитина оволодіває мовленням (або читанням по губах, або мовою жестів) і стане ефективно спілкуватися, її когнітивний і соціальний розвиток буде перебігати нормально. Основне завдання – своєчасно виявити порушення.

Порушення мовлення у дітей з недорозвиненням слуху. Для розвитку мови дитини вирішальне значення має повноцінний слух. Дитина чує мовлення дорослих, самостійно вчиться говорити. Глухі діти не оволодівають мовленням без спеціального навчання. У дітей із залишками слуху мовлення є грубо порушеним.

Слух відіграє велику роль в:

– інтелектуальному розвитку дитини – діти засвоюють значення багатьох слів раніше, ніж оволодівають умінням говорити;

– можливості контролювати власне мовлення і порівнювати його з мовленням людей, які їх оточують. Отже, дитина засвоює правильну звуковимову, лексико-граматичну будову мови;

– збережений фізичний слух є необхідною умовою для успішного оволодіння дітьми читанням і письмом.

У процесі нормального розвитку слухової функції у дитини можна виділити ряд етапів:

а) у перші години після народження у дитини виникає проста реакція на звук;

б) на 3-му місяці у дитини формується здатність розрізняти звуки за висотою та тембром;

в) у 10–11 місяців формується здатність до розрізнення слів і фраз за інтонацією та ритмічним забарвленням;

г) у період дальшого формування мовлення поліпшується сприйняття звукового складу мовлення, формується здатність до розрізнення на слух усіх фонем.

7.2. Класифікація порушень слуху

Залежно від характеру пошкодження слухової функції і стану мовлення виділяють два види слухової недостатності*: глухота і туговухість*.

Глухі діти. Залежно від стану мовлення глухі діти діляться на дві групи: 1) *глухонімі* (глухі без мовлення) і *глухі*; 2) *пізньоглухлі* (у яких збережене мовлення).

Глухонімота – це пошкодження, при якому є, по перше, вроджена або набута в ранньому дитячому віці глухота; по друге, зумовлена неможливістю оволодіти мовленням без спеціальних

засобів навчання або втрата мовлення, яке розвинулося в певному ступені до моменту появи глухоти.

Причини вродженої глухоти:

1) неправильний розвиток слухового органу у внутрішньоутробний період (вплив спадкового фактора);

2) несприятливі умови розвитку плода в результаті дії шкідливих факторів у період вагітності матері: перенесене інфекційне захворювання – грип, травми тощо; алкоголь, лікування стрептоміцином та іншими лікарськими препаратами; травми плода в перші місяці вагітності.

Причини набутої глухоти:

– результат запальних процесів у внутрішньому вусі і слуховому нерві з різних захворювань: менінгіті, скарлатині, грипі, свинці.

Термін «*глухонімота*» – це причинна залежність між відсутністю мовлення (*німота*) і пошкодженням слуху (*глухота*): німота є наслідком глухоти. Органічних пошкоджень мовленнєвого апарату як у центральному (слухомовленнєві і мовнорухові ділянки мозкової кори), так і в периферичному відділах немає у глухонімих. Вони не оволодівають мовленням або втрачають те, яке почало формуватися в результаті відсутності слухового сприйняття. Якщо до моменту втрати слуху був деякий мовленнєвий запас, то за відсутності педагогічних заходів цей запас не збагачується, а поступово втрачається.

До групи ***пізньооглухлих*** належать діти, які втратили слух у пізньому віці (шкільному або дошкільному) і у них до виникнення глухоти зберігається у певному ступені мовлення. Дослідження доводять, що у разі відсутності роботи над мовленням діти, які порівняно пізно втратили слух (4–5 років), до шкільного віку мовленням уже не володіють. Тому термін «пізньооглухлі діти» має умовний характер, оскільки цю групу дітей характеризує не час появи глухоти, а факт наявності мовлення під час відсутності слуху.

У разі аудіометричного дослідження можна спостерігати, що у глухих дітей залишки слуху неоднакові. Одні діти чують тільки низькі звуки, інші – сприймають, крім низьких, звуки середньої висоти, а деякі діти чують і високі звуки.

За обсягом сприймаючих частот дітей, які мають залишки слуху, можна поділити на чотири слухові групи: 1 група – сприймає лише низькі частоти (до 250 гц); 2 група – сприймаються частоти до 500 гц; 3 група – сприймаються низькі і середні частоти; 4 група – сприймає широкий діапазон частот (до 2 000 гц і вище).

Діти, які належать до першої групи, лише трошки реагують на голос біля самого вуха і ніхто із них не розрізняє звуків мовлення. Діти другої групи реагують на голос біля вуха, деякі з них розрізняють окремі голосні (а, у). Діти третьої групи реагують на голос, розрізняють 3–4 голосні, багато із них розрізняють окремі знайомі слова і фрази. Більшість дітей, які становлять четверту групу, чують голос не лише біля вуха, але і на деякій відстані (2 м) від вуха; ці діти розрізняють усі голосні, знайомі слова і фрази.

Туговухість (слабочуючі діти) – це зниження слуху, при якому виникають труднощі у сприйнятті мовлення за допомогою слуху (зниження слуху до 75 дБ). Але таке сприйняття в спеціально створених умовах можливе (посилення голосу, використання звукопідсилюючих апаратів). При *глухоті* сприйняття мовлення на слух неможливе.

До ***слабочуючих*** належать діти з пониженням слуху, який перешкоджає самостійному і повноцінному оволодінню мовленням, але при якому є можливість за допомогою слуху набути обмежений мовленнєвий запас.

Причини:

1) результат гострого або хронічного запалення середнього вуха: відбуваються патологічні зміни у середньому вусі;

2) хронічні захворювання носа і носоглотки (наприклад, аденоїди); до того ж порушується прохідність євстахієвої труби;

3) результат перенесених інфекційних захворювань (скарлатина, грип, кір);

4) результат уроджених аномалій органів слуху в ембріональному періоді.

Туговухість може бути виражена різним ступенем – від незначного порушення сприйняття шепітного мовлення до різкого обмеження можливості сприйняття мовлення розмовного звичайної гучності.

Існує кілька класифікацій порушень слуху. Серед них найбільш поширеними є класифікації Б. С. Преображенського і Л. В. Неймана.

Згідно з класифікацією Б. С. Преображенського виділяють чотири ступені зниження слуху: *легка, помірна, значна, важка* – залежно від відстані, на якій сприймається розмовне і шепітне мовлення.

Під час легкого ступеня зниження слуху шепітне мовлення може сприйматися на відстані від 3 до 6 м, у разі тяжкого ступеня – на відстані від 0 до 0,5 м.

Л. В. Нейман виділяє три ступені туговухості, враховуючи не лише відстань, на якій сприймається мовлення, але і стан мовлення:

1 ступінь – зниження слуху не перевищує 50 дБ;

2 ступінь – зниження слуху від 50 до 70 дБ;

3 ступінь – зниження слуху перевищує 70 дБ.

Основою для встановлення границь туговухості є такі роздуми: у разі зниження слуху, який не перевищує 50 дБ, можливе розбірливе сприйняття розмовного мовлення звичайної гучності на відстані більше ніж 1 м, тобто мовленнєве спілкування доступне. Під час зниження слуху з 50 до 74 дБ мовлення розмовної гучності сприймається лише на відстані менше 1 м, тобто мовленнєве спілкування забруднене. При втраті слуху більше ніж 70 дБ мовлення розмовної гучності стає нерозбірливим навіть біля самого вуха.

Оцінюючи можливості дитини, варто брати до уваги, що порівняно невелика втрата слуху помітно відображається на сприйнятті звуків мовлення. Наприклад, під час зниження слуху на 20–25 дБ виникають труднощі у сприйнятті деяких приголосних звуків на близькій відстані (біля вуха).

7.3. Обстеження слуху у дітей

Простим і доступним методом є дослідження слуху за допомогою шепітного і звичайного розмовного мовлення. Слух вважається нормальним у разі сприйняття шепітного мовлення на відстані 6–7 м.

Для дослідження слуху безпосередньо шепітного мовлення використовують дві групи слів. Перша група слів має низьку частотну характеристику і їх можна почути на відстані в середньому 5 м, друга група слів володіє високою частотною характеристикою і чути на відстані 20 м. До першої групи належать слова, до складу яких входять голосні *у, о,* з приголосних – *м, н, р, в*. До другої – слова, які включають із приголосних шиплячі і свистячі звуки, а із голосних – *а, і, є.*

Якщо дитина повторює слова невпевнено, необхідно підійти на 1 м. Пізніше відзначається відстань, при якій вона повторює слова впевнено.

За умови, що дитина не чує жодного слова, необхідно виявити здатність до сприйняття голосних і приголосних звуків: *м, н, р, д, г, у, о* (низькочастотні); шиплячі, *і, є* (високочастотні). У процесі обстеження необхідно врахувати й загальний стан: утомлюваність, увагу, готовність до виконання завдань.

Дослідження слуху у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку повинно проводитися у формі гри, використовуючи до того ж мовленнєвий матеріал та іграшки, які звучать.

Особливі труднощі виникають у дітей, які не володіють мовленням. Первинне дослідження з такими дітьми краще проводити за допомогою іграшок, які звучать. Дитині дають дві гармошки, корови тощо. Одна з цих іграшок звучить, а інша ні. Глуха дитина приділятиме однакову увагу двом іграшкам. Слабочуюча дитина буде маніпулювати іграшкою, яка звучить.

Для точного визначення слухової чутливості й обсягу слухового сприйняття слугує аудіометрія. *Аудіометрія* – це дослідження слуху за допомогою спеціальних електроакустичних приборів – *аудіометрів.*

Порівняно з іншими методами дослідження слуху (мовленням, камертонами, свистками) аудіометрія має ряд переваг: допомагає дозувати інтенсивність звукових сигналів у міжн. одиницях – *децибелах* (дБ), проводити дослідження майже всіх звукових частот, які сприймаються людиною, і здійснювати ряд функціональних проб (дослідження абсолютної та диференційної чутливості за інтенсивністю тощо). Аудіометрія доповнює інші методи дослідження слухового аналізатора, дає змогу точніше охарактеризувати функціональний стан й функціональні можливості аналізатора.

Аудіометрію проводять у звукоізольованих камерах: результати заносять на спеціальні бланки у вигляді графіка – аудіограми. Залежно від сигналу, який подається, розрізняють аудіометрію тональну, мовленнєву, шумову; автоматичну і рефлекторну. Сьогодні в аудіометрії використовується метод реєстрації слухових викликаних потенціалів, які об'єктивно відображають ступінь зниження слуху і рівень ушкодження. Аудіометрія – основа диференційної діагностики ушкодження різних рівнів слухового аналізатора.

У разі використання звичайної аудіометрії у дітей з порушеннями слуху та мовлення трапляються значні труднощі, оскільки діти не завжди розуміють інструкцію. У зв'язку з цим великого значення набувають методи об'єктивної аудіометрії. До них належить дослідження за допомогою умовних рефлексів. Л. В. Нейман і В. І. Лубковський запропонували модифікацію методики «ігрової аудіометрії», в якій звуковий подразник поєднують з показом малюнків, надаючи у такий спосіб звуковому подразнику сигнального значення.

7.4. Компенсація порушень слухової функції

У разі стійкого зниження слуху, який викликає труднощі в мовленнєвому спілкуванні, значну роль відіграють звукопідсилювальні прибори.

Широке застосування отримали електричні слухові апарати. У них посилення звуку досягається за допомогою електричної енергії, яку отримують із мініатюрних дискових акумуляторів. Складовими частинами слухового апарату є мікрофон, підсилювач, телефон і джерело струму. Застосовуються телефони повітряної і кісткової

провідності. У повітряному телефоні коливається мембрана, яка приводить у коливання повітря у зовнішньому слуховому проході, а в кістковому телефоні коливається корпус, що прикріплюється до сосцеподібного відростку за вухом і передає свої коливання через кістки черепа внутрішньому вуху. Підбір слухового апарату проводиться індивідуально, враховуючи характер і ступінь порушення слуху. Кістковий телефон використовується при захворюваннях середнього вуха, коли порушена повітряна прохідність, але добре збережена кісткова. За низької якості слухові апарати дають побічні звуки, які викликають неприємні відчуття і примушують відмовлятися від апарату.

Сучасні портативні слухові апарати використовуються з успіхом слабочуючими дітьми як у процесі навчання, так і в мовленнєвому спілкуванні в побуті.

Останнім часом здійснюються спроби розширити можливості сприйняття усного мовлення за допомогою спеціальної апаратури, яка перетворює акустичні сигнали в оптичні, тобто звуки мови перетворюються за допомогою мікрофона в електричні коливання, а ті зі свого боку – у світлові сигнали, які відтворюються на екрані у вигляді різних фігур або ліній. Ці апарати отримали назву приборів «видимого мовлення».

Під час глухоти та тяжкої туговухості великого значення при сприйнятті усного мовлення набуває застосування тактильно-вібраційної чутливості.

Вібраційне відчуття виникає в результаті дотику до предмета, який звучить, до деяких частин голосового апарату (гортань, грудна клітка), а також до предметів, що розташовані близько до джерела звуку. Звукове мовлення може викликати і тактильні відчуття, а також відчуття тепла й холоду. Наприклад, коли розмовляючий наближається до вуха слухаючого, а останній відчуває шкірою вушної раковини і обличчя струмінь, поштовхи повітря.

Тактильно-вібраційні відчуття відіграють велику роль у процесі навчання. Учень, торкаючись до гортані, грудної клітки, носа вчителя, відчуває вібрацію, яка виникає, коли вимовляється певний звук або слово і, контролюючи другою своєю рукою вібрацію своєї гортані, грудної клітки, носа, відтворює такий самий звук, слово.

Основним методом компенсації є читання по губах.

Власна мова такої дитини (її експресивний бік) характеризується такими особливостями: запас слів обмежений, слова відрізняються недостатньою точністю, одне і те саме слово може вживатися для позначення назви предметів, дій тощо.

Відзначаються грубі порушення у граматичній будові, у вимові слів спостерігаються викривлення у складовій структурі. Для таких дітей характерним є змішування дзвінких і глухих приголосних, сигматизми, заміна свистячих шиплячими, змішування свистячих і шиплячих, неправильна вимова сонорів *р, л,* випадання приголосних при їхньому збігу.

Під час планування своєї роботи зі слабочуючою дитиною логопед повинен виходити із закономірності нормального мовленнєвого розвитку, а також враховувати своєрідність як мовленнєвого, так і загального розвитку слабочуючої дитини, запас мовленнєвих навичок.

У разі легкого ступеня зниження слуху є достатнім підсилення гучності розмовного мовлення на заняттях. Це допомагає активізувати ослаблений слух дитини.

Під час тяжких ступенів зниження слуху необхідно використовувати збережені аналізатори, насамперед зоровий: дітей вчать читати з губ, що допомагає розуміти мовлення людей, які їх оточують. Це сприяє подальшому мовленнєвому розвитку на основі повторювання.

Корекційно-виховна робота здійснюється за такими напрямами: розвиток розуміння мовлення, уточнення та розширення лексичного запасу, формування граматичної будови мовлення, а також звуковимови, водночас проводяться заняття з навчання грамоти – читанню і письму.

На всіх видах занять обов’язково використовується залишковий слух дітей, який підсилюється за допомогою спеціальної апаратури.

Корекційне навчання здійснюється в спеціальних яслах, дитячих садках для дітей з порушенням слуху. Пізніше вони продовжують навчатися у спеціальній школі для слабочуючих.

Профілактичні заходи необхідно починати з внутрішньоутробного періоду розвитку плода, оберігаючи матір у період вагітності. Після народження важливо слідкувати за здоров'ям: тримати вушка в чистоті, попереджувати запальні процеси в органах слуху, оберігати вушка від холоду.

Для слуху шкідливі крик, шум, тому необхідно створювати дітям сприятливий режим.

Якщо у дитини є вроджені або набуті пошкодження органу слуху, необхідне втручання лікаря: від часу початого лікування залежить, який характер буде мати порушення слуху і як це вплине на формування мовленнєвої функції.

Отже, слуховий аналізатор – це сукупність соматичних, рецепторних і нервових структур, діяльність яких забезпечує сприйняття людиною і твариною звукових коливань. Він складається із зовнішнього, середнього і внутрішнього вуха, слухового нерва, підкіркових центрів, коркових відділів великих півкуль. Залежно від характеру пошкодження слухової функції і стану мовлення виділяють глухоту і туговухість. Обстеження слуху у дітей відбувається за допомогою шепітного і звичайного розмовного мовлення, для точного визначення слухової чутливості застосовують аудіометрію.

Питання для самоконтролю

1. Об'єктивні характеристики звуків.
2. Що залежить від частоти коливань звукової хвилі і вимірюється у Герцах?
3. Що відбувається із верхньою границею сприймання частот у дорослої людини?
4. Що таке слуховий аналізатор?
5. З чого складається слуховий аналізатор?
6. Що таке слуховий поріг?
7. З якого віку малюк може впізнавати власне ім'я?
8. Що є основною причиною порушення слуху у новонароджених?

9. Що є основною причиною порушення слуху після народження?

10. Класифікація порушень слуху.

11. Залежно від стану мовлення якими можуть бути глухі діти?

12. Причини вродженої глухоти.

13. Причини набутої глухоти.

Завдання для перевірки знань

1. Сукупність соматичних, рецепторних і нервових структур, діяльність яких забезпечує сприйняття людиною і твариною звукових коливань, – це:

а) слуховий апарат;

б) внутрішнє вухо;

в) середнє вухо;

г) вестибулярний апарат.

2. Спіралеподібний прохід розташований у піраміді вискової ділянки черепа і включає 2 рецепторних апарати 2-ох аналізаторів – вестибулярного і слухового. Складається із 2,5 витків, заповнений пери- й ендолімфою – це:

а) слуховий апарат;

б) внутрішнє вухо;

в) середнє вухо;

г) вестибулярний апарат.

3. Складається із 3-ох напівкружних каналів, які розташовані у трьох взаємно перпендикулярних порожнинах, і є поєднаним з равликовим слуховим рецепторним апаратом – це:

а) слуховий апарат;

б) внутрішнє вухо;

в) середнє вухо;

г) вестибулярний апарат.

4. Величина подразника, яке викликає ледь помітне відчуття, – це:

а) абсолютний поріг;

б) слуховий поріг;

в) абсолютний слух;

г) адаптація слухова.

5. Найтихіший звук, який може почути людина, – це:

а) абсолютний поріг;

б) слуховий поріг;

в) абсолютний слух;

г) адаптація слухова.

Список рекомендованих джерел

1. Виготський Л. С. Основні проблеми дефектології. Спеціальна психологія. Тексти. Ч. І. Кам'янець-Подільський, 1999. С. 4–19.
2. Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі / за ред. В. І. Бондара, В. В. Засенко. Київ: КНТ, 2008. 295 с.
3. Діти з особливими потребами: поради батькам / за ред. В. І. Бондар, В. В. Засенко. Київ: КНТ, 2014. 401 с.
4. Каут Н. М. Основи дефектології та логопедії: тексти лекцій. Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2012. 372 с.
5. Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи: монографія. К.: Самміт-Книга, 2009. 272 с. URL: http://ostriv.in.ua/index.php?option=com_content&task=view&id=4307&Itemid=-
6. Лубовський В. І. Психологічні проблеми діагностики аномального розвитку дитини. Спеціальна психологія. Тексти. Ч. І. Кам'янець-Подільський, 2009. С. 4–17.

7. Пєтухова І. О. Діагностики і корекція навчальних труднощів: нейропсихологічний підхід. *Problems of modern psychology*. 2021. № 3 (22). С. 49–55.

8. Середа І. В. Спеціальна педагогіка з основами спеціальної дидактики: навчально-методичний посібник для самостійної роботи студентів з курсу. Частина І. Миколаїв: МНУ імені В. О. Сухомлинського, 2020. 164 с.

ТЕМА 8
ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ

8.1. Будова зорового аналізатора.
8.2. Сліпі, слабозорі діти.
8.3. Шляхи компенсації у разі незрячості.
8.4. Корекційна робота.
8.5. Рельєфний шрифт.

8.1. Будова зорового аналізатора

Зір – це здатність отримувати і витягати інформацію про світ із енергії еклекторомагнітного випромінювання світлового діапазону; складний комплекс процесів у зоровій системі, які починаються з трансформації світлової енергії у фоторецепторах і закінчуються зоровими відчуттями та сприйняттями. Видимою ділянкою спектра електромагнітного випромінювання вважається смуга з довжинами хвиль приблизно в межах з 380 до 760 нм. Розвиток зору тісно пов'язаний з удосконаленням функції ЦНС. Як засіб пізнання зір досягає найбільшого розвитку у людини, де забезпечує надходження понад 90 % усієї інформації про навколишній світ.

У зоровій системі людини розрізняють:

1) периферичний відділ – око (пара очей), з його оптичною системою, зовнішніми очними м'язами і рецепторним апаратом – сітчастою оболонкою (сітчатка, ретина);

2) аферентні шляхи (зорові нерви і тракти, сяйво Граціоле);

3) підкіркові центри (латеральні колінчасті тіла, верхні бугри четверохолмія тощо);

4) зорові центри кори великих півкуль мозку (17-ті, 18-ті, 19-ті поля Бродмана).

До складу зорової системи належать еферентні зорові шляхи, які забезпечують рух очей. Зорова система перебуває під активуючим впливом ретикулярної формації мозку. Важливе

значення має для зору оптична система очей (рогівка або рогова оболонка, зіниця, райдужна оболонка, хрусталик, склоподібне тіло), яка формує зображення об'єктів на сітчатці, а також допоміжні і захисні апарати очей: повіки, вії, орбіти, сльозовий апарат, система кровопостачання.

Зорові процеси виникають у результаті впливу видимого світла на фоторецептори сітчатки (палочки і колбочки). У людини сітчатка містить приблизно 120 млн палочок і 7 млн колбочок (приблизно 160 000 рецепторів на 1 мм^2). У вільній від палочок фовеальній ділянці (фовеолі) міститься приблизно 25 000 колбочок. Фоторецептори були відкриті Тревіранусом (1835), але ідею 2 типів фоторецепторів обґрунтував Макс Шульце (1866), який висунув теорію подвійного зору. Згідно з цією теорією палочки і колбочки мають різні функції: палочки є апаратом нічного ахроматичного зору, колбочки – денного кольорового зору. Для виникнення збудження в нейронах сітчатки необхідно, щоб енергія, яка потрапляє на сітчатку у вигляді квантів світла (фотонів), була поглинена зоровими пігментами фоторецепторів: паличковим пігментом родопсином, або зоровим пурпуром і колбочковими пігментами (ідіопсином). Фотохімічні зміни у цих пігментах дають початок зоровому процесу, який на всіх рівнях зорової системи проявляється у вигляді електричних потенціалів.

Сітчатка – це складна облонка, в якій виділяють 10 шарів; основними її елементами є нервові клітини. Первинна переробка зорової інформації здійснюється у сітчатці. Крім рецепторів, у сітчатці є декілька типів нейронів – це горизонтальні, біполярні, амакрінові (вони входять у 6-й шар, який називається «внутрішнім ядерним шаром») і гангліозні клітки (8-й шар). Аксони останніх у кількості приблизно 1 млн оптичний зоровий нерв; те місце в сітчатці, де збираються і виходять з очей волокна оптичного нерва, називається оптичним диском, тут немає фоторецепторів, а в полі зору їй відповідає ділянка, яка називається сліпа пляма.

Основна зорова функція – світлова чутливість. Абсолютна світлова чутливість визначається як величина, зворотна величині абсолютного порогу, тобто найменшої величини світлового

подразника, при якій виникають відчуття. Абсолютна світлова чутливість дуже висока: достатньо, щоб сітчатка абсорбувала всього декілька квантів світла для того, щоб виникло зорове відчуття; її вимірювання проводять у повній темноті, коли закінчується процес темнової адаптації.

Розрізняють три основних види зору: фотопічне, або денне; мезопічне, або сутінкове і скотопічне, або нічне.

Фотопічний зір здійснюється за допомогою колбочкового апарата, за повної світлової адаптації до яскравості фона, який переважає 10 нит. Його характеризує відносна видимість монохроматичних випромінювань для денного зору, прийнята МКО (1924).

Скотопічний зір здійснюється за допомогою паличкового апарата, за повної адаптації до темноти або яскравості фона, не перевищує 0,01 нит. Його характеризує відносна видимість монохроматичного випромінювання для нічного зору, прийнята МКО (1951).

Мезопічний зір – проміжний між денним і нічним, коли функціонують рецептори двох типів.

Для зору важливе правильне функціонування рухового апарата очей. Рухи здійснюються м’язами очей: зовнішніми і внутрішніми.

8.2. Сліпі, слабозорі діти

Зорові порушення **–** це численні відхилення від нормального зору, зорові аномалії, які мають довготривалий і незворотній характер. Кількість і різноманітність зорових порушень відображає складність самого зору і зорової системи.

1. Найбільш поширені зорові порушення пов’язані з оптичною системою очей – помутніння рогівки (кератит, бельмо) і хрусталика (катаракта), астигматизм, близорукість (міопія), далекозорість (гіперметропія). У разі близорукості зображення фокусується перед сітчаткою, при далекозорості – за сітчаткою; ці дефекти знижують гостроту зору, але можуть бути оптично скоректовані.

2. Дефекти і пошкодження зовнішніх очних м'язів, а також порушення в системі окорухової регуляції призводять до косоокості, дисгармонії рухів правого й лівого очей і, як наслідок, розлад бінокулярного зору.

3. Численна група порушень пов'язана з фоторецепторами. Крім гемеролопії (куряча сліпота), до них належать різні дефекти кольорового зору (дальтонізм, протанопія, тританопія). Особливу групу кольорових дефектів утворюють хроматопсії.

4. Деякі зорові порушення можуть виникати під час довготривалого перебування людини в умовах сенсорної ізоляції. До цих порушень відносять переоцінку розмірів видалених об'єктів (макропсія) і недооцінку розмірів близьких об'єктів (мікропсія).

Слабозорість – це значне зниження зору, при якому гострота зору на оці, яке ліпше бачить за допомогою звичайних засобів корекції (окулярів), є в межах з 0,05 до 0,2, або менше зниження гостроти зору у разі значних порушень інших зорових функцій (звуження границь поля зору).

Слабозорість дає певну можливість бачити на відміну від залишкового зору *(зір, який характеризується* гостротою зору від світловідчуття до 0,04 за допомогою звичайних засобів корекції (окулярів). У більшості сліпих дітей є залишковий зір.

Сліпі діти, які володіють залишками зору, вчаться писати і читати рельєфним шрифтом і користуються наочними посібниками, які пристосовані для дотику. Залишковий зір допомагає орієнтуватися в просторі, виступає як додатковий для дотику і слуху шлях до сприйняття.

Стан залишкового зору зумовлюється характером захворювань і аномалій розвитку органу зору. У період навчання в школі залишковий зір може погіршуватися та поліпшуватися. У зв'язку з цим учителі і батьки повинні слідкувати за виконанням усіх лікувально-профілактичних заходів, які призначаються лікарем. Окуляри й тифлоприбори підсилюють зір, тому необхідно слідкувати за тим, щоб діти користувалися ними лише за вказівкою лікаря-офтальмолога, використовувати зоровий аналізатор як основний у навчальній роботі.

Слабозорість виникає внаслідок аномалій розвитку або захворювань очей, які часто є проявами загального захворювання організму. Більшістю випадків слабозорість є наслідком аномалій рефракції очей.

Рефракція – це заломлююча здатність очей. Око, як оптичний апарат, побудований за типом фотокамери, тобто має світлозаломлювальну систему і світлочутливий екран. Світлозаломлювальна система ока має складну будову: головну роль відіграють рогівка та хрусталик. Роль світлочуттєвого екрану виконує сітчатка.

Дефекти зору, які трапляються у дітей, поділяються на *прогресуючі і стаціонарні.*

До прогресуючих належать:

– первинна і вторинна глаукоми;

– незакінчені атрофії зорових нервів;

– пігментна дегенерація сітківки;

– злоякісні форми високої близорукості;

– відшарування сітківки.

До стаціонарних: мікрофтальм, альбінізм, далекозорість, астигматизм.

Мікрофтальм (*грец.* – мале око) – вроджена аномалія ока, яка характеризується зменшенням розмірів. Розвивається на одному оці або парі очей у результаті різних внутрішньоутробних патологічних процесів, наприклад, токсикоплазмозу – паразитарне захворювання, збудником якого є паразит, який належить до групи простіших тварин. Людина може заразитися від домашніх тварин (собак, котів, свиней, кроликів, курей тощо).

Альбінізм (*лат.* – білий) – вроджена аномалія, яка характеризується відсутністю пігменту в очах (у судинній і райдужній оболонках), віях, бровах, шкірі. При альбінізмі райдужна оболонка очей має сіро-червоний відтінок, а зіниця при звичайному денному світлі – рожево-червоний. Альбінізм виникає внаслідок порушеного утворення пігменту меланіна із феніланіна. Ця аномалія часто буває спадковою. Ендокринні та екзогенні фактори також сприяють виникненню альбінізму. Діти, які страждають альбінізмом, під час зниження зору повинні навчатися в школах для слабозорих.

Астигматизм (*грец.* – відсутність фокусної точки) – аномалія заломлювальної здатності ока, при якій в одному оці спостерігається поєднання різних видів рефракції. Промені, які потрапляють в око, по-різному заломлюються в різних меридіанах рогівки, у результаті чого на сітківці з'являється нечітке зображення. Коригується циліндричними окулярами.

Непрогресуючі наслідки захворювань і операцій:

– стійке помутніння рогівки;

– катаракта;

– післяопераційна афакія (відсутність кристалика) тощо.

Слабозорі діти характеризуються сповільненістю, зниженням точності, зорові уявлення у них менш чіткі, іноді викривлені. У них виникають труднощі у просторовій орієнтації, швидко втомлюються. Зорова втома викликає зниження фізичної і розумової працездатності.

Слабкий зір залишається у *слабозорих* дітей основним аналізатором. Вони користуються зором як основним засобом сприйняття. У слабозорих дотик не замінює зорових функцій, як це відбувається у сліпих.

Сліпота – найбільш різко виражена ступінь аномалій розвитку і порушень органа зору, при якому неможливе або обмежене зорове сприйняття дійсності внаслідок глибокого порушення гостроти центрального зору (з 0 до 0,04) або звуження поля зору.

За ступенем збереженості залишкового зору розрізняють:

– абсолютну сліпоту, яка характеризується повною відсутністю зорових відчуттів;

– сліпота, при якій зберігаються світловідчуття, які допомагають відрізнити світло від темряви;

– сліпота, яка характеризується залишковим зором, який дає можливість порахувати пальці біля обличчя, розрізнити контури, форми і колір предметів на близькій відстані.

У більшості випадків під час сліпоти зберігається залишковий зір. Сліпота може бути вродженою і набутою. Набута сліпота у дітей є наслідком атрофії зорового нерва, катаракти, глаукоми; захворювань центральної нервової системи (менінгіт, менінгоенцефаліт, пухлини мозку).

Під час вроджених форм трапляються внутрішньоутробні аномалії розвитку органа зору, або спадкова передача деяких дефектів зору.

За відсутності зору спостерігається своєрідність орієнтаційної реакції, особливо на звукові подразники. Це пояснюється тим, що у разі втрати зору звуки є важливим фактором орієнтації сліпих у навколишній дійсності.

8.3. Шляхи компенсації у разі незрячості

Зрачковий рефлекс – рефлекторне змінення діаметра зіниці залежно від інтенсивності падаючого на очі світла; це безумовний рефлекс. Під час великої інтенсивності світла зіниця звужується, у разі слабкого світла – розширюється, що приводить до регулювання світлового потоку, яке падає на сітчасту оболонку очей. Зрачковий рефлекс використовується для вимірювання рівня активації суб'єкта з метою діагностики її психічного стану. Встановлено, що діаметр зіниці збільшується із зростанням труднощів розв'язання завдання.

Проблема компенсації відсутнього зору є центральною для психології сліпих. Оскільки сприйняття навколишньої дійсності, яке компенсаторно розвивається за допомогою збережених аналізаторів (передусім слуху і дотику), і «*почуття перешкоди*», яке формується у сліпих, не можуть повністю замінити відсутній зір, конкретні уявлення про предмети розвиваються у сліпих дітей з труднощами. Орієнтування в просторі, здатність до пересування ускладнені. Сповільненість і труднощі у формуванні сенсорного досвіду проявляються в недостатньому розвитку наочно-образного мислення.

