

*Навчально-методичний посібник рекомендований до видання
Центральною методичною радою Запорізького державного медичного
університету
(протокол № 3 від 23.02.2023р.)*

Рецензенти:

В. Л. Підлубний – д-р мед. наук, професор кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету.

М. В. Сікорська – канд. мед. наук, доцент каф. нервових хвороб Запорізького державного медико-фармацевтичного університету

Автори:

Д. В. Ванюк – канд. наук з фіз. вих., доцент, **А. М. Гурєєва** канд. наук з фіз. вих., доцент, **Е. Ю. Дорошенко** – д-р наук з фіз. вих., проф., **І. В. Шаповалова** – канд. пед. наук, доцент, **О. Є. Черненко** – канд. фіз. вих., доцент кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я ЗДМФУ.

В17 Ванюк Д.В.

Основи дефектології : навчально-методичний посібник для здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» / Д. В. Ванюк [та ін]. – Запоріжжя : ЗДМФУ, 2023. – 133 с.

Посібник «Основи дефектології» розроблено на основі навчального плану та робочої навчальної програми дисципліни. Подано лекційний матеріал і методичні рекомендації з підготовки до практичних занять, перелік рекомендованої літератури й тестові завдання для контролю рівня засвоєння знань.

Видання сприятиме набуттю студентами необхідного рівня знань, умінь і навичок, формуванню базових компетентностей із дисципліни.

УДК 376(075.8)

© Ванюк Д.В., Гурєєва А.М., Дорошенко Е.Ю.,

Шаповалова І.В., Черненко О. Є., 2023

© Запорізький державний медико-фармацевтичний
університет, 2023

ЗМІСТ

Вступ	3
Методичні рекомендації з підготовки до практичних занять.....	7
Розділ 1. Тематика лекцій та основні поняття.....	9
Тема 1. Предмет, завдання, та методи дефектології як науки.....	9
Тема 2. Історія розвитку дефектології.....	16
Тема 3. Основні принципи та методи дефектології.....	20
Тема 4. Поняття «аномальна дитина».....	23
Тема 5. Поняття та структура дефекту.....	26
Тема 6. Внесок Л. С. Виготського в дефектологію.....	30
Тема 7. Корекція та компенсація.....	35
Тема 8. Система закладів спеціальної освіти.....	40
Розділ 2. Тематика практичних занять.	
Основні теоретичні відомості.....	48
Тема 1. Особливості розвитку, виховання і навчання дітей із порушеннями слуху.....	48
Тестові завдання	57
Тема 2. Особливості розвитку, виховання і навчання дітей із порушеннями зору.....	61
Тестові завдання	69
Тема 3. Особливості розвитку, виховання та навчання дітей із порушеннями мовлення.....	72
Тестові завдання	78
Тема 4. Особливості розвитку, виховання і навчання дітей із порушеннями опорно-рухового апарату.....	82
Тестові завдання.....	87
Тема 5. Особливості розвитку, виховання і навчання дітей із розумовою відсталістю та ЗПР	91
Тестові завдання для самоконтролю.....	103
Питання до заліку.....	107

Глосарій.....	109
Рекомендована література.....	126
Використана література.....	128
Додатки.....	130
Додаток 1.....	130
Додаток 2	132

ВСТУП

Дисципліна «Основи дефектології» належить до циклу дисциплін за вибором і вивчається студентами спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» другого (магістерського) рівня вищої освіти на 2-му курсі.

Пропонований авторами навчально-методичний посібник спрямований на надання допомоги студентам у процесі засвоєння дисципліни «Основи дефектології». До нього згідно з робочою навчальною програмою включено теми лекційних і практичних занять, матеріал для діагностики рівня засвоєння знань, перелік рекомендованої літератури, термінологічний словник.

Мета курсу «Основи дефектології» – засвоєння студентами знань про основні закономірності розвитку дітей із психофізичними відхиленнями в розвитку та набуття вмінь та навичок корекційної роботи з ними, спираючись на знання суміжних наук (загальної, вікової та педагогічної психології, медицини, логопедії тощо). У процесі вивчення дисципліни студенти мають усвідомити сутність процесів розвитку, виховання та навчання дітей із вадами розвитку, особливості їх діяльності, поведінки і психічного розвитку в різному віці та в різних ситуаціях.

Предметом вивчення навчальної дисципліни є система психолого-педагогічних заходів, спрямованих на повне або часткове відновлення порушених функцій, а також система виховних і навчальних засобів та методів, що сприяють активізації особистості хворого та налагодженню різноманітних соціальних зав'язків.

До основних завдань вивчення дисципліни «Основи дефектології» належать:

- набуття загального уявлення про специфіку пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери та всієї особистості в цілому різних категорій дітей з особливостями психофізичного розвитку;
- ознайомлення із системою спеціальної освіти;
- вивчення проблем і умов освітньої та соціальної інтеграції дітей з особливостями психофізичного розвитку.

Під час практичних занять студенти матимуть можливість поглибити та розширити свої знання про структуру корекційної діяльності, її основні методи й напрями, ознайомитися з поширеними корекційними прийомами, що застосовуються в роботі з різними віковими категоріями дітей, у яких відзначаються проблеми в розвитку.

Для засвоєння основних теоретичних положень дисципліни та підготовки до практичних занять студентам надається перелік рекомендованої літератури. У термінологічному словнику містяться визначення основних понять, що потребують ретельного засвоєння. Діагностика рівня засвоєння програмного матеріалу дисципліни забезпечується питаннями для самоконтролю та тестовими завданнями.

Для унаочнення викладеного навчального матеріалу посібник доповнено таблицями й рисунками, розробленими колективом авторів.

Видання сприятиме засвоєнню змісту дисципліни «Основи дефектології», розвитку термінологічної грамотності, спрямуванню самостійної роботи студентів у ході підготовки до практичних занять та під час опрацювання рекомендованої літератури, здійсненню самоконтролю рівня набутих знань.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

Практичні заняття являють собою особливу форму поєднання теоретичного та практичного аспектів дисципліни. Вони спрямовані на поглиблене опрацювання теоретичного матеріалу навчального предмета шляхом регулярної та планомірної самостійної роботи студентів протягом усього курсу. **Лекція** – основна ланка дидактичного циклу навчання та важлива складова засвоєння програмного матеріалу й підготовки до практичних занять. Її мета – формування у студентів теоретичної основи для подальшого засвоєння змісту курсу та набуття необхідних умінь і навичок. Процес підготовки до практичних занять обов'язково повинен включати опрацювання лекційного матеріалу, обов'язкової та додаткової літератури за темою практичного заняття, виконання практичних завдань.

1. Рекомендації щодо роботи з конспектом лекцій.

Конспект (лат. conspectus – нарис) – текст, що систематично, коротко, логічно і зв'язно передає зміст основного джерела інформації (статті, книги, лекції тощо).

Перегляньте конспект одразу після занять. Виділіть матеріал конспекту лекцій, який викликає труднощі для розуміння. Спробуйте знайти відповіді на проблемні питання, використовуючи рекомендовану літературу. Якщо самостійно не вдалося розібратися в матеріалі, сформулюйте питання та зверніться за поясненнями до викладача під час поточної консультації або найближчого лекційного заняття. Доцільно відводити час для повторення пройденого матеріалу, перевіряючи свої знання за питаннями для самоконтролю.

2. Рекомендації з підготовки до практичних занять.

Практичне заняття – це форма організації освітнього процесу, метою якого є формування у студентів практичних умінь і навичок для вивчення наступних дисциплін (модулів) і для вирішення професійних завдань. У ході практичних занять відбувається детальний розгляд окремих теоретичних

положень дисципліни та формуються вміння й навички їх практичного застосування завдяки виконанню студентом відповідних завдань.

На практичних заняттях студенти оволодівають основними методами і прийомами самостійного виконання практичних завдань.

Структурно практичне заняття може включати:

- індивідуальні виступи студентів за питаннями тієї теми, яка підлягає засвоєнню;
- фронтальне обговорення проблеми, що розглядається, узагальнення і висновки;
- пояснення ситуаційних завдань;
- проєктування та моделювання різних видів професійної діяльності;
- виконання індивідуальних завдань;
- роботу з тестами.

Рекомендації студентам з підготовки до практичних занять:

- уважно ознайомитися з тематикою практичного заняття;
- прочитати конспект лекції за темою, опрацювати рекомендовану літературу;
- скласти короткий план відповіді на кожне запитання практичного заняття;
- перевірити свої знання, відповідаючи на питання для самоконтролю;
- знайти за словником визначення та зафіксувати у робочому зошиті незнайомі терміни.

Усі письмові завдання виконати в робочому зошиті.

Практичні заняття розвивають у студентів навички самостійної роботи з опрацювання рекомендованої літератури та виконання визначених завдань. Основною дидактичною метою практичного заняття є розширення та поглиблення знань, засвоєних студентами під час лекційних занять і в процесі самостійної роботи, що спрямовано на підвищення рівня засвоєння програмного матеріалу, вироблення необхідних умінь і навичок.

РОЗДІЛ 1. ТЕМАТИКА ЛЕКЦІЙ ТА ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ

Тема 1. Предмет, завдання та методи дефектології як науки

Дефектологія (лат. defectus – недолік і грец. logos – слово, вчення) належить до педагогічних наук і вивчає психофізіологічні особливості розвитку аномальних дітей, закономірності їх виховання та навчання.

Предметом дослідження дефектології як галузі наукового знання є діти з фізичними та психічними вадами та особливості їх навчання, виховання та соціалізація.

Глибоке й різнобічне клініко-фізіологічне та психолого-педагогічне вивчення об'єктивних закономірностей і особливостей фізичного та психічного розвитку дітей із різними видами дефектів є одним з основних завдань дефектології.

Предметом вивчення дефектології є діти, які мають відхилення в інтелектуальному розвитку, їх виховання, навчання та адаптація до життя в суспільстві.

Дефектологія як цілісна галузь знань склалася в результаті розвитку та інтеграції окремих її галузей, встановлення загальних закономірностей розвитку, навчання та виховання аномальних дітей різних категорій. До ключових завдань дефектології входить: виявлення походження того чи іншого дефекту, визначення причинно-наслідкових зв'язків у розвитку психічних функцій, вивчення соціально-педагогічних умов життя дитини. Природничо-наукову основу дефектології становить різнобічне клінічне, фізіологічне, психологічне вивчення аномальних дітей. Воно включає:

- ✓ визначення сутності, структури дефекту та корекційно компенсаторних можливостей дитини з різними відхиленнями в розвитку;
- ✓ розв'язання проблеми педагогічної класифікації аномальних дітей з метою здійснення організації диференційованого навчання та виховання;
- ✓ виявлення та облік аномальних дітей.

Усі ці заходи мають здійснюватися в ранньому віці в усіх регіонах країни та на всіх ланках освіти у закладах спеціальної освіти України, яка представлена 8-ма типами спеціальних закладів: для дітей з порушеннями слуху, слабчучючих (напівглухих), з порушеннями зору, слабозорих, із тяжкими порушеннями мовлення, з порушеннями опорно-рухового апарату, для розумово відсталих, із затримкою психічного розвитку. Отримані дані використовують для планування та організації спеціальних дитячих установ з метою найповнішого охоплення аномальних дітей навчанням.

Із завданнями виявлення та обліку безпосередньо пов'язана проблема наукового розроблення методів ранньої діагностики аномалій розвитку. Розроблено методи виявлення порушень слуху вже на першому році життя дитини, що дає змогу своєчасно розпочати роботу з розвитку слуху до мовлення. Успішно діагностуються на ранніх етапах розвитку порушення зору та опорно-рухового апарату. Діагностика порушень розумового розвитку здійснюється на медико-педагогічних комісіях.

Дефектологія займається розробкою теоретичних питань, засобів діагностики, ефективних методик, що гарантують надійні результати корекційно-педагогічної роботи

Організація системи освіти аномальних дітей у нашій країні побудована на засадах обов'язковості та спадкоємності їхнього навчання. Реалізуються програми початкової, основної та середньої (повної) загальної освіти, складені на основі Державного стандарту спеціальної освіти. Єдність навчання та виховання аномальних дітей – один з основних принципів діяльності спеціальних шкіл. Дефектологія науково розробляє і практично вирішує проблему раннього (дошкільного) та шкільного виховання та навчання аномальних дітей. Компенсація і корекція дефектів розвитку успішно здійснюються в умовах раннього залучення аномальної дитини в процес спеціального навчання та виховання.