Особливий вид сприйняття, який властивий сліпим, – «почуття перешкоди» (названий «шостим почуттям», «почуттям відстані» тощо) не розвивається, якщо втрата зору відбулася у похилому віці. Існує декілька гіпотез про природу «почуття перешкоди»: тактильна, температурна, слухова, дотиково-слухова. Сучасні дослідження доводять, що «почуття перешкоди» формуються в результаті спільної діяльності збережених аналізаторів у разі основної ролі слухового.

Відтворенню адекватних образів предметів і явищ, сприйняття яких сліпими утруднено, сприяють процеси відображення. Якщо запас уявлень про предмет у сліпих достатній, то їхнє відображення може створювати адекватні образи. Пам'ять сліпих значно розвивається, причому формування логічної пам'яті випереджує розвиток образної.

Зорова працездатність – це характеристика здатності людини-спостерігача до виконання зорової роботи; вимірюється швидкістю і точністю виконаної зорової роботи та заданий інтервал часу.

Зорове сприйняття – сукупність процесів побудови зорового образу світу на основі сенсорної інформації, яку можна отримати за допомогою зорової системи. Сучасні дані свідчать, що зір дає початок цілому ряду якісно різних процесів, пов'язаних з відображенням кольорових, просторових, динамічних й фігуративних характеристик, які містяться в зоровому полі об'єктів.

8.4. Корекційна робота

У дітей з глибокими дефектами зору внаслідок порушення зорового аналізатора розлади мовлення зумовлені її раннім недорозвитком: відсутністю необхідного запасу слів, порушеним розумінням змістовної сторони слова, яке не співвідноситься із зоровим образом предмета, «вербалізмом» (у дитини недостатній запас слів, але він може говорити про жовті листки, сніг).

Корекційна робота із сліпими та слабозорими дошкільниками та школярами початкових класів здійснюється в умовах педагогічного процесу. Корекційно-логопедичні задачі із розвитку зв'язного мовлення розв'язуються в ігровій, навчальній, трудовій діяльності, а також у предметно-практичній діяльності і на музичних заняттях.

Під час організації корекційних занять із слабозорими дітьми особлива увага звертається на залишковий зір. У роботі використовуються дидактичний матеріал необхідної величини, забарвлення й обсяжності; використовуються об'ємні картинки, «чарівні мішечки» з набором іграшок, кубики для позначення звуків, побудови складів, слів.

Велике значення в роботі з такими дітьми з метою формування уявлень про багатобічність предметного світу має природна наочність. Обов'язковим елементом повинна бути гра, тому що у дітей з глибокими дефектами зору набагато пізніше формуються передумови ігрової діяльності, на відміну від зрячих дітей.

Невід'ємним повинно стати удосконалення моторних навичок, координації, орієнтації у просторі і конструктивного праксису. Ця робота пов'язана з розвитком мовленнєвих навичок і формуванням відповідних понять.

В основу роботи покладені накопичення словникового запасу, практичне оволодіння граматичною стороною мовлення, складання речень за картинками, за опорними словами.

8.5. Рельєфний шрифт

Рельєфний шрифт – це спеціальний об'ємний шрифт, створений для читання і письма сліпих та охорони зору.

Важливе завдання навчально-виховної роботи – охорона слабкого зору, тренування. Для цього в приміщеннях, де займаються слабозорі діти, повинні бути підвищенні норми освітленості. Для освітлення робочого місця підбираються електричні лампи залежно від стану зору дитини після консультації з очним лікарем.

У молодших класах використовуються підручники з великим шрифтом, для навчання письму – зошити з більш чіткими лінійками.

Особлива увага приділяється таким методам навчання, як екскурсії, лабораторні роботи, робота в шкільних майстернях.

Для охорони зору необхідно робити перерви у зоровій роботі (читання, письмо, розглядання ілюстрацій) через кожні 10–15 хв.

Залежно від характеру захворювання протипоказане велике фізичне навантаження, що враховується під час навчання, занять фізичною культурою, трудової підготовки.

У зоровій системі людини розрізняють: периферичний відділ; аферентні шляхи; підкіркові; зорові центри кори великих півкуль мозку. До складу зорової системи належать еферентні

зорові шляхи. Зорова система перебуває під активуючим впливом ретикулярної формації мозку. Важливе значення має для зору оптична система очей. Найбільш поширені зорові порушення, пов'язані з оптичною системою очей – помутніння рогівки (кератит, бельмо) і хрусталика (катаракта), астигматизм, близорукість (міопія), далекозорість (гіперметропія). До прогресуючих дефектів належать: первинна і вторинна глаукоми; незакінчені атрофії зорових нервів; пігментна дегенерація сітківки; злоякісні форми високої близорукості; відшарування сітківки. До стаціонарних – вади розвитку (мікрофтальм, альбінізм, далекозорість, астигматизм).

Питання для самоконтролю

1. Що входить до зорової системи людини?
2. Що забезпечує рух очей?
3. Де здійснюється первинна переробка зовнішньої інформації?
4. Назвіть види зору.
5. Порушення, пов'язані з оптичною системою очей.
6. Порушення, пов'язані з фоторецепторами.
7. Що таке мікрофтальм?
8. Що таке альбінізм?
9. Що таке астигматизм?
10. Рівні сформованості мовлення у дітей такої категорії.
11. Ким, коли, з якою метою було створено рельєфний шрифт?

Завдання для перевірки знань

1. Пара очей з оптичною системою, зовнішніми очними м'язами і рецепторним апаратом – сітчастою оболонкою становлять:

а) периферичний відділ;

б) аферентні шляхи;

в) підкіркові центри;

г) зорові центри кори великих півкуль мозку.

2. За допомогою колбочкового апарата, за повної світлової адаптації до яскравості фона, який переважає 10 нит., здійснюється:

а) фотопічний зір;

б) скотопічний зір;

в) мезопічний зір;

г) усі відповіді правильні.

3. Помутніння рогівки (кератит, бельмо) і хрусталика (катаракта), астигматизм, близорукість (міопія), далекозорість (гіперметропія) пов'язані з:

а) оптичною системою очей;

б) пошкодженням зовнішніх очних м'язів, а також порушенням у системі окорухової регуляції;

в) фоторецепторами;

г) довготривалим перебуванням людини в умовах сенсорної ізоляції.

4. Переоцінка розмірів видалених об'єктів (макропсія), недооцінка розмірів близьких об'єктів (мікропсія) пов'язані з:

а) оптичною системою очей;

б) пошкодженням зовнішніх очних м'язів, а також порушенням у системі окорухової регуляції;

в) фоторецепторами;

г) довготривалим перебуванням людини в умовах сенсорної ізоляції.

5. Косоокість, дисгармонія рухів правого й лівого очей і, як наслідок, розлад бінокулярного зору пов'язані з:

а) оптичною системою очей;

б) пошкодженням зовнішніх очних м'язів, а також порушенням у системі окорухової регуляції;

в) фоторецепторами;

г) довготривалим перебуванням людини в умовах сенсорної ізоляції.

Список рекомендованих джерел

1. Вавіна Л. С. Особистісний розвиток молодших школярів з порушеннями зору в сім'ї. Діти з особливими потребами у початковій школі: поради батькам. Кн. 3. Київ, 2006. С. 43–62.

2. Діти з особливими потребами: поради батькам / за ред. В. І. Бондар, В. В. Засенко. Київ: КНТ, 2014. 401 с.

3. Картава Ю. А. Програма з ритміки для дітей дошкільного віку з порушеннями зору. Суми, 2006. 245 с.

4. Каут Н. М. Основи дефектології та логопедії: тексти лекцій. Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2012. 372 с.

5. Синьова Є. П., Федоренко С. В. Тифлопедагогіка: підручник для студентів вищих навчальних закладів. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2018. 325 с.

ТЕМА 9
ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК СЛІПОГЛУХОНІМИХ ДІТЕЙ

9.1. Причини сліпоглухонімоти.
9.2. Принципи системи навчання.

9.1. Причини сліпоглухонімоти

Серед аномальних є діти із складними, комплексними порушеннями у розвитку. Характерним для них є те, що первинний дефект у них пов'язаний безпосередньо не з одним, а з рядом факторів, тобто в ньому виявляється поєднання повного або часткового випадіння функцій різних аналізаторів, наприклад, слухового і зорового, або поєднання сенсорної (чуття, відчуття), тобто пов'язаної безпосередньо з відчуттями, та інтелектуальної недостатності.

До дітей із складним комплексним дефектом належать: *сліпоглухонімі; розумово відсталі глухі, або туговухі; глухі слабозорі; розумово відсталі слабозорі або сліпі.*

До незначної категорії *сліпоглухонімих дітей* належать діти з повним або частковим ураженням функції як зорового, так і слухового аналізаторів. У сліпоглухонімих дітей слух порушений повністю або такою мірою, що робить неможливим засвоєння мови на основі слухового сприймання. Отже, глухота зумовлює німоту. Зір у сліпоглухонімих дітей також характеризується тотальним порушенням або настільки знижений, що зорове орієнтування практично неможливе.

Якщо глухота і сліпота настають у дорослому віці, це, як правило, не призводить до втрати мови. Варто розрізняти сліпоглухонімих, у яких здатність до словесної мови втрачена або взагалі не розвивалася, й сліпоглухих, у яких раніше сформована мова збережена.

Сліпоглухонімота може бути викликана різними причинами:

– *вроджена* сліпота і глухота, внаслідок внутрішньоутробного ушкодження плода в період ранньої вагітності, коли відбувається формування слухового і зорового аналізаторів. Це, зокрема, пов'язане із захворюваннями вагітної на краснуху, а також впливом шкідливих факторів;

– *набута* сліпоглухонімота може бути зумовлена пологовими черепно-мозковими травмами, частіше – перенесеними у дошкільному віці тяжкими захворюваннями головного мозку (менінгіти, менінгоенцефаліти), наслідками яких можуть бути, зокрема, ураження внутрішнього вуха і слухових нервів, які призводять до глухоти у сполученні з атрофією зорових нервів та спричиняють глибоке ослаблення зору або сліпоту.

За одночасної втрати зору і слуху та відсутності спеціального педагогічного впливу «дитина взагалі може перебувати в тривалому дрімотному стані – настільки знижується тонус кори великих півкуль її головного мозку».

Сліпоглухонімота створює важкі передумови для психічного розвитку дитини, відсутність зору і слуху компенсується збереженою здатністю відчувати й сприймати світ за допомогою дотику, нюху, різних вібраційних та температурних відчуттів. Тому в дефектології висувається ідея універсальної провідної ролі навчання в психічному розвитку сліпоглухонімої дитини, яка визначається спеціальним впливом.

Нині з етіологічної точки зору варто виділяти шість груп сліпоглухонімоти:

1. Спадково обумовлені синдроми, що включають порушення зору і слуху.
2. Спадкоємні синдроми з порушенням слуху, що сполучаються з екзогеннообумовленими порушеннями зору.
3. Спадкоємні дефекти зору в сполученні з екзогенними формами порушень слуху.
4. Сліпоглухота, обумовлена незалежним спадкуванням дефектів слуху і зору.
5. Екзогенно обумовлені порушення зору і слуху.
6. Етиологічно нечіткі спостереження.

1. З літературних джерелах відомо багато форм сліпоглухоти (Б. В. Конигсмарк, Р. Д. Горлин та ін.). Під час комплексного клініко-генеалогічного і психолого-педагогічного вивчення дітей і дорослих з глибокими порушеннями зору і слуху виділені спостереження із *синдромами Ушера, Маршалла й Альпорта.*

Синдром Ушера. У 1914 р. Ушер провів найбільш значне документально підтверджене дослідження цього синдрому (1858) і підкреслив його генетичну природу. Синдром Ушера характеризується уродженою нейросенсорною утратою слуху з вестибулярною гіпофункцією і повільно прогресуючим пігментним ретинітом. У деяких хворих можуть спостерігатися розумова відсталість і пізні психози. Поширеність синдрому Ушера серед дітей із глибокою глухотою досягає від 3 до 10 %. Розраховано, що один зі 100 людей є носієм гена синдрому Ушера (Б. В. Конигсмарк, Р. Д. Горлин, 1980).

На жаль, не існує методів ефективного лікування синдрому Ушера. Діти здебільшого починають навчання в школах для глухих, рідше – для приглухуватих. Зниження гостроти зору в них діагностується пізно. Маючи ускладнення в навчанні, вони, як правило, потрапляють у групу невстигаючих. Тим часом своєчасне виявлення в них пігментного ретиніту, що прогресує до практичної сліпоти, створення адекватних педагогічних умов сприяють більш повній соціальній реабілітації таких людей.

Близько 90 % випадків уродженої глухоти з пігментним ретинітом належать до *першої форми синдрому Ушера*.

Друга форма характеризується глибокою уродженою глухотою, а пігментний ретиніт із прогресуючим зниженням зору і звуженням полів зору виявляється наприкінці підліткового чи трохи старшого віку (15–17 років). До цієї форми синдрому належать близько 10 % спостережень.

Третя форма відрізняється прогресуючою (до глухоти) утратою слуху і пігментним ретинітом зі зниженням гостроти зору, що виявляються в підлітковому віці. Ця форма синдрому Ушера зустрічається рідко.

Четверта форма за клінічними проявами подібна другій. Клінічні прояви синдрому відзначаються тільки в чоловіків. Жінки – носительки мутантного гена в Х-хромосоми, як правило, зовні здорові.

Третя і четверта форми синдрому Ушера становлять менше 1 % усіх випадків.

Синдром Маршалла. Під час синдрому Маршалла у хворих відзначається характерне обличчя з маленьким носом, що запав переніссям, вивернутими вперед, трохи недорозвиненими ніздрями, різкою гіпоплазією середньої третини обличчя. Крім того, характерне укорочення рук і ніг. Порушення зору може бути обумовлено уродженою міопією високого ступеня, а також уродженою чи юнацькою катарактою. Іноді у хворих спостерігається відшарування сітківки. У частини хворих може бути також розумова відсталість (Б. В. Конигсмарк, Р. Д. Горлин, 1980).

Синдром Альпорта. У 1927 р. A. Alport уперше вивчив родовід родини, у якій 16 осіб у трьох поколіннях страждали прогресуючою нейросенсорною глухотою і вираженою нирковою недостатністю. Частота синдрому становить близько 1 % серед осіб зі спадковою глухотою.

Нейросенсорні порушення слуху найчастіше виявляються в першому чи другому 10-літті життя і поступово наростають (Б. В. Конигсмарк, Р. Д. Горлин, 1980), рідше спостерігається уроджена глибока глухота (L. Johnssom et al., 1981; H. Gould, 1982). Ниркова патологія груба; виділяють два клінічних варіанти: один з них подібний гломерулонефриту зі злоякісним протіканням, другий – пиєлонефриту. Другий тип відзначається переважно в жінок і характеризується тривалим протіканням і більш сприятливим прогнозом. Приблизно в 10 % хворих синдромом Альпорта спостерігається також очна патологія, частіше катаракта.

У вітчизняній і закордонній літературі є дані про більше ніж 200 хворих із синдромом Альпорта.

2. Під час вивчення дітей з глибокими порушеннями зору і слуху в ряді спостережень можна припустити, що складна структура дефекту обумовлена сполученням спадкоємних синдромів з порушеннями слуху і дефекту зору іншого походження. До цієї

групи віднесені такі спадкові синдроми порушення слуху: *синдром гіпофізарної карликовості з нейросенсорною глухотою*; *синдром Джервелла*; *синдром нейросенсорної глухоти і діабету*; *синдром Пендреда*; *синдром «Леопарда»*; *синдром генералізованого шиповидного гіперкератозу, загального облисіння й уродженої нейросенсорної глухоти*; *синдром атопічного дерматиту за типом іхтіозу з нейросенсорною глухотою*; *синдром артогрипозної аномалії рук з нейросенсорною глухотою*; *синдром Норрі*; *синдром кератоконуса, блакитних склер, слабості зв'язувань і провідної глухоти; домінантна уроджена різковиражена нейросенсорна глухота; синдром зябрових свищів з нейросенсорною глухотою.*

Глибокі порушення зору були у всіх випадках обумовлені іншими причинами. Перенесені дітьми в перші місяці після народження сепсис, менингоенцефалит, двостороння пневмонія можуть призвести до ураження органу зору: зміни на очному дні у виді атрофії зорових нервів, катаракти обох очей, міопії високого ступеня тощо.

3. Дітей третьої групи характеризує поєднання дефекту зору з порушеннями слуху екзогенного походження. Зниження гостроти слуху, причиною якого були менінгоенцефаліти, сепсис, важка пневмонія і застосовуваня у процесі лікування масивних доз антибіотиків. До цієї групи віднесені три синдроми: *синдром Марфана з нейросенсорним дефектом слуху; синдром спадкової атрофії зорового нерва рецесивного типу – хвороба Бера і домінантного типу; синдром Сьєгрен-Ларсена*.

Діагностика дітей цієї групи має труднощі. Якщо глибокі порушення зору можуть бути пояснені виявленими синдромами, то екзогенна причина порушення слуху передбачається з відомою часткою імовірності, завдяки наявності в анамнезі грубих екзогеній.

4. Для дітей цієї групи характерний випадковий збіг двох дефектів, успадкованих незалежно один від одного. Синдром поєднання глухоти і своєрідної будови у вигляді преаурикулярних ямок описаний багатьма авторами як домінантно наслідуване захворювання (J. Schuller, 1929; Б. В. Конигсмарк, Р. Д. Горлин, 1980 та ін.).

У більшості випадків уроджені катаракти успадковуються домінантно, рідше – рецесивне спадкування.

5. У дітей п'ятої групи порушення слуху і зору обумовлені різними екзогеніями. На першому місці серед них – краснуха, яка є причиною уродженої глухоти в 56 % пацієнтів і уродженої катаракти в 40 %. Краснуха, перенесена матір'ю в перші місяці вагітності, призводить до важкої уродженої глухоти чи уродженої катаракти й уродженого пороку серця.

Під час народження діти мають низьку вагу, тенденція до відновлення росту і ваги в постнатальному періоді була виражена слабко. З віком загальне фізичне недорозвинення стає усе більш помітним. Ці діти досить схожі один на одного: череп має округлу, мікроцефальну форму, виражена м'язова гіпотонія, недорозвинення полових органів. Риси обличчя, як правило, дрібні, очні щілини вузькі, розріз очей монголоїдний, спостерігається мікрофтальм, колобома райдужної оболонки. Для усіх характерний гіпертелоризм, епікант, ніс маленький, рот правильно обкреслений, піднебіння високе, зуби дрібні із загостреними коронками; верхня щелепа трохи сплощена, нижня – різко недорозвинена, мікроретрогнатія, вушні раковини м'ясисті, розташовані низько. Трубчасті кісти сформовані правильно, грудна клітка подовжена, соски широко розташовані, грубо скривлені мізинці, на долонях – поперечна складка.

Не тільки захворювання краснухою на ранніх термінах вагітності викликає появу дітей з настільки складною структурою дефекту. Токсоплазмоз, важкий гепатит, внутрішньоутробний сифіліс, епідемічний паротит, грип та інші інфекції можуть у ранньому періоді впливу на плід обумовити виникнення в дитини сліпоглухонімоти. Варто враховувати, що ряд шкідливих факторів: несумісність за групою крові матері і дитини, резус-конфлікт, важке порушення серцевої діяльності в матері тощо – можуть спровокувати наявну спадкоємну схильність і призвести до формування дефекту такої складної структури.

У народженні сліпоглухонімих дітей велику роль має час ураження плоду, наприклад токсоплазмоз, перенесений матір'ю в першому триместрі вагітності.

Отже, у сліпоглухонімих дітей водночас різко порушуються основні канали, які забезпечують зв'язок із зовнішнім світом. Втрата або глибоке порушення цих двох важливих функцій ізолює дитину від людей, що її оточують, та предметного середовища, не дає їй змоги спонтанно оволодівати соціальною культурою, а отже, ставить у такі умови, за яких поза спеціальним педагогічним впливом психіка дитини не розвивається. Зазначимо, що втрата або різке зниження діяльності слухового і зорового аналізаторів негативно впливають на функціонування кори великих півкуль головного мозку.

9.2. Принципи системи навчання

Сліпоглухонімота створює важкі передумови для психічного розвитку дитини. Однак, якщо вона не сполучається з розумовою відсталістю, сліпоглухонімі діти потенційно мають можливості для повноцінного інтелектуального й емоційного розвитку і за сприятливих умов виховання можуть стати соціально корисними людьми. Саме завдяки пластичності нервової системи під час сліпоглухонімоти відсутність зору, а також слуху компенсується збереженою здатністю відчувати і сприймати навколишній світ за допомогою дотику, нюху, різних вібраційних і температурних відчуттів. З іншого боку, приведення в дію цих компенсаторних здібностей нервової системи при сліпоглухонімоті визначається спеціальними педагогічними впливами. Тому в дефектології висувається ідея універсальної провідної ролі навчання в психічному розвитку сліпоглухонімої дитини. Ця ідея є основоположною в системі навчання сліпоглухонімих, яку створили видатні дефектологи І. П. Соколянський, О. І. Мещеряков.

Універсальна роль навчання сліпоглухонімих найбільш виражена при формуванні в них початкових форм людської поведінки – найперших потреб і способів їхнього задоволення. Людські потреби виникають внаслідок присвоювання дитиною культурних, вироблених соціальним досвідом людей засобів задоволення її вроджених природних потреб (у їжі, захисті від холоду), а не

розвиваються спонтанно на основі дозрівання мозку. Тому на початкових етапах виховання сліпоглухонімої дитини педагогічна робота будується так, щоб перетворити органічні потреби організму на перші суто людські потреби, тобто виховати у дитини уміння задовольняти природні потреби прийнятими у суспільстві способами (наприклад, користуватись ложкою при вживанні їжі).

З цією метою організовується спільна предметно-практична діяльність сліпоглухонімої дитини й дорослої людини, яка її виховує. Ця діяльність скерована на формування культурних способів задоволення природних потреб. До того ж предметна дія, якій навчають сліпоглухонімого, розподіляється. Рухи, які виконують руки дитини, спочатку повністю скеровуються руками вихователя (наприклад, рука дорослого міцно тримає руку вихованця, в яку вкладається ложка, їжа підноситься до рота дитини її рукою, скерованою рукою дорослого). Із зростанням активності дитини міра і форма активності дорослого поступово знижується. У дитини закріплюється навичка відповідної дії з предметом, вихователь лише подає сигнал до дії, а дитина виконує її самостійно.

Для формування в дитини предметних зразків об'єктів і дій насамперед використовують спеціальні засоби спілкування із сліпоглухонімими – жести, які позначають ці предмети і дії. Надалі на зміну окремим жестам, а потім усе більшій їхній кількості використовують слова, які повідомляються сліпоглухонімому в дактильній формі. *Дактологія* (грец. *dactyloos* – палець, *logos* – слово) – ручна азбука, в якій букви алфавіту замінюються спеціальними знаками, та передаються пальцями руки. На відміну від зорового сприймання дактильних знаків, що користуються глухі, сліпоглухонімі використовують спеціальний пальцевий алфавіт, де кожна буква передається дотиком пальців «мовця» до певних точок долоні «слухача».

Роль словесної мови, оформленої дактильно, постійно і послідовно зростає. Крім оволодіння дактологією, сліпоглухонімі навчаються усної мови, використовуючи спеціальні логопедичні прийоми, їм ставлять вимову звуків і навчають контролювати висоту звучання голосу за допомогою тактильно-вібраційних відчуттів (притулянням руки до горла).

Велике значення надалі у навчанні й розвитку сліпоглухонімих належить оволодінню писемною мовою, яка оформляється рельєфно-крапковим шрифтом Брайля, що ним користуються сліпі. У цьому шрифті кожна буква, цифра, розділові знаки передаються різними комбінаціями випуклих крапок та сприймаються дотиком пальців руки до паперу. Оволодіваючи словесною мовою, сліпоглухонімі одержують змогу прилучатися до людської культури, що відіграє вирішальну роль у їх розумовому розвитку, моральному й естетичному.

Сліпоглухонімота – це повна одночасна відсутність слуху і зору, вона пов'язана з відсутністю слуху. Про сліпоглухонімоту можна говорити лише тоді, коли втрата слуху в дитячому віці виключає сприйняття членороздільного мовлення, а втрата зору – робить неможливою предметну орієнтацію на основі зорових відчуттів. Пошкодження слуху і зору у дорослих не призводить до втрати мовлення. Тому варто розрізняти сліпоглухонімоту, при якій здатність до мовлення не розвивалася або втрачена, й сліпоглухоту, при якій мовлення збережене.

Сліпоглухонімі діти – які не мають слуху, зору і мовлення. До сліпоглухонімих належать діти не лише з повним, але і частковим пошкодженням слуху та зору:

– сліпі з втратою слуху, який перешкоджає засвоєнню мовлення на слух;

– глухі з втратою зору, який перешкоджає зоровій орієнтації.

Своєрідність сліпоглухонімих полягає в тому, що вони не можуть спілкуватися і розумово розвиватися без допомоги педагога. Але вони володіють можливістю повноцінного розумового розвитку.

Основне завдання навчання – формування і накопичення безпосередніх образів предметів, які оточують дитину, формування навичок нормальної поведінки, передусім самообслуговування і побутова праця. Початковим засобом спілкування із сліпоглухонімою дитиною є жести, які означають предмети та дії. Пізніше окремі жести замінюються словами, які повідомляються дитині в тактильному вигляді. Поступово роль словесного мовлення збільшується, і наприкінці навчання воно повністю замінює

жестову форму спілкування. Основним видом словесного мовлення під час навчання сліпоглухонімої дитини є дадиктологія, а видом писемного мовлення – рельєфний шрифт Брайля.

У процесі навчання сліпоглухоніма дитина оволодіває також і усним (звуковим) мовленням та вмінням сприймати на своїй долоні окреслення звичайних букв. Один із основних прийомів – система паралельних текстів: навчальних, які дає вчитель, і текстів, що складають самі учні. У навчальні тексти поступово вводяться нові слова і нові граматичні форми. Учні, складаючи свій текст, описують відомі їм події, використовуючи дані їм у навчальному тексті нові слова й форми. Оволодіння словесним мовленням відкриває для них можливість систематичного навчання і засвоєння загальноосвітніх знань.

Досвід навчання сліпоглухонімих має велике наукове значення. Першою сліпоглухонімою, яка отримала освіту, була американка Л. Бріджмен (1829–1889). Інша сліпоглухоніма – Є. Келлер (1880) отримала вищу освіту під керівництвом свого вчителя А. Сулліван і пізніше стала доктором філософії. Сліпоглухоніма учениця професора І. А. Соколянського – О. І. Скороходова написала книги, перекладені різними мовами: «Как я воспринимаю окружающий мир», «Как я воспринимаю и представляю окружающий мир». Захистила дисертацію на здобуття вченого ступеня кандидата педагогічних наук.

Подальший розвиток системи навчання і виховання сліпоглухонімих І. П. Соколянського відобразився у працях О. І. Мещерякова. Завдяки запровадженню у практику наукових досліджень і висококваліфікованій та наполегливій роботі педагогів четверо випускників Сергієвопосадської спеціальної школи-інтернату – Н. Корнеєв, Ю. Лерненр, С. Сироткін, О. Суворов – закінчили факультет психології університету і проводять науково-дослідницьку роботу.

Отже, основними причинами сліпоглухонімоти є ряд факторів, які супроводжуються поєднанням повного або часткового випадіння функцій різних аналізаторів. У сліпоглухонімих дітей одночасно порушуються основні канали, які забезпечують зв’язок із зовнішнім світом. Втрата / глибоке порушення цих двох важливих функцій ізолює дитину від соціуму, негативно впливає на функціонування кори великих півкуль головного мозку. У

психолого-педагогічній корекції із означеною категорією дітей варто керуватися тезою про пластичність нервової системи й опиратися на той факт, що за відсутності зору і слуху при сліпоглухонімоті зберігається здатність відчувати і сприймати навколишній світ за допомогою дотику, нюху, різних вібраційних та температурних відчуттів.

Питання для самоконтролю

1. Основні причини сліпоглухонімоти.
2. Принципи системи навчання сліпоглухонімих дітей.
3. Особливості навчання і розвитку дітей цієї категорії.

Завдання для перевірки знань

1. Вроджена аномалія ока, яка характеризується зменшенням розмірів. Розвивається на одному оці або парі очей у результаті різних внутрішньоутробних патологічних процесів, наприклад, токсикоплазмозу – паразитарного захворювання, збудником якого є паразит, який належить до групи простіших тварин:

а) мікрофтальм;
б) альбінізм;
в) астигматизм;
г) сліпота.

2. Аномалія заломлювальної здатності ока, при якій в одному оці спостерігається поєднання різних видів рефракції. Промені, які потрапляють в око, по-різному заломлюються в різних меридіанах рогівки, у результаті чого на сітківці з'являється нечітке зображення. Коригується циліндричними окулярами:

а) мікрофтальм;
б) альбінізм;
в) астигматизм;
г) сліпота.

3. Вроджена аномалія, яка характеризується відсутністю пігменту в очах (у судинній і райдужній оболонках), віях, бровах, шкірі:

а) мікрофтальм;

б) альбінізм;

в) астигматизм;

г) сліпота.

4. 17-ті, 18-ті, 19-ті поля Бродмана складають:

а) периферичний відділ;

б) аферентні шляхи;

в) підкіркові центри;

г) зорові центри кори великих півкуль мозку.

5. Проміжний між денним і нічним, коли функціонують рецептори двох типів, – це:

а) фотопічний зір;

б) скотопічний зір;

в) мезопічний зір;

г) усі відповіді правильні.

Список рекомендованих джерел

1. Діти з особливими потребами: поради батькам / за ред. В. І. Бондар, В. В. Засенко. Київ: КНТ, 2014. 401 с.

2. Картава Ю. А. Програма з ритміки для дітей дошкільного віку з порушеннями зору. Суми, 2006. 245 с.

3. Каут Н. М. Основи дефектології та логопедії: тексти лекцій. Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2012. 372 с.

4. Колишкін О. В. Корекційна освіта. Вступ до спеціальності: навч. посіб. Суми: Університетська книга, 2013. 392 с.

5. Миронова С. П. Основи корекційної педагогіки: навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2010. 263 с.

6. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник. Частина І. Загальні основи корекційної психопедагогіки (олігофренопедагогіки). Київ: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2007. 238 с.

7. Синьова Є. П., Федоренко С. В. Тифлопедагогіка: підручник для студентів вищих навчальних закладів. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2018. 325 с.

8. Шевців З. М. Основи інклюзивної педагогіки: підручник. Київ: Центр учбової літератури, 2016. 248 с.

ТЕМА 10
ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ З ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ

10.1. Причини мовленнєвих порушень.

10.2. Анатомо-фізіологічні основи вимови й сприймання звуків.

10.3. Вплив порушення фонематичного слуху на розвиток усного мовлення дитини.

10.1. Причини мовленнєвих порушень

Біологічними причинами розвитку мовленнєвих порушень є патогенні чинники, що впливають в основному у період внутрішньоутробного розвитку і пологів (гіпоксія плоду, родові травми тощо), а також в перші місяці життя після народження (мозкові інфекції, травми та ін.). Від часу ураження значною мірою залежить характер аномалії розвитку мозку в цілому. Найбільш важке ураження мозку під впливом патогенних впливів (інфекцій, інтоксикацій) зазвичай виникає в період раннього ембріогенезу, наприклад, на 3–4 місяці внутрішньоутробного життя, в період найбільшої диференціації нервових клітин. Токсикоз вагітності, не залежно від терміну вагітності. Куріння під час вагітності, вживання алкоголю. У перші 3 роки життя – травми черепа, що супроводжуються струсом мозку, або інфекційні захворювання, або медичні препарати, якими лікували дитину, наприклад група «мецинів», яку не можна застосовувати віком до 12 років. Особливо згубними для розвитку мови є часті інфекційно-вірусні захворювання, менінгоенцефаліт і ранні шлунково-кишкові розлади.

Спадкові чинники, наприклад, природжені дефекти мовного апарату: незрощення верхньої губи, щелепи, м’якого і твердого піднебіння; масивні і короткі під’язикові вуздечки; зміни форми і відносної величини щелеп; патологічне розташування і форми

зубів верхньої і нижньої щелеп. У таких випадках мовленнєве порушення може виникнути під впливом навіть незначних несприятливих зовнішніх дій.

Якщо вплив цих чинників поєднується хоча б зі слабко вираженою органічною недостатністю центральної нервової системи або з генетичною схильністю, то порушення мовленнєвого розвитку набувають стійкішого характеру і виявляються у вигляді спільного недорозвинення мовлення.

Соціально-психологічні чинники ризику пов'язані в основному із психічною депривацією дітей. Негативну дію на мовленнєвий розвиток може накладати засвоєння дитиною одночасно двох мов (білінгвізм) (вивчення іноземної мови разом із недостатнім рівнем володіння рідною мовою згідно з віковими нормами дитини), зайва стимуляція мовленнєвого розвитку дитини, неадекватний тип виховання дитини, педагогічна занедбаність, тобто відсутність належної уваги до розвитку мовлення дитини, мовленнєві дефекти оточуючих дитину людей.

Мовленнєві порушення, що виникають під впливом одного з патогенних чинників, самі по собі не зникають і без спеціально організованої корекційної допомоги можуть негативно позначитися на подальшому психічному розвитку дитини.

10.2. Анатомо-фізіологічні основи вимови й сприймання звуків

Професор Р. Левіна в рамках психолого-педагогічної класифікації мовленнєвих порушень виділила групу дітей з фонетико-фонематичним недорозвиненням мовлення (ФФН). До цієї категорії належать діти з нормальним фізичним слухом та інтелектом, у яких порушений вимовний бік мовлення та особливо фонематичний слух.

Фонематичний слух і фонематичне сприймання – це тонкий систематичний слух, що допомагав розрізняти і впізнавати фонеми рідної мови. *Фонематичний слух* є частиною фізіологічного слуху, спрямований на співвіднесення і зіставлення звуків, які дитина чує, з їхніми еталонами, що зберігаються в пам'яті людини впорядковано – в «решітці фонем».

Поняття «фонематичний слух» варто відрізняти від поняття «фонематичне сприймання».

З раннього віку дитина, що нормально розвивається, чує звуки навколишнього середовища, бачить артикуляційні рухи губ дорослих й намагається їх наслідувати. До того ж вона постійно стикається з різним звучанням фонем рідної мови: ті самі звуки (наприклад, голосні *а, о)* по-різному вимовляють дорослі і діти, чоловіки і жінки. Кожна людина має індивідуальні особливості вимовляння звуків: одна говорить тихо, інша – голосно; дитина вимовляє звуки дзвінким, високим голосом, а доросла людина – низьким і хриплим. Проте ці звукові відтінки не слугують для розрізнення звукових оболонок мовних одиниць.

Індивідуальний варіант звучання фонем визначається не однією ознакою, а їхньою сукупністю, яка охоплює не тільки компоненти, що чуємо (такі, як шумові, частотні і висотні характеристики), а й зоровий образ і рухові відчуття, які виникають під час звуковимови. На думку Н. Жинкіна, до ознак звуку належать і самі процеси кодування, які виникають під час переходу сигналу від периферії нервової системи до центру.

Доведено, що вже на ранніх етапах розвитку мовлення дитина «вловлює» деякі диференційні ознаки фонем. Трирічна дитина, не вимовляючи ще правильно звуки рідної мови, здатна вже визначити, правильно чи ні вони звучать у мовленні людей, що оточують її. Це можливо завдяки наявності фонематичного слуху і фонематичного сприймання.

Фонематичне сприймання – це здатність розрізняти фонеми і визначати звуковий склад слова. Саме фонематичне сприймання допомагає відповісти на запитання: Скільки складів у слові *сом?* Скільки у ньому звуків? Який приголосний звук стоїть у кінці слова? Який голосний звук у середині слова?

Правильний розвиток фонематичного слуху та фонематичного сприймання покладено в основу безпомилкового засвоєння письма і читання в процесі шкільного навчання.

Мовлення дітей з ФФН характеризується неправильною вимовою звуків: пропусками, спотвореннями, замінами. Найтиповішими є заміни звуків на більш прості за місцем і способом

артикуляції (наприклад, *р* замінюється на *л* або *в).* До того ж дитина той самий звук може замінювати різними звуками: *«лука»* – рука, *«корово»* – корова тощо. У ряді випадків дитина може правильно вимовляти ізольований (окремий) звук; а в самостійному мовленні замінювати, спотворювати його.

Кількість порушених звуків у дитини з ФФН може бути досить значною – до 16–20. Таке порушення звуковимови у дітей безпосередньо зумовлене несформованістю у них фонематичного слуху.

Виділяють три можливі стани у разі недорозвинення фонематичного слуху:

– недостатній розвиток і впізнавання тільки тих звуків, вимова яких порушена;

– недостатній розвиток значної кількості звуків із різних фонематичних груп при порівняно сформованій їхній вимові;

– глибоке фонематичне недорозвинення, коли дитина практично не може виділити їх зі складу слова, визначити послідовність звуків у слові.

Водночас з порушеною звуковимовою у дітей з фонетико-фонематичним недорозвиненням спостерігаються помилки у складовій структурі слова і звуконаповненості.

Складова структура слова – це кількість та порядок складів у слові.

Звуконаповненість – кількість і порядок звуків усередині кожного складу.

Нерідко в окремих дітей з ФФН спостерігаються труднощі у вимові слів зі складною складовою структурою і в збігу приголосних, а також речень, що складаються з подібних слів (це стосується насамперед незнайомих і важких слів). Вимовляючи такий лексичний матеріал, вони перекручують звуко-складовий малюнок слів: опускають склади, переставляють їх місцями і замінюють, можуть пропустити або, навпаки, додати звук у середину складу, наприклад: *«каркадил»* – крокодил, *«батуретка»* – табуретка, *«голопед»* – логопед тощо.

Отже, характер цих порушень свідчить про недостатність фонематичного слуху і сприймання у дітей з ФФН. Без спеціальної корекційної роботи дитина не навчиться розрізняти і впізнавати фонеми на слух, аналізувати звукоскладову будову слова, що призводить до появи стійких помилок в оволодінні писемним мовленням.

Психолого-педагогічна характеристика дітей з фонетико-фонематичним недорозвиненням мовлення. Крім зазначених порушень мовленнєвого (вербального) характеру, окремо варто охарактеризувати можливі особливості в перебігу вищих психічних функцій у дітей з ФФН:

– увага у таких дітей може бути нестійкою, нестабільною і вичерпуватися, а також слабко сформованою, довільною, коли дитині важко зосередитись на одному предметі та за спеціальним завданням переключитися на інший;

– пам’ять може не відповідати нормі. До того ж дитині потрібно більше часу і повторів, щоб запам’ятати заданий матеріал;

– спостерігаються особливості в перебігу мисленнєвих операцій: водночас з переважанням наочно-образного мислення у дітей можуть виникати труднощі в розумінні абстрактних понять й відношень. Швидкість перебігу мисленнєвих операцій може бути дещо уповільненою, внаслідок чого вповільнюється сприймання навчального матеріалу.

Відповідно до цих особливостей вищої нервової діяльності дітей з ФФН у педагогічному плані можна охарактеризувати так:

– поведінка може бути нестабільною, з частою зміною настрою;

– можуть виникати труднощі в оволодінні навчальними видами діяльності; на заняттях діти швидко втомлюються, для них складно виконувати одне завдання впродовж тривалого часу;

– труднощі в запам’ятовуванні інструкцій педагога, особливо дво-, три- і чотирискладових, що потребують поетапного і послідовного виконання;

– у ряді випадків з’являються особливості дисциплінарного характеру.

Під час планування і проведення корекційних занять потрібно враховувати ці специфічні особливості дітей з ФФН. Організовуючи з ними корекційну роботу, доцільно:

– здійснювати суто індивідуальний підхід до кожної дитини з урахуванням її вікових і психічних особливостей;

– забезпечити позитивну мотивацію виконання завдань, щоб підвищити ефективність корекційної дії;

– чергувати різні види діяльності;

– включати до занять тренувальні вправи з розвитку уваги, пам'яті, мисленнєвих операцій.

10.3. Вплив порушення фонематичного слуху на розвиток усного мовлення дитини

Формування у дітей граматично правильної, лексично багатої і фонетично чіткої мови – одне з найважливіших завдань у загальній системі навчання дитини рідної мови в дошкільному закладі та сім'ї. Розвиток фонематичного слуху має велике значення для оволодіння навичками читання і письма, позитивно впливає на становлення всієї мовної системи дошкільника, а також закладає основи успішного навчання в школі. Добре підготувати дитину до школи, створити основу для навчання грамоти можна тільки в процесі серйозної роботи з формування фонематичного слуху.

Безперечним є взаємозв'язок розвитку фонематичного слуху не тільки з фонетичною, але і з лексико-граматичною стороною мовлення. Під час планомірної роботи з розвитку фонематичного слуху дошкільнята набагато краще сприймають і розрізняють закінчення слів, префікс, загальні суфікси, виділяють прийменники тощо, що так важливо у ході формування навичок читання та письма. Під час засвоєння граматичного ладу рідної мови дошкільник проходить шлях від орієнтування на звукову форму морфем до орієнтування на окремі фонематичні ознаки. Культура фонематичного слуху займає в цьому процесі одне з провідних місць.

Фонематичний слух – це вроджена здатність, що дозволяє:

– визначати наявність даного звуку в слові;

– розрізняти між собою слова, що складаються з одних і тих самих фонем (БАНКУ – КАБАН, НОС – СОН);

– розрізняти слова, що відрізняються тільки однієї фонемою (СИР – СОР, БОЧКА – ПОЧКА).

Фонетичний слух здійснює стеження за безперервним потоком складів: усі звуки повинні вимовлятися унормовано, щоб їх змогли впізнати слухачі. Незвична для певної мови вимова оцінюється фонетичним слухом як неправильна. Фонематичний слух і фонетичний слух (вони спільно становлять мовний слух) здійснюють не тільки прийом і оцінку чужої мови, але й контроль за власною мовою.

Фонематичне сприйняття – це розумові дії з виділення і розрізнення фонем за визначенням звукового складу слова:

– визначення наявності або відсутності звуків у слові;

– місце розташування звуків у слові;

– визначення лінійної послідовності і кількості звуків у слові.

Правильний розвиток фонематичного слуху і фонематичного сприймання покладено в основу безпомилкового засвоєння письма і читання в процесі шкільного навчання.

Мовлення дітей з ФФН характеризується неправильною вимовою звуків: пропусками, спотвореннями, замінами. Найтиповішими є заміни звуків на більш прості за місцем і способом артикуляції (наприклад, *р* замінюється на *л* або *в*). До того ж дитина той самий звук може замінювати різними звуками: «лука» – рука, «корово» – корова тощо. У ряді випадків дитина може правильно вимовляти ізольований (окремий) звук; а в самостійному мовленні замінювати, спотворювати його.

Кількість порушених звуків у дитини з ФФН може бути досить значною – до 16–20. Таке порушення звуковимови у дітей безпосередньо зумовлене несформованістю у них фонематичного слуху.

Виділяють три можливі стани у разі недорозвинення фонематичного слуху:

– недостатній розвиток і впізнавання тільки тих звуків, вимова яких порушена;

– недостатній розвиток значної кількості звуків із різних фонематичних груп при порівняно сформованій їхній вимові;

– глибоке фонематичне недорозвинення, коли дитина практично не може виділити їх зі складу слова, визначити послідовність звуків у слові.

Водночас з порушеною звуковимовою у дітей з фонетико-фонематичним недорозвиненням спостерігаються помилки у складовій структурі слова і звуконаповненості.

Складова структура слова – це кількість та порядок складів у слові.

Звуконаповненість – кількість і порядок звуків усередині кожного складу.

Часто в окремих дітей з ФФН спостерігаються труднощі у вимові слів зі складною складовою структурою і в збігу приголосних, а також речень, що складаються з подібних слів (це стосується насамперед незнайомих і важких слів). Вимовляючи такий лексичний матеріал, вони перекручують звуко-складовий малюнок слів: опускають склади, переставляють їх місцями і замінюють, можуть пропустити або, навпаки, додати звук у середину складу, наприклад: «КАРКАДИЛ» – КРОКОДИЛ, «БАТУРЕТКА» – ТАБУРЕТКА, «ГОЛОПЕД» – ЛОГОПЕД тощо.

Отже, характер цих порушень свідчить про недостатність фонематичного слуху і сприймання у дітей з ФФН. Без спеціальної корекційної роботи дитина не навчиться розрізняти і впізнавати фонеми на слух, аналізувати звукоскладову будову слова, що призводить до появи стійких помилок в оволодінні писемним мовленням.

Питання для самоконтролю

1. Критичні періоди розвитку мовлення.
2. Основні причини мовленнєвих патологій.
3. Які сім’ї належать до сімей з підвищеним ризиком?
4. Характеристика мовлення дітей із ФФН, їх психологічні особливості.

Завдання для перевірки знань

1. Є частиною фізіологічного слуху, спрямований на співвіднесення і зіставлення звуків, які дитина чує, з їхніми еталонами, що зберігаються в пам'яті людини впорядковано – в «решітці фонем»:

а) фонематичний слух;

б) фонематичне сприймання;

в) фонематичне відчуття;

г) фонематичний розвиток.

2. Здатність розрізняти фонеми і визначати звуковий склад слова – це:

а) фонематичний слух;

б) фонематичне сприймання;

в) фонематичне відчуття;

г) фонематичний розвиток.

3. Правильний розвиток фонематичного слуху і фонематичного сприймання покладено в основу:

а) безпомилкового засвоєння письма;

б) безпомилкового засвоєння;

в) безпомилкової роботи із текстовою інформацією;

г) усі відповіді правильні.

4. Три можливі стани у разі недорозвинення фонематичного слуху:

а) недостатній розвиток і впізнавання тільки тих звуків, вимова яких порушена;

б) недостатній розвиток значної кількості звуків із різних фонематичних груп при порівняно сформованій їх вимові;

в) глибоке фонематичне недорозвинення, коли дитина практично не може виділити їх зі складу слова, визначити послідовність звуків у слові;

г) усі відповіді правильні.

5. Недоліки звуковимови при ФФНМ можуть бути зведені до таких характерних проявів:

а) заміна звуків більш простими за артикуляцією;

б) нестабільне використання звуків, змішування у різних формах мовлення;

в) відсутність звуку; спотворена вимова одного або декількох звуків;

г) усі відповіді правильні.

Список рекомендованих джерел

1. Пахомова Н. Г., Кононова М. М. Спеціальна психологія: навчальний посібник для студенів спеціальності 6.010105 «Корекційна освіта». Полтава: ТОВ «АСМІ», 2015. 357 с.

2. Рібцун Ю. В. Програми з корекційно-розвиткової роботи «Корекція розвитку» для спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для дітей із тяжкими порушеннями мовлення (підготовчий, 1–4 класи). К., 2015. 64 с.

3. Кравченко А. І., Зелінська-Любченко К. О., Ємяшева М. Ю. Загальна, вікова та педагогічна логопсихологія: навч. посібник для студ. напряму підготовки «Педагогічна освіта», спец. 6.010105 «Корекційна освіта. Логопедія» вищих навч. закладів. Вид. друге. Суми: СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2015. 279 с.

4. Конопляста С. Ю., Сак Т. В. Логопсихологія: навч. посіб. / за ред. М. К. Шеремет. Київ: Знання, 2010. 293 с.

ТЕМА 11
ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ ІЗ ЗАГАЛЬНИМ НЕДОРОЗВИНЕННЯМ МОВЛЕННЯ

11.1. Поняття про загальне недорозвинення мовлення.

11.2. Причини та механізми загального недорозвинення мовлення.

11.3. Психолінгвістичні аспекти загального недорозвинення мовлення.

11.4. Періодизація загального недорозвинення мовлення.

11.5. Диференціальна діагностика загального недорозвинення мовлення.

11.6. Диференціальна діагностика немовленнєвих дітей.

11.1. Поняття про загальне недорозвинення мовлення

У сучасній логопедії термін «недорозвинення мовлення» використовується для позначення якісно більш низького рівня сформованості тієї чи іншої мовленнєвої функції або мовленнєвої системи загалом. Недорозвинення мовлення, як зазначає О. Корнєв, не є самостійною нозологічною одиницею у медичному розумінні цього поняття, цілісним однорідним розладом із єдиним патогенезом та механізмами. Зазвичай це сукупність декількох синдромів, які відрізняються за механізмами.

Під загальним недорозвиненням мовлення (ЗНМ) у дітей із нормальним слухом і первинно збереженим інтелектом розуміють таку форму мовленнєвої аномалії, при якій порушено формування усіх компонентів мовленнєвої системи, які належать як до звукової, так і до смислової сторони мовлення.

До того ж найсуттєвіші недоліки виявляються під час засвоєння й використання дітьми цієї категорії лексики та граматики рідної мови.

Поняття загального недорозвинення мовлення базується на прогресивній думці про можливість єдиного педагогічного підходу до різнорідного за своєю етіологією виявлення недорозвиненості

мовлення у дітей з огляду на конкретний стан мовленнєвого розвитку дитини.

ЗНМ може спостерігатися при найбільш складних формах дитячої мовленнєвої патології: алалії, афазії, а також ринолалії, дизартрії – у тих випадках, коли виявляється одночасно недостатність словникового запасу, граматичної будови і фонетико-фонематичного розвитку.

У дітей, які мають порушення інтелекту, слуху, зору, недорозвинення мовлення має вторинний характер, або виступає як другий первинний самостійний дефект (наприклад, у дітей з інтелектуальною недостатністю та алалією).

Вперше теоретичне обґрунтування ЗНМ було сформульовано в результаті багатоаспектних досліджень різних форм мовленнєвої патології у дітей дошкільного та шкільного віку, які були проведені професором Р. Лєвіною та співробітниками НДІ дефектології (Г. Каше, Г. Жаренкова, Н. Нікашина, Л. Спірова та ін.) у 50–60 роках минулого сторіччя.

Недорозвинення мовлення має різне походження і, відповідно, різну структуру аномальних виявлень. Але у всіх дітей із ЗНМ є типові відхилення, які вказують на системне порушення мовленнєвої діяльності. Вони зумовлені несформованістю або розладом на ранніх етапах онтогенезу, власне, мовленнєвих психологічних і фізіологічних механізмів при первинно збереженому слухові та інтелекті. Однією з провідних ознак є пізній початок мовлення, при якому перші слова з’являються у 3–4 роки, а іноді і після 5-ти років. Мовлення таких дітей малозрозуміле, спостерігається недостатня мовленнєва активність, яка без спеціального навчання поступово значно знижується. Усе розмаїття мовленнєвого недорозвинення умовно представлене у рівнях: від повної відсутності мовлення або белькоту до розгорненого мовлення, але з елементами фонетичного та лексико-граматичного недорозвинення. Виявлення таких типових відхилень у смисловій та вимовній стороні мовлення дітей різних клінічних категорій допомогло на основі психолого-педагогічної класифікації мовленнєвих вад об’єднувати їх у групи з метою спільної корекційної роботи.

11.2. Причини та механізми загального недорозвинення мовлення

До загального недорозвинення мовлення призводять різні несприятливі впливи як у внутрішньоутробному розвитку, так і під час пологів (родова травма, асфіксія), а також у перші роки життя дитини.

Характер аномалії розвитку мозку загалом значною мірою залежить від часу ураження. Найбільш тяжкі ураження мозку (його кіркових та підкіркових структур) під впливом різних шкідливих факторів зазвичай виникають у періоді раннього ембріогенезу, на 3–4-му місяці внутрішньоутробного життя.

Найбільш частими причинами, що зумовлюють ці ушкодження, є інфекції або інтоксикації матері під час вагітності, токсикози, пологова травма, асфіксія, несумісність крові матері і плоду за резус-фактором або груповою належністю крові, захворювання центральної нервової системи (нейрон інфекції) і травми мозку у перші роки життя дитини. До порушень психофізичного розвитку дитини може призвести вживання під час вагітності алкоголю, нікотину, наркотичних засобів. У таких дітей ЗНМ поєднується із синдромом рухової розгальмованості, афективної збудливості, вкрай низької розумової працездатності.

Унаслідок мовленнєво-рухових порушень, пов’язаних з органічним ураженням або недорозвиненням певних відділів ЦНС, виникають недоліки вимови, виражені у різному ступені, а також труднощі сприймання звуків. Порушення взаємодії між слуховим і мовленнєво-руховим аналізатором призводить до недостатнього оволодіння звуковим складом слова, а це гальмує накопичення словникового запасу, формування граматичної будови мови, опанування письмом та читанням.

Як причину ЗНМ, визначають і слабкість акустико-гностичних процесів. У цих випадках при збереженому слухові спостерігається знижена здібність до сприймання мовленнєвих звуків. Прямий результат порушення слухового сприймання – недостатнє розрізнення акустичних ознак, характерних для кожної фонеми, вторинно до того ж страждає вимова звуків і відтворення структури слова.

Велика роль у виникненні мовленнєвих порушень належить генетичним факторам. У цих випадках мовленнєвий дефект може виникнути під впливом навіть незначних несприятливих зовнішніх умов.

Виникнення зворотних форм ЗНМ може бути пов'язане і з несприятливими умовами оточення і виховання. До відставання у розвитку мовленнєвої функції призводить психічна депривація у період найбільш інтенсивного її розвитку. Якщо вплив цього фактору поєднується навіть із не різко вираженою органічною недостатністю ЦНС або з генетичною схильністю, то порушення мовлення набувають стійкого характеру і виявляються у вигляді ЗНМ.

Особливе місце в етіології ЗНМ займає перинатальна енцефалопатія – ураження мозку, яке виникає під впливом поєднання несприятливих факторів у внутрішньоутробному періоді розвитку або у період народження. Залежно від причин це може бути гіпоксична енцефалопатія (пов'язана з кисневим голодуванням мозку), травматична енцефалопатія (як наслідок механічної пологової травми), гіпоксично-травматична енцефалопатія (при поєднанні двох патологічних факторів), білірубінова енцефалопатія (при несумісності крові матері і плоду за резус-фактором або груповою приналежністю з токсичним ураженням ЦНС).

ЗНМ зазвичай є наслідком резидуально-органічного ураження мозку, тобто є результатом завершеного патологічного процесу. Його необхідно відрізняти від порушень мовленнєвого розвитку при нервово-психічних захворюваннях (епілепсії, шизофренії тощо).

Отже, етіологія недорозвинення мовлення у більшості дітей має складну природу: поєднання генетично зумовленої дефіцитарності певних церебральних систем і наслідків органічних уражень головного мозку. За даними О. Корнєва, як причини може виступати такий ряд обставин: а) локальні церебральні ураження або дисфункції; б) негативні впливи екзогенних факторів, які гальмують дозрівання нейронів і провідникових шляхів певних мозкових систем; в) генетично детерміновані асинхронії розвитку і функціональна слабкість певних функціональних систем мозку.

Спеціальні дослідження дітей із ЗНМ (О. Мастюкова) довели клінічне розмаїття виявлень загального недорозвинення мовлення. Усі діти із ЗНМ можуть бути умовно розподілені на три групи:

– з моторною алалією;

– з ускладненим варіантом загального недорозвинення мовлення церебрально-органічного генеза;

– з неускладненим варіантом загального недорозвинення мовлення.

У разі моторної алалії наявні локальні ураження кіркових мовленнєвих зон та більш глибинних підкіркових структур мозку, які забезпечують насамперед нейробіологічні ланки мовлення, систем і підсистем головного мозку (рефлекторні, нейродинамічні й енергомоделюючі процеси; дихання і слиновиділення; тонус, статика та динаміка жесто-мімічної та вокалізаційної складової мовленнєвої системи). Характерними ознаками алалії є труднощі формування складової структури слів, взаємозалежність фонемних і лексичних порушень, труднощі у розвитку фразового мовлення. Порушується процес актуалізації потрібного слова за його звуковими, семантичними, ритмічними та морфологічними ознаками. Вторинним дефектом є виявлення поведінкового негативізму, порушення психомоторики та емоційно-вольової сфери. ЗНМ у разі моторної алалії може виявлятися у важкій формі, коли власне мовлення неможливе, й у малопомітних труднощах лексико-граматичної будови мови. Особливо чітко дефект виявляється під час формування зв’язного висловлювання. Це пов’язано з порушенням операцій програмування, відбору і синтезу мовленнєвого матеріалу, з несформованістю внутрішнього мовлення.

Під час сенсорної алалії дитина не розуміє мовлення людей, які її оточують, і не говорить сама. Це порушення у чистому вигляді трапляється рідко і важко диференціюється від дефектів слуху. За найменш виражених форм сенсорної алалії загальне недорозвинення виявляється у труднощах розуміння мовлення людьми, які оточують. При бідності змісту і багатьох помилках власне мовлення дитини із сенсорною алалією інтонаційно модульоване, супроводжується мімікою та жестами.

При ускладненому варіанті ЗНМ церебрально-органічного генеза має місце дизонтогенетично-енцефалопатичний симптомокомплекс порушень. Серед неврологічних синдромів найбільш частими у дітей є такі синдроми:

– гіпертензійно-гідроцефальний – синдром підвищеного внутрішньочерепного тиску, який виявляється насамперед у порушеннях розумової працездатності, довільної діяльності і поведінки дітей, а також у швидкій виснаженості та перенасиченості будь-яким видом діяльності, підвищеній збудливості, роздратованості, руховій розгальмованості;

– церебрастенічний – синдром, який виявляється у вигляді підвищеної нервово-психічної виснаженості, емоційної нестійкості, у вигляді порушень функцій активної уваги, пам'яті. Синдром може поєднуватися з виявленнями гіперзбудливості – ознаками загального емоційного і рухового неспокою або загальмованості, млявості, пасивності;

– синдром рухових розладів характеризується змінами м'язового тонусу, легкими гемі- і монопарезами, не різко вираженими порушеннями рівноваги і координації рухів, недостатністю диференційованої моторики пальців рук, несформованістю загального та орального праксису. Часто у цих дітей виявляються порушення артикуляційної моторики у вигляді легких парезів, тремору та насильницьких рухів окремих м'язів язика, що зумовлює виявлення стертої дизартрії.

Причинами дизартрії є органічні ураження ЦНС у результаті впливу несприятливих факторів на мозок дитини у внутрішньоутробному або ранньому періоді розвитку. Основні прояви дизартрії полягають у розладі артикуляції звуків, порушеннях дихання і голосоутворення, у змінах темпу мовлення, ритму та інтонації. Порушення можуть проявлятися у важкому ступені і у різних комбінаціях залежно від локалізації ураження, від часу виникнення дефекту. Механізмом порушень звуковимови визначається порушення іннервації артикуляційного апарату. Обов'язковим є поєднання двох умов: наявність симптомів порушення скорочувальної здібності м'язів (гіпертонія або атонія, обмеження обсягу довільних та недовільних рухів) або явища дискінезії та тотальний,

невибірковий характер спотворень звукових характеристик мовлення. Порушення артикуляції й фонації, що ускладнюють членороздільне звучне мовлення, складають первинний дефект, який може призвести до виникнення вторинних відхилень, що ускладнюють його структуру.

У незначної кількості дітей у групі ЗНМ може спостерігатися ринолалія – порушення тембру голосу та звуковимови, зумовлені аномаліями у будові артикуляційного апарату у вигляді незрощень. Залежно від характеру порушень функції піднебінно-глоткового зімкнення виділяють різні форми ринолалії. Обширність і складність анатомічного дефекту, строки хірургічного втручання часто зумовлюють рівень сформованості мовлення цієї категорії дітей.

При неускладненому варіанті ЗНМ збережені первинні (ядерні) зони мовленнєво рухового аналізатору; патогенетичною основою ЗНМ у цих дітей є затримане дозрівання третинних полів аналізаторів. У їхньому анамнезі відсутні чіткі вказівки на виражені відхилення під час вагітності матері і пологів. Лише у третини досліджуваних під час бесіди з матір'ю виявляються факти не різко вираженого токсикозу другої половини вагітності або короткої асфіксії у момент пологів. За відсутності виражених неврологічних порушень у дітей відзначають слабку регуляцію довільної діяльності, емоційно-вольової сфери і труднощі в оволодінні писемним мовленням. Малі неврологічні дисфункції обмежуються порушеннями регуляції м'язового тонусу, недостатністю тонкої моторики пальців рук, несформованістю кінестетичного і динамічного праксису. Це є дизонтогенетичний варіант ЗНМ.

Найбільш актуальним, крім виявлення логопедичного патологічного аспекту, специфічним для ЗНМ є виявлення та аналіз:

1. Патологічних знаків «підкіркового» походження, що збіднюють, деформують, а часто порушують розвиток дитини і, насамперед, її мовленнєвої діяльності. Такими найчастіше виступають сінкінезії, дистонії, вичурні пози, тіки, порушення ритму дихання, нав'язливі стереотипні рухи, підвищена збудливість або виснаженість.

2. Недостатність міжпівкульового забезпечення психічного розвитку дитини, яка виявляє себе у мовленнєвих, рухових, гностичних, мнестичних та інших психічних функціях.

Клінічний підхід до проблеми ЗНМ передбачає необхідність постановки медичного діагнозу, який визначає структуру мовленнєвої недостатності за різних форм мовленнєвого недорозвитку. Правильне розуміння структури мовленнєвого недорозвинення у кожному випадку є необхідною умовою більш ефективної логопедичної та медичної допомоги дітям.

11.3. Психолінгвістичні аспекти загального недорозвинення мовлення

Під мовленнєвою здібністю розуміють систему орієнтовних дій у вербальному матеріалі, спрямовану на вловлювання регулярності і продуктивності мовленнєвих явищ. Основні способи орієнтування у вербальному матеріалі (О. Лурія) засвоюються у процесі предметної діяльності з приводу спілкування дорослого і дитини до 3-х років. До них належать: орієнтування за наслідуванням мовленнєвим і предметним діям дорослого (орієнтування на ситуацію взаємодії); орієнтування на зразок дій дорослого; орієнтування на мовленнєвий стереотип; орієнтування за аналогією; орієнтування на «чуття мови» (на мовленнєву систему).

З психологічної точки зору схему формування механізму мовної здібності можна подати у такому вигляді: задатки – діяльність – спілкування – мовна здібність – мовна особистість (людина з ТПМ її готовності виробляти мовленнєві вчинки – І. Раппопорт) – мовна активність – мовна компетенція – мовна обдарованість (до вивчення іноземних мов, літературна, поетична тощо) – літературний або поетичний талант.

З психолінгвістичних позицій (О. Леонтьєв) мовну здібність розглядають як один з компонентів моделі мови водночас із мовленнєвою діяльністю і мовною системою.

Мовна здібність розвивається лише у процесі спілкування з іншими людьми. Умовами її становлення є: формування навичок оволодіння мовою в її комунікативній функції; розвиток пізнавальної

активності дітей і формування системи орієнтовних предметних та мовних дій; формування різних структурних рівнів системи мови (фонетичного, лексичного, граматичного).

У дітей з тяжкою мовленнєвою патологією прослідковується порушення орієнтовної діяльності у мовному матеріалі із самого раннього дитинства. Автори зазначають, що у дітей із ЗНМ виявляються порушеними самі задатки до розвитку мовної здібності.

У нормі між різними центрами кори – на базі безумовних рефлексів (орієнтовного, рухово-поєднального, наслідувального тощо) – встановлюються умовні зв'язки. Для мовленнєвої діяльності утворюється відповідний «динамічний стереотип» (І. Павлов) як тимчасовий зв'язок декількох аналізаторів, що беруть участь у цій діяльності. Дією динамічного стереотипу пояснюється засвоєння системи мови за умови формування орієнтовної схеми оперування з мовленнєвим матеріалом. Маленька дитина не знає правил, мовних законів, вона практично інтуїтивно на чуттєвому рівні засвоює норму рідної мови. Допомагає їй у цьому «тонке чуття мови» (К. Ушинський).

У дітей з тяжкими порушеннями мовлення відсутні такі великі можливості (як значний словник, «чуття мови»), які в умовах нормального розвитку можуть компенсувати певні недоліки у засвоєнні мови. Система мови у дітей із ЗНМ не формується, «тому алаліки у процесі свого розвитку переходять з одного рівня недорозвинення мовлення на інший, залишаючись немовленнєвими (або тими, хто погано говорить) дітьми».

Порушення мовної здібності у дітей із ЗНМ проявляється у вигляді:

– зниженої мовленнєвої активності;

– зниженої уваги до мовленнєвого оточення і недостатньо активної спостережливості;

– уповільненого вироблення і патологічної інертності мовленнєвих стереотипів, поганому переключенні або, навпаки, швидкому згасанні тих відбитків, що виникли у пам'яті;

– як наслідок, виникають труднощі актуалізації навіть добре знайомих слів, не здійснюється перенесення засвоєної граматичної форми на інші слова – у мовленнєвій безпорадності в нових

ситуаціях і хаотичних діях під час розв'язання вербальних завдань – у порушеннях програмування висловлювання, несформованості динамічного стереотипу. Недорозвинення динамічного стереотипу під час моторної алалії є причиною появи порушень у використанні засвоєних засобів спілкування – заїканні;

– зниження мовної здібності відображується на недостатності здібності до моделювання, заміщення і символізації.