Одним з основних напрямів розвитку сучасної дефектології є єдність педагогічного процесу: виховання, освіта, навчання. *Виховання* являє собою вплив однієї людини на іншу з метою становлення особистості. *Освіта* ґрунтується на людському досвіді, наукових і культурних цінностях. *Навчання* відбувається під керівництвом фахівця, який покликаний проводити виховний, освітній і розвиваючий процеси в рамках дошкільного та шкільного навчання. Одним із провідних принципів, обов'язковим для всіх спеціальних освітньо-виховних закладів, є гуманне ставлення до аномальних дітей, повага до їх людської гідності.

Принциповими для дефектології є питання про сутність взаємовідносин загального і спеціального виховання, про можливість корекційними заходами подолати дефекти розвитку, про можливість психолого-педагогічними засобами коригувати розвиток аномальної дитини. Спеціальні дидактичні системи передбачають для кожного типу спеціальних закладів освіти певні принципи навчання, характерні форми організації освітнього процесу, типові засоби й методи навчання.

Навчальним дисциплінам, які вивчають у школах, відповідають спеціальні підручники, методики, наочні та технічні засоби навчання. Педагогічні засоби відіграють головну роль у навчанні та вихованні аномальних дітей, підвищують їх пізнавальні можливості, стимулюють залишкові функції дефектних аналізаторів. Медико-лікувальним засобам відводиться допоміжна, додаткова роль у необхідних випадках. «Вірогідно, людство перемає рано чи пізно і сліпоту, і глухоту, і недоумкуватість, – зазначав Л. С. Виготський, – але набагато раніше воно перемає їх у соціальному й педагогічному плані, ніж у плані медичному й біологічному».

Розумовий розвиток аномальних дітей здійснюється під час засвоєння основних навчальних програм. У структурі спеціальної освіти провідна роль відведена загальній освіті, що нерозривно пов'язана з трудовим навчанням і вихованням. Відтак засоби фізичного виховання, з одного боку, виконують функцію поліпшення фізичних якостей та загального зміцнення організму, розвитку просторової орієнтації та моторики, а з іншого – виправляють і

згладжують наслідки перенесених в минулому захворювань, тобто несуть корекційну функцію.

Головним завданням дефектології як галузі педагогіки є розроблення методологічних, теоретичних і методичних засад систем спеціального навчання і виховання. У рамках вітчизняної наукової традиції, що склалася, головними цінностями спеціальної освіти стосовно кожного вікового етапу є супровід дитини шляхом проходження нормального психічного розвитку, запобігання і корекції вторинних за своєю природою порушень, особистісного розвитку, освіти, життєвої компетенції та соціалізації.

Основні завдання дефектології :

- вивчення закономірностей розвитку дітей з обмеженими можливостями здоров'я (далі – ОМЗ) з точки зору медицини, фізіології, психології та педагогіки;
- визначення шляхів і засобів запобігання подальшим порушенням розвитку;
- розробка індивідуальних освітніх технологій для виховання, навчання, соціальної та трудової підготовки дітей з ОМЗ;
- вибір технічних засобів, що допомагають дітям із порушеннями розвитку пізнавати світ, контактувати з ним;
- пошук шляхів, які дають змогу зробити життя людей з психофізичними порушеннями більш комфортним.

Дефектологія пов'язана з низкою суміжних наук – психолого-педагогічних і медичних. Дефектологія має єдину мету та принципи із загальною педагогікою, хоча й розробляє свою концептуальну систему, виходячи зі спеціальних завдань навчання, виховання та розвитку аномальних дітей. Варто зазначити, що природа походження різних патологічних процесів не однорідна, тому зв'язок між науками є досить широким і різноманітним.

На сьогодні дефектологія як галузь науки – це не тільки диференційована мережа спеціальних навчально-виховних закладів, а система комплексної корекційної підтримки та допомоги від народження, що вимагає міждисциплінарних, комплексних і профілактичних підходів.



Рис. 1 – Зв'язок дефектології з науками

Необхідність міждисциплінарного підходу визначається дедалі більшим розривом між наукою і практикою, слабою взаємодією між фахівцями різних галузей і профілів. Важлива роль у систематизації наукового матеріалу про розвиток, навчання і виховання дітей з обмеженими можливостями належить філософії, яка виокремлює основні закономірності розвитку, принципи, методи діагностики відхилень та організації впливів для розв'язання проблем спеціальної дошкільної педагогіки. Безперечно, є і тісний взаємозв'язок з циклом медичних наук. Сучасний темп розвитку медицини розширює та доповнює теоретичні уявлення про етіологію та класифікації відхилень у розвитку. Варіантом міждисциплінарного підходу є супровід. Це метод, який підтримується єдністю зусиль педагогічної, психологічної, соціальної та медичної роботи. Фахівці різних профілів спільно здійснюють пошук можливих шляхів розв'язання проблеми; конструювання плану дій і первинної допомоги в його здійсненні; складання освітнього маршруту дитини. Що більше буде вкладено зусиль у ранню корекційну допомогу новонародженій дитині з

порушенням онтогенезу (індивідуального розвитку), то успішніше здійснюватимуться становлення і розвиток усіх її психофізичних функцій.

Сучасна дефектологія як педагогічна наука включає кілька предметних галузей, до яких належать:

- сурдопедагогіка – займається питанням навчання і виховання дітей із вадами слуху;
- тифлопедагогіка – займається питанням навчання і виховання дітей із вадами зору;
- олігофренопедагогіка – займається питаннями виховання і навчання розумово відсталих дітей;
- логопедія – займається питанням навчання і виховання дітей із недоліками мовлення;
- ортопедагогіка – займається питанням навчання і виховання дітей із порушеннями опорно-рухового апарату.

Вивчення психічного розвитку аномальних дітей різного віку зближує дефектологію з педагогічною та дитячою психологією, основним завданням якої є встановлення законів формування особистості на різних вікових етапах розвитку нормальної дитини. Педагогічна психологія, вивчаючи психологічні закономірності засвоєння знань, умінь, навичок і формування особистості в процесі навчання та виховання у школі, дає необхідний матеріал для дефектології, що вивчає закономірності аномального розвитку. Без знання закономірностей функціонування людської психіки та психічного розвитку в нормі не можна розробити наукову систему навчання і виховання аномальних дітей.

В основу корекційно-педагогічної діяльності покладено спеціальні педагогічні принципи:

- принцип цілеспрямованості педагогічного процесу;
- принцип цілісності та системності педагогічного процесу;
- принцип гуманістичної спрямованості педагогічного процесу;
- принцип поваги до особистості дитини, в основі якого - розумна вимогливість до неї;

- принцип опори на позитивне в людині;
- принцип свідомості й активності особистості в цілісному педагогічному процесі;
- принцип поєднання прямих і паралельних педагогічних дій.

Із метою вивчення психофізичних особливостей розвитку аномальних дітей і закономірностей їхнього навчання та виховання дефектологія використовує систему методів науково-педагогічних досліджень. Особливе значення мають ті методи, які спрямовані на вивчення індивідуальних відхилень та особливостей різних категорій аномальних дітей. Дослідження особливостей аномальних дітей, закономірностей розвитку окремих категорій сприяє підвищенню рівня освіти. Воно проводиться спочатку в сім'ї дитини, потім – у школі протягом усіх років навчання, згодом – в умовах самотійного життя. Комплексність вивчення, тобто порівняння даних, отриманих учителями, вихователями, психологами, лікарями, – обов'язкова умова психолого-педагогічного вивчення аномальних дітей. У науково-педагогічних дослідженнях дефектологія застосовує відомі педагогічні та психологічні методи. Це здебільшого спостереження, яке полягає в цілеспрямованому вивченні певного психолого-педагогічного явища в природних умовах, обстеження або бесіда за заздалегідь визначеним планом, що дає змогу з'ясувати особливості формування особистості учнів або ефективність корекційно-виховного процесу.

Широко використовуються різні види експерименту – природного (констатованого та навчального) і лабораторного, що проводиться у спеціально створюваних умовах. Експериментальні завдання виявляють не тільки сформовані особливості та різні труднощі, а й можливості розвитку. Це дає змогу, правильно зрозумівши своєрідність дитини, успішно організувати з нею роботу з подолання дефектів розвитку.

Основне завдання наукових досліджень і дефектології – це розробка ефективних способів запобігання та подолання аномалій розвитку в дітей.

ТЕМА 2 . Історія розвитку дефектології

Наприкінці 20-х – початку 30-х років минулого століття в Україні створилися сприятливі умови для розвитку теорії олігофренопедагогіки. Заклади для розумово відсталих дітей, які організовувалися в Україні в попередній період на засадах індивідуальної та громадської благодійності й носили яскраво виражений філантропічно-опікунський характер, стали складовою єдиної державної системи народної освіти. Поступово, долаючи значні організаційні та змістові труднощі, формувалася нова система навчання й виховання цієї категорії дітей. Подальший розвиток системи зумовлював необхідність проведення серйозних досліджень як основи для розробки нової філософії спеціальної освіти.

Важливим у розвитку теоретичних і методичних основ дефектології стало створення Інституту фізичної дефективності в Харкові, перейменованого у 1930 р. на Інститут дефектології. У цьому інституті проводив дослідження відомий учений-олігофренопедагог О. М. Граборов – основоположник вітчизняної науки про навчання та виховання розумово відсталих дітей. У 1926 р. він опублікував українською мовою перший посібник «Олігофренопедагогіка», що став настільною книгою 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, які традиційно розглядалися як біологічна проблема, набували все більшої соціальної значущості. Науково-теоретичне обґрунтування вказаний підхід отримав у працях Л. С. Виготського, який сформулював положення, згідно з якими корекція і компенсація психофізичних порушень може здійснюватися тільки шляхом розвитку, за умови залучення дітей до найрізноманітнішої соціально значущої діяльності. Ця основоположна ідея була позитивно сприйнята українськими дефектологами, відтак продовжилися її наукові пошуки.

Дослідницька робота з дефектології проводилася також у секції педагогіки особистості, яку очолював І. П. Соколянський (1889–1960). Він зробив вагомий

внесок у розвиток загальних питань дефектології, 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 дуже вплинула на формування оптимістичних підходів серед дефектологів не тільки України. 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 України (І. М. Ампер, А. В. Владимирський, О. М. Граборов, П. Г. Гуслистий, М. Н. Котельников, В. П. Любченко, О. Н. Смалюга та ін.) проводили значну роботу з розробки змісту навчання. Так, на матеріалі вивчення дітей коригувалися 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 вплив біологічних і соціальних факторів на розвиток людини, розглядаючи їх у динамічній взаємодії, він водночас надавав перевагу соціальним факторам у формуванні вищих психічних функцій. В одній зі своїх наукових праць учений підкреслював, що виховання дефективних дітей є в основі своїй соціальним. Процеси компенсації, які закономірно виникають у дефективних дітей під впливом дефекту, спрямовуються, переважно, не лініями виховання органічного порушення, що просто неможливо, 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 дефективних дітей як соціальну проблему, вчений переконував, що її розв'язання можливе за умови наближення спеціальної педагогіки до загальної педагогіки.

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 з того чи іншого виду праці (професії), сформувані відповідні професійно-трудова вміння та навички, моральні переконання, особистісні якості, забезпечити залучення вихованців до виробничої праці. У цьому випадку йдеться про виховання в учнів позитивного ставлення до праці, соціальних мотивів трудової діяльності, стійкої цілеспрямованості й самостійності. Побудоване таким чином трудове навчання стане могутнім засобом корекції недоліків їхнього розвитку. Вже на цьому етапі розвитку олігофренопедагогіки робилися спроби надати трудовому навчанню корекційної спрямованості.

Окремі заклади для дефективних дітей уже на той час мали потужну матеріальну базу для трудового навчання. Наприклад, у Харківському й Одеському колекторах було відкрито шевську, швейну, столярну майстерні. Такі ж 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.