Дослідження мовної здібності у дітей із ЗНМ (Н. Мікляєва) виявили такий ряд особливостей у її розвитку:

1. Нейрофізіологічні механізми не забезпечують необхідну основу для розгортання адекватних способів орієнтування у мовному матеріалі. Унаслідок цього в однакові вікові періоди у дітей з нормальним і порушеним мовленнєвим розвитком на розвиток мовної здібності впливають різні установки на орієнтування у мовному матеріалі.

2. Процеси інтеграції орієнтовних дій у мовному матеріалі починаються пізніше, ніж у дітей, що розвиваються нормально, та тривають довше.

3. У дітей відзначається різне співвідношення превалюючих типів орієнтовних дій:

– у дітей, що розвиваються нормально, лівопівкульне (48 %) та правопівкульне (52 %) орієнтування доповнюють одне одного, починаючи з 2–3 років;

– у дітей із ЗНМ превалює правопівкульне орієнтування у мовному матеріалі (65 %);

– у дітей із ЗНМ, ускладненого ЗПР, воно збільшується (82 %).

Це фактично означає, що дошкільники із ЗНМ виявляються безпорадними у багатьох ситуаціях, які вимагають виявлення самостійної мовленнєвої активності і творчого перетворення засвоєних конструкцій. Це вказує на необхідність формування системи орієнтовних дій у комунікативній ситуації, предметній діяльності і мовних явищах під час комплексної корекційної роботи.

11.4. Періодизація загального недорозвинення мовлення

Професором Р. Лєвіною та співробітниками були умовно виділені три рівні загального недорозвинення мовлення, серед яких перші два характеризують більш глибокі ступені порушення мовлення, а на третьому, більш високому рівні, у дітей залишаються лише окремі прогалини у розвитку звукової сторони мовлення, словникового запасу і граматичної будови.

Під час опису кожного з рівнів враховувалися такі положення:

– ступені (рівні) мовленнєвого недорозвинення не є сталими утвореннями;

– у кожному рівні можна знайти елементи попереднього і наступного рівнів;

– у реальній практиці нечасто трапляються чітко виражені рівні, так як нові елементи поступово витискають попередні форми;

– у дітей частіше бувають перехідні стани, в яких поєднуються виявлення наступного рівня і ще не подолані порушення.

Кожний рівень характеризується певним співвідношенням первинного дефекту і вторинних виявлень, які затримують формування залежних від них мовленнєвих компонентів. Перехід з одного рівня на інший визначається появою нових мовних можливостей, підвищенням мовленнєвої активності, зміною мотиваційної основи мовлення і його предметно-смислового змісту.

Дослідження вчених допомогли виявити системне порушення мовленнєвої діяльності і знайти типові прояви недоліків, притаманних дітям із ЗНМ.

Перший рівень ЗНМ характеризується повною або майже повною відсутністю словесних засобів спілкування у віці, коли у дітей, які розвиваються нормально, мовлення в основному є сформованим. Мовленнєві засоби спілкування у дітей значно обмежені. Вони мають досить бідний словниковий запас, який складається зі звуконаслідувань і звукових комплексів. Ці звукові комплекси утворені самими дітьми і зазвичай є незрозумілими для оточення *(«ді» – дідусь; «бібі» – машина поїхала).* Вони часто супроводжуються вказівними жестами, відповідною мімікою, які

дають можливість розуміння елементарних бажань дитини. За своїм звучанням мовлення складається як з подібних до слова елементів *(«тіта» – киця, «сиса» – лисиця),* так і зовсім неподібних до правильних слів звукосполучень *(«га-дутп» – горщик, «кі» – горобчик, «бю» – верблюд).* Діти можуть користуватися і окремими загальновживаними словами, але, як правило, ці слова мають спотворену складову структуру і звукове оформлення. Одним і тим самим за звучанням словом діти можуть позначати різні предмети, дії, якості, різницю значень між якими намагаються виділити за допомогою інтонації і жестів. Спільна назва визначається подібністю окремих частин ознак *(«ніх» – сніг – це зима, санчата, зимові розваги дітей, «біда» – все те, що пов'язане з неприємностями для дитини).* Назви дій замінюють назвою предметів *(грати у м'яч – просто «м'яч», відкривати – закривати двері – «древ»).*

Діти не використовують морфологічні елементи для вираження граматичних значень. У їх мовленні домінують «кореневі слова», в яких відсутні флексії, найчастіше це незмінні звукові комплекси.

На цій стадії мовленнєвого розвитку діти практично не володіють фразою. Тільки у деяких із них, найбільш розвинених у мовленнєвому відношенні, спостерігаються спроби висловити власні думки за допомогою декількох слів-белькотінь *(«тато туту» – тато поїхав, «Вова ода» – Вова хоче пити).*

Невеличкий словник, який є у дітей, відображує ті предмети і явища, які вони безпосередньо сприймають через органи чуття. Словесне вираження більш складних відношень дійсності для них є неможливим.

Пасивний словник дітей, які перебувають на І рівні ЗНМ, є значно більшим за активний. Це створює враження, що діти усе розуміють, але самостійно сказати не можуть. Але ці уявлення є хибними. Немовленнєві діти сприймають мовлення зазвичай лише в умовах ситуації підказки, багатьох слів вони не розуміють взагалі. Майже повністю відсутнє розуміння значень граматичних змін слів (розрізнення форм однини та множини іменника, минулого часу дієслова, форми чоловічого та жіночого роду, значення прийменників тощо).

Звуковимовна сторона мовлення дітей не сформована. Вимова окремих звуків часто позбавлена постійної артикуляції, внаслідок чого точне звучання слів передати неможливо.

Для цих дітей також досить характерна обмежена здібність відтворювати складові елементи слова. У самостійному мовленні превалюють односкладові та двоскладові утворення, а у відображеному мовленні діти схиляються до скорочення слова, яке повторюють, до одного – двох складів.

На рівні глибокого недорозвинення мовлення звуковий аналіз слова зовсім є недоступним дитині. Спроби навчання грамоти без відповідної мовленнєвої підготовки не мають успіху.

Отже, для I рівня ЗНМ характерні такі ознаки:

– активний словник перебуває у зародковому стані. Він складається зі звуконаслідувань, слів-белькотінь і тільки незначної кількості загальновживаних слів. Значення слів нестійкі і недиференційовані;

– пасивний словник ширше активного, але розуміння мовлення поза ситуацією досить ускладнене. Фразове мовлення практично повністю відсутнє;

– здібність сприймати звукову і складову структуру слова ще не сформована.

Другий рівень ЗНМ характеризується тим, що мовленнєві можливості дітей значно зростають, спілкування вже здійснюється за допомогою достатньо постійних, хоч і досить спотворених у фонетичному і граматичному відношенні, мовленнєвих засобів.

Діти на II рівні ЗНМ володіють побутовим словниковим запасом (здебільшого пасивним). У їхньому мовленні зустрічаються, крім іменників та дієслів, деякі якісні прикметники та прислівники. Можливе використання займенників, сполучників, деяких прийменників у їх елементарних значеннях. З'являється можливість відповідати на питання дорослого, більш чи менш розгорнуто розповісти про себе, про сім'ю, про деякі добре знайомі події. Пояснення неправильно названих слів іноді супроводжується жестом *(наприклад, слово панчоха – «нога» – і жест одягання панчохи; полиця – «мило» – і показ того, як на полицю можна покласти будь-яку річ).*

Часто діти замінюють необхідне слово назвою подібного іншого предмета, але до того ж додають заперечення *(помідор – «яблуко не»),* назви частин предмета – назвою самого предмета або дії замінюють слова, близькі за ситуацією та зовнішніми ознаками.

Діти з II рівнем ЗНМ мають стійкі відхилення у засвоєнні і застосуванні граматичних засобів мови. У їх мовленні трапляються окремі форми словозміни, спостерігаються спроби змінювати слова за родами, числами і відмінками, дієслів за часом, але здебільшого ці спроби виявляються невдалими.

Іменники використовуються переважно в називному відмінку, дієслова – у початковій формі або у формі 3-ї особи однини та множини теперішнього часу. Іменники часто не узгоджуються з дієсловами, прикметниками у числі та роді.

Використання іменників у непрямих відмінках має випадковий характер. Фраза, як правило, є аграматичною *(«грає з м'ячику», «пішли на вулиці»).* Аграматичною виявляється зміна іменників за числами *(«два вухи», «п'ять пташкав»).* Трапляються взаємозаміни однини та множини, змішування дієслів минулого часу чоловічого та жіночого роду.

Розуміння мовлення на цьому рівні мовленнєвого розвитку поліпшується, з'являється розрізнення деяких граматичних форм. Це розрізнення є нестійким. Але відбувається вже орієнтування не тільки на лексику, а і на морфологічні елементи, які набувають смисло-розрізнювального значення. Стає можливим розрізнення на слух й правильне розуміння форм чоловічого та жіночого роду дієслів минулого часу, хоча помилки ще трапляються.

Способами словотворення діти не користуються.

Фонетичний бік мовлення значно відстає від вікової норми: кількість звуків, які вимовляються неправильно, досягає 16–20. У дітей порушена вимова приголосних: шиплячих, свистячих, сонорних, твердих і м'яких, дзвінких і глухих. Навіть ті звуки, які діти вміють вимовляти, звучать у самостійному мовленні недостатньо чітко. Характерною ознакою є недиференційована вимова звуків, коли один звук замінює відразу два або декілька звуків такої фонетичної групи.

Несформованість звуковимови супроводжується ускладненнями у вимові слів і речень, хоча відтворення складової структури слова на цьому рівні мовленнєвого розвитку виявляється більш доступним, ніж на попередньому.

Отже, для II рівня ЗНМ характерні такі ознаки:

– активний словник розширюється за рахунок не тільки іменників і дієслів, а й використання деяких (здебільшого якісних) прикметників і прислівників;

– відбувається збагачення мовлення за рахунок використання окремих форм словозміни. Спостерігаються спроби дітей змінити слова за родами, числами і відмінками, дієслова за часом, але ці спроби зазвичай є невдалими;

– на II рівні ЗНМ діти починають користуватися фразою, зв'язне мовлення у зародковому стані;

– поліпшується розуміння мовлення, розширюється пасивний та активний словник, виникає розуміння деяких простих граматичних форм;

– вимова звуків і слів значно порушена. Легко визначається непідготовленість дітей до оволодіння звуковим аналізом і синтезом.

III рівень ЗНМ характеризується наявністю розгорнутого фразового мовлення з частковим лексико-граматичним і фонетико-фонематичним недорозвиненням. Самостійне спілкування дітей продовжує залишатися ускладненим та обмежене знайомими ситуаціями.

На тлі порівняно розгорнутого мовлення спостерігається неточне знання і неточне використання багатьох побутових слів. В активному словнику превалюють іменники та дієслова, менше діти користуються словами, які позначають якості, ознаки, стани предметів, а також способи дій. Спостерігаються заміни слів за смисловими або за звуковими ознаками. Деякі слова виявляються недостатньо закріпленими у мовленні внаслідок нечастого їхнього використання, тому під час складання речень діти намагаються їх уникати *(пам'ятник – «героям ставлять»)*. Навіть знайомі дієслова не завжди диференціюють *(поїти – годувати, писати – малювати)* і використовують неправильно у мовленнєвому контексті.

Своєрідність лексичних помилок виявляється в тому, що діти:

– неправильно називають предмети за зовнішніми ознаками *(«майка» – сорочка, «жук» – павук);*

– замінюють назви предметів, що подібні за призначенням *(«миска» – тарілка, «кружка» – чашка, «диван» – крісло);*

– замінюють назви предметів на інші, які ситуативно пов'язані з ними *(«пошта» – лист, газета);*

– частину предмета замінюють його назвою *(«дерево» – стовбур, «машина» – колесо, кузов);*

– замінюють слова, що позначають родові поняття, словами, які містять видові поняття і навпаки *(дерево – береза, посуд – тарілки);*

– замість одного слова використовують словосполучення *(шланг – «щоб воду лити», сопілка – «щоб грати»);*

– назви дій замінюють словами, близькими за ситуацією та зовнішніми ознаками *(вишиває, плете – «шиє»).*

У словнику дітей мало узагальнених понять, здебільшого це іграшки, посуд, одяг, квіти. Не часто використовують антоніми, практично відсутні синоніми. Поняттям «великий – маленький» для позначення величини предмета підміняють слова *довгий, короткий, високий, низький, товстий, тонкий, широкий, вузький.* Це зумовлює випадки порушення лексичного поєднання.

Серед прикметників використовують якісні, що позначають ті ознаки, які діти сприймають безпосередньо, – величину, форму, колір, деякі властивості предметів. Відносні та присвійні прикметники застосовують тільки для вираження добре знайомих відношень *(мамина сумка).*

Прислівники використовуються досить рідко.

Діти користуються різними займенниками, простими прийменниками (особливо для вираження просторових відношень – *у, до, на, під, за* тощо). Рідко трапляються прийменники, які виражають обставини, характеристику дії чи стани, властивості предметів або спосіб дії *(біля, між, через* тощо). Прийменники можуть замінюватися або пропускатися, причому це може стосуватися одного і того ж прийменника. Це вказує на неповну сформованість розуміння значень навіть простих прийменників.

Несформоване образне мовлення. Діти не розуміють і не користуються лексико-семантичними засобами експресивності: словами з переносним значенням, значущими словами, синонімами, епітетами, метафорами, порівняннями; у розвитку синтаксичних засобів спостерігаються порушення розуміння та труднощі використання малих форм народної творчості (прислів'їв, приказок, загадок, фразеологізмів тощо).

У дітей із III рівнем ЗНМ недостатньо сформовані граматичні форми. Імпресивний аграматизм проявляється у недостатньому розумінні морфологічної структури слова. Зазначаються труднощі в розумінні складних логіко-граматичних конструкцій, що виражають причинно-наслідкові та часово-просторові відношення.

В експресивному мовленні діти мають помилки у відмінкових закінченнях, змішування часових та видових форм дієслова, помилки в узгодженні та керуванні. Способами словотворення діти майже не користуються. Відзначаються труднощі підбору споріднених слів, в утворенні іменників і прикметників із зменшено-пестливими суфіксами *(козенята – «козлючата», дверцята – «дверочки», маленький – «помалюскін стілець»),* дієслів із префіксами, прикметників від іменників *(глиняний посуд – «глиновий», скляна ваза – «склова»).* Часто словотворення підмінюється словозміною. Значна кількість помилок допускається і під час самої словозміни, через що порушується синтаксичний зв'язок слів у реченнях, які виражають часові, просторові і причинно-наслідкові відношення. Досить стійкими є помилки в узгоджені прикметника з іменником у роді, числі, відмінку *(«Я глаю синій мятей» – Я граю синім м'ячем);* числівника з іменником усіх родів *(«один відло» – одне відро, «два лути» – дві руки, «пять луках» – п'ять рук).*

У більшості дітей зберігаються недоліки вимови звуків і порушення звукоскладової структури слова, що створює значні труднощі в оволодінні дітьми звуковим аналізом та синтезом слів.

Превалювання помилок, які виражаються у перестановці або додаванні складів, свідчать про первинне недорозвинення слухового сприймання дитини. У них уподібнення складів і скорочення збігу приголосних трапляється нечасто і має змінний характер.

Помилки на кшталт скорочення кількості складів, уподібнення складів один одному, скорочення при збігу приголосних указує на превалююче порушення артикуляційної сфери і має більш стійкий характер.

Труднощі в оволодінні дітьми словниковим запасом, граматичною будовою рідної мови та звуковимовою гальмують процес розвитку зв'язного мовлення і, насамперед, перехід від ситуативної його форми до контекстної (переказ, розповідь – опис, розповідь за сюжетною картиною або серією картин). Правильно розуміючи логічний взаємозв'язок подій, діти обмежуються переліком дій.

Наприклад, розповідь Михайла К., 6 років, за сюжетною картинкою «Зимові розваги»:

«Діти лоблять снігову бабу. Вони на дволі ісе хосють одну бабу злобити. Вони спосятку маленький клубосьок із снігу. Потім тлохи великий. І зовсім великий. І плинесли молкву, вуглики. Івідло».

Розповідь – опис малодоступний для дітей: зазвичай вони обмежуються перерахуванням окремих предметів та їхніх частин. Під час переказу помиляються у переданні логічної послідовності подій, пропускають окремі ланцюги, «гублять» дійових осіб. Частина дітей виявляється здібною відповідати лише на запитання за змістом твору.

Отже, III рівень ЗНМ має такі особливості:

– на фоні порівняно розгорнутого мовлення спостерігається неточне знання і використання багатьох побутових слів. В активному словнику превалюють іменники і дієслова. Мало слів, які характеризують якості, ознаки, стани предметів та дій. Спостерігаються помилки у використанні простих прийменників і майже не використовують складні прийменники;

– спостерігається недостатня сформованість граматичних форм мови – помилки у відмінкових закінченнях, змішування часових та видових форм дієслів, помилки в узгодженні та керуванні. Способами словотворення діти майже не користуються;

– в активному мовленні використовуються здебільшого прості речення. Відзначаються великі труднощі, а часто повне невміння поширювати речення і будувати складні.

– у більшості дітей зберігаються недоліки вимови звуків і порушення структури слова, що утворює значні труднощі в оволодінні звуковим аналізом і синтезом слів;

– розуміння побутового мовлення зазвичай добре, але іноді виявляється незнання окремих слів і виразів, змішування смислових значень слів, близьких за звучанням, недостатнє оволодіння багатьма граматичними формами.

Отже, експресивне мовлення дітей III рівня ЗНМ з усіма вказаними особливостями може слугувати засобом спілкування лише у певних умовах, які вимагають постійної допомоги і спонукання у вигляді додаткових питань, підказок, оцінних і заохочувальних суджень з боку логопеда, вихователя, батьків.

На сучасному етапі розвитку логопедії розроблена характеристика ще одного (IV) рівня порушення мовленнєвого розвитку, описана в спеціальній літературі Т. Б. Філічевою стосовно дітей 7-го року життя третього року навчання.

На четвертому рівні ЗНМ відзначається загалом більш високий рівень мовленнєвих навичок. Але мовлення повним обсягом ще не відповідає нормі. Різний рівень мовленнєвих засобів допоміг поділити усіх дітей на дві неоднорідні групи: діти, які достатньо вільно оволоділи фразовим мовленням (70–80 %), і діти з більш обмеженим мовленнєвим досвідом і недосконалими мовними засобами (20–30 %).

Загалом діти IV рівня ЗНМ не мають грубих порушень звуковимови, але у них відзначається недостатньо чітка диференціація звуків. Порушення звукоскладової структури слова виявляються у різних варіантах спотворення його звуконаповнення, оскільки дітям важко утримувати у пам’яті граматичний образ слова. У них спостерігаються персеверації, перестановка звуків і складів, скорочення приголосних при збігові, заміни складів, пропуски складів.

Водночас з неповною сформованістю звукоскладової структури слова у дітей відзначається недостатня виразність мовлення, нечітка дикція, яка складає враження загальної змазаності мовлення, змішування звуків, що свідчить про низький рівень сформованості диференційованого сприймання фонем і є важливим показником незавершеного процесу фонемотворення.

У дітей спостерігаються деякі порушення смислового боку мовлення. Словниковий запас недостатньо точний за способом використання. У ньому спостерігаються переважно слова, які позначають конкретні предмети і дії, та мало слів, які позначають абстрактні й узагальнюючі поняття. Це призводить до стереотипності лексичного запасу, частому використанню одних і тих самих слів. Лексичні помилки проявляються у заміні слів, близьких за значенням *(хлопчик чистить віником* замість *підмітає),* за ситуацією *(фонтан – водичка ллється, бризкає; конура – домик, дупло),* у неточному використанні і змішуванні ознак *(високий дім – великий, сміливий хлопчик – швидкий).* Великі труднощі діти мають під час підбору синонімів, антонімічних відношень абстрактних слів *(жадібність – нежадібність; повага – злий, доброта),* споріднених слів. Метафори і порівняння, слова з переносним значенням часто взагалі є недоступними для їхнього розуміння.

Недостатній рівень сформованості лексичних засобів мови особливо яскраво проявляється у розумінні і використанні фраз, прислів'їв з переносним значенням *(рум'яний як яблуко – багато з'їв яблук).*

Обмеженість мовних засобів позначається і на словозміні та словотворенні. У дітей залишаються помилки у використанні форм множини з вживанням непродуктивних закінчень *(«дереви», «гнізди», «побачили воронов», «ведмідей»).* Характерне змішування форм відмінювання, особливо під час оволодіння конструкціями місцевого відмінку. В активному мовленні правильно використовуються лише прості і добре відпрацьовані раніше прийменники *(у, на, під).* Складні прийменники часто застосовують з помилками або замінюють їх *(з-під, поміж, із-за, через).*

У словотворенні значні труднощі спостерігаються під час утворення слів із відтінками збільшеності та суб'єктивної оцінки згрубілості *(дім, ніс – великий, замість домище, носище),* малознайомих складних слів *(льодохід – «льодок», водолаз – «він під водою ходить»).* Складності виникають під час диференціювання дієслів із префіксами *(відсунути – присунути, прийти – перейти).*

Характерною ознакою дітей IV рівня розвитку мовлення є порушення зв'язного мовлення: порушення логічної послідовності, застрягання на другорядних деталях, пропуски головних подій, повторення окремих епізодів під час складання розповіді на задану тему, за сюжетною картиною та серією сюжетних картин. Прості речення у самостійних розповідях дітей часто складаються з підмета, присудка, додатка, що пов'язано з недостатністю в їхньому лексичному запасі прикметників, прислівників, числівників, дієприкметників, дієприслівників.

Отже, на фоні розгорнутого мовлення у цих дітей відзначаються окремі відхилення кожного з компонентів мовленнєвої системи. Це свідчить про те, що діти не досягли того рівня мовленнєвого розвитку, який властивий їхнім одноліткам із нормальним мовленням.

11.5. Диференціальна діагностика загального недорозвинення мовлення

Загальне недорозвинення мовлення необхідно відрізняти від зовнішньо подібних за своїми проявами та патогенетичними механізмами порушень психофізичного розвитку дитини. Під час динамічного вивчення дітей логопед визначає уточнений висновок, а також етіологію і патогенез мовленнєвого порушення.

Загальне недорозвинення мовлення та затримка мовленнєвого розвитку. Необхідність відмежування ЗНМ від затримки темпу формування мовлення зазвичай виникає у молодшому дошкільному віці, коли відзначається пізній початок мовлення і уповільнений темп його розвитку. Про вікову затримку мовленнєвого розвитку (далі – ЗМР) зазвичай говорять тоді, коли в анамнезі дитини не знаходять даних про грубе порушення ЦНС, що забезпечує більшу збереженість моторних функцій, психічних реакцій, поведінки дитини загалом. У цьому випадку мовленнєва діяльність відсутня за наявності таких факторів (одного або у поєднанні декількох):

– емоційна депривація, коли малюк у перші два роки життя позбавлений близького спілкування з матір'ю або людиною, яка

її замінює. Обличчя дитини байдуже, амімічне, дитина не сміється і не плаче. Без емоційного контакту у дитини не виникає потреби у спілкуванні, в тому числі і мовленнєвому;

– перцептивна депривація, яка полягає у недостатності чуттєвого досвіду. Дитина позбавлена можливості здійснювати різні предметні дії, сприймати предмети, їхні властивості та якості. І ця потреба поступово згасає. За відсутності або різкому зниженні сенсорного досвіду і предметно-практичної діяльності виникає ЗМР, оскільки мовлення у ранньому дитинстві є вираженням наочно-образних й наочно-дієвих форм мислення;

– зупинка на стадії називання предмета – найбільш легка форма ЗМР. Мовлення складається з невеликої кількості слів, які позначають предмети. Обмежена діяльність дитини, відсутність цікавої продуктивної діяльності разом із дорослим, постійне називання дорослим тільки іменників гальмують становлення фразового мовлення, звужують зону найближчого розвитку (пасивний словник);

– функціональна незрілість мовленнєвих зон мозку (темпова затримка, коли мовлення гармонійно розвивається у більш пізні строки) є поглиблюючим ЗМР фактором;

– подовжені соматичні порушення: органів дихання, серцево-судинної системи, неврологічної сфери, недостатньо розвинені голосові складки, аденоідит тощо негативно позначаються на розвитку мовлення та його якості (гугнявість, шепітне мовлення, нездібність дитини промовити фразу на єдиному видиху тощо);

– наслідки постнатальної енцефалопатії, тобто негрубого ураження ЦНС під час пологів і у післяпологовий період, які можуть бути виражені у легкому ступені, але вони так чи інакше відіграють визначальну роль у ранньому мовленнєвому розвитку;

– вторинна ЗНМ як наслідок порушень слуху, зору, моторно-рухової сфери, психічного розвитку.

Відсутність мовлення у дітей із ЗМР не буває повною, але лексикон обмежується словами, що позначають осіб, предмети з безпосереднього оточення дитини або виражають життєві потреби та особистісні інтереси. Слова недостатнього звуко-складового наповнення. Мовлення обмежується позначенням конкретної дійсності. Діти довго розмовляють однослівними або аграматичними фразами.

Розуміння мовлення розвинене набагато більше, ніж здібність говорити.

У випадках ЗНМ звертає на себе увагу насамперед зворотна динаміка мовленнєвої недостатності. Сам характер помилок є менш специфічним, ніж при ЗНМ. Одним із важливих діагностичних критеріїв є можливість засвоєння дитиною граматичних норм рідної мови. Дитина з І рівнем ЗНМ майже повністю не розуміє граматичних змін слів. При ЗНМ дитина достатньо добре розуміє звернене мовлення, зокрема і значення граматичних змін слів, значення слів, що мають подібне звучання.

Незважаючи на відхилення від вікових нормативів (особливо у сфері фонетики), мовлення дітей забезпечує комунікативну функцію, а у ряді випадків є достатньо повноцінним регулятором їхньої поведінки.

У дітей із ЗМР більш виражені тенденції до спонтанного мовленнєвого розвитку, до перенесення вироблених мовленнєвих навичок в умови вільного спілкування. За наявності ранньої логопедичної допомоги це допомагає повністю компенсувати мовленнєву недостатність до 5–6 річного віку.

Загальне недорозвинення мовлення та розумова відсталість (РВ). Диференціальна діагностика цих станів буває ускладненою, оскільки розумове недорозвинення (зокрема, олігофренія) завжди у певному ступені супроводжується недорозвиненням мовлення, а первинне недорозвинення мовлення безумовно гальмує формування первинно збережених розумових здібностей. Діагностичною ознакою є дисоціація мовленнєвого та психічного розвитку. Для дітей із ЗНМ характерним є те, що при вибірковій недостатності окремих психічних функцій психічний розвиток загалом випереджує їхній мовленнєвий розвиток. У дітей із ЗНМ спостерігається різко виражена диспропорція між розвитком вербального та невербального інтелекту. Вони мають збережений невербальний інтелект, адекватні у своїй поведінці, можуть розгорнути просту сюжетну гру, у них здебільшого не порушена самооцінка, добре виконують завдання невербального характеру. У дітей із РВ немає різниці між станом вербального та невербального інтелекту.

У дітей із ЗНМ розвиток невербального інтелекту відбувається диспропорційно, що пояснюється вибірковим порушенням кіркових функцій (є труднощі у складанні цілого з частин, у розрізненні за основними ознаками – колір, форма, величина, у класифікації видових понять). Основні труднощі викликають завдання, що вимагають прямої участі мови. Але діти мають хороші здібності до перенесення засвоєних способів розумових дій на інші аналогічні завдання. За мірою корекції словесного мовлення відбувається вирівнювання інтелектуальних процесів.

У дітей із РВ – тотальне інтелектуальне ураження і тому однаково порушуються усі психічні функції. Їм притаманна загальна психічна інактивність, слабке прагнення пізнання навколишнього світу, більш пізній розвиток предметної та ігрової діяльності, їхня примітивність та стереотипність. Вони мають труднощі у виконанні усіх інтелектуальних завдань і особливо тих, що вимагають словесно-логічного мислення.

У дітей із РВ відзначається виражене відставання у розвитку мовлення. Воно також має тотальний рівномірний характер і стосується недорозвинення як імпресивного, так і експресивного мовлення. У них важко формується диференціальне розуміння і позначення предметів і дій. Характерне подовжене використання слів у неточному значенні, навіть загальновживаних іменників, дієслів, прикметників, повільне засвоєння логіки побудови речень. Діти з РВ можуть повторити складну фразу, але смислу її не розуміють. Порушена словесна регуляція дій (Г. Кузнєцова, Є. Соботович, В. Тищенко).

У дітей із ЗНМ імпресивне мовлення випереджує розвиток експресивного. Ці діти розуміють звернене мовлення, але не говорять. Їх відрізняє критичність до власної мовленнєвої недостатності.

Різний механізм порушень мовлення (ураження різних ланцюгів мовленнєвої діяльності) у цих категорій дітей визначає і особливості динаміки їхнього мовленнєвого розвитку. У дошкільному віці діти із РВ та ЗНМ мають подібний мовленнєвий дефект, але на подальших вікових етапах між ними у розвитку мовлення відзначають суттєві відмінності. За неускладненої розумової відсталості діти до 6–7 років спонтанно оволодівають простим граматичним стереотипом рідної мови. Діти засвоюють мовлення інтуїтивно, але мають великі труднощі у навчанні мови, у розумінні

смислу лексичних та граматичних мовних значень більш високого ступеня узагальнення (В. Петрова).

У дітей із первинним ураженням мовленнєвих зон кори головного мозку та підкіркових структур порушується інтуїтивне засвоєння правил про те, за допомогою яких мовних знаків, якої їхньої комбінації і послідовності виражається певний зміст, а також відбір необхідних рухів та їхньої лінійної організації для передачі оформленого за допомогою мовних засобів змісту у звучне мовлення. А це вимагає цілеспрямованого корекційного навчання дітей із ЗНМ рідної мови і мовлення.

Загальне недорозвинення мовлення та затримка психічного розвитку. У сучасній корекційній педагогіці затримка психічного розвитку (далі – ЗПР) визначається як уповільнений темп психофізичного та емоційно-вольового розвитку дитини, який спричиняється мікроураженням у корі головного мозку або тяжким соматичним захворюванням (В. Тарасун). Термін «ЗПР» вказує на невідповідний рівень психічного розвитку віку і водночас тимчасовий характер відставання, який із віком долається тим успішніше, чим раніше утворюються адекватні умови навчання та розвитку дітей (В. Лубовський).

Характерними ознаками ЗПР є такі: обмежений, невідповідний віку дитини запас знань та уявлень про навколишнє, низький рівень пізнавальної активності, недостатня регуляція довільної діяльності і поведінки, більш низька здібність порівняно із дітьми з нормальним розвитком того ж віку до прийому та переробки перцептивної інформації, недостатня сформованість вищих психічних функцій.

Недорозвинення мовлення зумовлене насамперед недостатністю міжаналізаторної взаємодії, а не локальним ураженням мовленнєвого аналізатора. Розмовно-побутове мовлення майже не відрізняється від норми, але словник збіднений, особливо активний. Обсяг понять недостатній, а іноді зміст понять є помилковим. У дітей ускладнене формування емпіричних граматичних узагальнень. По-іншому відбувається становлення словотвірної системи мови. Відстає розвиток здібності усвідомлювати мовленнєву дійсність як щось відрізнене від предметного світу. Ряд граматичних категорій у їх мовленні відсутній. Для мовленнєвої

діяльності характерна недостатність монологічного мовлення. У цих дітей часто трапляються недоліки звуковимови, вони важко засвоюють звуковий аналіз слів, недостатньо володіють звуковим образом слова. Відчувають суттєві труднощі у словесній регуляції діяльності.

Під час диференціальної діагностики велике значення має комплексне обстеження. Воно передбачає клінічний етіопатогенетичний аналіз порушеного розумового та мовленнєвого розвитку, психологічне вивчення дитини, спрямоване на розмежування ведучого мовленнєвого або інтелектуального дефекту, а також додаткові методи дослідження – електроенцефалографічні тощо. Диференційній діагностиці допомагає аналіз динаміки психічного розвитку дитини.

Загальне недорозвинення мовлення і ранній дитячий аутизм (далі – РДА). У сучасній корекційній роботі аутизм розглядається як важка форма патології розвитку, що характеризується порушеннями соціальних, комунікативних і мовленнєвих функцій, а також наявністю нетипових інтересів і форм поведінки (В. Каган, К. Лебединська, О. Нікольська, Д. Шульженко та інші). Запропонований дитячим психологом Л. Каннером 1943 року (США) опис хвороби, беручи до уваги ранній вік її виникнення, сьогодні позначається як ранній дитячий аутизм або синдром Каннера. Більш легку форму аутизму, при якій мовлення порушене меншою мірою, описав австрійський педіатр Х. Аспергер (синдром Аспергера). Водночас з цими формами є ще декілька більш серйозних порушень із аутистичними рисами: нетиповий аутизм і синдром Ретта.