Із метою вивчення стану виховної роботи у дитячих будинках та розробки методик проведення окремих її видів було проведено дослідження (В. А. Тарасевич, Г. О. Озерянська, Б. О. Бобер, К. Н. Попова, В. В. Семикова, К. Н. Соловйова, А. Є. Токарева та ін.), у яких висвітлювалися природа порушень і причини їхнього виникнення, засоби подолання. Окремі дослідження сприяли утвердженню оптимістичних прогнозів щодо можливого подолання негативних наслідків порушень засобами педагогічної корекції. Як результат – було опубліковано низку наукових праць «Спадковість і поведінка», «Роль комбінацій у практиці повсякденного життя», «Динаміка довкілля» А. В. Владимирського. Отже, кінець 20-х років характеризувався задовільним розв'язанням багатьох проблем, пов'язаних із вихованням та навчанням розумово відсталих дітей. За порівняно невеликий проміжок часу в Україні сформувалися ті висхідні

організаційно-методичні засади, які стали базовими для подальшого розгортання науково-методичних досліджень і розробок у галузі аномального дитинства та обґрунтування нових підходів у розв'язанні багатьох теоретичних і практичних питань корекційного виховання, а також навчання розумово відсталих дітей. Основоположними серед них стали:

- створення в Україні державної системи освітніх закладів нового типу для розумово відсталих дітей, діяльність яких ґрунтувалася на педагогічних засадах;

- розробка навчально-методичного забезпечення освіти, виховання та підготовки цієї категорії дітей у звичайних умовах суспільного розвитку;

- захист прав і охорона праці осіб з розумовими вадами, здійснення практичних заходів щодо їхнього фізичного, морального та соціального оздоровлення;

- підготовка фахівців-дефектологів до роботи у закладах спеціальної освіти;

- розгортання наукових досліджень у галузі дефективного дитинства з метою наукового обґрунтування природи порушеного розвитку, причин виникнення цього стану та засобів педагогічної корекції вад розвитку цієї категорії дітей;

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

ТЕМА 3. Основні принципи та методи дефектології

Будь-яка наука спирається на основоположні принципи, які формують її методологічну базу.

В основу дефектології лягли принципи, дотримання яких дає змогу здійснювати корекційно-педагогічну діяльність із метою сприяння розвитку та становленню особистості дітей з обмеженими можливостями життєдіяльності в межах освітніх програм для дошкільнят і школярів.

Здійснюючи наукову діяльність, дефектологія враховує основні психолого-педагогічні принципи, що становлять основу наукового пізнання розвитку осіб із відхиленнями:

Принципи – це система універсальних вимог, які визначають характер і особливості організації корекційно-освітнього процесу під час впливу на процеси пізнавальної діяльності дітей з обмеженими можливостями.

Принцип єдності діагностики та корекції. Спостереження за динамікою розвитку дитини з обмеженими можливостями в умовах цілеспрямованої корекційно-педагогічної роботи має важливе значення для визначення шляхів, методів і конкретного змісту на різних етапах навчання і виховання.

Принцип етіопатогенетичного підходу, за допомогою якого визначають етіологію, механізми та структуру дефекту за того чи іншого варіанта відхиленого розвитку, що є підґрунтям для вибору оптимальної діагностичної корекційно-розвивальної та освітньої програм.

Принцип динамічного вивчення (згідно з концепцією Л. С. Виготського про два рівні інтелектуального розвитку дитини – актуальний і потенційний). Характер спільної діяльності дитини з дорослим під час засвоєння нових способів, дій дає змогу визначити зону найближчого розвитку, а отже, і здатність до навчання. Концепція Л. С. Виготського свідчить про провідну роль навчання в її розвитку і дає змогу спрогнозувати результати корекційно-розвивальної роботи.

Принцип урахування закономірностей онтогенетичного розвитку під час організації навчання та виховання дітей з обмеженими можливостями.

Важливо виявити якісну своєрідність психічного розвитку, визначити його рівень, щоб виявити повноцінну базу для корекції та подальшого розвитку.

Принцип єдності корекції та розвитку. Це означає, що рішення про необхідність корекційної роботи ухвалюється тільки на основі психолого-педагогічного аналізу внутрішніх і зовнішніх умов розвитку дитини. У числі основних умов розвитку можна назвати такі:

- максимальна реалізація вікових можливостей дитини;
- розвиток індивідуальних особливостей дитини;
- створення сприятливого, емоційного позитивного фону, який визначається насамперед продуктивним спілкуванням.

Принцип єдності вікового та індивідуального в розвитку дитини передбачає індивідуальний підхід до дитини в контексті її вікового розвитку.

Принцип діяльнісного підходу в навчанні та вихованні визначає вибір засобів, шляхів і способів досягнення поставленої мети. Діяльнісний принцип заснований на визнанні того, що саме активна діяльність дитини є рушійною силою розвитку, що провідна діяльність найбільшою мірою сприяє розвитку дитини. Предметна діяльність дає змогу розвивати сенсомоторику як основу процесів пізнавальної діяльності, а також комунікативні навички.

Принцип ранньої педагогічної допомоги. Рання діагностика та своєчасне корекційне втручання запобігають появі вторинних відхилень і сприяють успішній інтеграції в системі дошкільної освіти. Спеціальна дошкільна освіта передбачає діагностику первинного порушення в розвитку дитини та подальшу корекційно-педагогічну допомогу.

Принцип розвитку мислення та мовлення. Дитина, яка нормально розвивається, з перших місяців життя активно взаємодіє із соціальним оточенням, тому будь-яке порушення негативно позначається на розвитку в дитини і мислення, і мовлення.

Принцип диференційованого та індивідуального підходу. Індивідуальний підхід спрямований на створення розвивального середовища, що враховує як індивідуальні особливості дитини (особливості темпераменту та характеру, рівень моторної, інтелектуальної та комунікативної активності, рівень

розвитку емоційно-вольової сфери та ін.), так і типологічні особливості, властиві дітям із цією категорією порушення розвитку. Індивідуальний підхід дає змогу використовувати систему методів і засобів залежно від специфіки розвитку дітей, їхньої здатності до корекції та компенсації.

Диференційований підхід спрямований на організацію корекційного та освітнього процесів за схожими характеристиками типогруп, з огляду на темп, обсяг, складність, методи та прийоми роботи, форми й засоби організації навчання і виховання.

Принцип інтеграції. Подолання ізольованості та замкнутості дітей з обмеженими можливостями від навколишньої дійсності. Інтеграція може бути частковою або повною, тимчасовою, епізодичною та комбінованою.

З огляду на особливості дітей, з якими працює дефектологія для досягнення цілей і завдань, застосовуються такі педагогічні методи:

- методи пояснення, розповіді, демонстрації;
- методи, що застосовуються для повідомлення нових знань;
- методи, що застосовуються під час набуття нових знань, умінь і навичок (бесіда, спостереження, гра, вправи, практичні роботи); використання методів цієї групи дає змогу активізувати пізнавальну діяльність дітей, підвищити їхню самостійність;
- методи роботи з технічними засобами навчання: мультимедійні презентації, перегляд відеоуроків тощо.

До методів дефектології, які дають змогу проводити науково-педагогічні дослідження, належать:

- спостереження та збір даних;
- діагностика;
- безпосереднє спілкування з дитиною;
- поміщення дитини у спеціально створені умови з метою перевірки гіпотези.

Загальні педагогічні методи та прийоми не застосовуються ізольовано, лише в необхідному поєднанні. Той чи інший провідний метод необхідно підкріплювати одним-двома додатковими.

ТЕМА 4. Поняття «аномальна дитина»

До однієї з зважливих проблем психології та педагогіки варто відносити питання визначення норми та аномалії як важливої соціальної проблеми. Особливої актуальності вона набуває для загальної освіти. Відомо, що для єдності освітньої системи необхідні державні стандарти. Але нескінченно розширювати в них обсяг навчального матеріалу не можна, бо людина обмежена в можливостях сприймати і засвоювати інформацію. Підвищення навантаження викликає в багатьох учнів зниження успішності. До того ж частина вчителів обирають полегшений шлях, часом «записуючи» всіх дітей, які відстають і психофізично ослаблених, до групи аномальних. У кінцевому підсумку виявляється, що чим вищий рівень вимог стандарту, то більше школярів стають або оголошуються неуспішними й «аномальними». Тут очевидна необхідність пошуку нових і адекватних прийомів навчання, щоб уникнути невиправданого довільного маніпулювання категоріями: «норма» і «аномалія».

Різні порушення та відхилення в розвитку по-різному класифікуються в медицині, психології та педагогіці відповідно до відмінності предметів їх вивчення. Медична класифікація передбачає виділення типу патології: неврози, мінімальна мозкова дисфункція, психопатії тощо. Сюди ж належить і термін «аномальні».

Аномальними (гр. *anomalos* – неправильний) називають дітей, у яких порушено нормальний перебіг загального розвитку, що спричинено наявністю фізичного або психічного дефекту

Наявність того чи іншого дефекту ще не зумовлює аномального розвитку. Втрата слуху на одне вухо або ураження зору на одне око не обов'язково призводить до дефекту розвитку, оскільки в цих випадках зберігається можливість сприймати звукові та зорові сигнали. Дефекти такого роду не порушують спілкування з оточуючими, не заважають оволодінню навчальним матеріалом і навчанню у масовій школі. Отже, ці дефекти не є причиною

аномального розвитку. Різні аномалії по-різному позначаються на формуванні соціальних зв'язків дітей, на їхніх пізнавальних можливостях.

Л. С. Виготський виокремив фактори, що визначають аномальний розвиток:

1 фактор – час виникнення первинного дефекту. Той дефект, який виник у ранньому дитинстві, коли не сформувалася вся система функцій, зумовлює найбільшу тяжкість вторинних відхилень;

2 фактор – ступінь вираженості первинного дефекту. Розрізняють два основні види дефекту. Перший із них – індивідуальний, зумовлений дефіцитністю окремих функцій гнозису, праксису, мовлення. Другий – загальний, пов'язаний з порушенням регуляторних систем. Глибина ураження або ступінь вираженості первинного дефекту визначає різні умови аномального розвитку. Чим глибший первинний дефект, тим більше страждають інші функції.

Системно-структурний аналіз дефекту за аномального розвитку дитини, запропонований Л. С. Виготським, дає змогу оцінити все різноманіття аномального розвитку, виокремити його визначальні та побічні фактори і на основі цього побудувати науково обґрунтовану психокорекційну програму.

До основних категорій аномальних дітей у дефектології належать :

- діти з вираженими і стійкими порушеннями слухової функції (глухі, слабочуючі, пізнооглухлі);
- діти з глибокими порушеннями зору (сліпі, слабозорі);
- діти з порушеннями інтелектуального розвитку на основі органічного ураження центральної нервової системи (розумово відсталі);
- діти з важкими мовленнєвими порушеннями (логопати);
- діти з комплексними порушеннями психофізичного розвитку (сліпо-глухонімі, сліпі розумово відсталі, глухі розумово відсталі);
- діти з порушеннями опорно-рухового апарату;
- діти з вираженими психопатичними формами поведінки.

Існують й інші групи дітей з порушеннями та відхиленнями в розвитку. Наприклад, діти з психопатичними формами поведінки. Навчання і виховання аномальних дітей, залучення їх у суспільне життя і виробничу діяльність є складною соціальною та педагогічною проблемою. Характер порушення фізичного

та розумового розвитку дитини впливає на весь перебіг і кінцевий результат розвитку її пізнавальної діяльності, що також прямо впливає на освітній рівень аномальних дітей. Одні з них можуть оволодіти лише елементарними загальноосвітніми знаннями, інші мають щодо цього необмежені можливості.

Процес розвитку аномальної дитини не можна назвати негативним. Це не стільки негативний, дефектний, скільки своєрідний розвиток. Вивчення аномальних дітей показало, що їхній психічний розвиток підпорядковується загальним основним закономірностям розвитку, як і нормальних дітей. У центрі проблеми основних закономірностей дитячого розвитку лежить правильне розуміння ролі біологічного та соціального факторів.

У кожної дитини є свої неповторні вроджені властивості нервової системи (сила, врівноваженість, рухливість нервових процесів; швидкість утворення, міцність і динамічність умовних зв'язків тощо). Від цих індивідуальних особливостей вищої нервової діяльності залежить здатність до оволодіння суспільним досвідом, пізнання дійсності, тобто біологічні фактори створюють передумови психічного розвитку людини.

Єдність біологічних і соціальних факторів у розвитку особистості дитини не є механічним їх поєднанням. Вони перебувають у складних взаємовідносинах, вплив їх один на одного в різні вікові періоди різний за ступенем значущості кожного з цих факторів для загального розвитку людини. Поряд із загальними закономірностями психічного розвитку нормальної та аномальної дитини своєрідний розвиток останньої має свої закономірності.