Основною ознакою РДА є неконтактність дитини, її соціальна ізольованість, яка починається впродовж перших трьох років життя. У таких дітей порушені всі форми довербального спілкування (експресивно-мімічні, предметно-дійові), виявляється нездібність використовувати зоровий контакт, міміку, поставу, жестикуляцію для регулювання соціальної взаємодії, як це роблять діти з порушеннями мовлення чи слуху. Часто відзначається відсутність белькоту і слабкий розвиток функції наслідування. Зростаючи, діти нездібні вступати у контакт з однолітками, знаходити спільні інтереси, дії і почуття, мають збіднену або девіантну

реакцію на емоції інших людей, недостатність емоційної та комунікативної поведінки. Дитина з РДА може не помічати відсутності батьків, близьких родичів, але хворобливо, збуджено реагувати на переміщення неживих предметів, на зміну звичних щоденних рутинних дій.

Своєрідний характер має ігрова діяльність, її характерною ознакою є використання незвичного ігрового матеріалу, часто предметів домашнього побуту. Дитина грає одна, одноманітно, використовуючи різні предмети (взуття, папір, ганчірки, провід тощо). Сюжетно-рольова гра відсутня. Спостерігається своєрідне патологічне перетворення в той чи інший образ (наприклад, тварини) у поєднанні з аутистичним фантазуванням.

Серед характерних ознак РДА значне місце займають недорозвинення або повна відсутність усного мовлення, яке не супроводжується спробою компенсації за допомогою жестикуляції або міміки як альтернативи комунікації. Характерне стереотипне і повторне використання слів і фраз. Типовими є відстрочені чи безпосередні ехолалії. Подовжений час відсутні такі відповіді, як «так» чи «ні», особистий займенник «я». Недорозвинений лексико-граматичний бік мовлення, спостерігаються своєрідні фонетичні розлади і порушення голосу з превалюванням високої тональності наприкінці фрази або слова, подовжена відсутність у мовленні слів, які позначають близьких для дитини людей (мати, тато) або окремі предмети, до яких у дитини є особливе ставлення: острах, нав'язливий інтерес, їхнє оживлення.

На відміну від ЗНМ, при РДА на ранніх етапах мовлення може розвиватися нормально, і дитина за темпами його розвитку може випереджати своїх однолітків. Потім, зазвичай у віці до 30 місяців, воно втрачається: дитина перестає спілкуватися з людьми, що оточують, хоча може говорити сама з собою або уві сні. Втрата мовлення завжди поєднується з втратою виразного жестикулювання та імітаційної поведінки. Найчастіше це спостерігається у дівчаток.

Мовленнєві порушення у дітей із РДА можуть варіюватися за своїми проявами, ступенями складності і багато в чому залежать від етіології, патогенезу, мікросередовища, своєчасної адекватної лікувальної та психолого-педагогічної роботи.

11.6. Диференціальна діагностика немовленнєвих дітей

Значними труднощами є диференціальна діагностика немовленнєвих дітей, особливо до п'яти років.

Той рівень мовлення, який є у цих дітей, – вокалізації, звуконаслідування і звукокомплекси, емоційні оклики, навіть деякі нечітко вимовлені побутові слова – не можуть слугувати для повноцінного спілкування. Їх мовлення не є регулятором поведінки, оскільки вироблення умовних зв'язків на слова значно ускладнене.

Група немовленнєвих дітей неоднорідна. Вона охоплює такі категорії дітей: із сенсорними та моторними алаліями, з анартріями, з тяжкими дизартріями, з РДА, з розумовою відсталістю, з тяжкими порушеннями слуху. Спільними для них усіх є відсутність мотивації до спілкування, невміння орієнтуватися в ситуації, розлади поведінки, негнучкість у контактах, підвищене емоційне виснаження. Це заважає повноцінному спілкуванню дитини з людьми, що оточують.

У немовленнєвих дітей часто відзначається неврологічна симптоматика – мінімальна мозкова дисфункція, синдроми гіпо- і гіперзбудливості, гіпертензійно-гідроцефальний і церебрастенічний синдром. Крім того, для них характерне зниження психічної активності, уваги, пам'яті, наявна недостатність цілеспрямованої діяльності. Симптоми ураження можуть мати регредієнтний характер. Спостерігаються періодичні кризи, які проявляються у нападах плачу, рефлексів зригування, неспокійній поведінці тощо.

Під час психолого-педагогічного обстеження немовленнєвих дітей необхідно дотримуватися принципів, які виявляють можливі причини, механізм і симптоматику розладів. Це допоможе постановці правильного мовленнєвого діагнозу. Під час обстеження враховують такі принципи:

– комплексного підходу, що важливо для прогнозування комунікативного і мовленнєвого, вербального розвитку;

– системного структурно-динамічного вивчення психічного розвитку, що допоможе підвищити ефективність психолого-педагогічного вивчення загалом;

– якісного аналізу структури дефекту, який дає матеріал для оцінки діяльності;

– цілісного аналізу психічного розвитку дитини, який дає змогу визначити співвідношення між первинним і вторинним дефектом.

Обстеження немовленнєвих дітей необхідно будувати як сукупність взаємопов'язаних прийомів, завдань, використання яких дає підстави виявити їхні індивідуальні особливості.

Аналіз мовленнєвого дефекту і прогнозування його наслідків здійснюється з позицій розвитку з урахуванням зони найближчого розвитку (за Л. Виготським).

Пред'явлення матеріалу повинне бути організоване так, щоб кожна немовленнєва дитина могла реагувати на тому рівні і тими засобами, які їй доступні. Форми спілкування фахівця, який обстежує, і дитини повинні враховувати її мінімальні реакції: посмішку, жест, знак заперечення, фіксацію погляду на предметі тощо.

Під час знайомства з медико-педагогічною документацією і бесід з батьками необхідно з'ясувати такі питання: які індивідуально-типологічні особливості дитини; коли з'явилася реакція на близьких і чужих людей; наскільки дитина виявляє ініціативу і прагне до спілкування; які відзначаються особливості поведінки; які саме ситуації впливають на зміни у поведінці дитини.

До даних анамнезу зазвичай потрібно ставитись дещо скептично, оскільки батьки не завжди можуть адекватно відповісти на питання про ранній моторний розвиток дітей, дати інформацію про час появи комплексу оживлення, гукання і белькоту, про емоційні аспекти комунікації і невербальних засобів спілкування. Вони або занижують, або (частіше) перевищують можливості самої дитини.

Під час обстеження необхідно:

1) звертати увагу на міміку і емоційні прояви, вираженість соціальних емоцій (звернення за допомогою, реакцію на оцінку або чуттєвість до оцінки дорослого), їхню адекватність, відзначати особливості спілкування з людьми, що оточують, особливості адаптації до умов закладу. Необхідно враховувати, чи може дитина самостійно кусати, жувати, ковтати, пити з чашки. Спостереження за реакціями дитини дають інформацію про стан її сенсорного апарату;

2) в організованій дорослим діяльності потрібно фіксувати можливість залучення дитини до індивідуальної і сумісної з дорослим ігрову чи іншу діяльність (побутову, пізнавальну тощо), наявність інтересу до запропонованих ігор і занять, вибір іграшок, адекватність їхнього використання, володіння знаково-символічними функціями, прояви ініціативи з боку дитини, здібність до співпраці, емоційні реакції на оцінку дорослим її успіхів, наявність звуконаслідувальних реакцій, модульованого лепету, що супроводжує діяльність;

3) завдання для обстеження повинні бути емоційно забарвлені і сплановані так, що реакція на них має бути мінімальною. Використовують не тільки дидактичний матеріал, а й різні аксесуари (намисто, шляпки, браслети, каблучки тощо), театральні ляльки біба-бо, ялинкову мішуру, ліхтарик тощо. Замість муляжів краще використовувати натуральні предмети, овочі, фрукти тощо;

4) необхідно звертати увагу на те, як дитина вступає в контакт, чи є в неї негативні реакції загального і мовленнєвого характеру. У дітей, які виявляють негативізм, потрібно уточнити характер ігрової діяльності: чи може дитина розгорнути гру, включитися у наслідувальні ігрові дії і продовжити їх.

Спостереження за дітьми у різноманітній діяльності – грі, режимних моментах, прогулянці, спілкуванні з мамою також може надати вагомий матеріал для діагностики.

Під час підготовки до восьмого питання доречно зосередитися на комплексному обстеженні дітей із загальним недорозвиненням мовлення. Правильно організоване корекційне навчання і виховання дітей із ЗНМ повинно спиратися на комплексне обстеження їхніх мовленнєвих та немовленнєвих процесів, сенсомоторної сфери, інтелектуального розвитку, особистісних особливостей та соціального середовища.

У спеціальній літературі достатньо повно описані конкретні методики обстеження і принципи аналізу отриманих даних із урахуванням того, що первинна несформованість у дитини одного з мовних компонентів, які так чи інакше беруть участь у формуванні мовлення, призводить до негативних змін мовленнєвої системи

загалом (Р. Лєвіна, Н. Жукова, О. Мастюкова, Є. Соботович, Т. Філічева, Н. Чєвєлєва, Г. Чіркіна та інші). Значне місце науковці відводять теоретичному обґрунтуванню адекватності певних методик, психолого-педагогічному аналізу природи можливих мовленнєвих дефектів, виявленню особливостей системної взаємодії первинних та вторинних відхилень у картині мовленнєвих порушень.

Основне завдання діагностики порушень мовленнєвого розвитку – правильна кваліфікація дефекту з метою визначення оптимальних шляхів його подолання (Є. Соботович).

Уся система роботи з формування та розвитку мовлення спирається на принцип комунікативної спрямованості навчання. Це передбачає формування спілкування у процесі активної мовленнєвої діяльності, утворення в учнів мотивованої потреби до мовлення шляхом стимуляції їхньої мовленнєвої активності і моделювання ситуацій, які сприяють породженню самостійних та ініціативних висловлювань.

Питання для самоконтролю

1. Що розуміють під ЗНМ?
2. При яких формах дитячої патології може спостерігатися ЗНМ?
3. Типові відхилення, що спостерігаються у дітей із ЗНМ.
4. Ким було умовно виділено рівні ЗНМ?
5. У якому періоді раннього ембріонезу виникають найбільш складні ураження мозку?
6. Які обставини (за О. Корнєвим) можуть призвести до ЗНМ?
7. Характеристика усіх рівнів ЗНМ.
8. Психолого-педагогічна характеристика дітей із ЗНМ.

Завдання для перевірки знань

1. До причин ЗНМ відносять:

а) інфекції або інтоксикації матері під час вагітності, токсикози, пологову травму, асфіксію, несумісність крові матері і плоду за резус-фактором або груповою належністю крові, захворювання центральної нервової системи (нейроінфекції) і травми мозку у перші роки життя дитини;

б) органічні ураження або недорозвинення певних відділів ЦНС;

в) слабкість акустико-гностичних процесів, генетичні фактори;

г) усі відповіді правильні.

2. Локальні ураження кіркових мовленнєвих зон та більш глибинних підкіркових структур мозку, які забезпечують насамперед нейробіологічні ланки мовлення, систем і підсистем головного мозку (рефлекторні, нейродинамічні і енергомоделюючі процеси; дихання і слиновиділення; тонус, статика та динаміка жесто-мімічної та вокалізаційної складової мовленнєвої системи), виникають при:

а) моторній алалії;

б) сенсорній алалії;

в) ускладненому варіанті ЗНМ церебрально-органічного генеза;

г) гіпертензійно-гідроцефальному синдромі.

3. Повна або майже повна відсутність словесних засобів спілкування у віці, коли у дітей, які розвиваються нормально, мовлення здебільшого є сформованим. Мовленнєві засоби спілкування у дітей значно обмежені. Вони мають досить бідний словниковий запас, який складається зі звуконаслідувань і звукових комплексів. Ці звукові комплекси утворені самими дітьми і зазвичай є незрозумілими для оточення. Про який рівень ЗНМ ідеться:

а) перший;

б) другий;

в) третій;

г) четвертий.

4. Можливе використання займенників, сполучників, деяких прийменників у їхніх елементарних значеннях. З'являється можливість відповідати на питання дорослого, більш чи менш розгорнуто розповісти про себе, про сім'ю, про деякі добре знайомі події. Пояснення неправильно названих слів іноді супроводжується жестом. Про який рівень ЗНМ ідеться:

а) перший;

б) другий;

в) третій;

г) четвертий.

5. Недостатньо сформовані граматичні форми. Імпресивний аграматизм проявляється у недостатньому розумінні морфологічної структури слова. Зазначаються труднощі в розумінні складних логіко-граматичних конструкцій, що виражають причинно-наслідкові та часово-просторові відношення. В експресивному мовленні діти мають помилки у відмінкових закінченнях, змішування часових та видових форм дієслова, помилки в узгодженні та керуванні. Способами словотворення діти майже не користуються. Відзначаються труднощі підбору споріднених слів, в утворенні іменників і прикметників із зменшено-пестливими суфіксами. Про який рівень ЗНМ ідеться:

а) перший;

б) другий;

в) третій;

г) четвертий.

Список рекомендованих джерел

1. Каут Н. М. Основи дефектології та логопедії: тексти лекцій. Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2012. 372 с.

2. Пахомова Н. Г., Кононова М. М. Спеціальна психологія: навчальний посібник для студенів спеціальності 6.010105 «Корекційна освіта. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2015. 357 с.

3. Рібцун Ю. В. Програми з корекційно-розвиткової роботи «Корекція розвитку» для спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для дітей із тяжкими порушеннями мовлення (підготовчий, 1–4 класи). К., 2015. 64 с.

4. Рібцун Ю. В. Корекційне навчання з розвитку мовлення дітей молодшого дошкільного віку із ЗНМ: програмно-методичний комплекс. К.: Освіта України, 2011. 29 с.

ТЕМА 12
ЗАГАЛЬНА ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

12.1. Загальна характеристика дітей з дитячим церебральним паралічем.

12.2. Причини порушення у дітей опорно-рухового апарату.

12.3. Корекційна робота з дітьми з ДЦП.

12.1. Загальна характеристика дітей з дитячим церебральним паралічем

Дитячий церебральний параліч (далі – ДЦП) – це поліетіологічне захворювання, яке починається внутрішньоутробно та розвивається в перші роки життя. Термін «ДЦП» був запропонований З. Фрейдом для об'єднання всіх форм спастичних паралічів пренатального походження із подібними клінічними ознаками. У разі ДЦП спостерігаються неврологічні і психічні порушення, нерівномірний, диспропорційний характер формування окремих психічних функцій.

Існує понад 20 класифікацій ДЦП. У вітчизняній неврології найбільш поширена класифікація К. А. Семенової:

1) подвійна геміплегія характеризується яскраво вираженою атрофією кори головного мозку і збільшенням об'єму шлуночків; психічний розвиток дітей з такою формою ДЦП мінімальний і подібний до олігофренії за ступенем імбецильності або ідіотії;

2) спастична диплегія (хвороба Літтля) – форма ДЦП, яка трапляється досить часто; при ній спостерігається затримка психічного розвитку, розумова відсталість у ступені легкої дебільності;

3) гіперкінетична форма ДЦП спостерігається приблизно у 25 % усіх хворих з цією патологією; виявляється виражена дефіцитарність підкіркових структур мозку у поєднанні з відносною збереженістю кіркових відділів;

4) у разі геміпаретичної форми ДЦП ушкодженою переважно є одна півкуля і найближчі підкоркові відділи (правобічний і лівобічний геміпарез); недорозвиток правої півкулі призводить до порушення пізнавальних процесів у дітей;

5) у разі атонічно-астатичної форми основні зміни у тканинах мозку виявляються в лобній ділянці і мозочку.

Діти з ДЦП розвиваються в умовах дефіцитарності пропріоцептивного відділу рухового аналізатора. Рухова недостатність перешкоджає розвитку зорового сприйняття простору і рухів, зоровомоторної координації. У тісному зв'язку з порушеннями зорово-просторового синтезу перебувають недостатність функції рахунку, яка проявляється в сповільненому засвоєнні поняття числа, сповільненій автоматизації механічного рахунку. Особливістю процесу мислення є дисоціація – більш виражена недостатність наочно-дійового мислення щодо вербального. Формування понятійного мислення відстає порівняно зі здоровими дітьми.

У деяких дітей може спостерігатися зниження гостроти слуху, недостатність слухової пам'яті і слухової уваги, недорозвиток фонематичного слуху. За різних форм ДЦП трапляються мовленнєві порушення. Основний мовленнєвий розлад при цьому захворюванні – дизартрія, бувають також дислалія, заїкання.

Для хворих із ДЦП характерним є вираженість психодинамічних проявів – інертність психіки, сповільненість переключення на інші види діяльності, недостатність концентрації уваги, в'ялість, аспонтанність. Виявляються також прояви психічного інфантилізму, які виражаються в наявності не властивих цьому віку рис дитячості, переважанні мотивів задоволення у діяльності, схильність до фантазування і мрійливості.

12.2. Причини порушення у дітей опорно-рухового апарату

Виділяють пренатальні, натальні і постнатальні шкідливі чинники, які можуть бути причинами виникнення ДЦП. До них належать інфекційні захворювання матері в період вагітності, психічні і фізичні травми, механічні травми під час родів, асфіксія тощо. Вплив цих чинників призводить до ішемічного ушкодження перивентикулярної ділянки головного мозку і атрофічних процесів у різних ділянках кори. Згідно з іншими концепціями в результаті впливу шкідливих чинників на організм матері відбувається збій у функціонуванні аутоімунного захисного механізму, і клітини-лімфоцити матері розпізнають білкові елементи плода як чужорідні тіла. У результаті лімфоцити матері починають знищувати білки плода, що призводить до атрофічних процесів у м'язах тіла і головному мозку.

В. Кадвелл називає 400 причин, які можуть викликати порушення нервової системи плода. Серед них найбільше значущими та найчастішими є: інтоксикація, хронічна гіпоксія, інфекції, порушення діяльності імунної системи матері й плода, пологова травма, вакцинації, операції тощо.

Виділяють 3 стадії хвороби: ранню, початкову, пізню хронічно-резидуальну.

Наявні методики дослідження не дають можливості говорити про початок ранньої стадії захворювання: за клінічними проявами визначити ступінь і локалізацію пошкодження важко, тому що структури і функції мозку ще не розвинені. Це не дає можливості зробити точно типологічний аналіз ушкодження й орієнтовно з'ясувати час його дії (пошкодження). Загальний важкий стан, гіпертензивний і судомний синдроми, затримка або відсутність уроджених рухових рефлексів і ряд інших проявів ДЦП у немовляти допомагають розцінити їх як прояв енцефалопатії.

Походження останньої може бути різним – інфекційним, токсичним, травматичним, аутоімунним, алергічним тощо. Енцефалопатія буває першим клінічним проявом ранньої стадії ДЦП. На можливість інфекційно-алергійного процесу в немовляти і дитини

перших місяців життя вказують: анамнез, що свідчить про наявність інфекційних захворювань у матері – хронічних або гострих – під час вагітності й особливо пологів; протікаючий довго, стійкий гіпертензивний синдром, що не піддається симптоматичній терапії; церебральна гіпортрофія; схильність до частих респіраторних вірусних інфекцій, що прогресують, незважаючи на активну відбудовну терапію; неврологічна симптоматика.

Основним завданням терапії на ранній стадії захворювання у подібних випадках є запобігання подальшого розвитку патологічного інфекційно-допоміжного процесу в ЦНС, що почався внутрішньоутробно, та попередження розвитку грубих резидуальних явищ, які можуть бути результатом як головного захворювання, так і черепно-мозкової пологової травми, порушення мозкового кровообігу, який виникає, як правило, у результаті механічного впливу на мозок плода, на судини, стінки яких уражені запальним процесом.

У плода з внутрішньоутробною патологією мозку не розвиваються, як правило, два рефлекси, що з'являються у здорового плода ще внутрішньоутробно – рефлекс із голови на тулуб і рефлекс першого подиху. Пологи зазвичай тривалі та важкі, ускладнені механічно пологовою черепно-мозковою травмою й порушенням мозкового кровообігу. Обидва ці стани супроводжуються набряком мозку, що зі свого боку може викликати важкі порушення діяльності ЦНС.

Різке порушення мікросередовища нейрону, зумовлене перицелюлярним набряком, викликає, як правило, найтяжчу його дисфункцію, і в тих випадках, коли це порушення здається тривалим, можуть виникнути незворотні зміни у ньому з наступним розпадом.

Показані порушення зумовлюють необхідність визначених заходів, проведених уже в пологовому будинку. Нерідко на 5–7 день життя розвивається набряк мозку і повторні порушення мозкового кровообігу.

Антибіотики викликають зниження внутрішньочерепного тиску, зменшення інтенсивності набряку мозку на декілька годин. Це може відтворити захисні сили організму, набряк поступово зменшується і більше не відновлюється; це спостерігається при лікуванні дітей, які перенесли черепно-мозкову травму і порушення мозкового кровообігу у зв'язку з акушерською патологією матері.

Проте у тих випадках, коли мало місце внутрішньоутробне інфікування нервової системи плода, запальний процес може продовжуватися і післянатально. У цьому випадку набряк мозку значно впливає на перебіг хвороби.

Призначаючи дітям перших місяців життя антибіотики, варто пам'ятати про складні побічні дії.

Антибіотики є однією з причин лікарської алергії, що вражає переважно шкіру і підшкірну основу, а також є причиною токсично-алергічного енцефаліту (Б. Сандлер). І. Лаврецький у своїх роботах наголошує, що патологія нервової системи розвинулася в 27 % хворих, які одержували антибіотики з приводу того або іншого захворювання. До подібних ускладнень належать: напади епілепсії, генералізовані судоми, гіпоксія, набряк мозку, гіпертензивний криз, вегетативні порушення тощо.

Отже, дитячий церебральний параліч – це захворювання, що викликає порушення рухової активності і неприродне положення тіла. Воно виникає в результаті ушкодження мозку до народження дитини, під час пологів або в дитячому віці. Вражається не весь мозок, а відділи, що керують руховою активністю. Порушені функції мозку не поновлюються, але і не погіршуються.

У кожної дитини, яка страждає на ДЦП, уражені різноманітні відділи мозку. Причини ушкодження часто буває важко встановити.

І. Основні причини виникнення дитячого церебрального паралічу.

1. Причини виникнення ДЦП до народження дитини:

а) інфекційні захворювання матері під час вагітності (наприклад, краснуха);

б) неоднакова кров у матері і дитини (несумісність за резус-фактором);

в) захворювання матері, такі як діабет або токсикоз вагітних;

г) спадковий чинник. Ця причина досить рідкісна, але відомі випадки «сімейної спастичної параплегії»;

д) жодної конкретної причини не виявляється приблизно в 30 % хворих дітей.

2. Причини виникнення ДЦП під час пологів:

а) недостатнє постачання кисню в організм дитини під час пологів. Новонароджений не відразу починає дихати, спостерігається синюшний відтінок і перестає рухатися. Неправильне застосування гормонів із метою прискорення пологів викликає звуження кровоносних судин матки, у результаті дитина відчуває кисневе голодування. Вона з'являється на світ посинілою і нерухомою – із ушкодженнями мозку;

б) пологові травми. Важкі пологи виникають у матерів, які є занадто молоді або тендітні;

в) передчасні пологи. У дитини, що народилася недоношеною, вага якої менше 2 кг, значно ймовірний ДЦП.

3. Причини виникнення ДЦП після народження дитини:

а) надто висока температура внаслідок інфекційної хвороби або зневоднювання (втрата рідини під час поносу). Ця причина найбільше поширена серед дітей, яких штучно годують;

б) інфекційні захворювання мозку (менінгіт, енцефаліт);

в) травма голови;

г) кисневе голодування – під час газового отруєння, якщо дитина тонула або внаслідок інших причин;

д) отруєння глазур'ю, пестицидами, застосовуваними для обприскування сільськогосподарських культур, та іншими отрутами;

е) кровотеча або згустки крові в мозку, що виникають часто з невідомої причини;

ж) пухлини мозку, що викликають прогресуюче ушкодження мозку, симптоми якого аналогічні до ДЦП, у разі постійного погіршення стану.

У багатьох країнах ДЦП є найбільш поширеною причиною фізичних хиб. У деяких країнах він займає друге місце після поліомієліту. Приблизно одна дитина з 300 народжується з ДЦП або занедужує на нього невдовзі після народження.

II. Ранні ознаки ДЦП.

До ранніх ознак ДЦП належать такі:

1. Відразу після народження дитина з ДЦП буває слабкою та млявою, але може виглядати цілком нормально.

2. У дитини можуть спостерігатися або бути відсутні ознаки подиху, вона може посиніти і бути нерухомою. Асфіксія – найбільш розповсюджена причина ушкодження мозку.

3. Уповільнений розвиток. Дитина пізніше, порівняно з іншими дітьми, починає тримати голівку, сидіти або рухатися.

4. Вона може не володіти руками або користуватися тільки однією рукою.

5. Проблеми з годуванням. У дитини виникають труднощі із смоктанням, ковтанням і жуванням: вона захлинається або давиться. Навіть після того, як дитина підросте, у неї можуть зберегтися ці та інші труднощі з харчуванням.

6. Труднощі, пов'язані з доглядом за немовлям або дитиною молодшого віку. Тіло дитини скуте під час одягання, купання або гри. Пізніше їй важко навчитися самостійно їсти, одягатися, умиватися, користуватися туалетом або грати з іншими дітьми. Це може бути пов'язане з раптовою появою скутості або розслабленням тіла, у результаті чого дитина падає. Дитина може бути настільки розслабленою, що здається, ніби її голова відпаде. І цілком зненацька тіло дитини стає скутим і жорстким подібно до дошки, так, що його неможливо підняти або нести.

7. Дитина часто плаче, нервова, дратівлива або, навпаки, загальмована, пасивна, майже ніколи не плаче й не сміється.

8. Труднощі спілкування. Дитина може реагувати на навколишнє не так, як інші діти. Частково це буває пов'язано з розслабленістю, скутістю тіла, поганою рухливістю рук. У такої дитини може спостерігатися відставання в розвитку мовлення. Згодом у деяких дітей мовлення стає нечітким. Батьки з труднощами розуміють, чого хоче їхня дитина, поступово вони знаходять способи дізнатися про її потреби.

9. Розумові здібності. Приблизно половина дітей, що страждають на ДЦП, розумово відсталі, проте не можна поспішати з подібним висновком. Діти з наслідками ДЦП рухаються невміло: або занадто швидко, або занадто повільно. Їхні обличчя перекошуються через слабкість м'язів обличчя або ускладнень із ковтанням, на них з'являються гримаси. Тому навіть дитина, що має нормальний розумовий розвиток, може здаватися розумово відсталою.

Така дитина потребує допомоги й навчання, щоб було очевидно, яка вона насправді. Батьки часто говорять, що дитина розуміє набагато більше, ніж здається. Завдяки допомозі й навчанню деякі діти, що були визнані розумово відсталими, здаються цілком нормальними у розумовому відношенні.

10. Іноді хвороба вражає слух та зір. Якщо батькам про це невідомо, вони можуть думати, що в дитини недостатньо розвинені розумові здібності.

11. У деяких дітей, що страждають на ДЦП, бувають, наприклад, епілептичні судоми.

12. Неспокійна поведінка. У дитини можуть спостерігатися несподівані зміни настрою: від сміху до плачу, страхи, вибухи гніву тощо. Іноді це пов'язано з неможливістю керувати своїм тілом так, як цього хочеться дитині. Якщо люди навколо сильно шумлять й активно рухаються, дитина може злякатися або розхвилюватися. Ці діти потребують більшої допомоги й терпіння для подолання виникаючих у них проблем із поведінкою.

13. Чутливість до дотику, болі, тепла, холоду й зміни положення тіла не зникає. Проте у дітей можуть виникнути ускладнення з контролем за спрямуваннями тіла і зберіганням рівноваги. Через ушкодження мозку діти з труднощами отримують ці навички. У такому випадку може допомогти терпляче навчання з багаторазовим повторенням спроб.

14. Рефлекси, що не відповідають нормі. У немовлят, хворих на ДЦП, довше зберігаються визначені «первинні рефлекси», або автоматичні рухи тіла, що зазвичай зникають у звичайних дітей у перші тижні або місяці життя.

III. Типи дитячого церебрального паралічу та можливості його лікування.

У кожної дитини з ДЦП спостерігаються різні прояви, але, як правило, вони відбуваються у певному сполученні.

Розрізняють три основних типи ДЦП, але це не впливає на лікування.

1. Скутість або спастичність м'язів.

У дитини з м'язовою спастичністю спостерігається скутість або напруга м'язів. Через це рухи уповільнені, незграбні. Часто розташування голови викликає не природнє розташування усього

тіла. Цей стан погіршується, коли дитина засмучена, хвилюється або коли її тіло займає певне положення. Картина скутості у різних дітей неоднакова.

2. Неконтрольовані рухи або атетоз.

У дитини спостерігаються повільні рухи стоп, рук або обличчя, вони смикаються або зненацька швидкі. Здається, що руки й ноги дитини підстрибують та нервово рухаються; без усякої причини може рухатися тільки кисть руки або пальці ніг. Можуть виникати й зникати спастичні рухи або пози. Дитина важко зберігає рівновагу й часто падає.

Більшість дітей, що страждають атетозом, мають нормальні розумові здібності, але захворювання вражає м'язи, необхідні для розвитку мовлення, тому таким дітям важко передати свої думки й бажання словами.

3. Розлад координації рухів, або атаксія.

Дитина, що страждає на атаксію, тобто на розлад координації рухів, важко сидить та стоїть. Вона часто падає й невпевнено користується руками. Усе це цілком нормально для маленьких дітей, але у дитини з атаксією такі явища зберігаються більш тривалий час, а іноді все життя.

У багатьох дітей із м'язовою спастичністю, або атетозом, виникають проблеми зі зберіганням рівноваги. Це може стати головною перешкодою при навчанні ходінню. Проте почуття рівноваги розвинути можна. Немовлята, що страждають на будь-який тип ДЦП, найчастіше бувають слабкими й млявими. Скутість м'язів або неконтрольовані рухи виникають поступово. У дитини може спостерігатися млявість м'язів в одних положеннях і скутість в інших.

ДЦП – це захворювання, яке потребує не лише постійного систематичного медикаментозного лікування, але і систематичного застосування масажу, лікувальної фізкультури, санаторно-курортного лікування та, як довів досвід останніх років, голкорефлексотерапії (крапковий масаж) й лікувального плавання.

Загальний стан дитини можна дещо поліпшити або зробити менш важким залежно від застосованого лікування й ступеня ушкодження мозку. Уражені відділи мозку відновити неможливо,

але дитина може навчитися користуватися неураженими частинами тіла для виконання необхідних дій. Батькам важливо більш-менш добре знати, що їх чекає в майбутньому.

Дитина, що страждає на ДЦП, стане дорослою із ДЦП. Пошук способів зцілення принесе лише розчарування. Тому основне завдання батьків допомогти своїй дитині стати дорослою, жити достатньо повноцінним життям й бути, за можливості, незалежною.

Дитина з більш високими розумовими здібностями зазвичай успішно пристосовується до свого стану. Проте розумові здібності не завжди відіграють головну роль. Деякі розвинені діти набагато легше розчаровуються й зневіряються через невдачі. Для цього необхідні додаткові зусилля, щоб знайти нові й цікаві способи стимулювання їх розвитку.

IV. Попередження фізичних вад у дітей з ДЦП.

Щоб установити, яку допомогу потребує дитина з фізичними вадами, спочатку потрібно якнайбільше дізнатися про цю дитину. Незважаючи на те, що всі стурбовані її труднощами, треба сприймати дитину як особистість.

Реабілітація ставить своєю метою допомогти дитині краще адаптуватися в сім'ї й суспільстві. Тому під час обстеження дитини варто співвіднести свої спостереження з тим, що дитина може робити, чого вона робити не може й чому могла б навчитися.

Щоб визначити потреби дитини, потрібно відповісти на запитання:

1. Що дитина може робити, а що – ні?

2. З якими проблемами зіштовхується дитина? У зв'язку з чим і коли уперше вони виникли? Стали вони менш або більш серйозними, чи залишилися на старому рівні?

3. Як саме ці проблеми впливають на тіло, розум, почуття, поведінку дитини? Як кожна з них впливає на її повсякденне життя?

4. Які повторні проблеми ускладнюють життя дитини?

5. Яка ситуація дитини вдома? Які можливості й обмеження, що існують у сім'ї, можуть підсилити або загальмувати розвиток дитини?

6. Наскільки дитина пристосована до життя зі своїми фізичними вадами або як навчилася їх компенсувати?