Вивчення розвитку і виховання аномальних дітей становить предмет дефектології. У процесі вивчення аномальних дітей з'ясовується походження, характер і час появи дефекту, шляхи аномального розвитку дитини; своєрідність процесів сприйняття, мислення, почуттів, цілеспрямованої діяльності, особливо важливе значення має педагогічне дослідження, за допомогою якого визначаються недоліки розвитку, що виявляються в процесі навчання, і напрацьовуються прийоми для компенсації дефекту. Велику роль у встановленні правильних шляхів компенсації менш виражених відхилень фізичного і психічного розвитку дітей відіграє педагогічне вивчення учнів масових шкіл, своєчасне виявлення цих відхилень вчителями.

Дефект - фізичний або психічний недолік, що спричиняє порушення нормального розвитку дитини.

Уперше сутність і структура дефекту були проаналізовані Л. С. Виготським. Він також встановив, що між соматичним дефектом і аномаліями в розвитку є складні структури та функціональні зв'язки, що діють у різних напрямках. Учений зазначав, що прояви відмінностей психофізичної форми мають складну структуру дизонтогенезу.

Будь-яка більш або менш довга несприятлива дія на мозок дитини в процесі її розвитку у внутрішньоутробний період, під час пологів (пологова травма, асфіксія), а також після народження може зумовити відхилення в психомоторному розвитку.

Особливість дитячого мозку виявляється в тому, що навіть незначне його ураження не є частковим або локальним, а негативно позначається на всьому процесі розвитку (дозрівання) центральної нервової системи (ЦНС). Унаслідок тяжкого порушення ЦНС його сліди залишаються на довгі роки, а іноді й на все життя.

Надалі весь процес розвитку дитини відбувається в умовах патологічного стану ЦНС. Якщо своєчасно не організувати лікувальну і корекційно-педагогічну роботу, то дитина відставатиме в психічному розвитку. Всі ці фактори в комплексі будуть визначати дефект.

Первинний дефект має біологічну природу ушкодження систем або органів (відділів ЦНС, аналізаторів). Наприклад, до первинних дефектів відноситься порушення слухового аналізатора, порушення зорового аналізатора. Вказанні порушення можуть бути як вродженими, так і набутими.

Вторинний дефект – недорозвинення вищих психічних функцій (мовлення і мислення у глухих, сприйняття і просторової орієнтації у сліпих, опосередкованої пам'яті та логічного мислення в розумово відсталих).

Вторинний дефект безпосередньо не пов'язаний із первинним, але зумовлений ним, тобто виникає під його впливом.

Складний дефект – поєднання двох і більше первинних дефектів, що однаковою мірою визначають структуру аномального розвитку і труднощі в навчанні та вихованні дитини. Це не просто сукупність декількох дефектів. Складний дефект відрізняється якісною своєрідністю. Як синоніми терміна «складний дефект» у літературі використовуються й інші терміни, рівнозначні йому за визначенням, як-от: «складне порушення», «складні аномалії розвитку», «поєднані порушення», «комбіновані порушення», а також «складна структура порушення», що дедалі частіше вживається останнім часом.

Залежно від структури порушення діти з поєднаними порушеннями поділяються на три основні групи.

До першої входять діти з двома вираженими психофізичними порушеннями, кожне з яких може викликати аномалію розвитку: сліпоглухі діти, розумово відсталі глухі, слабочуючі із затримкою психічного розвитку (первинною).

До другої – ті, що мають одне суттєве психофізичне порушення (провідне) і супутнє порушення, яке виражається слабше, але відчутно обтяжує перебіг розвитку: розумово відсталі діти з невеликим зниженням слуху. У таких випадках говорять про «ускладнений» дефект.

До третьої групи належать діти з так званими множинними порушеннями, коли є три або більше порушень (первинних), виражених різною мірою, що призводять до значних відхилень у розвитку дитини: розумово відсталі слабозорі, слабозорі глухі діти. До множинних дефектів, зокрема, можна віднести і поєднання в однієї дитини цілої низки невеликих порушень, які мають негативний кумулятивний (накопичувальний) ефект. Наприклад, при поєднанні незначних порушень моторики, зору та слуху в дитини може бути виражений недорозвиток мовлення. Серед дітей з множинними порушеннями в більшій мірі переважають вроджені форми патології, які здебільше мають генетичне походження. Як вид складних порушень хромосомні синдроми можна зустріти в рідше. Синдром Дауна це класичний приклад множинного дефекту

хромосомного походження. Крім розумової відсталості, у дітей із цим синдромом у 70% випадків є порушення слуху і в 40% - виражений дефект зору. Майже 30 % дітей із синдромом Дауна мають множинний сенсорний дефект (порушення зору та слуху) у поєднанні з розумовою відсталістю. До екзогенних за походженням захворювань, що призводять до складного і навіть множинного порушення розвитку, належать різні пренатально (внутрішньоутробні) і постнатально перенесені захворювання. До найвідоміших з таких внутрішньоутробних захворювань відносяться: краснуха, кір, туберкульоз, токсоплазмоз, цитомегаловірусна інфекція тощо.

Особливе місце в групі вторинних дефектів посідають особистісні реакції на первинний дефект. Можливі кілька типів особистісного реагування:

Ігнорування часто відзначається при олігофренії; пов'язане з недорозвиненням мислення і недостатньою критикою до успішності своєї діяльності.

Витіснення належить до невротичного типу реагування на дефект і проявляється у свідомому невизнанні його існування за підсвідомого конфлікту, накопичення негативних емоцій.

Компенсація – це такий тип реагування, при якому відбувається усвідомлення дефекту та заміщення втраченої функції за рахунок більш збережених.

Гіперкомпенсація являє собою посилений розвиток збережених функцій у поєднанні з прагненням довести, що дефект не призводить до будь-яких проблем.

Астенічний тип реагування призводить до виникнення заниженого рівня домагань, низької самооцінки, фіксації на усвідомленні своєї неповноцінності.

Співвідношення між симптомами первинних і вторинних відхилень багато у чому залежить від індивідуальних особливостей людини, від її компенсаторних можливостей, а також від своєчасності та адекватності корекційної роботи. Тому не завжди вдається виявляти пряму залежність між глибиною та вираженістю ядерного (первинного біологічного фактора) розладу і характером проявів вторинних відхилень. У разі ускладненого дефекту можливе виділення провідного порушення та розладів, що його ускладнюють. Як провідний

(первинний), так і ускладнений дефект можуть мати характер як ушкодження, так і недорозвинення. Також може спостерігатися їх поєднання.

За різних первинних дефектів багато вторинних дефектів у дитячому, ранньому та дошкільному віці мають подібні прояви. Також існують вторинні дефекти, характерні для багатьох категорій аномальних дітей:

- за будь-якого первинного дефекту спостерігається відставання у термінах формування психічних функцій та уповільнений темп їхнього розвитку;
- не формується своєчасно жоден вид дитячої діяльності; (наприклад, предметна діяльність у глухих і слабочуючих стає провідною до 5 років, у розумово відсталих – до кінця дошкільного віку);
- спостерігаються відхилення в розвитку всіх пізнавальних процесів;
- порушується розвиток процесу спілкування: діти погано опановують засоби засвоєння суспільного досвіду – розуміння мови, змістове наслідування, дії за зразком і за словесною інструкцією;
- у всіх аномальних дітей спостерігаються дефекти мовленнєвого розвитку.

ТЕМА 6. Внесок Л. С. Виготського в дефектологію

Виготський Лев Семенович (05.11.1896 – 11.06.1934 рр.) – один з найбільш відомих психологів початку ХХ століття, який об'єднав психологію з педагогікою.

Досліджуючи процес розвитку дітей, учений заснував і розвинув напрямок у психологічній педагогіці – *педологію* та *корекційну педагогіку*.

З ім'ям Л. С. Виготського нерозривно пов'язано вивчення дефектології. Його внесок у розвиток дефектології неоціненний. Ученого по праву вважають «батьком» сучасної дефектологічної науки. Його діяльність із дефектології заклала підґрунтя корекційної педагогіки, що стала допомагати особливим дітям. Зусиллями Л. С. Виготського в 1926 р. було створено експериментальний дефектологічний інститут (наразі Інститут корекційної педагогіки).

У науковій діяльності Л. С. Виготського проблеми дефектології займали значне місце. Лев Семенович паралельно з психологічними дослідженнями вів теоретичну й експериментальну роботу в галузі дефектології. Питома вага досліджень із цієї проблематики дуже велика. Виготський розпочав свою наукову і практичну діяльність у галузі дефектології ще в 1924 р. У 1926 р. він організував лабораторію з психології аномального дитинства при медико-педагогічній станції.

Проведені Л. С. Виготським дослідження і на сьогодні є основоположними для продуктивного розроблення проблем дефектології. Створена вченим наукова система знань має не тільки історіографічне значення, а й суттєво впливає на розвиток теорії та практики сучасної дефектології. Важко назвати роботу останніх років у психології та педагогіки аномальної дитини, яка б не зазнала впливу ідей Льва Семеновича та прямо чи побічно не зверталася б до його наукових робіт. Його науковий доробок досі не втрачає своєї актуальності та значущості. Розуміння Львом Семеновичем природи і сутності аномального розвитку відрізнялося від поширеного біологізаторського підходу до дефекту. Л. С. Виготський розглядав дефект як «соціальний вивих», спричинений зміною

відносин дитини із середовищем, що призводить до порушення соціальних сторін поведінки.

Л. С. Виготський мав достатньо підстав стверджувати, що виховання дитини з дефектом має у своїй основі соціальний характер. Неправильне або запізно розпочате виховання аномальної дитини призводить до поглиблення відхилення в розвитку її особистості, появи порушень поведінки. Вивести аномальну дитину зі стану ізольованості, відкрити перед нею широкі можливості для справді людського життя, долучити її до суспільно корисної праці, виховати з неї активного і свідомого члена суспільства – ось завдання, які, на думку Л. С. Виготського, є провідними завданнями дефектології.

Учений дійшов висновку, що в розумінні сутності аномального розвитку необхідно виділяти і враховувати первинний дефект, вторинний, третинний і наступні його напашарування. Розрізнення первинних і подальших симптомів Л. С. Виготський уважав надзвичайно важливим під час вивчення дітей із різною патологією. Він писав, що елементарні функції, будучи первинним недоліком, що впливає із самого ядра дефекту і будучи з ним безпосередньо пов'язаними, є такими, що менше піддаються корекції. Проблема компенсації дефекту знайшла відображення в більшості праць Л. С. Виготського, присвячених проблемам дефектології.

Вже в 20-х рр. Л.С. Виготський висунув і обґрунтував необхідність соціальної компенсації дефекту як завдання першочергової важливості: «Імовірно, людство переможе раніше або пізніше і сліпоту, і глухоту, і недоумкуватість, але набагато раніше воно переможе їх соціально та педагогічно, ніж медично й біологічно».

Надзвичайно важливим для вдосконалення теорії компенсації та проблеми навчання аномальних дітей було запропоноване Л. С. Виготським положення про створення обхідних шляхів розвитку дитини, яка розвивається патологічно. У своїх пізніх працях Л. С. Виготський неодноразово повертався до питання про обхідні шляхи розвитку, наголошуючи на їхній великій значущості для процесу компенсації. «У процесі культурного розвитку, – зазначав він, – у дитини відбувається заміщення одних функцій іншими, прокладання обхідних шляхів, і

це відкриває нам абсолютно нові можливості в розвитку ненормальної дитини. Якщо ця дитина не може досягти чого-небудь прямим шляхом, то розвиток обхідних шляхів стане основою її компенсації». Отже, у 20-х рр. минулого століття Л. С. Виготський лише в найзагальнішому вигляді висував ідею заміни біологічної компенсації соціальною. У його працях ця ідея набуває конкретної форми: шлях компенсації дефекту полягає у формуванні обхідних шляхів розвитку аномальної дитини.

Виготський докладно дослідив проблему співвідношення ролі дозрівання та навчання у розвитку вищих психічних функцій дитини. Ним було сформульовано найважливіший принцип, згідно з яким безпека і своєчасне дозрівання структур мозку є необхідною, але водночас недостатньою умовою розвитку вищих психічних функцій. Головним же джерелом для цього розвитку є соціальне середовище, що змінюється, для опису якого вчений увів термін «соціальна ситуація розвитку», що визначається як «своєрідне, специфічне для даного віку, виняткове, єдине і неповторне ставлення між дитиною і навколишньою її дійсністю, насамперед соціальною». Саме це ставлення визначає розвиток психіки дитини на певному віковому етапі.

Таким чином, у процесі розроблення поняття «зони найближчого розвитку» Львом Семеновичем була висунута важлива теза про те, що під час визначення розумового розвитку дитини не можна орієнтуватися лише на те, що нею досягнуто. Тобто на пройдені й завершені етапи, а необхідно враховувати «динамічний стан її розвитку», «ті процеси, які зараз перебувають у стані становлення».

На думку Виготського, «зона найближчого розвитку» визначається в процесі розв'язання дитиною важких для її віку завдань за наявності допомоги з боку дорослого. Таким чином, оцінка розумового розвитку дитини має ґрунтуватися на двох показниках: сприйнятливості до допомоги, що надається, і до здатності розв'язувати надалі аналогічні завдання самостійно. У своїй повсякденній практиці, стикаючись не лише з дітьми, що нормально розвиваються, а й проводячи обстеження дітей із відхиленнями у розвитку, вчений переконався в тому, що ідеї про зони розвитку дуже продуктивні у

застосуванні до всіх категорій аномальних дітей. Провідним методом обстеження дітей педологами було використання психометричних тестів, а також тестів, що дозволяють визначити, чи є в них щось цікаве.

У своїх працях Л. С. Виготський піддав критиці методологічну неспроможність кількісного підходу до вивчення психіки за допомогою тестових випробувань. За образним висловом ученого, під час таких обстежень «кілометри підсумовувалися з кілограмами». «Вивчення важковиховуваної дитини, – писав Л. С. Виготський, більше, ніж будь-якого іншого дитячого типу, має ґрунтуватися на ретельному спостереженні за нею в процесі виховання, на педагогічному експерименті, на вивченні продуктів творчості, гри і всіх аспектів поведінки дитини».

Тести для дослідження волі, емоційної сторони, фантазії, характеру тощо можуть бути використані як допоміжний і орієнтовний засіб. Л. С. Виготський вважав, що тести самі по собі не можуть бути об'єктивним показником розумового розвитку. Однак він не заперечував допустимості їхнього обмеженого використання поряд з іншими методами вивчення дитини. По суті справи, погляд Виготського на тести подібний до того, якого дотримуються нині психологи й дефектологи.

Багато уваги Л. С. Виготський приділяв проблемі вивчення аномальних дітей та правильного вибору спеціальних установ для них. Сучасні принципи добору (всебічне, цілісне, динамічне, системне й комплексне вивчення) дітей сягають своїм корінням концепції Л. С. Виготського. Багато робіт Виготського присвячено вивченню психічного розвитку і закономірностей становлення особистості в дитячому віці, проблемам навчання дітей у школі. Виготському належить видатна роль у становленні дефектології та педології.

Ідеї вченого про особливості психічного розвитку дитини, про зони актуального й найближчого розвитку, провідну роль навчання та виховання, необхідність динамічного та системного підходу до здійснення корекційного впливу з урахуванням цілісності розвитку особистості та низка інших знайшли своє відображення і розвиток у теоретичних та експериментальних дослідженнях вітчизняних учених, а також у практиці різних типів шкіл для аномальних дітей.

Л. С. Виготський по-новому підійшов до експериментального дослідження основних процесів мислення і до вивчення того, як формуються і як розпадаються вищі психічні функції при патологічних станах мозку. Завдяки ретельній роботі, проведеній Виготським і його співробітниками, процеси розпаду дістали своє нове наукове пояснення. Льву Семеновичу належать спроби ретельного психологічного аналізу змін мовлення та мислення, що відбуваються під час афазії. Теоретико-методологічна концепція, розроблена Л.С. Виготським, забезпечила перехід дефектології з емпіричних, описових позицій на справді наукові основи, а отже, сприяла становленню дефектології як науки.

Лев Семенович Виготський, безперечно, посідає виняткове місце в історії психології та дефектології. Саме він заклав ті основи, які стали вихідними для її подальшого розвитку та багато в чому визначили її сучасний стан.

Корекція (лат. correctio – виправлення) в дефектології – система педагогічних заходів, спрямованих на виправлення або послаблення недоліків психофізичного розвитку дітей.

Під корекцією розуміється як виправлення окремих дефектів (наприклад, корекція вимови або зору), так і цілісний вплив на особистість аномальної дитини з метою досягнення позитивного результату в процесі її навчання, виховання та розвитку. Вона охоплює систему психолого-педагогічних і медико-соціальних заходів, спрямованих на подолання або ослаблення фізичних і (або) психічних порушень (мінімізацію дефекту – зведення наслідків порушень до мінімуму).

Усунення або згладжування дефектів розвитку пізнавальної діяльності та фізичного розвитку дитини позначається поняттям «корекційно-виховна робота».

Корекційно-виховна робота являє собою систему комплексних заходів педагогічного впливу на різні особливості аномального розвитку особистості загалом, оскільки будь-який дефект негативно впливає не на окрему функцію, а знижує соціальну повноцінність дитини у всіх її проявах. Вона не зупиняється тільки на виконанні механічних вправ елементарних функцій або на наборі спеціальних вправ, що стимулюють і розвивають пізнавальні процеси й окремі види діяльності аномальних дітей, а охоплює весь навчально-виховний процес, всю систему діяльності спеціальних установ.

Корекційно-виховному завданню підпорядковані всі форми й види класної та позакласної роботи в процесі формування у школярів загальноосвітніх і трудових знань, умінь і елементарних навичок. На ранніх етапах навчання і розвитку ця робота передбачає збагачення уявлень аномальних дітей про навколишню дійсність, формування навичок самообслуговування, довільних рухів та інших видів діяльності залежно від типів спеціальних шкіл і віку їхніх вихованців.

Надалі корекційно-виховна робота здійснюється в процесі навчання аномальних дітей загальноосвітніх закладах. Великі можливості для корекційно-виховної роботи відкриває трудове навчання, у процесі якого формуються не тільки професійні вміння, а й виховуються навички планування своєї роботи, вміння керуватися словесними інструкціями, критично оцінювати якість роботи тощо.

Таким чином, трудова діяльність має різнобічне значення в навчанні та розвитку аномальних дітей, а трудові процеси суттєво впливають на корекцію дефектів їхнього розумового та фізичного розвитку.

Особливого значення набуває корекційно-виховна робота для формування емоційно-вольової сфери аномальних дітей та виправлення окремих особистісних вад і відхилень у соціальній поведінці.

В корекційно-виховному процесі враховуються індивідуальні особливості дитини із застосуванням у необхідних випадках щадного режиму або відповідних форм навчання, що спрямовано стимулюють інтенсивну розумову діяльність.

Сучасна система корекційно-виховної роботи побудована на активному використанні збережених потенціалів аномальної дитини, що дає можливість розвивати порушені й ослаблені функції, вищі психічні процеси, без яких немислимі діяльність та існування людини.

Форми і методи корекційно-виховної роботи можуть змінюватися залежно від типів спеціальних шкіл, але всі вони спрямовані на повноцінний різнобічний фізичний і психічний розвиток дітей. Для корекції недоліків аномальних дітей доцільно створити умови для забезпечення можливості їх спілкування з однолітками, які нормально розвиваються.

Компенсація (лат. *compensatio* – відшкодування, врівноваження) – заповнення недорозвинених, порушених або втрачених функцій унаслідок аномалій розвитку, перенесених захворювань і травм.

Компенсація – це складний, різнобічний процес пристосованості організму внаслідок вроджених або набутих аномалій. Компенсацію дефекту розглядають як складний синтез соціальних і біологічних факторів, визначальними серед яких є діяльність і соціальні відносини, в які вступає людина в процесі цієї діяльності.

Так, компенсація функцій зорового аналізатора в дитини, яка народилася сліпою, можлива переважно через розвиток дотику, тобто за допомогою сенсорної системи шкірного та кінестетичного аналізаторів.

Процес компенсації спирається на значні резервні можливості вищої нервової діяльності. Внаслідок первинного порушення в організмі виникають різного роду перебудови й заміщення функцій, в основі яких у загальнобіологічному сенсі лежить мобілізація резервних можливостей ЦНС, що склалися під час онтогенезу та філогенезу. Водночас компенсаторна перебудова функцій у людини має свої особливості.

У аномальних дітей у процесі компенсації відбувається формування нових динамічних систем умовних зав'язків, виправлення порушених або ослаблених функцій, розвиток особистості.

Теорія компенсації порушених функцій ґрунтується на тому, що під час аномального розвитку зберігаються і той самий принцип перебігу нервових процесів, і та сама вирішальна роль соціальних факторів у становленні та розвитку психічної діяльності, що й у нормі.

Специфічний розвиток аномальних дітей, спричинений порушенням однієї із систем організму або його функцій, відбувається на фоні активізації захисних засобів і мобілізації резервних ресурсів, які чинять опір настанню патологічних процесів. У цьому і проявляються потенційні можливості компенсації. Спеціальне навчання і виховання відкривають широкі можливості розвитку функцій.

Саме тому Л. С. Виготський говорив про закон перетворення мінуса дефекту в плюс компенсації: «Позитивна своєрідність дефективної дитини створюється насамперед не тим, що в неї порушуються ті чи інші функції, які спостерігаються в нормальній, а тим, що порушення функцій зумовлює появу

нових утворень, які у своїй єдності представляють реакцію особистості на дефект, компенсацію в процесі розвитку. Якщо сліпа або глуха дитина досягає в розвитку того самого, що й нормальна, то діти з дефектом досягають цього в інший спосіб, на іншому шляху, іншими засобами, і для педагога особливо важливо знати своєрідність шляху, яким він має повести дитину».

При цьому оптимальний розвиток функцій збережених органів, що заміщають уражений орган, пояснюється не їхньою особливою вродженою будовою в аномальної дитини, а активним функціонуванням, викликаним життєвою необхідністю.

Провідну роль у процесі розвитку аномальної дитини займає не первинний дефект, а його вторинні соціальні наслідки, його соціально-психологічна реалізація. Будь-які процеси компенсації не в змозі повністю виправити дефект, але їм під силу подолати труднощі, спричинені дефектом. Тому Л. С. Виготський вважав соціальне виховання аномальної дитини, засноване на методах соціальної компенсації її природного дефекту, єдиним науково спроможним і правильним шляхом. Тобто необхідно активно включати дитину в різноманітні соціальні відносини, в активне спілкування та суспільну корисну діяльність, використовуючи компенсаторні можливості.

Чим раніше починається спеціальний педагогічний вплив, тим краще розвивається процес компенсації. Корекційно-виховна робота, розпочата на ранніх етапах розвитку, запобігає вторинним наслідкам порушень органів і сприяє розвитку дитини в сприятливому напрямку.

Прийоми корекційно-виховної роботи послідовно застосовують на всіх етапах розвитку, оскільки компенсація порушених функцій формується не одразу, а поступово, згідно з певними закономірностями.

Перебіг компенсаторних процесів у аномальних дітей залежить від низки умов. До числа сприятливих умов їхнього розвитку належать:

➤ правильно організована система навчання і виховання, що передбачає диференційовану побудову мережі спеціальних установ, організацію освітнього процесу на основі застосування спеціальних прийомів і методів корекційно-виховної роботи;

- використання принципу поєднання навчання з працею як основного засобу різнобічного гармонійного формування розумових і фізичних здібностей дітей;
- правильні відносини в дитячому колективі, а також між педагогами та учнями;
- правильна організація режиму навчальної роботи та відпочинку дітей, що попереджає можливості перевантаження навчальними заняттями;
- чергування різноманітних методів навчання учнів, спрямованих на підвищення їхньої активності, самостійності;
- використання різноманітних технічних засобів, широке застосування системи спеціального обладнання та навчальних посібників для оптимального розвитку можливостей дітей.

Процес компенсації, виправлення та відновлення функції має будуватися з урахуванням своєрідності розвитку різних груп аномальних дітей та спиратися на знання індивідуальних особливостей кожної дитини.

Спеціальна освіта – навчання і виховання учнів, які є особами з особливостями психофізичного розвитку, за допомогою реалізації освітніх програм спеціальної освіти на рівнях дошкільної, загальної середньої освіти.

Також, спеціальна освіта включає в себе спеціальні умови для здобуття освіти особами з обмеженими можливостями здоров'я на рівнях дошкільної, загальної середньої освіти - навчання і виховання з організацією педагогічної, медичної, соціальної та інших видів допомоги, без яких неможливе або утруднене засвоєння змісту освітніх програм спеціальної освіти, зокрема з використанням технічних засобів реабілітації, навчальних планів спеціальної освіти та програм спеціальної освіти, підручників і навчальних посібників, спеціальних методик навчання та виховання.