Щоб попередити фізичні вади, необхідно зрозуміти причину їхнього виникнення.

Якщо майбутні матері погано харчуються під час вагітності, їхні діти часто народжуються слабкими або недоношеними. У цих дітей набагато частіше спостерігається ДЦП – причина найбільш поширених важких фізичних дефектів. Крім того, неповноцінне харчування в перші місяці вагітності викликає деякі вроджені дефекти.

Відсутність високотехнологічної апаратури, що змогла б з перших днів народження дитини визначати її ступінь захворювання, а також відсутність реабілітації роблять фізичні дефекти поширеним і серйозним явищем. До того ж часто мають місце повторні фізичні дефекти, яких можна було б запобігти, надавши необхідну медичну допомогу на ранній стадії захворювання.

Щоб у дитини було щасливе та, якщо можливо, незалежне життя, вона повинна мати такі навички й уміння (за порядком значущості):

а) бути упевненим у собі й подобатися собі;

б) вміти спілкуватися з іншими людьми;

в) мати навички самообслуговування: самостійно їсти, одягатися, ходити у туалет;

г) переміщатися з місця на місце;

д) і, якщо можливо, ходити.

Уміння ходити не є найважливішим і, безумовно, не є найнеобхіднішим. Перед тим як дитина зможе ходити, вона повинна навчитися тримати голову, сидіти без допомоги й стояти.

Більшість дітей, які страждають на ДЦП, починають ходити, хоча й набагато пізніше здорових дітей. Як правило, чим менше ушкоджений мозок у дитини та чим раніше вона почне сидіти самостійно, тим вірогідніше, що вона зможе ходити. Якщо дитина стала сидіти без допомоги до 2 років, у неї гарні шанси навчитися ходити, але деякі діти починають ходити у 7, 10 років та пізніше.

Діти, що страждають геміплегією і диплегією, діти із сильним ушкодженням мозку не можуть ходити, хоча деякі з них пересуваються за допомогою милиць, ортопедичних апаратів або інших допоміжних засобів. Це варто прийняти як неминучість та спрямувати зусилля на досягнення інших цілей.

12.3. Корекційна робота з дітьми з ДЦП

Ознаки дитячого церебрального паралічу, як правило, виявляються з дня народження, і тому вже в перші тижні життя порушується весь хід психічного розвитку дитини. Останніми десятиліттями усе ширше впроваджується в практику рання діагностика ДЦП, що пов'язано з необхідністю проведення раннього лікування і корекційно-розвиткової роботи з дітьми, що страждають на ДЦП.

Реабілітація і соціально-трудова адаптація хворих на ДЦП є комплексним, багатогранним процесом, успішність якого значною мірою залежить від урахування особливостей особистості хворих.

Варто зазначити, що під час визначення рівня інтелекту дітей, хворих на ДЦП, не існує спеціальних методик, які з достатнім ступенем надійності могли б відмежувати дітей із затримкою психічного розвитку від дітей із педагогічною занедбаністю. Це пояснюється тим, що органічні ураження головного мозку мають мозаїчну структуру, психічні функції дитини розвиваються компенсаторним шляхом, і навіть нейропсихологічне обстеження, томографія й енцефалограма не дають чіткої картини стану психічних функцій. Під час психолого-педагогічних обстежень діти, які ростуть у сім'ях, де приділяють велику увагу їхньому навчанню, доводять достатній рівень інтелекту на свій вік навіть за невербальною шкалою. Лише тривале психолого-педагогічне спостереження за такими дітьми може показати затримку психічного розвитку.

Враховуючи наявність у більшості дітей-інвалідів із ДЦП стійких порушень емоційно-вольової сфери, доцільно використовувати індивідуальні методи психокорекції. Це – гімнастика, музикотерапія, аутогенне тренування. У роботі з дітьми-інвалідами на ДЦП, у яких спостерігається підвищена залежність, інактивність, неадекватність самооцінки, замкнутість, використовуються групові методи психокорекції, спрямовані на усунення неадекватних поведінкових реакцій, підвищення їхньої соціальної активності. Ці заняття проводяться у формі рольових ігор, дискусій.

Для дітей з низьким рівнем інтелектуального розвитку необхідно в цікавій ігровій формі формулювати й розвивати такі важливі пізнавальні процеси, як сприйняття, увагу, пам'ять, уяву, мислення, мовлення.

Отже, психокорекційна робота з дітьми-інвалідами на ДЦП вимагає розв'язання таких завдань:

1. Усебічне вивчення особистості хворої дитини, особливостей її емоційного реагування, специфіки формування системи відносин із людьми, що оточують.

2. Виявлення і вивчення етіопатогених механізмів, що сприяють виникненню і зберіганню невротичної симптоматики.

3. Корекція неадекватних форм реагування і порушення поведінки.

4. Згладжування педагогічної занедбаності, що часто має місце через специфіку хвороби.

5. Досягнення в процесі психокорекційної роботи у хворих дітей та їх батьків усвідомлення і розуміння причинного зв'язку між особливостями особистості дитини-інваліда на ДЦП, системою її взаємин із людьми, що оточують, і захворюванням.

Реалізація цих завдань приводить до ліквідації соціальної дезадаптації, певного зниження рівня тривожності й агресивності. У дитини формується об'єктивна самооцінка, що досить важливо для дітей, які мають рухові порушення, розвивається її творчий потенціал.

Питання для самоконтролю

1. Етіологія та патогенез ДЦП.
2. Особливості рухових порушень у дітей із ДЦП.
3. Особливості порушень психіки у дітей із ДЦП.
4. Основні причини ДЦП.
5. У чому полягає поліетіологічність ДЦП?
6. Характеристика рухових порушень у дітей із ДЦП.
7. Характеристика порушень психіки у дітей із ДЦП.

Завдання для перевірки знань

1. Про яку форму ДЦП ідеться: яскраво виражена атрофія кори головного мозку і збільшення об'єму шлуночків; психічний розвиток дітей мінімальний і подібний до олігофренії за ступенем імбецильності або ідіотії:

а) подвійна геміплегія;

б) спастична диплегія (хвороба Літтля);

в) гіперкінетична форма;

г) геміпаретична форма.

2. Ушкоджена переважно одна півкуля і найближчі підкоркові відділи (правобічний і лівобічний геміпарез); недорозвиток правої півкулі призводить до порушення пізнавальних процесів у дітей:

а) подвійна геміплегія;

б) спастична диплегія (хвороба Літтля);

в) гіперкінетична форма;

г) геміпаретична форма.

3. Виражена дефіцитарність підкіркових структур мозку у поєднанні з відносною збереженістю кіркових відділів:

а) подвійна геміплегія;

б) спастична диплегія (хвороба Літтля);

в) гіперкінетична форма;

г) геміпаретична форма.

4. Форма ДЦП, яка трапляється досить часто; при цій формі спостерігається затримка психічного розвитку, розумова відсталість у ступені легкої дебільності:

а) подвійна геміплегія;

б) спастична диплегія (хвороба Літтля);

в) гіперкінетична форма;

г) геміпаретична форма.

5. Які мовленнєві порушення спостерігаються у дітей із ДЦП:

а) затримка мовного розвитку;

б) дизартрія, алалія, дислалія;

в) дислексія, дисграфія;

г) усі відповіді правильні.

Список рекомендованих джерел

1. Бочелюк В. Й. Психологія людини з обмеженими можливостями: навчальний посібник. Київ: Центр учбової літератури, 2019. 264 с.

2. Діти з особливими потребами: поради батькам / за ред. В. І. Бондар, В. В. Засенко. Київ: КНТ, 2017. 401 с.

3. Кравченко А. І., Зелінська-Любченко К. О., Ємяшева М. Ю. Загальна, вікова та педагогічна логопсихологія: навч. посібник для студ. напряму підготовки «Педагогічна освіта», спец. 6.010105 «Корекційна освіта. Логопедія» вищих навч. закладів. Вид. друге. Суми: СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2015. 279 с.

4. Конопляста С. Ю., Сак Т. В. Логопсихологія: навч. посіб. / за ред. М. К. Шеремет. Київ: Знання, 2010. 293 с.

5. Спеціальна психологія. У питаннях і відповідях: навчальний посібник / укл. О. В. Чепка. Умань: ВПЦ «Візаві», 2016 104 с. URL: https://dspace.udpu.edu.ua/bitstream/.pdf

ТЕМА 13
ОСОБЛИВОСТІ МОВЛЕННЄВОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ІЗ ДЦП

13.1. Психологічний супровід дітей із ДЦП.
13.2. Мовленнєвий розвиток дітей із ДЦП.

13.1. Психологічний супровід дітей із ДЦП

Письмо – одна з найскладніших навичок координації, яка вимагає злагодженої роботи м'язів кисті усієї руки, правильної координації рухів усього тіла. Оволодіння навичкою письма – тривалий і трудомісткий процес, який не всім дітям дається легко. А дітям з церебральним паралічем вона виявляється вкрай важкою, а іноді і неможливою. Підготовка до письма – один із найскладніших етапів підготовки дитини до систематичного навчання. Це пов'язано з психофізіологічними особливостями дитини, з одного боку, і з самим процесом письма – з іншого.

Проблемою формування навички письма активно почали займатись ще в XIX ст. Так, неврологи L. Lihtheim, C. Wernike розглядали письмо як оптико-моторний акт, який залежить від розвитку і взаємозв'язку центру зору, моторного центру руки та центру утворення слів. Дещо пізніше (Центр Екснера, 1881; Nils von Meyendorf, 1941; Kleist, 1959) стверджувалось, що це лише моторний акт з центром локалізації у премоторних відділах рухового аналізатора. На противагу цьому стали дослідження Л. С. Цвєткової, де наголошувалось на більш пізній онтогенетичний етап формування писемних навичок, які залежать від цілеспрямованого і вчасного розвитку аналізаторних систем та вищих психічних функцій людини.

Науковці зазначають, що у дітей із церебральним паралічем недостатньо сформована здатність до оцінки просторових відмінностей, від яких залежать повнота і точність сприйняття та відтворення форм літер. У них недорозвинені дрібні м'язи руки, недосконала координація рухів, триває окостеніння зап'ясть і фаланг пальців. Зорові та рухові аналізатори, які безпосередньо беруть

участь у сприйнятті і відтворенні літер та їхніх елементів, перебувають на різній стадії розвитку; на початкових ступенях навчання письма діти не бачать у буквах елементів. Крім того, через порушення просторового аналізу й синтезу, зорово-моторної координації, слухового, тактильного сприйняття дітям важко орієнтуватись у таких необхідних при письмі просторових характеристиках, як права і ліва сторона, верх – низ, ближче – далі, під – над, близько – всередині тощо (Л. М. Шипіцина, І. І. Мамайчук).

Загалом сам процес письма є надзвичайно важким і вимагає не лише фізичних, інтелектуальних, але й емоційних зусиль. До того ж формуються технічні навички: правильне ставлення до письмового приладдя, координація рухів руки при письмі, дотримання гігієнічних правил письма; графічні навички: правильне зображення букв, дотримання рядка при письмі слів, однакового розміру букв та їхнє розташування на робочому рядку; орфографічні навички: позначення звуків відповідними літерами, дотримання власне орфографічних правил.

Основна увага педагога має звертатися на формування правильної постави при письмі: дітей навчають сидіти, тримати голову, тримати ручку, розташовувати необхідні предмети на парті, самостійно працювати. Також батьки і педагоги повинні приділяти належну увагу вправам, іграм, різним завданням на розвиток дрібної моторики і координації рухів руки, розв’язувати відразу два завдання: по-перше, непрямим способом впливати на загальний інтелектуальний розвиток дитини, по-друге, готувати до оволодіння, власне, навичкою письма.

13.2. Мовленнєвий розвиток дітей із ДЦП

Аналіз підходів із підготовки руки до письма допоміг виділити основні напрями роботи, а саме: навчання різним рухам пальців рук, одночасні рухи пальців рук і кисті; відтворення і тренування ізольованих рухів пальців рук і кисті; формування правильного диференційованого захоплення предметів залежно від їх розміру, пружності, ваги та інших якостей; розвиток вільного руху правої руки під час утримання предмета і в процесі різних маніпуляцій з ним; «письмо» вказівним пальцем, змоченим у

фарбі, в альбомі; проведення комплексу гімнастичних вправ для розвитку рухів рук.

У разі важких порушень моторики рук дитині потрібно індивідуально підбирати спосіб утримування ручки, а саме: навчати прийняттю пози руки і пальців, що імітує утримання ручки; формувати правильне захоплення ручки, що лежить на парті, і прийняття положення для письма; розслаблення і напруження пальців, у той час як вони утримують ручку і зберігають правильну позицію; розвивати вільні рухи пальців для притискання ручки.

Формування рухів олівцем або ручкою при письмі включає: навчання контролю зором за рухом рук методом багаторазового повторення (розвиток зорово-моторної координації); розвиток ізольованих рухів правої (ведучої) руки.

На підготовчому етапі навчанню письму обов'язково потрібно використовувати вправи для формування оптико-просторового орієнтування: маркування початку письма – з лівого верхнього кута, аркуша; вироблення автоматизованих рухів зліва направо шляхом малювання доріжок, стрічок тощо; письмо рукою в повітрі з контролем і без контролю зору; автоматизація рухів зліва направо шляхом написання мокрим пальцем на грифельній дошці; штрихування та обведення.

Е. С. Каліжнюк звертає особливу увагу на попередження та подолання дзеркального письма. У ході корекційної роботи рекомендується навчати дитину писати правою рукою і проводити комплекс лікувальних заходів (лікувальна гімнастика, фізіотерапія, медикаментозне лікування), спрямованих на активізацію дій в ураженій руці. Якщо ж параліч виражений грубо і письмо правою рукою неможливе, то під час навчання дитини треба провести попередню роботу. Варто формувати автоматизовані рухи зліва направо шляхом малювання «доріжок», «стрічок» спочатку пальцем у повітрі, із зоровим контролем та без нього, і лише потім шляхом написання пальцем крейдою на склі, грифельній дошці тощо. Комплекс корекційних заходів повинен включати також розфарбовування за трафаретом асиметричних фігур. У процесі малювання або написання асиметричних фігур чи букв необхідно проводити аналіз розташування різних елементів букв або малюнка. Важливо порівнювати й аналізувати правильно і неправильно намальовані фігури та букви.

Формуючи у дитини з церебральним паралічем початкові навички письма, досить важливо вирішити завдання навчання утриманню ручки або олівця та формування графомоторних функцій. Але якщо через важкість рухових порушень це завдання не буде вирішеним, не можна відмовлятися від навчання. Діти з важкими порушеннями маніпулятивних функцій, які не можуть опанувати письмом ручкою, можуть навчитися друкувати на комп'ютері.

Для дітей цієї категорії досить важливим є виконання підготовчих вправ, які дають їй змогу оволодіти власним тілом, навчитись правильно сидіти, тримати ручку; формувати та підвищувати зорово-просторову координацію.

Завдання з розвитку дрібної моторики пальців рук повинні проводитись регулярно з певною послідовністю. Спочатку даються вправи, які дитина може виконати самостійно, або з допомогою, а з часом ступінь складності потрібно підвищувати. Перед початком виконання завдань обов'язково потрібно підготувати руки дитини, а саме: зробити масаж рук, пальців рук, точковий масаж. Також можна використовувати і нетрадиційні прийоми масажу: масаж олівцями, горіхами, гра на музичних інструментах; ігри з крупою, намистинками, ґудзиками, дрібними камінчиками, пластиліном, різноманітними конструкторами, мозаїкою; вирізання ножицями; малювання різними матеріалами – ручкою, простим олівцем, кольоровими олівцями, крейдою, аквареллю; роботу з папером (складання оригамі), плетіння, аплікації; графічні вправи, штрихування.

Під час виконання цих вправ потрібно стежити за тим, щоб дитина рівно сиділа, правильно тримала голову і ноги (стопи на підлозі), намагалась правильно рухати руками і пальцями рук. Завдання повинні приносити дитині радість, не можна допускати нудьги і перевтоми.

Враховуючи рекомендації науковців-практиків та з огляду на дані вивчення дітей з порушенням опорно-рухового апарату, підготовча робота з оволодіння навичками письма повинна будуватися за спеціально підібраним комплексом вправ та завдань для розвитку моторики пальців рук:

1. Пальчикові ігри.

Формування мовленнєвих зон відбувається під впливом кінестетичних імпульсів від рук, а точніше від пальців. Тому необхідно стимулювати мовленнєвий розвиток дітей шляхом тренування рухів пальців рук. Виконуючи пальчиками різні вправи, дитина досягає гарного розвитку дрібної моторики рук, яка не тільки сприятливо впливає на розвиток мовлення (тому що до того ж індуктивно відбувається збудження в центрах мовлення), але і готує дитину до малювання, письма. Кисті рук набувають гарної рухливості, гнучкості, зникає скутість рухів, що надалі полегшить оволодіння навичкою письма. Пальчикові ігри досить емоційні і захоплюючі. Вони ніби відображають реальність навколишнього світу – предмети, тварин, людей, їхню діяльність, явища природи. У ході пальчикових ігор діти, повторюючи рухи дорослих, активізують моторику рук. Тим самим виробляються спритність, уміння керувати своїми рухами, концентрувати увагу на одному виді діяльності.

Пальчикові ігри – це інсценування будь-яких римованих історій, казок за допомогою пальців. Багато ігор вимагають участі обох рук, що дає можливість дітям орієнтуватися в поняттях «вправо», «вліво», «вгору», «вниз» тощо.

Ці ігри досить важливі для розвитку творчості дітей. Якщо дитина засвоїла якусь одну пальчикову гру, вона обов'язково буде намагатися придумати нове інсценування. Доцільно кожне заняття з підготовки до письма починати з пальчикових ігор, щоб розім'яти пальчики, активізувати моторику рук для успішного виконання дітьми різноманітних графічних вправ. Час проведення 3–7 хв.

2. Ігри з крупою, намистинками, ґудзиками, дрібними камінчиками.

Ці ігри надають прекрасний тонізуючий і оздоровчий вплив. Дітям пропонується сортувати, вгадувати із закритими очима, катати між великим і вказівним пальцем, придавлювати за чергою всіма пальцями обох рук до столу, намагаючись до того ж робити обертальні рухи.

Можна навчити дитину перекочувати пальцями однієї руки два волоських горіхи або камінчики, пальцями однієї руки або між двох долонь шестигранний олівець. Можна запропонувати дітям викладати літери, силуети різних предметів з дрібних предметів: насіння, ґудзиків, гілочок тощо. Усі заняття з використанням дрібних предметів мають проходити під суворим контролем дорослих.

3. Вирізування ножицями.

Педагог приділяє особливу увагу засвоєнню основних прийомів вирізання – навичкам різання по прямій, вмінню вирізувати різні форми (прямокутні, овальні, круглі). Завдання полягає в тому, щоб підвести дітей до узагальненого розуміння способів вирізування будь-яких предметів. При поясненні завдання необхідно вчити дітей не тільки пасивно засвоювати процес вирізування, а й спонукати їх давати словесну характеристику рухам рук педагога при показі способів вирізування. Отримуючи симетричні форми при згинанні паперу, складеного гармошкою, діти повинні засвоїти, що вони ріжуть не цілу форму, а її половину.

Вміння впевнено користуватися ножицями відіграє особливу роль у розвитку ручної вмілості. Для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату це важко, вимагає скоординованості рухів. Симетричне вирізання, вирізання різних фігурок зі старих листівок, журналів – корисне і цікаве заняття для дітей.

4. Малювання, розфарбовування.

Необхідно вчити дітей розфарбовувати акуратно, не виходячи за контури зображених предметів, рівномірно наносячи потрібний колір. Розфарбовування, як один з найлегших видів діяльності, вводиться значною мірою заради засвоєння дітьми необхідних для письма гігієнічних правил. Водночас воно продовжує залишатися засобом розвитку узгоджених дій зорового і рухового аналізаторів і зміцнення рухового апарату ведучої руки. Дитина, виконуючи роботу з розмальовування, на відміну від роботи, пов’язаної з написанням літер, не відчуває втоми, робить це із задоволенням, вільно, хоча її рука проробляє ті ж маніпуляції, що і при письмі. Оскільки ця робота не утруднює дитину, вона може зосередитися на основному завданні – виконанні гігієнічних правил письма.

Малювання різними матеріалами (ручкою, простим олівцем, кольоровими олівцями, крейдою) вимагає різного ступеня натиску для того, щоб на папері залишився слід від пишучого предмета. Це теж сприяє розвитку ручної умілості.

5. Робота з папером. Оригамі. Плетіння.

Розвитку точних рухів і пам'яті допомагають плетіння килимків з паперових смуг, складання корабликів, фігурок звірів з паперу. Необхідно ознайомити дітей з інструментами для обробки паперу, показати прийоми згинання і складання паперу, дати початкові відомості про види паперу (газетний, альбомний, гофрований, обгортковий).

6. Графічні вправи. Штрихування.

Виконуються на нелінованому папері. Розвиток дрібної моторики визначається не тільки чіткістю і красою зображення ліній, а й легкістю і свободою руху: руки не повинні бути скутими, напруженими. Правильно дотримуватися графічних пропорцій, писати плавно і симетрично важливо для вироблення гарного і чіткого почерку. Дитина повинна намагатися не відривати ручку від паперу та не переривати лінії. У разі штрихування прямих ліній добре видно чіткість почерку і впевненість руху руки. Уміння вільно малювати плавні лінії зліва направо важливо під час формування почерку. Уміння писати з нахилом зверху вниз і знизу вгору потрібно під час формування почерку. Розвитку точності рухів, уваги і контролю за власними діями також сприяють графічні вправи.

Правила штрихування: штрихувати тільки в заданому напрямі; не виходити за контури фігури; дотримуватися паралельності ліній; не зближувати штрихи, відстань між ними повинна бути 0,5 см. Виконуючи різні вправи з підготовки до письма, дитина і педагог повинні постійно пам'ятати і дотримуватись гігієнічних правил, доводячи їхнє виконання до автоматизму. Дотримання гігієнічних правил допоможе дитині надалі подолати труднощі технічного боку письма.

Отже, під час проведення підготовчої корекційної роботи у дитини передовсім долаються порушення просторового аналізу і синтезу, зорово-моторної координації, слухового й тактильного сприйняття, а також формуються потрібні знання та вміння для оволодіння навичками письма.

Характер порушень моторики тіла, а зокрема, пальців рук напряму залежить від локалізації ураження та ступеня прояву порушень опорно-рухового апарату. Специфічні труднощі у дітей проявляються ще від народження й характеризуються відсутністю або недорозвиненням безумовних рефлексів.

Процес оволодіння писемним мовленням для учнів з церебральним паралічем досить трудомісткий і вимагає багато часу та терпіння. У дітей виявляються значні патологічні зміни моторики пальців рук, які спонтанно, з ростом дитини не зникають, а, навпаки, закріплюються і призводять до того, що дитина залишається непідготовленою до нормальної адаптації до умов суспільства. Тому процес підготовки дитини до навчання письму вимагає злагодженої співпраці цілого ряду спеціалістів (педагогів, логопеда, дефектолога, психолога, лікаря ЛФК, масажиста) та батьків. Потрібно чітко скласти план і структуру роботи.

Індивідуально, залежно від характеру порушення, необхідно підібрати комплекси вправ і завдань для розвитку дрібної моторики пальців рук.

Друге питання висвітлює мовленнєвий розвиток дітей із ДЦП. У дітей з ДЦП простежуються усі мовленнєві порушення: затримка мовного розвитку, дизартрія, алалія, дислалія, дислексія, дисграфія, заїкуватість тощо. Затримка мовного розвитку відбувається ще у домовному періоді. Гуління та лепет з’являються пізно, вирізняються фрагментарністю, бідністю звукових комплектів, низькою голосовою активністю. Дитина пізно вимовляє свої перші слова, у неї повільно формується активний словник, порушується формування фразового мовлення.

Порушення артикуляційної моторики у дитячих церебральних паралічах не тільки призводить до порушення артикуляційної моторики, я й часто вдруге спричиняють порушення фонематичного сприймання.

Знання й уявлення про предмети та явища навколишнього світу в них неповні, фрагментарні, несистематизовані, а іноді помилкові. Це пов’язано з дефектним станом рухово-кінестетичного аналізатора.

У дітей з церебральним паралічем спрощене зв'язне мовлення. Діти відчувають труднощі у розумінні висловлювань. Важко зрозуміти прочитані тексти, умови задач.

Через різку локалізацію уражень мозку та порушення його дозрівання можливі всі відомі форми дисграфії та дислексії.

Порушення писемного мовлення часто пов'язані з недостатністю зорових уражень та уявлень, несформованістю оптико-просторового гнозису (діти не впізнають літери). Ще однією особливістю порушення письма у дітей із ДЦП є дзеркальне письмо (найчастіше у дітей, які пишуть лівою рукою). Діти малюють і пишуть справа наліво. Дитина не може простежити за рухами руки під час письма, внаслідок цього виникають пропуски, перестановки складів.

Отже, враховуючи всі особливості мовленнєвих порушень у дітей із ДЦП, для успішної організації корекційного навчання необхідне:

– розуміння клінічної та патогенетичної єдності мовленнєвих та рухових порушень;

– урахування особливостей пізнавальної діяльності, стану здорового та слухового сприймання, зорової та моральної координації.

Питання для самоконтролю

1. Організація супроводу дітей з дитячим церебральним паралічем раннього віку.
2. Особливості психічного та фізичного розвитку дітей раннього віку з дитячим церебральним паралічем.
3. Особливості мовленнєвого розвитку дітей із ДЦП.
4. Розмежування понять: «підтримка», «допомога», «супровід».
5. Специфіка організації допомоги дітям раннього віку.

Завдання для перевірки знань

1. Форма ДЦП, яка трапляється досить часто; при цій формі спостерігається затримка психічного розвитку, розумова відсталість у ступені легкої дебільності:

а) подвійна геміплегія;

б) спастична диплегія (хвороба Літтля);

в) гіперкінетична форма;

г) геміпаретична форма.

2. Думка про те, що формування писемних навичок, які залежать від цілеспрямованого і вчасного розвитку аналізаторних систем та вищих психічних функцій людини як більш пізнього онтогенетичного етапу, належить:

а) Л. С. Цветковій;

б) L. Lihtheim, C. Wernike;

в) Л. О. Бадаляну;

г) К. А. Семеновій.

3. Письмо як оптико-моторний акт, який залежить від розвитку і взаємозв'язку центру зору, моторного центру руки та центру утворення слів, розглядалося:

а) Л. С. Цветковою;

б) L. Lihtheim, C. Wernike;

в) Л. О. Бадаляном;

г) К. А. Семеновою.

4. Процес письма вимагає від дитини із ДЦП:

а) фізичних зусиль;

б) інтелектуальних;

в) емоційних;

г) усі відповіді правильні.

5. Використовувати вправи для формування оптико-просторового орієнтування: маркування початку письма – з лівого верхнього кута, аркуша; вироблення автоматизованих рухів зліва направо шляхом малювання доріжок, стрічок тощо; письмо рукою в повітрі з контролем і без контролю зору; автоматизація рухів зліва направо шляхом написання мокрим пальцем на грифельній дошці; штрихування та обведення здійснюється на:

а) підготовчому етапі навчанню письму;

б) на основному етапі;

в) на завершувальному;

г) упродовж усіх етапів письма.

Список рекомендованих джерел

1. Бочелюк В. Й. Психологія людини з обмеженими можливостями: навчальний посібник. Київ: Центр учбової літератури, 2019. 264 с.

2. Діти з особливими потребами: поради батькам / за ред. В. І. Бондар, В. В. Засенко. Київ: КНТ, 2017. 401 с.

3. Спеціальна психологія. У питаннях і відповідях: навчальний посібник / укл. О. В. Чепка. Умань: ВПЦ «Візаві», 2016 104 с. URL: https://dspace.udpu.edu.ua/bitstream/.pdf

ТЕМА 14
РОЗЛАДИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ. АУТИЗМ

14.1. Історичний аспект проблеми аутизму.

14.2. Класифікація аутизму.

14.3. Концепції аутизму.

14.4. Медичні проблеми дітей з аутизмом.

14.5. Проблеми розмежування аутизму та інших порушень розвитку.

14.6. Проблеми поведінки.

14.1. Історичний аспект проблеми аутизму

У сучасній медико-психологічній літературі аутизм розглядають як загальний розлад розвитку, що виявляється в ранньому дитинстві та триває впродовж усього життя. Люди з аутизмом неадекватно реагують на людей, що оточують, погано засвоюють навички, які необхідні для спілкування, схильні до ригідної поведінки та стереотипних дій.

У становленні теорії аутизму можна виділити декілька головних етапів:

І етап. Донозологічний період (кінець XIX – початок XX стст.), який характеризується окремими згадками про дітей із прагненням до самотності та втечі. Першим спеціалістом, який звернув особливу увагу на малих дітей із тяжкими психічними порушеннями та вираженими відхиленнями, затримкою і розладами процесу розвитку, був психіатр Г. Маудслей (1867), який розглядав такі розлади, як психози.

ІІ етап. Так званий доканнерівський період у розвитку проблеми аутизму охоплює 20–40-ві роки XX ст., який пов’язується із виявленням у дітей так званої шизоідії. Саме в цей період виник термін «аутизм» (грец. *autos* – сам). Його в наукову термінологію психіатрії ввів Е. Бльойлер (1920). Аутизм він трактував як симптом шизофренії та охарактеризував його як відчуження від реальності з наявністю внутрішнього життя, особливого світу

мрій і фантазій. Згодом він визнав наявність симптомів аутизму у клінічній картині таких хвороб, як маніакально-депресивний психоз (МДП), шизоїдна психопатія, істеричні та афективниі розлади. На думку вченого, в основі аутизму лежать афективні комплекси і порушення мислення.

У працях Е. Бльойлера (а згодом і Л. Каннера) йшлося про замкнутих дітей, хоча більш пізніші дослідження, проведені з метою виявлення соціальних ознак аутизму, засвідчили, що назва не достатньо відображає зміст проблеми, оскільки багатьох аутистичних дітей можна охарактеризувати як «активних», але «дивних», однак не замкнутих.

Багато клініцистів запропонували своє розуміння поняття аутизму. На думку Е. Мінковські (1927), аутизм є наслідком порушення «вітального» інстинкту; Дж. Глатзель (1982) проаналізував аутизм в аспекті інформаційного порушення між особистістю і середовищем. Власне трактування аутизму запропонував С. Салліван (1953), який вважав, що аутизм є наслідком регресу на ранньому рівні психічного онтогенезу. На взаємозв'язок особистісної дезадаптації та аутизму звертав увагу І. Т. Вікторов (1980), а на зв'язок між порушенням «Я-концепції» та аутизмом – С. Ф. Семенов (1975).

Варто зауважити, що такі нетотожні поняття, як «аутизм», «аутистичний розлад», «аутистичний синдром», «аутистичне мислення», «аутистична поведінка» часто вживають як синоніми, що зумовлює серйозні кваліфікаційні та діагностичні труднощі.

У дитячій психіатрії поняття аутизму як синдрому почали використовувати з часу виділення ранньої дитячої шизофренії. Т. П. Симеон, уперше простеживши за формуванням шизоїдної психопатії у дітей трьох – п'яти років, дійшла висновку, що їм властиві аутизм і мала прив'язаність до об'єктів реального світу. На цьому етапі перед клініцистами стояла проблема доказу можливості формування аутизму в незрілої особистості дитини. В. П. Осипов (1931) розглядав аутизм як «відокремлення хворих від зовнішнього світу», а В. А. Гиляровський (1938) зазначав про аутизм як про «своєрідний розлад свідомості свого «Я» та всієї особистості з порушенням нормальних настановлень до довкілля».

III етап дослідження проблеми аутизму називають каннерівським (40–80-ті роки XX ст.). У цей період були опубліковані кардинальні праці з дитячого аутизму, одним із перших авторів яких був Л. Каннер (1943). У своїх працях автор описує особливі стани у дітей, що проявляються з перших років життя й зумовлені крайньою самоізоляцією. Він запропонував назвати ці стани раннім дитячим аутизмом. Концепція раннього дитячого аутизму Каннера відрізнялася від бльойлерівского трактування, незважаючи на те, що у витоках цієї концепції лежали найвідоміші дослідження аутизму при шизофренії, шизоїдії, проведені в Європі, США.

Л. Каннер вважав, що синдром раннього дитячого аутизму частіше трапляється у дітей, ніж це вважалось раніше, і що ранній дитячий аутизм помилково розглядали як розумову відсталість або дитячу шизофренію. Каннер виділяв п'ять основних критеріїв дитячого аутизму:

– глибоке порушення контакту з іншими людьми;

– нав'язливе прагнення до одноманітних форм активності;

– поглинутість предметами, які крутяться;

– мутизм, або мовлення, не спрямоване на міжособистісне спілкування;

– високий когнітивний потенціал.

На підставі більшої кількості спостережень, Л. Каннер (1956) дійшов висновку, що головними критеріями дитячого аутизму є глибоке порушення контакту з іншими людьми та нав'язливе прагнення до одноманітних форм активності, а від трьох інших критеріїв як основних відмовився.

Складні й різні психопатологічні симптоми у клініці дитячого аутизму були підставою для того, щоб розглядати це захворювання як окремий розлад, але, відповідно до феноменологічного визначення, Каннер зберіг за ним колишнє – аутизм. Це зумовило плутанину понять дитячого аутизму як розладу та аутизму як симптому (за Е. Бльойлером). Тому коли йдеться про ранній дитячий аутизм, мається на увазі не симптом аутизму в бльойлерівському розумінні, який постає як ознака різних хвороб і насамперед шизофренії, а розлад (хвороба), названий раннім дитячим аутизмом Каннера, або синдромом Каннера.

IV етап. У 50–90-х роках XX ст. (так званий постканнерівський) аутистичні розлади у дітей вивчали за допомогою уточнення клініко-психопатологічних особливостей раннього дитячого аутизму. У структурі раннього дитячого аутизму вдалося виявити такі розлади, як порушення апетиту, відсутність адаптації до оточення, а також афективні розлади; уточнити терміни розгорнутого прояву (до трьох – п'яти років) клініки дитячого аутизму і можливість виникнення позитивних психопатологічних розладів водночас із симптомами порушення розвитку всіх сфер діяльності.

З дитячої шизофренії був виділений і ретельно описаний синдром Ретта, за наявності якого відзначалися аутистичні симптоми на першій стадії його розвитку.

Отже, питання про аутистичні розлади у дитинстві розглядається впродовж півстоліття. Залежно від наукового напряму, в аспекті якого розглядають аутистичні розлади, їх природу і клініку, відповідно, визначають як симптом, синдром, хворобу, патологію розвитку. Це відображено й у міжнародних класифікаціях хвороб, у яких аутистичні розлади визначено серед найрізноманітніших порушень розвитку або психозів дитячого віку.

14.2. Класифікація аутизму

Згідно з МКХ-10 аутистичні синдроми введені в підрозділ «Загальні розлади розвитку» розділу «Порушення психологічного розвитку». Їх класифіковано:

F84 Загальні розлади розвитку. Розлади, що належать до цієї групи, характеризуються якісними відхиленнями у реципроктних соціальних взаємодіях і способах комунікації, а також обмеженим, стереотипним набором інтересів та занять, які повторюються. Ці якісні аномалії є загальними рисами функціонування індивіда у всіх ситуаціях.

F84.0 Дитячий аутизм. Цей вид загального розладу розвитку визначається наявністю патологічного і/чи порушеного розвитку, який уперше виявляється у віці до трьох років, і є характерним типом аномального функціонування у всіх трьох таких сферах: реципроктна соціальна взаємодія; комунікація; поведінка (простежується обмежений набір її стереотипних форм, що повторюються). Крім

цих специфічних діагностичних ознак, часто наявні інші – неспецифічні – проблеми, такі як страхи (фобії), порушення сну і харчової поведінки, спалахи гніву й агресивність (зокрема і спрямована на себе).

F84.1 Атиповий аутизм

Цей різновид загального розладу розвитку відрізняється від дитячого аутизму або за часом прояву, або неповною відповідністю вимогам за трьома наборами діагностичних критеріїв. Отже, цей тип уперше проявляється тільки у віці після трьох років і/або за відсутності достатньо чітких симптомів в одній (або двох) з трьох психопатологічних сфер, необхідних для діагнозу аутизму (а саме: порушення реципрокної соціальної взаємодії, комунікативних навичок і обмежена, стереотипна поведінка, яка повторюється) всупереч наявності характерних аномалій у двох інших сферах (або, відповідно, в одній з них). Атиповий аутизм найчастіше виникає у дітей з глибокою розумовою відсталістю або з важким специфічним розладом розвитку рецептивного мовлення.

F84.2 Синдром Ретта

У цьому стані (досі описаний лише у дівчат) за раннім періодом зовнішньо нормального розвитку простежується часткова або повна втрата мовлення, набутих локомоторних і мануальних навичок водночас з уповільненням росту голови. Зазвичай розлад починається у віці від 7 до 24 місяців. Особливо характерними є втрата цілеспрямованих рухів руки, стереотипії у формі заламування рук і задишка. Соціальний та ігровий розвиток зупиняється, однак виявляється збереження соціального інтересу. Приблизно до чотирирічного віку починають розвиватись статична атаксія та апраксія, а згодом нерідко і хореоатетоїдні рухи. Наслідком стану майже завжди є тяжка розумова відсталість.

F84.3 Інший дезінтегративний розлад дитячого віку

Це загальний розлад розвитку (інший, ніж синдром Ретта), який характеризується періодом загалом нормального розвитку до його початку, після чого протягом декількох місяців відбувається виразна втрата раніше набутих навичок у декількох сферах розвитку. Зазвичай це супроводжується загальною втратою інтересу до довкілля, стереотипними рухами, що повторюються, а також відхиленнями у соціальних взаємодіях і спілкуванні, подібним до

тих, що простежуються при аутизмі. У деяких випадках встановлюють зв'язок розладу з енцефалопатією, але діагноз ґрунтується на поведінкових симптомах.

F84.4 Гіперактивний розлад, що поєднується з розумовою відсталістю і стереотипними рухами

Це нечітко описаний розлад невизначеного нозологічного походження. Ця категорія призначена для випадків, які характеризуються поєднанням у дітей важкої розумової відсталості (IQ нижче 50) з вираженою гіперактивністю і порушенням уваги, а також стереотипною поведінкою. Дітям з таким розладом не допомагає лікування стимулювальними засобами (на відміну від тих, у кого коефіцієнт інтелектуальності в межах норми), до того ж ці препарати можуть спричиняти у них тяжку дисфоричну реакцію (іноді з психомоторною затримкою). У підлітковому віці гіперактивність має тенденцію змінюватись на понижену активність (нехарактерно для дітей з гіперкінетичним розладом при нормальному інтелекті). Цей синдром часто поєднується з різними видами затримки розвитку: специфічними або загальними. Невідомо, наскільки поведінкові порушення є наслідком низького інтелекту або органічного ураження мозку.

F84.5 Синдром Аспергера

Цей розлад, нозологічна самостійність якого не визначена, характеризується тим самим типом якісного порушення реципроктної соціальної взаємодії, що й типовий аутизм, та обмеженим набором стереотипних, повторюваних інтересів і занять. Основна відмінність від аутизму полягає у відсутності загальної затримки або відставання у розвитку мови чи когнітивних функцій. Синдром Аспергера часто супроводжується вираженою незграбністю. Характерна стійка тенденція до збереження порушень, які розвинулись у підлітковому і дорослому віці; в молодому віці деколи простежуються психотичні епізоди.

F84.9 Загальний розлад розвитку неуточнений

Цю діагностичну категорію варто використовувати для розладів, які відповідають опису загальних розладів розвитку, у тому випадку, коли, зважаючи на суперечливість даних або через відсутність адекватної інформації, немає можливості з'ясувати, чи задовольняються діагностичні критерії будь-якої з попередніх рубрик у F84.

14.3. Концепції аутизму

Розкривають такі концепції аутизму: *соціокультурну, психологічну, біологічну*. Запропоновано різні концепції, щоб пояснити аутизм. Розглянемо основні: соціокультурну, психологічну і біологічну.

Соціокультурна концепція. Першим звернув увагу на специфічні риси батьків аутистичних дітей Л. Каннер. Певні властивості особистості батьків, на думку вченого, створюють несприятливий клімат для розвитку дитини, що й спричиняє виникнення хвороби. Згідно з його описом такі батьки – це високоінтелектуальні, проте холодні люди, «батьки-холодильники». Ці твердження мали суттєвий вплив на загальну думку і на думку батьків про самих себе. Пізніші дослідження не підтвердили того, що батьки таких дітей обов'язково є жорстокими, холодними, які нехтують своїми обов'язками чи мають порушення психіки (Роузен, 1992).

Інші клінічні спеціалісти вважали, що високий рівень соціального і пов'язаного з навколишніми умовами стресу може бути однією з причин аутизму. Однак дослідження спростували й цю гіпотезу. Вчені, які порівнювали дітей-аутистів з дітьми, які не мають цього розладу, не виявляли жодних розбіжностей у кількості таких сімейних подій, як смерть батьків, їхнє розлучення чи фінансові проблеми у сім'ї (Кокс, 1975).

Отже, соціокультурна концепція пояснює лише деякі аспекти проблематики аутизму, не розкриваючи причин цього явища та не подаючи результативних способів допомоги.

Психологічна концепція. На думку деяких учених, в аутистів є вроджені перцептивні чи когнітивні порушення, що унеможливлюють їхнє нормальне спілкування та взаємодію з іншими. Такий погляд на проблему аутизму існує в рамках теорії «емоційно-когнітивного функціонування» (або «теорія розуму») (Леслі, 1997; Фрітц, 1989; Байрон-Кохен, 1997; Хейп, 1997).

За теорією «емоційно-когнітивного функціонування» (Theory of mind) людина здатна передбачувати та розуміти наміри, думки інших людей (а також власні) на підставі поведінки, вигляду, вербальних та невербальних аспектів комунікації.

До трьох чи п'яти років більшість дітей здатні брати до уваги думку іншої людини і розуміють, що, враховуючи цю думку, можна передбачити, що людина робитиме, тобто вони вчаться читати думки інших людей. Для пояснення цієї теорії наведемо приклад: «Іринка поклала м'ячик у скриньку для іграшок, а потім ми спостерігаємо, як Андрійко забирає цей м'ячик і відносить його в іншу кімнату, допоки Іра спить. Ми знаємо, що Іра, коли прокинеться, шукатиме свій м'ячик у скриньці для іграшок, бо вона не знає, що Андрій забрав його. Ми знаємо це, оскільки беремо до уваги думку Іринки. Здорова дитина так само зможе передбачити поведінку дівчинки. Людина, яка має аутизм, цього зробити не зможе. Така людина буде очікувати, що Іра піде за своїм м'ячиком в іншу кімнату, тому що м'яч є там. Те, що відбувається в голові дівчинки, для такої людини значення не має».

Досвід роботи з аутистами доводить, що вони справді страждають своєрідною «розумовою сліпотою». Тому їм важко брати участь у рольових іграх, ефективно взаємодіяти з іншими людьми, використовувати засоби мовлення, які передбачають врахування іншої думки. Чому ж аутисти мають таке емоційно-когнітивне обмеження? Як вважають Гермелін та О'Коннор (1998), це відбувається внаслідок порушень біологічного характеру в ранньому дитинстві, що спричинює неспроможність аутистичної дитини у процесі сприйняття відрізняти важливе від другорядного.

Біологічна концепція. Упродовж багатьох років дослідники намагаються визначити, які біологічні аномалії можуть бути причиною нездатності виробити теорію емоційно-когнітивного функціонування чи всієї сукупності симптомів аутизму. Чіткого біологічного пояснення поки що не знайдено, вчені висловлюють кілька гіпотез. По-перше, дослідження батьків дітей з аутизмом дають змогу свідчити про певну роль генетичного чинника в розвитку цього розладу. Наприклад, у братів і сестер аутистів хвороба розвивається в шести – семи випадках зі 100 (Пайвен та ін., 1997), тобто в 200 разів частіше, ніж у середньому в усіх людей. Однояйцеві близнюки аутистів належать до найбільш ризикованої групи. Крім того, у 10–12 % людей, які мають аутизм, простежуються хромосомні аномалії (Садхалтер та ін., 1990). Деякі

дослідники пов'язують аутизм також з ускладненнями, які виникають під час вагітності чи народження дитини (Рімланд, 1992; Гудмен, 1990). Ймовірність розвитку аутизму зростає, якщо жінка під час вагітності хворіла на краснуху, до чи після вагітності працювала з токсичними хімічними речовинами, чи якщо були ускладнення при пологах.

У 80-х роках XX ст. виявлено специфічні біологічні аномалії, що вагомо вплинуло на дослідження розвитку аутизму. У деяких працях, наприклад, особливу увагу зосереджено на мозочку (Корчесне, 1997). Результати нейрофізіологічних досліджень дають змогу припустити, що в аутистів ще в ранньому дитинстві виникають аномалії у цій частині головного мозку. Якщо мозочок розвивається аномально, важко спрямовано фокусувати свою увагу, розуміти словесні натяки чи міміку інших людей і сприймати соціальну інформацію, що є суттєвими ознаками аутизму. Дослідження у цьому напрямі продовжуються до сьогодні.

14.4. Медичні проблеми дітей з аутизмом

Розумова відсталість. Часто виникає необхідність співвідносити аутизм і розумову відсталість. Адже відомо, що дитячий аутизм може бути пов'язаний з різними, зокрема низькими показниками розумового розвитку: дві третини дітей з аутизмом під час психологічного обстеження оцінюються як розумово відсталі (половина з них – як глибоко розумово відсталі). Необхідно розуміти, що порушення інтелектуального розвитку у разі аутизму має якісну специфіку: за кількісно рівним коефіцієнтом розумового розвитку дитина з аутизмом, порівняно з дитиною з розумовою відсталістю (F70 – F79 за МКХ – 10), може виявляти набагато більшу кмітливість в окремих сферах, з одного боку, і значно гіршу адаптацію до життя загалом – з іншого. Показники розумового розвитку дітей-аутистів за окремими тестами будуть відрізнятися один від одного, наприклад діти із синдромом Аспергера мають високий рівень IQ, висловлюються реченнями (навіть

можуть бути надмірно говіркими) і досить активні. Варто зазначити те, що чим нижчий коефіцієнт розумового розвитку, тим виразнішою буде різниця між результатами у вербальних і невербальних завданнях на користь останніх.

Зрозуміло, що люди з такими різними рівнями здібностей мають потребу в диференційованому керівництві і навчанні, а також у спеціальних умовах. Наприклад, вважається неприйнятним поєднувати в одному навчальному класі дітей з аутизмом зі значним ступенем розумової відсталості з дітьми-аутистами, для яких характерний високий інтелектуальний розвиток.

Епілепсія. Епілепсія трапляється у 30 % аутистів і може ускладнювати перебіг захворювання. Існує достатня кількість даних, які вказують на те, що епілепсія може імітувати або провокувати аутизм. Наприклад, зміни поведінки, аналогічні як при аутизмі, можуть проявлятись при синдромі Ландау-Клеффнера (набута епілептична дисплазія), що встановлюють за результатами електроенцефалографії (ЕЕГ). Складно робити висновок про значення пароксизмальної активності, яка виявляється при ЕЕГ у 50 % дітей з дисплазією розвитку при відсутності нападів (Пікард та ін., 1998). Подібні дані були виявлені при аутизмі (Кавасакі та ін., 1997). Пароксизми при ЕЕГ були статистично пов’язані з аутистичною регресією, проявом аутизму після періоду аномального розвитку (Тучман та Рейпін, 1997). Одночасно пароксизмальна активність, за даними ЕЕГ, спостерігається у незначної кількості хворих і здебільшого у разі пізнього виникнення аутизму (Чех та Бученон, 1997). Ці дані вказують на можливість існування епілептичної природи деяких випадків аутизму та необхідність застосування ЕЕГ як рутинного методу обстеження осіб з аутизмом. Це не просто, оскільки дослідження повинно враховувати і поверхневий, і повільнохвильовий сон. Щобільше, подібний підхід виправданий тільки у тому випадку, якщо отримані результати впливають на поведінку хворих: пароксизмальні порушення складно ігнорувати навіть за відсутності клінічних нападів.

Будь-який аналіз результатів лікування вимагає наявності або контрольної групи хворих, в якій лікування не проводилось, або даних про клінічний перебіг захворювання: у яких дітей аутизм має місце з моменту народження, в кого з раннього дитинства; як швидко він розвивається, які функції порушуються. Особливо важливо встановити, як часто проявляється аутистична регресія. Ці дані варто порівнювати з результатами лікування, оскільки необхідно знати, у яких дітей може настати поліпшення (особливо відразу після початку захворювання). Рання ремісія може свідчити про те, що вони не потрапили до психіатра і їм не був встановлений діагноз аутизм».

Епілептичний напад може бути класичного генералізованого типу (grand mal), з тонічними судомами, ритмічними конвульсіями у всіх групах мускулів, утратою свідомості, іноді з прикушуванням язика, відсутністю дихання, посинінням і рідше з утратою сфінктерного тонусу з наступною втратою контролю над виділенням сечі і калу. Напад може тривати декілька хвилин і зазвичай завершується глибоким сном. Людину необхідно покласти на ліжко або на підлогу (для запобігання ушкодження від падіння, удушення і дисфункції дихання у випадку наявності перешкоди у дихальних шляхах).

Деякі варіанти епілептичних нападів супроводжуються попередніми психіатричними симптомами, включаючи дивне поводження, застиглий погляд, автоматизми, відсутність або замкнутість. В окремих випадках такі симптоми іноді важко відрізнити від основних симптомів аутизму.

Вчитель і батько іноді можуть краще, ніж психіатр або невропатолог, спостерігати за симптомами, що підтверджують епілепсію.

Систематичні записи батьками та вчителями таких симптомів у блокноті, звісно, допомагають у встановленні діагнозу.

Порушення зору – порушення руху очей. Порушення зору, характерне для значної частини людей з аутизмом, досить рідко розглядаються належним чином. Діти з аутизмом часто відмовляються носити окуляри. На жаль, така поведінка перешкоджає подальшому обстеженню і її розглядають як ритуальну. Якщо в

дитини з аутизмом простежуються рефракторні аномалії або інші причини порушення зору, то треба ставитись до цього продумано, щоб дитина отримала повноцінну допомогу (окуляри, вправи для виправлення косоокості або оперативне втручання при постійній косоокості). Важливість взаємодії з офтальмологом, якому добре знайомі діти з аутизмом, не може бути недооцінена. Необхідне забезпечення кваліфікованого обстеження дитини, що допоможе складанню збалансованих і обґрунтованих рекомендацій.

Якщо дитині з аутизмом рекомендоване носіння окулярів, досить важливо змусити її додержуватися цього правила. Це вимагає значної частки винахідливості від деяких лікарів, батьків і вчителів, але ці загальні зусилля зазвичай коштують витраченого часу і сил. Зовсім не є таким рідкісним явищем, коли дитина, що страждає аутизмом, опанувала академічними навичками після того, як вона почала носити окуляри.

Сліпі діти з аутизмом складають особливу групу з найважчими проблемами. Крім того, сліпота може викликати ризик розвитку аутизму. Така залежність у минулому практично не вивчалась.

Порушення слуху. Щонайменше один із 20 осіб з аутизмом глухий або майже глухий. Кожен п’ятий має значне обмеження слуху. Для осіб, що мають важкі порушення слуху, можуть бути корисні слухові апарати. Для осіб із середнім ступенем порушення слуху зазвичай слуховий апарат більшою мірою перешкода, ніж допомога. Більшість з цих людей уже й так стурбовані незвичайними звуками і шумом, з якими вони постійно стикаються, а слуховий апарат, підсилюючи звукові ефекти, завдає їм ще більшої проблеми. Так само як і окуляри при рефракторних аномаліях, слухові апарати повинні підбирати тільки фахівці.

Мова жестів та інші альтернативні невербальні моделі комунікації можуть бути важливими інструментами для поліпшення якості життя деяких людей, що страждають аутизмом, особливо при наявності супутнього порушення слуху.

Специфічні порушення мовлення. Більшості аутистів не притаманні специфічні розлади мовлення. Тільки приблизно в 1-го

з 5-ти аутистів є такі специфічні проблеми, що не можуть розглядатися як просте порушення розуміння значення комунікації, яке є значною ознакою аутизму. Часто аутисти мають специфічні труднощі під час висловлювання (наприклад, через порушення іннервації мускулів, що беруть участь у рухах голосових зв'язок) використовують термін «афазія» Мову жестів та інші альтернативні моделі комунікації треба випробувати у таких випадках. Однак необхідно усвідомлювати, що і прийоми можуть іноді бути даремними при роботі з людьми, що мають захворювання аутистичного спектру без афазії.

Захворювання шкіри. Аутизм можуть супроводжувати різноманітні соматичні синдроми, зокрема, захворювання шкіри. Вузлові висипання, наприклад, від коричнево-червоних до пурпурних із твердими папулами (поширюються на ділянці носа і щік) на ранніх стадіях нагадують звичайні прищі. Проте при аутизмі переважна більшість шкірних змін не вимагають медикаментозного лікування.

Порушення в суглобах і кістках. Деякі захворювання спектру аутизму (синдром Ретта, маркер синдрому 15-ої хромосоми) зумовлюють порушення функцій хребта (сколіоз або кіфос). Це може призвести до серйозних труднощів, що проявляються впродовж тривалого періоду часу. Починаючи з підліткового віку, порушення функцій хребта стають настільки серйозними, що потребують ортопедичного лікування. Більшість дівчаток з цим синдромом з підліткового віку прикуті до інвалідних візків.

Люди із синдромом «тендітної Х-хромосоми» часто мають гіпотонію і виняткову розтяжність зв'язок. До того ж суглоби можуть бути надмірно гнучкими.

Хворі із синдромом Мебіуса (середнього і легкого ступеня) часто мають погано сформовані руки і ноги. Ця патологія може призвести до значних порушень дрібної моторики і координації рухів, що перешкоджає оптимальному функціонуванню організму.

Дисфункція скроневих часток мозку. Багато людей з аутизмом мають порушення у скроневій ділянці кори головного мозку. Дисфункція скроневої ділянки кори головного мозку може бути причиною труднощів оволодівання мовою і формування мислення

у разі аутизму. Це також часто викликає агресивні спалахи й інші види «примітивної» поведінки. Нарешті, у скроневих ділянках кори головного мозку можуть бути розташовані епілептичні вогнища, що призводять до різних типів нападів, та заважають нормальному навчанню та поведінці.

Дисфункція стовбура головного мозку. Люди з дисфункцією стовбура головного мозку, за даними ABR-дослідження (реакції стовбура головного мозку на слух), зазвичай мають деякі структурні порушення стовбура мозку. Ці порушення приводять до більш тривалої передачі імпульсів у цій ділянці головного мозку. Слухові імпульси звісно затримуються на 15–20 %. Це спричиняє розлад кодування звичайної розмовної мови, що має потребу у швидкій трансмісії, передачі нервових імпульсів через стовбур головного мозку для ефективного декодування (розуміння) мови з боку співрозмовника.

Так, люди, що страждають аутизмом та мають невисокі результати з ABR-дослідження (з більшою тривалістю трансмісії підкіркових структур), потребують більш повільного темпу мовлення людей, які звертаються до них, і використання тільки декількох слів у визначений відрізок часу для того, щоб вони могли краще розуміти розмовну мову.

Багаторічний досвід доводить, що люди з аутизмом і порушенням функцій стовбура головного мозку (за даними ABR-дослідження або інших тестів, таких як тест постмеханічного «ністагму») не надто добре переносять музику (або окремі види музики) порівняно з тими, у кого немає порушення функції стовбура головного мозку. Це досить важливо, тому що існує міф про те, що всі люди з аутизмом люблять музику. Це не завжди правильно. Дослідження типу ABR можуть іноді слугувати з метою виявлення тих, хто страждає від надмірного впливу дії музики. (У цьому випадку це не свідчить про те, що музика не сприймається багатьма людьми з аутизмом і захворюваннями цього спектра).

У багатьох аутистичних людей дисфункція стовбура головного мозку може призводити до м’язевої гіпотонії середнього

ступеня, тому що їх загальний мускульний тонус низький. У результаті цього вони можуть виявитися млявими та незграбними.

Дисфункції мозочка. Дані декількох досліджень про те, що порушення функції мозочка існує в багатьох випадках захворювань аутистичного спектра, можуть бути причиною часто наявної незграбності. Раніше передбачалося, що аутизм певною мірою асоціюється з розвиненими моторними навичками. Систематичні дослідження спростували це припущення. Це найбільш проявляється під час синдрому Аспергера. Нездатність координації рухів різних частин тіла, порушення середніх моторних навичок, легке тремтіння і нестабільна хода, що трапляється в багатьох маленьких дітей з аутизмом і синдромом Аспергера – усі вони є відображенням порушення функції мозочка.

Нанесення собі ушкоджень. Багато людей з аутизмом наносять собі фізичні ушкодження. Вони б'ють себе або вдаряються головою об стіни, підлогу або вікна. Група людей, що страждають аутизмом та важкою розумовою відсталістю, мають найважчі проблеми у цій ділянці. Це ті люди, у яких виявляються найбільші труднощі в комунікації (вербальної і невербальної) з іншими людьми. Завжди важливо розглядати можливість схованого фізичного порушення в таких випадках, особливо тоді, коли такі симптоми з'являються вперше у людей, у яких раніше не було помічено таких симптомів. Іноді попадання в шлунок голок, бритв, рослин можуть бути причинами важких порушень кишківника. Зламана щелепа або кіста кінцівки, інфекція середнього вуха, пневмонія або апендицит можуть викликати такий біль, що людина, яка страждає аутизмом, не може виражатися інакше, крім ніж шляхом нанесення собі ушкоджень.

14.5. Проблеми розмежування аутизму та інших порушень розвитку

Часто за аутизм можна прийняти деякі інші порушення, які трапляються у дітей. Майже у кожної аутистичної дитини спочатку підозрюють глухоту чи сліпоту. Ці підозри зумовлені тим, що вона, зазвичай, не озивається на своє ім'я, не виконує вказівки дорослих, оскільки дитина не реагує на соціальні стимули.

Важливо пам'ятати про характерні відмінності реакцій на соціальні та фізичні стимули. Для здорової дитини соціальні стимули є надзвичайно важливими. Вона передусім реагує на те, що виходить від іншої людини. Аутистична дитина, навпаки, може ігнорувати близьку людину, з одного боку. З іншого – у поведінці дітей з порушеннями зору та слуху також простежуються одноманітні дії, такі як розхитування, перебирання пальцями перед очима тощо. Як і у випадку дитячого аутизму, ці дії виконують функцію аутостимуляції, що компенсується недостатністю реального контакту зі світом. Не можемо свідчити про дитячий аутизм, доки стереотипність не поєднується з труднощами у налагодженні емоційних контактів з іншими людьми за допомогою доступних їй засобів. Зауважимо, що справді можливе співвідношення аутизму чи, принаймні, аутистичних тенденцій з порушеннями зору чи слуху.

Потрібно звернути увагу і на розумову відсталість. Аутизм може бути пов'язаний з різними, зокрема і досить низькими, кількісними показниками розумового розвитку. Необхідно також зважати на те, що порушення інтелектуального розвитку при дитячому аутизмі має якісну специфіку: у разі кількісно однакового коефіцієнта розумового розвитку дитина з аутизмом, порівняно з дитиною-олігофреном, може виявляти ліпше розуміння в окремих сферах і набагато гіршу адаптацію у житті загалом. Його показники за окремими тестами відрізняються один від одного. Чим нижчий коефіцієнт розумової відсталості, тим помітнішою буде відмінність між результатами у вербальних та невербальних завданнях.

У випадках депривації у дітей з глибокою розумовою відсталістю можливий розвиток спеціальних стереотипів аутостимуляції, наприклад розхитування, яке буває у випадку депривації у дітей із сенсорними порушеннями. Розв'язання питання про те, чи маємо у цьому випадку справу з аутизмом, потребує перевірки: чи співвідноситься цей прояв стереотипності у поведінці дитини з неможливістю налагодження з нею емоційного контакту на простому і, здавалося б, доступному рівні.

У деяких випадках необхідно відрізняти мовленнєві труднощі при дитячому аутизмі від інших порушень мовленнєвого розвитку. Часто перші тривоги виникають у батьків аутистичних дітей власне щодо незвичності їхньої мови. Дивна інтонація, штампи, ехолалії – все це простежується так яскраво, що проблем диференціації з іншими мовленнєвими порушеннями здебільшого не виникає. Однак у деяких, особливо важких і легких, випадках дитячого аутизму труднощі все ж можливі.

У найважчому випадку – мутичної дитини (не користується мовою і не реагує на мову інших) може постати питання про моторну та сенсорну алалію (відсутність мови за нормальним слухом і розумовим розвитком; моторна алалія – неможливість говорити, сенсорна – нерозуміння мови). Мутична дитина відрізняється від тієї, яка має моторну алалію, тим, що інколи може випадково вимовити не лише слова, але й складні фрази. Важче розв'язати питання сенсорної алалії. Глибоко аутистична дитина не зосереджується на тому, що до неї звертаються, мова не є інструментом організації її поведінки. Чи розуміє вона те, що до неї говорять? Важко відповісти. Навіть якщо вона і намагається зосередитися на інструкції, то не втримує її у свідомості цілковито. У цьому вона подібна до дитини, що має труднощі з розумінням мови, з одного боку. З іншого – аутистична дитина може інколи адекватно сприймати і враховувати у поведінці порівняно складну інформацію, отриману з мовленнєвого повідомлення, зверненого до іншої людини.

Основною ознакою є характерне для глибоко аутистичної дитини глобальне порушення комунікації. На відміну від дитини із суто мовленнєвими труднощами, вона не намагається виразити свої бажання вокалізацією, поглядом, мімікою чи жестами.

У легших випадках дитячого аутизму, коли замість цілковитої відсутності мови простежуються лише пов'язані з нею ускладнення, можливі прояви різних мовленнєвих порушень. У таких випадках виникають проблеми зі сприйманням мовленнєвої інструкції, простежується нечіткість вимови, аграматизми (порушення граматичної побудови мови), труднощі у побудові фраз. Усі ці проблеми виникають тоді, коли дитина намагається встановити контакт, організувати цілеспрямовану мовленнєву взаємодію. Щоб диференціювати такі випадки, варто ґрунтувати, власне, на порівнянні можливостей розуміння і використання мови у ситуаціях аутостимуляції та спрямованої взаємодії.

У процесі диференційного діагностування необхідно також брати до уваги більш загальні характеристики поведінки. У спробах комунікації дитина виявлятиме надмірну сором'язливість, загальмованість, підвищену чутливість до погляду іншої людини, тону її розмови. Вона буде більш контактна у звичній і ритуалізованій обстановці та губитися в новій.

Водночас важливо розмежовувати дитячий аутизм та шизофренію. Виокремлений Каннером 1943 року синдром раннього дитячого аутизму трактувався як дитяча форма шизофренії. Лише в 70-х роках XX ст. з'явилися праці, в яких стверджувалося, що це різні й не пов'язані між собою розлади (наприклад, Руттер, 1972). Серед аргументів щодо розмежування аутизму та шизофренії, зокрема, наводяться такі:

– розумова відсталість часто наявна у дітей з аутизмом, проте здебільшого відсутня у випадку шизофренії;

– наявність шизофренії у сім'ях хворих – серед родичів дітей з аутизмом майже не трапляються випадки захворювання на шизофренію; в родинах шизофреників – такі випадки є частими (Кольвін, 1971);

– симптоми аутизму виявляються раніше, ніж симптоми шизофренії (Руттер, 1972).

Як у випадку аутизму, так і у випадку шизофренії етіологія є незрозумілою.

Необхідно звернути увагу на розрізнення синдрому дитячого аутизму і порушень спілкування, що зумовлені особливими умовами життя, виховання дитини. Такі порушення можуть виникнути, якщо у ранньому віці дитина була позбавлена можливості налагодити емоційний контакт із близькою людиною, тобто у випадку так званого дитячого госпіталізму.

Відомо, що недостатність емоційних контактів з людьми, нестача вражень часто зумовлюють значну затримку психічного розвитку в дітей, які виховуються в дитячих будинках. У них можливий також розвиток стереотипної активності, яка компенсує недостатність контакту зі світом. Стереотипні дії у разі госпіталізму не мають такого загостреного характеру, як у разі дитячого аутизму: це може бути просто сильне розхитування чи смоктання пальця. Дитина з госпіталізмом, потрапивши у нормальні умови, може компенсуватися, порівняно з аутистичною дитиною, набагато швидше, оскільки в неї немає внутрішніх перешкод для емоційного розвитку.

Іншою причиною психогенного порушення спілкування може бути негативний невротичний досвід дитини, перенесена травма, неспроможність до взаємодії з іншою людиною. Зазвичай такий досвід може набути будь-яка дитина з високою вразливістю. Однак ці порушення спілкування здебільшого вибіркові і стосуються окремих, важких для дитини ситуацій. У випадку аутизму можливість комунікації порушена загалом.