В Україні систему освіти для дітей з обмеженими можливостями здоров'я, складають спеціальні загальноосвітні школи-інтернати, навчально-реабілітаційні центри та класи в загальноосвітніх навчальних закладах загального типу. В широкому розумінні, спеціальна освіта – це набір різноманітні послуги, метою яких є допомога дітям з обмеженими можливостями навчатися. Спеціальна освіта заперечує єдиних підхід, та розроблена для задоволення унікальних потреб кожної дитини. Освіта в Україні, для дітей з особливими освітніми потребами доступна і її можуть отримати всі діти, навчаючись за різними моделями. У реальних умовах існують наступні моделі навчання дітей з обмеженими можливостями здоров'я:

✓ **медична модель** - передбачає навчання дітей з обмеженими можливостями здоров'я у спеціальних освітніх закладах. Дана модель навчання визначається як **сегрегаційне** (сегрегація - різновид дискримінації) навчання у спеціальних закладах інтернатного типу;

✓ **модель нормалізації (інтеграція)** - забезпечує доступ дітей з обмеженими можливостями здоров'я до навчання у загальноосвітній школі з

урахуванням їх адаптації до існуючих у ній умов: **інтегроване** навчання у корекційних класах загальноосвітньої школи;

✓ соціальну модель (**інклюзія**) – побудована на зміні освітнього середовища таким чином, щоб воно забезпечувало рівну участь своїх громадян у здійсненні їх прав; створенні єдиного освітнього середовища для навчання дітей з різним рівнем психофізичного здоров'я, або *інклюзивне* навчання як включення дітей з особливими освітніми потребами у спільне навчання з дітьми нормативного розвитку у загальноосвітній школі.

Враховуючи різний рівень психофізичного розвитку дітей, система спеціальної освіти в Україні має вертикально-горизонтальну структуру.

Вертикальна структура побудована на вікових особливостях учнів та рівнях загальноосвітніх програм і визначається віковими періодами:

- раннього дитинства (від 0 до 3 років);
- дошкільний період (з 3 до 6-7 років);
- шкільний та професійний навчання період (з 6-7 до 16-21 років)

Горизонтальна структура освіти побудована з врахуванням рівня психофізичного розвитку дітей, особливості її пізнавальної діяльності і характеру порушення. Вона представлена системою спеціальних закладів, у яких навчаються діти з порушеннями: 1) слуху, слабочуючих; 2) зору, слабозорих; 3) мовлення; 4) опорно-рухового апарату; 5) інтелектуального розвитку; 6) психічного розвитку; 7) комбінованими порушеннями.

При виборі спеціального закладу освіти враховуються такі показники.

- вік дитини;
- категорія аномального розвитку (нозологія);
 - клінічний діагноз;
 - інтелектуальний ступінь;
- особливості психофізичного розвитку;

Спеціальні заклади освіти мають різне підпорядкування: Міністерству освіти і науки, Міністерству праці та соціальної політики, Міністерству охорони здоров'я. Всі типи закладів надають дітям з ОМЗ педагогічну, психологічну, медичну, соціальну допомогу.

Заклади, підпорядковані Міністерству освіти і науки України:

- спеціальні дошкільні заклади
 - групи при масових ДНЗ;
 - окремо для кожної категорії аномальних дітей;
- спеціальні загальноосвітні школи-інтернати (школи) для дітей з вадами психофізичного розвитку
 - окремо для кожної категорії аномальних дітей;
- спеціальні (допоміжні) класи при школах-інтернатах для дітей з вадами зору, слуху, опорно-рухового апарату для дітей з комплексними вадами;
- навчально-реабілітаційні заклади для дітей з комплексними вадами;
- спеціальні групи при ГІГУ, вищих навчальних закладах
 - окремо для кожної категорії;
 - професія з урахуванням виду аномалії.

Заклади, підпорядковані Міністерству праці та соціальної політики України:

- дитячі будинки та будинки-інтернати для дітей-інвалідів
 - імбецильність, ідіотія;
- реабілітаційні заклади.

Всі заклади диференціюються залежно від ступеня інтелекту, віку осіб (дошкільні, шкільні, відділення для дорослих), статі, рівня фізичного та психічного здоров'я дітей.

Заклади, підпорядковані Міністерству охорони здоров'я України:

- спеціальні групи при будинках малюка для дітей-сиріт з вадами психофізичного розвитку;
- дитячі психоневрологічні санаторії;
- дитячі відділення при психоневрологічних лікарнях;
- заклади для психохроніків:
 - виразна імбецильність, ідіотія;
- реабілітаційні заклади.

Слід визнати, що система спеціальної освіти на сьогодні має ряд недоліків, перш за все до них відноситься:

- її уніфікованість;
- ізольованість дітей;
- недостатня соціально-практична спрямованість навчального процесу;
- недостатня індивідуалізованість та особистісна зорієнтованість навчально-виховного процесу;
- низька ефективність корекційно-розвивальних занять;
- відсутність ліцензійного психолого-педагогічного інструментарію для діагностики порушень;
- недостатнє науково-методичне та навчальне забезпечення.

У випадках коли за станом здоров'я дитина не може відвідувати колектив, вона може навчатися за **індивідуальною формою** навчання, за програмою яку складає заклад освіти, який відповідає діагнозу й віку дитини.

За законами України, дитина з обмеженими можливостями здоров'я має право вибору для навчання, та може обрати один із типів системи освіти. Не викликає сумніву, що у системі інклюзивної освіти можуть навчатися діти як із первинними вадами здоров'я, так і з вторинними, оскільки законом «Про освіту» (стаття 3) визначено, що «громадяни України мають право на безкоштовну освіту в державних навчальних закладах незалежно від будь-яких ознак, в тому числі, і від стану здоров'я»; «Про загальну середню освіту» (стаття 29) зазначається, що «Батьки або особи, які їх замінюють, мають право: вибирати навчальні заклади та форми навчання для неповнолітніх дітей».

У випадках, коли батьки не хочуть ізолювати свою дитину з психофізичними вадами в спеціалізованому закладі, і не зважаючи на рекомендації ПМПК, залишають дітей вчитися у загальноосвітніх масових школах де вони навчаються без одержання відповідних особливостей їхнього розвитку освітніх послуг, відбувається **стихійна інтеграція** (інтеграція від лат. – об'єднання частин у ціле). Що повністю відповідає основному принципу інтеграції дітей з психофізичними вадами, а саме принципу рівних прав і

можливостей в одержанні освіти. При цьому інтеграція здійснюється у двох формах: соціальній та педагогічній.

Соціальна інтеграція - це процес залучення та соціальної адаптації дітей з психофізичними вадами та людей з інвалідністю в усі сфери життєдіяльності суспільства та у загальну систему соціальних стосунків на засадах повноправності і активної участі, сприяння якомога повнішій самореалізації.

Освітня інтеграція - форма навчання, при якій учні з психофізичними вадами основний час проводять у звичайних класах разом з іншими дітьми і якийсь час – окремо, в умовах особливим чином організованого освітнього процесу. Слід зауважити що, згідно положення про організацію інтегрованого навчання дітей з особливими потребами **інтегрована освіта не є альтернативою системі спеціальної освіти** дітей з особливими потребами.

Існує чотири варіанти інтеграції у навчанні:

комбінована інтеграція – форма навчання, коли діти з особливими освітніми потребами навчаються з іншими дітьми у загальноосвітній школі. При такій формі навчання діти з особливими освітніми потребами повинні адаптуватися до соціально-педагогічних умов загальноосвітньої школи, що створює додаткові проблеми для усіх учасників навчально-виховного процесу;

часткова інтеграція – форма навчання, коли діти з особливими освітніми потребами, які неспроможні на рівні зі здоровими однолітками оволодіти освітнім стандартом, долучаються до загальноосвітніх закладів на частину дня по 1-3 особи. Найчастіше це друга половина дня;

тимчасова інтеграція – форма навчання, при якій діти з особливими освітніми потребами об'єднуються зі здоровими однолітками декілька разів на місяць (2-4-рази) для проведення спільних виховних заходів;

повна інтеграція (інклюзія) – форма навчання, при якій 1-3 дитини з особливим освітніми потребами та психологічною готовністю включаються до спільного навчання зі здоровими однолітками у звичайному класі загальноосвітнього навчального закладу. При повній інтеграції створюється єдина система освіти - інклюзивна освіта.

Інклюзивна освіта – це система освітніх послуг, що ґрунтується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права здобувати її за місцем проживання, що передбачає навчання дитини з особливими освітніми потребами в умовах загальноосвітнього закладу

Інклюзивна освіта є інноваційним підходом до навчання дітей з особливими освітніми потребами, який передбачає модифікацію освітньої програми та освітнього середовища до потреб учнів, які відрізняються своїми навчальними можливостями. **Інклюзивна освіта дає рівні права всім дітям:** незалежно від стану їхнього здоров'я, статі, віку, національності. Це система, де всі учні ходять до школи поруч із домом. Немає спеціальних класів чи груп. Різні, несхожі один на одного діти, з особливостями розвитку і без, навчаються в одному класі спільно з однолітками.

Уперше інноваційну модель навчання було презентовано на Всесвітній конференції з освіти осіб з особливими потребами в 1994 р. у містечку Саламанка (Іспанія). Ухвалення Саламанкської декларації сприяло утвердженню на законодавчому рівні принципу інклюзивної освіти та прийому до загальноосвітніх шкіл усіх дітей.

Інклюзивний підхід - це не тільки про суто технічні питання, як зробити зручним в'їзд у будівлю і переміщення між поверхами, він про весь спектр життя. **Все що оточує дитину має стати інклюзивним.**

Інклюзивний підхід до організації інклюзивної освіти полягає у:

- створенні таких умов, за яких усі учні мають однаковий доступ до освіти, у тому числі діти з особливими освітніми потребами, які навчаються у загальноосвітніх школах;
- водночас, усі учні мають можливість отримати досвід, знання, які сприяють подоланню упереджень й дискримінації та сприяють формуванню позитивного ставлення до тих, хто «відрізняється».

Основна мета інклюзивної освіти - це досягнення якісних змін в особистому розвитку дітей з особливими освітніми потребами. Інклюзивна освіта передбачає створення освітнього середовища, яке б відповідало потребам

і можливостям кожної дитини, незалежно від особливостей її психофізичного розвитку.

Завдання інклюзивної освіти полягає в організації навчально - виховного процесу, який би задовольняв освітні потреби всіх дітей. Задля цього необхідно розробити систему надання освітніх і спеціальних послуг для дітей з особливими освітніми потребами, створити позитивний клімат у шкільному середовищі та поза його межами. Однак, упровадження інклюзивної освіти не означає закриття чи скорочення системи спеціальної освіти.

Інклюзивна освіта в Україні організовується з урахування принципів. **Принципи** (лат. principium – начало, основа) – це певна система основних вимог; вихідне положення; керівна ідея; основне правило.

Державний стандарт початкової загальної освіти визначає загальні принципи освіти: науковості, полікультурності, світського характеру освіти, системності, інтегративності, єдності навчання і виховання на засадах гуманізму, демократії, громадянської свідомості, взаємоповаги між націями і народами в інтересах людини, родини, суспільства, держави.

У Концепції розвитку інклюзивної освіти визначено основні принципи **інклюзивної освіти**:

- ✓ науковість (розроблення теоретико-методологічних основ інклюзивного навчання, програмно-методичного інструментарію, аналіз і моніторинг результатів упровадження інклюзивного навчання, оцінка ефективності технологій, що використовуються для досягнення позитивного результату, проведення незалежної експертизи);
- ✓ системність (забезпечення рівного доступу до якісної освіти дітей з особливими освітніми потребами, наступності між рівнями освіти: рання допомога – дошкільна освіта – загальна середня освіта);
- ✓ варіативність, корекційна спрямованість (організація особистісно-орієнтованого навчального процесу у комплексі з корекційно-розвитковою роботою для задоволення соціально-освітніх потреб, створення умов для соціально-трудової реабілітації, інтеграції в

суспільство дітей з порушеннями психофізичного розвитку, у тому числі дітей-інвалідів);

- ✓ індивідуалізація (здійснення особистісно орієнтованого індивідуального, диференційованого підходу);
- ✓ соціальна відповідальність сім'ї (виховання, навчання і розвиток дитини; створення належних умов для розвитку її природних здібностей, участь у навчально-реабілітаційному процесі);
- ✓ міжвідомча інтеграція та соціальне партнерство (координація дій різних відомств, соціальних інституцій, служб з метою оптимізації процесу освітньої інтеграції дітей з особливими освітніми потребами).

РОЗДІЛ 2. ТЕМАТИКА ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ.

ОСНОВНІ ТЕОРЕТИЧНІ ВІДОМОСТІ

ТЕМА 1. Особливості розвитку, виховання і навчання дітей із порушеннями слуху

Слух – одне із зовнішніх чуттів, що дає можливість сприймати звуки та мову за допомогою спеціального органа – вуха. Звуки змушують коливатися барабанну перетинку, яка передає коливання у внутрішнє вухо. Інформація про коливання потрапляє в мозок, який розпізнає різні звуки.

Слух відіграє дуже важливу роль у розвитку дитини. Дитина, позбавлена слуху, не має можливості сприймати ті звукові сигнали, які важливі для повноцінного пізнання навколишнього світу, для створення повних і всебічних уявлень про предмети та явища дійсності. При серйозних порушеннях слуху дитина не може користуватися багатьма джерелами інформації, розрахованими на людину, яка чує, повноцінно сприймати зміст телепередач, фільмів, вистав тощо.

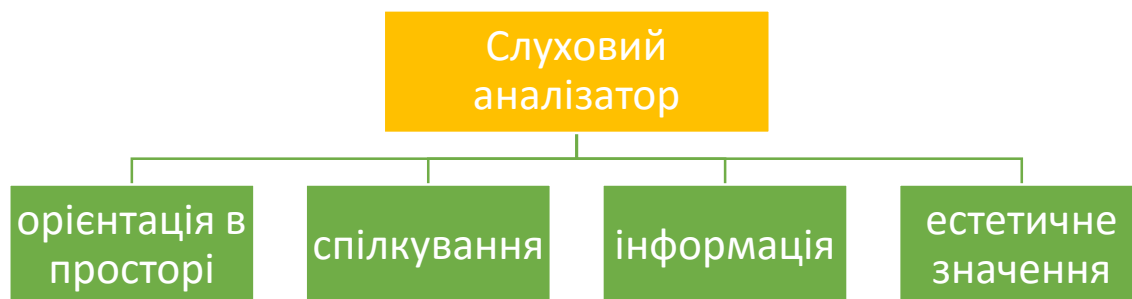


Рис. 2 – Функції слухового аналізатора

Особливо важлива роль слуху в оволодінні дитиною мовою. Внаслідок порушення слуху різко обмежуються можливості спілкування з людьми, а отже, і пізнання, оскільки одним із важливих способів передачі інформації є усне мовлення. Відсутність або недорозвинення мовлення призводить до порушень у розвитку інших пізнавальних процесів і передусім словесно-логічного мислення. Порушення слуху як первинний дефект обумовлює цілу низку вторинних відхилень у розвитку, що зачіпають як пізнавальну діяльність, так і особистість дитини загалом.

Навчання та виховання осіб з порушеннями слуху є завданням сурдопедагогіки. **Сурдопедагогіка** (лат. surdus – глухий) – педагогічна наука, яка вивчає особливості розвитку, навчання і виховання осіб з порушеннями слухової функції. Предметом сурдопедагогіки є процеси розвитку, навчання і виховання осіб з порушеннями слухової функції у різні вікові періоди їх розвитку.

На сьогодні найчастіше виділяють три групи причин і факторів, які викликають патологію слуху або сприяють її розвитку:

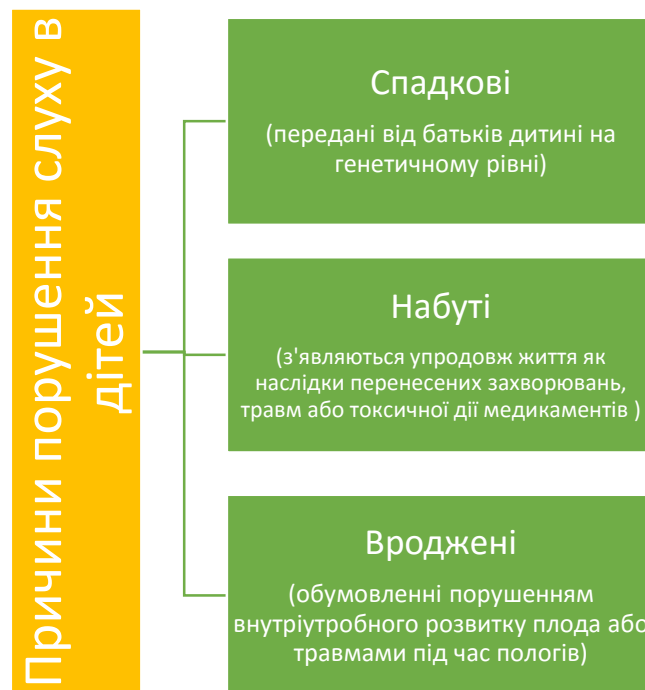


Рис. 3 – Причини порушення слуху

До категорії дітей із порушеннями слуху належать діти, які мають стійке (незворотне) двостороннє (на обидва вуха) порушення слухової функції, за якого звичайне мовленнєве спілкування з оточуючими ускладнене (приглухуватість) або неможливе (глухота). Ця категорія дітей являє собою різнорідну групу.

Часом буває складно виявити першопричину виникнення слухового дефекту. Можливе поєднання відразу кількох причин, що призводить до зниження слуху. Водночас одна й та сама причина може викликати різні форми приглухуватості або глухоти. За різними джерелами, від 4 до 6% населення нашої планети страждають на ті чи інші розлади слуху.

Педагогічні класифікації спрямовані на обґрунтування різних підходів до навчання дітей із порушеннями слуху. У нашій країні найбільше застосування

знаходить психолого-педагогічна класифікація Р. М. Боскіс та медико-акустична класифікація Л. Н. Неймана. Для з'ясування ступеня ураження слухової функції Л. В. Нейман проводив дослідження слуху глухих і дітей зі зниженим слухом методом тональної аудіометрії та за допомогою мовлення.

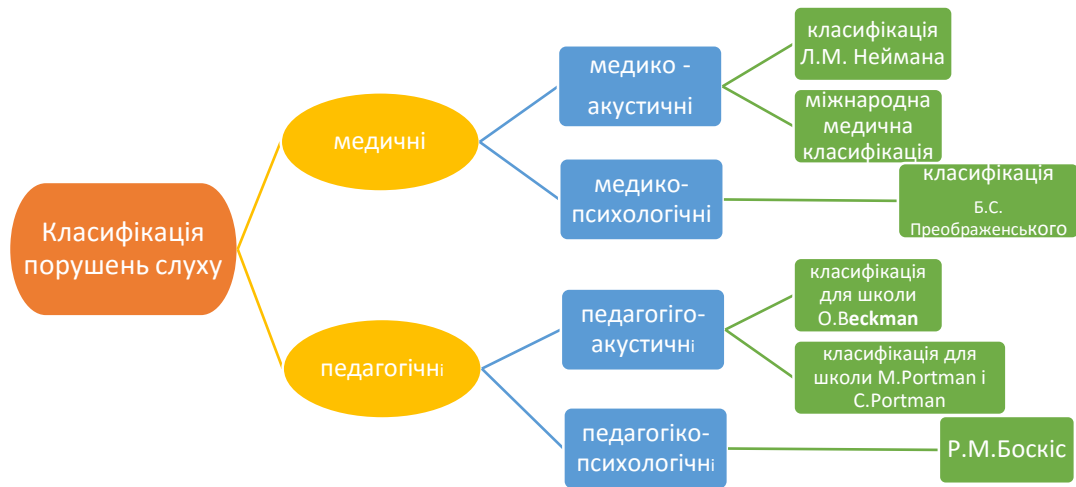


Рис. 4 – Класифікація порушень слуху

Для правильного розуміння розвитку дитини з вадою слуху важливо враховувати можливість самостійного оволодіння мовою. Порушення слуху, з одного боку, перешкоджає нормальному розвитку мовлення, з іншого – нормальне функціонування слухового аналізатора перебуває в залежності від рівня мовленнєвого розвитку. Чим вищий рівень мовленнєвого розвитку дитини, тим більше можливостей використовувати залишковий слух. Людина, яка володіє мовою, має достатній словниковий запас, здатна краще сприймати звернене мовлення, оскільки вловлює знайомі слова та фрази за змістом, у контексті фрази. Діти, у яких мовлення розвинене краще, справляють враження тих, хто чує. Чим кращий у дитини слух, тим більше можливостей для самостійного розвитку мовлення на основі наслідування мови оточуючих.

Мовлення слабчучої дитини має свої особливості, характеризується нерозбірливістю, глухістю, уповільненим темпом. Слабчуча дитина, яка втратила мовлення в ранньому віці, має недорозвинення всіх компонентів мовної системи (лексики, граматики, фонетики). Усі глухі діти мають більші чи менші залишки слуху. Залишковий слух у процесі спеціальної роботи з розвитку слухового сприйняття відіграє важливу роль у формуванні усного мовлення.

Якщо порушення слуху в дитини відбулося до 3 років, то мовлення самостійно не розвивається. Якщо слух порушений після 3 років, то в дитини збережеться фразове мовлення, але будуть відхилення в словнику, граматичній побудові мови та звуковимові.

При порушенні слуху у шкільному віці дитина володітиме фразовим мовленням, але будуть наявні помилки оглушення дзвінких приголосних і при вимові слів складної складової структури.

Розвиток мовлення буде залежати від умов виховання, від часу та віку початку корекційної роботи: чим раніше буде застосовано корекційні заходи, тим успішніше розвиватиметься мовлення.

Письмове мовлення відображає всі дефекти усного мовлення слабчучих. Окрім специфічного порушення мови, у дітей із порушеннями слуху трапляються й інші мовленнєві порушення.

При легкому ступені зниження слуху виявляється достатнім посилення гучності звучання мови на занятті. Це допомагає активізувати й ослаблений слух. При важких ступенях зниження слуху дітей привчають зчитувати з губ, використовують тактильно-вібраційну чутливість, на заняттях використовують і підключають залишковий слух.

Педагогічну класифікацію дітей з вадами слуху, розроблену Р. М. Боскіс, побудовано на критеріях, що враховують своєрідність розвитку дітей із відхиленнями функції слухового аналізатора (рис. 5).

Р. М. Боскіс виокремила 2 основні групи дітей з вадами слуху:

- глухі;
- слабчучі.

Цю класифікацію побудовано на психологічному вивченні взаємодії слуху та мовлення.

Теоретичною основою класифікації є положення, що визначають своєрідність розвитку дитини з порушеннями слухового аналізатора.