14.6. Проблеми поведінки

Найхарактерніші поведінкові проблеми аутистичних дітей:

– труднощі зі сном;
– самоскалічення;
– агресія;
– стереотипна поведінка;
– деструктивна поведінка.

Труднощі зі сном. Найчастішою причиною занепокоєння батьків аутистичних дітей є проблеми, пов’язані зі сном. Деякі діти не засинають у потрібний час тому, що не можуть спокійно бути

у власному ліжку. Батьки часто вважають, що небажання дитини перебувати у ліжку зумовлене страхом самій залишатися в кімнаті. Тоді вони беруть дитину у своє ліжко, тим самим створюючи їй звичку, якої потім важко позбутися. Це також впливає на інтимні стосунки між батьками. Батькам треба усвідомити, що достатньо залишитися біля дитини впродовж якогось часу, щоб допомогти опанувати страх перед самотнім перебуванням у кімнаті.

Загалом більшість проблем зі сном, що трапляються в аутистичних дітей, часто нагадують проблеми здорових дітей приблизно до восьмого року життя.

Самоскалічення. Батьки переживають великий стрес, спостерігаючи, як їхня дитина себе калічить. Найчастішими формами самоскалічення є гризіння рук, натискання очей пальцями, удари головою в стінку, удари руками по вухах. Така поведінка виявляється у дітей із важкими формами аутизму.

Самоскалічення часто виявляється у дітей, які не можуть порозумітися з людьми, що оточують. Отже, така поведінка є формою комунікації і батьки чи інші опікуни повинні старанно проінтерпретувати те, що дитина хоче їм висловити.

Агресія. Копання, биття, гризіння, плювання, штовхання інших людей є насправді важкими для родини. Така поведінка є характерною для аутистичних дітей і найчастіше є наслідком фрустаціїї, яку переживає дитина, що, можливо, пов’язана з непорозумінням чи відмовою виконання бажання.

Батьки виробили собі стратегії, як радити собі в таких ситуаціях. Найчастіше намагаються відволікти увагу дитини, наприклад, показують їй щось цікаве. Після того, як злість чи агресія опанована, потрібно проаналізувати, що спричинило таку ситуацію.

Стереотипна поведінка. Існує багато форм стереотипної поведінки. Найчастіші – це крутіння предметами (наприклад, колесами машинки) і сенсорно-моторні дії (кивання головою, махання руками). Деякі дослідники стверджують, що діти так поводяться тоді, коли не знають, що треба робити чи як бавитись предметами. Тоді дитина знаходить собі додаткову стимуляцію, якої не може осягнути в інший спосіб.

Деструктивна поведінка. Здебільшого така поведінка не є формою звичайного вандалізму, це швидше форма агресії. Предметами зацікавлення дитини можуть бути родинні пам'ятки, якими хоче бавитись дитина, а потім їх нищить, або, наприклад, вільний кінець доріжки, який дитина буде тягнути так довго, допоки він не порветься. У дитини може виявлятися така поведінка, коли вона не може знайти собі цікавого заняття і нищення предметів є спробою отримання задоволення з простої діяльності.

Отже, аутизм на сьогодні є одним із викривлених дефектів розвитку, який найчастіше зустрічається у сучасних дітей. Цей аспект пов'язаний з рядом екологічних, медичних, біологічних, соціальних факторів функціонування сучасного соціуму. Проте і підходів, програм для корекції аутизму значно більше порівняно з іншими дефектами.

Питання для самоконтролю

1. Розкрити історичний аспект проблеми аутизму.
2. Представити класифікацію аутизму й охарактеризувати кожен різновид.
3. Розкрити концепції аутизму.
4. Перерахувати основні медичні проблеми у дітей з аутизмом.
5. Представити розмежування аутизму та інших порушень розвитку.
6. Перерахувати основні проблеми поведінки у дітей з аутизмом.

Завдання для перевірки знань

1. Аутизм трактувався як симптом шизофренії і був охарактеризований як відчуження від реальності з наявністю внутрішнього життя, особливого світу мрій і фантазій на:

а) першому етапі;

б) другому етапі;

в) третьому етапі;

г) четвертому етапі.

2. На цьому етапі аутизм розглядається як особливі стани у дітей, що проявляються з перших років життя й зумовлені крайньою самоізоляцією. Основними критеріями дитячого аутизму є глибоке порушення контакту з іншими людьми та нав'язливе прагнення до одноманітних форм активності на:

а) першому етапі;

б) другому етапі;

в) третьому етапі;

г) четвертому етапі.

3. У структурі раннього дитячого аутизму було виділено такі розлади, як порушення апетиту, відсутність адаптації до оточення, а також афективні розлади; уточнити терміни розгорнутого прояву клініки дитячого аутизму і можливість виникнення позитивних психопатологічних розладів водночас із симптомами порушення розвитку всіх сфер діяльності. Про який етап ідеться:

а) перший;

б) другий;

в) третій;

г) четвертий.

4. Розлади, що належать до цієї групи, характеризуються якісними відхиленнями у реципроктних соціальних взаємодіях і способах комунікації, а також обмеженим, стереотипним набором інтересів та занять, які повторюються. Ці якісні аномалії є загальними рисами функціонування індивіда у всіх ситуаціях – це:

а) F84 Загальні розлади розвитку;

б) F84.0 Дитячий аутизм;

в) F84.1 Атиповий аутизм;

г) F84.2 Синдром Ретта.

5. Цей вид загального розладу розвитку визначається наявністю патологічного і/чи порушеного розвитку, який уперше виявляється у віці до трьох років, і є характерним типом аномального функціонування у всіх трьох таких сферах: реципрокна соціальна взаємодія; комунікація; поведінка (простежується обмежений набір її стереотипних форм, що повторюються). Крім цих специфічних діагностичних ознак, часто наявні інші – неспецифічні – проблеми, такі як страхи (фобії), порушення сну і харчової поведінки, спалахи гніву й агресивність (зокрема, і спрямована на себе):

а) F84 Загальні розлади розвитку;

б) F84.0 Дитячий аутизм;

в) F84.1 Атиповий аутизм;

г) F84.2 Синдром Ретта.

Список рекомендованих джерел

1. Миронова С. П. Основи корекційної педагогіки: навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2010. 263 с.

2. Спеціальна психологія. У питаннях і відповідях: навчальний посібник / укл. О. В. Чепка. Умань: ВПЦ «Візаві», 2016 104 с. URL: https://dspace.udpu.edu.ua/bitstream/.pdf

3. Чуприков А. П. Расстройство спектра аутизма: медицинская и психолого-педагогическая помощь. Львів: Мс, 2013. 272 с.

ТЕМА 15
СИНДРОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ. ГІПЕРАКТИВНІСТЬ

15.1. Класифікація і причини СДУГ.

15.2. Психолого-педагогічні, поведінкові, емоційні проблеми у дітей із СДУГ.

15.3. Технології корекційної роботи з дітьми, у яких діагностовано СДУГ.

15.1. Класифікація і причини СДУГ

За даними різних джерел, до 18 % дітей мають СДУГ як діагноз, причому у хлопчиків він зустрічається у 4–5 разів частіше, ніж у дівчат. Ставить діагноз виключно психіатр або невролог на основі діагностики ЕЕГ, тривалого спостереження за дитиною, доплерографічного дослідження судин голови та шиї. На сьогодні фахівці відмічають «гіпердіагностику» СДУГ, що означає, що більшість дітей, у яких батьки, психологи, вихователі самостійно діагностували СДУД, насправді такого діагнозу не мають, а поведінка пов’язана із завищеними вимогами дорослих, щільним графіком, перевантаженням, впливом травмуючих ситуацій. Раніше цей синдром мав назву «мінімальна дисфункція головного мозку, гіперкінетичний синдром».

Гіперактивність (синдром дефіциту уваги з гіперактивністю – СДУГ) виявляється у дітей з не властивою для нормального розвитку імпульсивністю, руховою розторможеністю, неможливістю зосередитись, неуважністю. Такі діти, як правило, не можуть зосередитися на одному предметі протягом більш-менш тривалого часу, не здатні завершити виконання поставленого завдання, недбало ставляться до її виконання. Продуктивність виконання завдання зазвичай низька. Часто у таких дітей спостерігається підвищена стомлюваність. Розумова діяльність дітей із СДУГ характеризується циклічністю: вони можуть продуктивно працювати

упродовж 5–15 хвилин, після чого їхній мозок «відпочиває» 3–7 хвилин, накопичуючи необхідну енергію для подальшої роботи. Стан стомлюваності супроводжується безпричинним роздратуванням, плаксивістю, істериками. Можуть спостерігатись порушення просторової координації, що проявляється в руховій вайлуватості, незграбності. Незвичайність поведінки цих дітей не є результатом поганого характеру, упертості або невихованості, як вважають багато дорослих. Можна стверджувати, що це – специфічна особливість психіки, обумовлена як фізіологічними (порушення в певних структурах мозку, спадковість, патологія вагітності й пологів, інфекції та інтоксикації перших років життя), так і психосоціальними чинниками. Як розрізнити активну і гіперактивну дитину (табл. 15.1).

Таблиця 15.1

Відмінності активної і гіперактивної дитини

Активна	**Гіперактивна**
Надає перевагу рухливим іграм, проте якщо зацікавити – може з мамою почитати книжку чи збирати пазли, швидко і багато говорить, задає велику кількість запитань. Активна не скрізь. Має гарний сон, відсутні порушення травлення	Перебуває у постійному русі, не в змозі контролювати себе. Навіть, коли втомилася, продовжує рухатися, а коли сили втрачає – плаче. Її складно вкласти в ліжко. Спить уривчасто, тривожно. Швидко і багато говорить, перебиває, на питання не вислуховує відповідей. Має кишкові розлади, алергічні реакції. Не реагує на заборони. У будь-яких умовах поводиться однаково активно

Головне, що відрізняє активну від гіперактивної дитини, те, що це не риса характеру, а захворювання.

Можливими причинами гіперактивності є:

1) пренатальна патологія (токсикоз, загострення хронічних та інфекційних захворювань у матері, травми в ділянці живота, споживання матір'ю великих доз алкоголю, паління, імунологічна несумісність дитини та матері за резус-фактором, спроби перервати вагітність, загроза викидня);

2) ускладнення під час пологів (передчасні, швидкоплинні або затяжні, стимуляція пологової діяльності, неправильне положення плоду, асфіксії, внутрішні крововиливи);

3) психосоціальні (стиль виховання в сім'ї).

15.2. Психолого-педагогічні, поведінкові, емоційні проблеми у дітей із СДУГ

Напевне, в кожній групі дитячого садка, у кожному класі зустрічаються діти, яким важко довго сидіти на одному місці, мовчати, дотримуватися інструкцій. Вони створюють додаткові труднощі в роботі вихователів та вчителів, тому що досить рухливі, запальні, дратівливі й безвідповідальні. Гіперактивні діти часто зачіплюють і кидають різні предмети, штовхають однолітків, створюючи конфліктні ситуації. Вони часто ображаються, але швидко забувають про свої образи. Відомий американський психолог В. Оклендер так характеризує цих дітей: «Гіперактивній дитині важко сидіти на одному місці, вона метушлива, багато рухається, вертиться на місці, іноді надмірно говірка, може дратувати манерою своєї поведінки. Часто у неї погана координація або недостатній м'язовий контроль. Вона незграбна, упускає або ламає речі, розливає молоко. Такій дитині важко контролювати свою увагу, вона легко відволікається, часто задає безліч запитань, але рідко очікує на відповіді». Поведінка гіперактивних дітей може бути зовні схожою на поведінку дітей з підвищеною тривожністю, тому педагогу важливо знати основні відмінності поведінки однієї категорії дітей від іншої. Наведена нижче таблиця допоможе в цьому. Крім того, поведінка тривожної дитини соціально не руйнівна, а гіперактивна дитина часто є джерелом різноманітних конфліктів, бійок і просто непорозумінь (табл. 15.2).

Таблиця 15.2

Основні відмінності поведінки гіперактивних дітей та дітей з підвищеною тривожністю

Критерії	Гіперактивна	Тривожна
Контроль поведінки	Постійно імпульсивна	Здатна контролювати свою поведінку
Рухова активність	Постійно активна	Активна за певних ситуацій
Характер рухів	Гарячковий, безладний	Неспокійний, напружений

Гіперактивні діти звертають на себе увагу з перших днів життя. Вони погано сплять, надмірно чутливі до зовнішніх подразників (світла, шуму, температури, запахів), мають підвищений м'язовий тонус. У середньому дошкільному віці вони неспроможні дослухати казку, довести справу до кінця. Їхні інтереси поверхневі і нетривалі, їх не цікавить сутність будь-якого явища, їхні дії спонтанні, безладні, а ігри галасливі. Такі діти ніколи не замислюються над наслідками своїх учинків, не звертають уваги на стан рідних людей. Вони часто егоїстичні, демонстративні й вимогливі, що призводить до постійних конфліктів і розвитку у них агресивності. Діти легко йдуть на контакт, іноді зловживаючи терплячістю оточуючих, надто балакучі.

15.3. Технології корекційної роботи з дітьми, у яких діагностовано СДУГ

Спостереження за гіперактивною дитиною. Під час проведення спостережень за гіперактивною дитиною варто звертати увагу на наведені характерні для неї показники.

Дефіцит активної уваги:

• непослідовна, їй важко довго утримувати увагу;

• не слухає, коли до неї звертаються;

• з великим ентузіазмом береться за завдання, але так і не завершує їх;

• зазнає труднощів у самоорганізації;

• часто губить речі;

• уникає завдань, які вимагають розумових зусиль і нудні;

• часто забудькувата. Рухова розторможеність;

• непосидюча;

• проявляє ознаки стурбованості (барабанить пальцями, совається в кріслі, бігає, залазить куди-небудь);

• спить набагато менше за інших дітей, навіть у дитинстві;

• дуже говірка, імпульсивна;

• починає відповідати, недослухавши запитання;

• не здатна дочекатися своєї черги, часто втручається, перериває;

• погано зосереджує увагу;

• не може дочекатися винагороди (якщо між діяльністю і винагородою є пауза);

• не може контролювати і регулювати свої дії. Поведінка слабо керована правилами.

Під час виконання завдань поводиться по-різному і показує різні результати (на деяких заняттях дитина спокійна, на інших – ні, на одних уроках вона успішна, на інших – ні).

Якщо у віці до семи років виявляються усі перераховані ознаки, педагог може припустити (але не поставити діагноз!), що дитина, за якою він спостерігає, гіперактивна. Небезпека СДУГ полягає в тому, що в підлітковому віці він може розвинутися в асоціальну поведінку (правопорушення, алкоголізм, наркотичну залежність). Порівняно з іншими порушеннями особливостей поведінки, що спостерігаються в дошкільників, наявність у дитини гіперактивності викликає найбільший опір і протест у дорослих. Це викликано тим, що такі діти самі по собі спричиняють багато незручностей і, крім того, розбурхують однолітків, які часто їх не беруть до своїх ігор, оскільки гіперактивні діти «руйнівні», непослідовні та агресивні. Для діагностики гіпердинамічного синдрому в психологічній практиці використовуються декілька методик, але основою для визначення гіперактивності служить анкетування педагогів і батьків, оскільки ці методики розраховані на дітей від шести років і старших, а гіперактивність проявляється в три-чотири роки.

Під час організації корекційної роботи з гіперактивними дітьми слід розвивати в дитини такі уміння: концентрувати увагу, доводити розпочату справу до кінця, контролювати свої рухи, знімати м'язове напруження, контролювати свої емоційні прояви, розширювати поведінковий репертуар у взаємодії з дорослими й однолітками. Під час роботи з дорослими (насамперед з батьками) важливо змінити їхнє ставлення до своєї дитини, стиль взаємодії з нею. Розпочинати роботу слід з пояснення причин поведінки на основі збору анамнезу. Батьки повинні зрозуміти, що дисциплінарні заходи на гіперактивну дитину не впливають. Емоційний фон спілкування з дитиною повинен бути рівним та позитивним. Недопустимі прояви ейфорії через її успіхи і відштовхування через невдачі. Тактика вседозволеності також неприпустима, оскільки такі діти досить швидко перетворюються на маніпуляторів. Гіперактивним дітям слід надавати інструкції, які складаються не більше ніж з 10-ти слів. Не можна просити зробити відразу декілька доручень (прибрати іграшки, почистити зуби, вмитися тощо), оскільки дитина просто не запам'ятає їх. Краще давати наступне завдання після виконання попереднього. Передбачається обов'язковий контроль якості виконання поставленого завдання. Система обмежень і заборон повинна бути чіткою і неухильно виконуватись, кількість заборон слід звести до мінімуму. Вони повинні стосуватись виключно безпеки та здоров'я дитини. Спільно з нею варто розробити санкції, які можуть застосуватися у разі порушення заборони. Важливо звернути увагу батьків на побудову фраз у спілкуванні з гіперактивною дитиною. Краще сказати: «Можна побігати на вулиці», Робота психолога з дітьми «групи ризику» 103 ніж «Припини метушню!» Але ще ефективніше – включитися в гру дитини, направити її неконтрольовану енергію в потрібне русло. Для того щоб дитина змогла почути дорослого і переключитися на нову діяльність, необхідно дати їй час на підготовку, завчасно попередити про зміни. Можна використовувати звуковий сигнал. Гіперактивних дітей необхідно привчати до режиму, до чіткого розпорядку дня. Не бажано змінювати його навіть у виняткових ситуаціях. Під час організації наочно-просторового середовища дитячого дошкільного закладу необхідно пам'ятати про те, що для гіперактивних дітей унаслідок рухової розгальмованості й відсутності

довільної уваги характерним є підвищений травматизм. Тому бажана наявність м'яких модулів, сухих басейнів тощо. У дошкільному закладі повинно бути приміщення для активного відпочинку дітей. Відповідне місце слід обладнати й у груповій кімнаті. Під час організації навчальних занять необхідно продумувати пропонований матеріал так, щоб один і той же алгоритм варіювався. Заняття варто проводити в ігровій формі з включенням фізкультхвилинок. Не можна вимагати від гіперактивних дітей абсолютної дисципліни, це лише знизить їхню працездатність й рівень засвоєння матеріалу. Під час безпосереднього виконання дитиною завдання дорослому краще перебувати поряд з нею, погладжуючи її, заспокійливо коментуючи її дії спокійним голосом. Головне – зберігати спокій і пам'ятати, що в основі гіперактивності лежать органічні порушення, в яких дитина не винна.

Корекційний вплив на гіперактивну дитину повинен включати такі прийоми і технології:

– навчання прийомам саморегуляції через використання релаксації, візуалізації;

– навчання самомасажу;

– ігри на розвиток швидкості реакції, координації рухів;

– ігри для розвитку тактильної взаємодії;

– пальчикові ігри;

– рухливі ігри з використанням стримуючих моментів;

– психогімнастичні етюди з метою навчати розуміння та проявів емоційного стану;

– роботу з глиною, водою і піском.

Корекційну роботу найефективніше будувати поетапно: індивідуальна, парна, підгрупова. Діти, які страждають на СДУГ, найбільше потребують терпіння та співчуття.

Правила роботи з гіперактивними дітьми.

Робота з ними повинна бути копіткою та комплексною. Порадник практичного психолога у навчальному закладі може допомогти адаптуватися таким дітям і досягти успіху. У роботі з такими дітьми варто керуватися правилами:

1. Працювати з дитиною на початку дня, а не ввечері.

2. Зменшити робоче навантаження на дитину.

3. Ділити заняття на короткі, але частіше повторювані періоди. Використовувати фізкультхвилинки.

4. Бути емоційним, експресивним педагогом.

5. Знизити вимоги до акуратності на початку, щоб сформувати відчуття успіху.

6. Садити дитину під час занять поряд із дорослим.

7. Використовувати тактильний контакт (елементи масажу, дотику, поглажування).

8. Домовлятися з дитиною про ті або інші дії заздалегідь.

9. Давати короткі, чіткі і конкретні інструкції.

10. Використовувати гнучку систему заохочень та покарань.

11. Заохочувати дитину відразу ж, не відкладаючи на майбутнє.

12. Надавати дитині можливість вибору.

13. Залишатися спокійним. Немає холоднокровності – немає переваги.

Питання для самоконтролю

1. Перерахувати і проаналізувати види СДУГ.
2. Лікування, супровід, терапія у роботі із СДУГ.
3. Місце і значення сенсорної інтеграції, АВА терапії, програм Г. Домана.

Завдання для перевірки знань

1. Оберіть рядок, у якому точно описана пізнавальна сфера дітей, які мають синдром дефіциту уваги, гіперактивність:

а) імпульсивність, рухова розгальмованість, неможливість зосередитися і тримати увагу на об’єкті певний час, здатність завершити отримане завдання;

б) інертність, рухова розгальмованість, неможливість зосередитися і тримати увагу на об’єкті певний час, здатність завершити отримане завдання;

в) рухова розгальмованість, неможливість зосередитися і тримати увагу на об’єкті певний час, нездатність завершити отримане завдання, недбале ставленням до нього;

г) усі відповіді правильні.

2. Оберіть рядок, у якому точно описана розумова діяльність дітей, які мають синдром дефіциту уваги, гіперактивність:

а) циклічність, продуктивність розумової діяльності до 15 хвилин, стан втоми, який супроводжується апатією;

б) циклічність, продуктивність розумової діяльності від 15 хвилин, стан втоми, який супроводжується апатією;

в) циклічність, продуктивність розумової діяльності до 15 хвилин, стан втоми, який супроводжується роздратованістю;

г) усі відповіді правильні.

3. Не відносять до імовірних причин гіперактивності:

а) пренатальну патологію;

б) ускладнення під час пологів;

в) психосоціальні фактори;

г) генетичні фактори;

д) усі відповіді правильні.

4. Основна небезпека СДУГ полягає в тому, що:

а) дитина буде нездатною гарно навчатися у школі через неможливість концентруванти увагу;

б) складно буде знайти друзів через імпульсивну поведінку;

в) синдром може перейти в асоціальну поведінку;

г) усі відповіді правильні.

Список рекомендованих джерел

1. Сухіна І. В. Гіперактивна дитина. URL: https://dnmcps.com.ua/sites/default/files/.pdf

2. Марінушкіна О. Є. Порадник практичного психолога. Х.: Вид. група «Основа», 2007. 240 с. (Дошкільний навчальний заклад. Психологія виховання). URL: https://dnmcps.com.ua/sites/default/files/2019-1.pdf

ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДО ЕКЗАМЕНУ З КУРСУ

1. Предмет, завдання сучасної спеціальної психології.
2. Основні напрями в сучасній спеціальній психології.
3. Взаємозв'язок спеціальної психології з іншими науками.
4. Абілітація, компенсація і корекція відхилень розвитку.
5. Основні закономірності психічного розвитку дитини.
6. Критичні періоди розвитку дитини.
7. Особливості формування психомоторних функцій у дитини на ранніх етапах онтогенезу.
8. Поняття «аномальна дитина». Термінологія. Загальна характеристика.
9. Види аномалій та їх причини.
10. Складність структури аномального розвитку.
11. Визначення дефініції «аномальна дитина».
12. Особливості розвитку дітей з аномаліями.
13. Чинники психічного розвитку дитини та параметри дизонтогенезу.
14. Психолого-педагогічна характеристика дітей із ЗПР.
15. Класифікація ЗПР.
16. Диференційна діагностика розумової відсталості та ЗПР.
17. Особливості психічного розвитку дітей із інтелектуальними порушеннями.
18. Види розумової відсталості.
19. Ступені розумової відсталості.
20. Диференціація розумової відсталості та подібних станів.
21. Психологічні особливості розвивально-корекційної роботи з розумово відсталими дітьми.
22. Будова слухового аналізатора.
23. Класифікація порушень слуху.
24. Обстеження слуху у дітей.
25. Компенсація порушень слухової функції.
26. Будова зорового аналізатора.
27. Сліпі, слабозорі діти.
28. Шляхи компенсації при незрячості.
29. Корекційна робота.

30. Рельєфний шрифт.
31. Причини сліпоглухонімоти.
32. Принципи системи навчання сліпоглухонімих.
33. Періоди розвитку дитини.
34. Сенсомоторний розвиток дитини.
35. Мисленнєвий розвиток.
36. Формування мовлення в процесі онтогенетичного розвитку дитини.
37. Розвиток спілкування та гри.
38. Емоційно-соціальний розвиток.
39. Основні форми і види мовленнєвих порушень.
40. Основні періоди нормального мовленнєвого розвитку дитини.
41. Вплив порушення фонематичного слуху на розвиток усного мовлення дитини.
42. Організація роботи у групах для дітей з ФФН.
43. Поняття про загальне недорозвинення мовлення.
44. Причини та механізми загального недорозвинення мовлення.
45. Психолінгвістичні аспекти загального недорозвинення мовлення.
46. Періодизація загального недорозвинення мовлення.
47. Періодизація загального недорозвинення мовлення.
48. Диференціальна діагностика загального недорозвинення мовлення.
49. Диференціальна діагностика безмовленнєвих дітей.
50. Комплексне обстеження дітей із загальним недорозвиненням мовлення.
51. Методика корекційно-педагогічної роботи у разі загального недорозвинення мовлення.
52. Загальна характеристика дітей з дитячим церебральним паралічем.
53. Причини порушення у дітей опорно-рухового апарату.
54. Корекційна робота з дітьми з ДЦП.
55. Психологічний супровід дітей із ДЦП.
56. Мовленнєвий розвиток дітей із ДЦП.

57. РДА, РСА: розведення понять.
58. Симптоми РСА.
59. Розлади аутичного спектру: причини, маркери.
60. Діагностика, лікування, профілактика.
61. Історичний аспект проблеми аутизму.
62. Класифікація аутизму.
63. Концепції аутизму.
64. Медичні проблеми дітей з аутизмом.
65. Проблеми розмежування аутизму та інших порушень розвитку.
66. Проблеми поведінки у дітей із аутизмом.
67. Загальна характеристика корекційної роботи емоційної та поведінкової сфер у дітей зі СДУГ.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

Основний

1. Бочелюк В. Й. Психологія людини з обмеженими можливостями: навчальний посібник. Київ: Центр учбової літератури, 2019. 264 с.
2. Діти з особливими потребами: поради батькам / за ред. В. І. Бондар, В. В. Засенко. Київ: КНТ, 2017. 401 с.
3. Каут Н. М. Основи дефектології та логопедії: тексти лекцій. Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2012. 372 с.
4. Кравченко А. І., Зелінська-Любченко К. О., Ємяшева М. Ю. Загальна, вікова та педагогічна логопсихологія: навч. посібник для студ. напряму підготовки «Педагогічна освіта», спец. 6.010105 «Корекційна освіта. Логопедія» вищих навч. закладів. Вид. друге. Суми: СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2015. 279 с.
5. Пахомова Н. Г., Кононова М. М. Спеціальна психологія: навчальний посібник для студенів спеціальності 6.010105 «Корекційна освіта». Полтава: ТОВ «АСМІ», 2015. 357 с.

Додатковий

6. Альбуханова К. А. Теоретические и методологические проблемы психологии, методологический принцип субъекта: исследование жизненного пути личности. *Психологический журнал*. Киев. 2014. Т. 35, № 2. С. 5–18.
7. Аршава І. Ф. Основні початкові прояви психоемоційних розладів у дітей та підлітків: навч. посіб. Донецьк: Вид-во ДНУ, 2002. 62 с.
8. Бех І. Д. Особистісно зорієнтоване виховання: наук.-метод. посіб. Київ: Ін-т змісту і методів навчання, 1998. 204 с.
9. Бондар В. В., Засенко Н. Ф. О подготовке дефектологических кадров в Киевском пединституте. *Дефектология*. Киев, 1983. № 4. С. 69–71.
10. Кобильченко В., Омельченко І. Спеціальна психологія. Видавництво «Академія», 2020. 224 с.

11. Колишкін О. В. Корекційна освіта. Вступ до спеціальності: навчальний посібник. Суми: Університетська книга, 2013. 392 с.

12. Конопляста С. Ю., Сак Т. В. Логопсихологія: навч. посіб. / за ред. М. К. Шеремет. Київ: Знання, 2010. 293 с.

13. Лубовський В. І. Психологічні проблеми діагностики аномального розвитку дитини. Ч. І. Кам'янець-Подільський, 2019. С. 4–17.

14. Методика діагностики відхилень у розумовому розвитку молодших школярів та старших дошкільників / за ред. Стадненко Н. М., Іляшенко Т. Д., Борщевської Л. В., Обухівської А. Г. Київ, 1998. 145 с.

15. Миронова С. П. Основи корекційної педагогіки: навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2010. 263 с.

16. Пєтухова І. О. Погляди дореволюційних дослідників на психолого-педагогічну діагностику розумових здібностей. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка*. 2016. № 4. С. 297–304.

17. Пєтухова І. О. Психологічний супровід дітей дошкільного віку із затримкою психічного розвитку церебрально-органічного ґенезу: міждисциплінарний підхід. Харків: ТОВ «Рейтинг», 2019. С. 78–82.

18. Пєтухова І. О. Діагностики і корекція навчальних труднощів: нейропсихологічний підхід. *Problems of modern psychology*. 2021. № 3 (22). С. 49–55.

19. Рібцун Ю. В. Корекційне навчання з розвитку мовлення дітей молодшого дошкільного віку із ЗНМ: програмно-методичний комплекс. Київ: Освіта України, 2011. 29 с.

20. Рібцун Ю. В. Програми з корекційно-розвиткової роботи «Корекція розвитку» для спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для дітей із тяжкими порушеннями мовлення (підготовчий, 1–4 класи). Київ, 2015. 64 с.

21. Синьов В. М., Матвєєва М. П., Хохліна О. П. Психологія розумово відсталої дитини: підручник. Київ: Знання, 2018. 359 с.

22. Синьов В. М. Розумова відсталість як педагогічна проблема: навчальний посібник. Київ: 2007. 296 с.

23. Спеціальна педагогіка: п-термінологічний словник / за ред. В. І. Бондаря. Луганськ, 2003.

24. Спеціальна психологія. У питаннях і відповідях: навчальний посібник / укл. О. В. Чепка. Умань: ВПЦ «Візаві», 2016. 104 с.

25. Стадненко Н. М., Матвєєва М. П., Обухівська А. Г. Нариси з олігофренопсихології. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський державний університет: інформаційно-видавничий відділ, 2020. 200 с.

26. Чуприков А. П. Расстройство спектра аутизма: медицинская и психолого-педагогическая помощь. Львів: Мс, 2013. 272 с.

27. Шипицына Л. М., Иванов Е. С. Нарушения поведения учеников вспомогательной школы. Колег Элидис Уэлс, Великобритания, 1992. 290 с.

28. Шевців З. М. Основи інклюзивної педагогіки: підручник. Київ: Центр учбової літератури, 2016. 248 с.

29. Шульженко Д. І., Шульженко О. Є. Емоційна стабільність як чинник фахової готовності студентів-спеціальних психологів. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Соціально-педагогічна.* 2013. Вип. 23(2). С. 122–131.

Інтернет-ресурси

1. Доман Г. URL: http://fund.is-med.com/docs/glenn_doman.pdf

2. Спеціальна психологія. У питаннях і відповідях: навчальний посібник / укл. О. В. Чепка. Умань: ВПЦ «Візаві», 2016. 104 с. URL: https://dspace.udpu.edu.ua/bitstream/.pdf

3. Сухіна І. В. Гіперактивна дитина. URL: https://dnmcps.com.ua/sites/default/files/.pdf

Міжнародні видання

1. Technologies of Intellect Developmenthttp. URL: psytir.org.ua/

2. Psychological journal. URL: http://www.apsijournal.com/ index.php/psyjournal

3. Problems of modern psychology. URL: https://psyjournal.in.ua

4. Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools. URL: https://farplss.org/index.php/farplss/index

5. American Journal of fundamental, applied &experimental research. URL: http://journal.ua-usa.org

Навчальне видання

Пєтухова Ірина Олексіївна,
Заушнікова Марина Юріївна

СПЕЦІАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ

Навчальний посібник

Відповідальний за випуск *А. В. Лавренюк*

Відповідальний редактор *М. М. Грабарчук*
Редактор *О. В. Данильчик,*
Н. І. Грицюк

Форматування та
комп'ютерна верстка *Д. П. Завальніцька*

Здано до друку 29.12.2022. Формат 60×84/14
Папір офсетний № 1. Гарнітура «Times New Roman»
Ум. друк. арк. 22.64
Наклад 300 прим. Замовлення № 1023

Підготовлено до друку Видавничо-поліграфічним центром
«Державний податковий університет»
Державного податкового університету
08205, вул. Університетська, 31, м. Ірпінь, Київська область,
Україна

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до державного реєстру видавців, виготовлювачів і
розповсюджувачів видавничої продукції
Серія ДК № 7669 від 20.09.2022