ДІТИ З ПОРУШЕННЯМ СЛУХУ

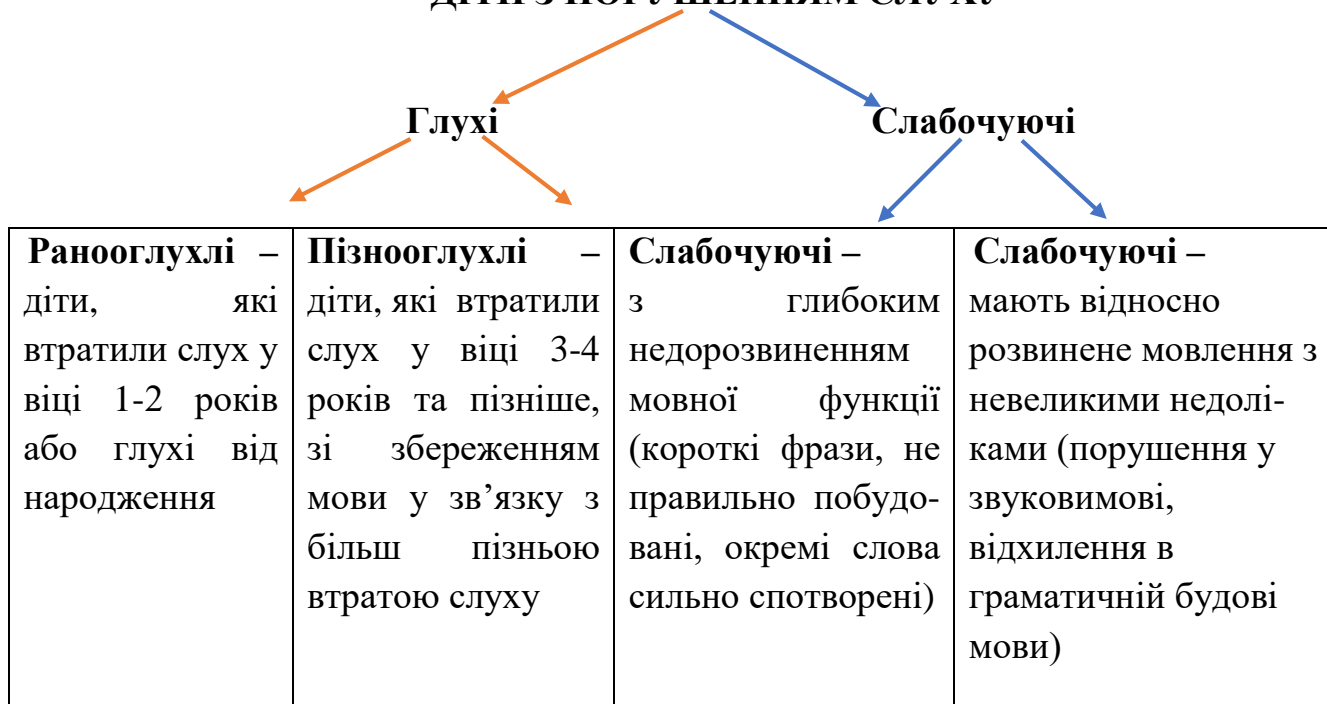


Рис. 5 – Педагогічна класифікація дітей із порушення слуху Р.М. Боскіс

В основу педагогічної класифікації дітей з вадами слуху, розроблену Р. М. Боскіс, покладено певні критерії (рис. 6):

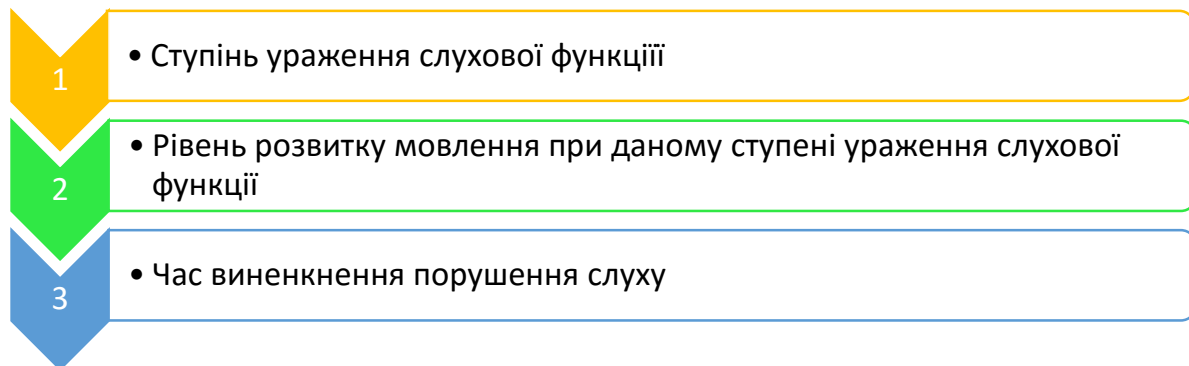


Рисунок 6 – Критерії класифікації порушень слуху Р. М. Боскіс

Критерієм оцінки порушення слуху є можливість використання залишкового слуху в спілкуванні та для розвитку мовлення. Даний критерій слугує для розмежування приглухуватості та глухоти.

Приглухуватість – стійке зниження слуху, що спричиняє труднощі у сприйнятті мови. Приглухуватість може бути виражена різною мірою: від невеликого порушення сприйняття пошепки до різкого обмеження сприйняття мови розмовної гучності. Дітей із приглухуватістю називають слабчочуючими

дітьми. Вони характеризуються тим, що їхня часткова слухова недостатність призводить не тільки до зменшення обсягу мовленнєвої інформації, що сприймається, а і до якісної своєрідності мовленнєвої функції. Наявність залишкового слуху набагато більшою мірою, ніж у глухих дітей, дозволяє слабчущим спонтанно накопичити певний словниковий запас і користуватися ним для спілкування з оточуючими. Однак у разі раннього зниження слуху або вродженої приглухуватості без спеціального навчання усне мовлення у слабчущих дітей не розвивається.

Глухота – найбільш різкий ступінь ураження слуху, при якому розбірливе сприйняття мови стає неможливим. **Глухі діти** – це діти з глибоким, стійким двостороннім порушенням слуху, набутим у ранньому дитинстві або вродженим. Глухота як первинний дефект, будучи причинно пов'язаною із вторинним порушенням розвитку – мовленням, призводить до низки інших відхилень психічного розвитку. Так, серйозні порушення словесного мовлення, а тим паче повна його відсутність, негативно позначаються на зоровому сприйнятті, на розвитку не тільки словесно-логічного, а й наочного мислення та інших пізнавальних процесів.

За наявністю або відсутністю додаткових відхилень у розвитку дітей із порушеним слухом можна віднести до таких груп:

- діти, які не мають додаткових відхилень у розвитку;
- діти, які мають додаткові відхилення в розвитку: порушення інтелекту, зору, опорно-рухового апарату, емоційно-вольової сфери.

За станом словесного мовлення серед дітей із порушеним слухом виділяють:

- ✓ дітей, які не розмовляють (ненавчені діти);
- ✓ дітей, у мовленні яких є окремі слова (на початковому етапі навчання);
- ✓ дітей, які мають коротку фразу з аграматизмом;
- ✓ дітей із розгорнутою фразовою мовою з аграматизмом;
- ✓ дітей із нормальним фразовим мовленням.

Структура складного дефекту при порушеннях слуху за Л. С. Виготським подана на рис. 7.

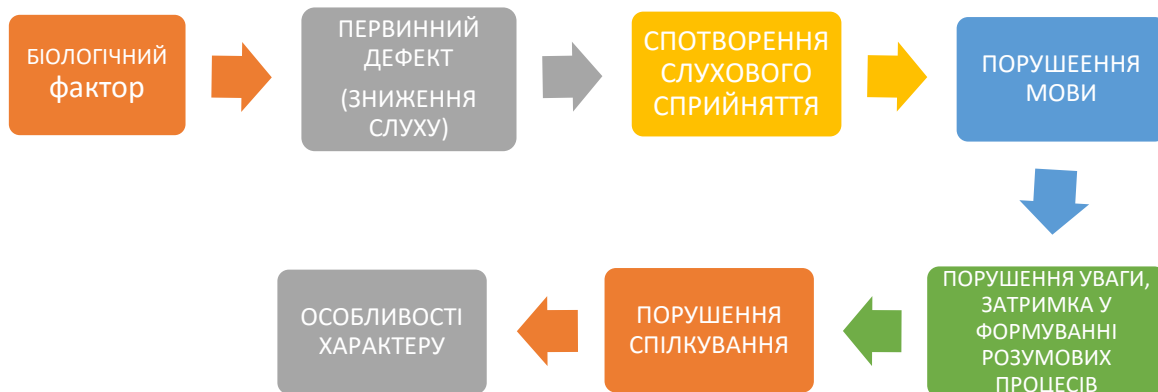


Рис. 7 – Структура складного дефекту при порушеннях слуху

Вчасно розпочатий систематичний корекційний вплив та адекватне його проведення протягом достатнього часу може наблизити рівень мовленнєвого розвитку навіть глухої дитини до максимально наближеного до норми.

Глухі діти дошкільного віку зі збереженим інтелектом становлять відносно однорідну групу. У дітей, які не отримали ранньої педагогічної допомоги, депривація психічного розвитку має характер не просто затримки тих чи інших функцій, а глибокого порушення особистісного розвитку, що нерідко виражається в неадекватності поведінки. Дитина не тільки відстає в мовленнєвому розвитку, а й часто набуває таких негативних рис особистості та поведінки, як агресивність, емоційна нестійкість, рухове розгальмування або, навпаки, скутість, негативне ставлення до мовлення та спілкування в цілому.

Порушення слуху та сповільнений своєрідний (порівняно з нормальним) розвиток мовлення глухих дітей створюють особливості в розвитку всієї їхньої пізнавальної діяльності. Складність структури розвитку психіки аномальної дитини А. С. Виготський вбачав у тому, що первинний дефект і його прямі наслідки спричиняють ті чи інші зміни в усьому психічному розвитку дитини та її особистості. Формування у дітей із порушеним слухом усного мовлення – одне з найбільш складних і важливих завдань навчання та виховання. Процеси пам'яті та мислення є центральними в пізнавальній діяльності. Вони нерозривно пов'язані з мовленням і в глухих розвиваються зі значною своєрідністю.

Своєрідність людини з порушенням слуху, її особливості вимагають спеціальних умов навчання, створення середовища, адекватного для повноцінного розвитку особистості глухої дитини.

Кожна глуха дитина має свої особливості. І тільки після їх визначення можна ставити й розв'язувати конкретні завдання навчання, обирати шляхи навчання, виховання та розвитку (рис. 8).



Рис. 8 – Структура розвитку дитини з порушенням слуху

Корекційну допомогу дітям із порушенням слухом надають в установах системи охорони здоров'я (сурдологічні кабінети, відділення, центри, стаціонари при ЛОР-відділеннях великих лікарень) і в системі освіти. Глухі та слабчуючі діти молодшого та шкільного віку можуть виховуватися і навчатися в таких освітніх установах: спеціалізованих навчальних закладах, школах-інтернатах, дитячих садках та навчально-реабілітаційних центрах для дітей із порушеннями слуху.

Саме там створені такі умови, які дозволяють подолати порушення розвитку, виправити процес становлення особистості, відновити нормальні психічні характеристики. Завдяки спеціальному навчанню у таких дітей вдається сформувати мову, пам'ять, мислення. У спеціалізованих школах малюків

навчають читання по губах. Завдяки особливому процесу навчання вдається навчити дитину різним формам мовленнєвої діяльності.

Ключову роль під час навчання таких дітей відіграють наочні прийоми – інсценізація, пантоміма тощо. Саме вони дозволяють створити уявлення на наочно-образному, а згодом і на відтвореному рівні.

Ефект корекційного впливу, а відтак і реалізація реабілітаційного потенціалу дітей із порушеним слухом багато в чому визначаються своєчасністю виявлення, характером зниження слуху, якісним слухопротезуванням та використанням під час занять різної звукопідсилювальної апаратури.

Сурдотехнічні засоби – спеціально розроблені пристрої, використання яких не забезпечує повного подолання дефекту, але істотно сприяє поліпшенню адаптаційних можливостей людей зі слуховою недостатністю.

Для допомоги в навчанні та вихованні дітей із порушеннями слуху широко використовуються різноманітні сурдотехнічні засоби. Основні види сурдотехнічних засобів:

- електроакустична апаратура (звукопідсилювальна апаратура);
- індивідуальні слухові апарати різного типу: внутрішньовушні, внутрішньоканальні, внутрішньоканальні глибокого занурення, завушні, кишенькові;
 - апарати, що мають автоматичне регулювання, програмовані, цифрові;
 - слухові тренажери;
 - світлові сигнальні прилади.

Л. С. Виготський вважав необхідною умовою докорінного поліпшення виховання дітей, які не чуять, максимальне використання всіх доступних видів мови і наголошував на важливості індивідуального, диференційованого підходу до їхнього виховання та вибору мовних засобів навчання. Незважаючи на серйозний і різноплановий негативний вплив глухоти й приглухуватості на перебіг розвитку дитини, навіть при найважчих ураженнях слухової функції за збереженого інтелекту можливості всебічного розвитку особистості дітей із порушеннями слуху не обмежені.

Під впливом соціальних факторів (передусім спеціального навчання), проявляючи наполегливість у подоланні труднощів на шляху свого розвитку, спричинених дефектом, особи зі стійкими порушеннями слуху досягають значних успіхів у різних сферах виробничої та громадської діяльності, у прояві своїх творчих здібностей.

Питання для самоконтролю

1. Яка роль слуху в розвитку дитини?
2. Поясніть, яким чином впливає порушення слуху на розвиток мовлення в дитячому віці.
3. Назвіть та охарактеризуйте причини порушень слуху.
4. Надайте визначення таких понять, як «глухота», «приглухуватість», «зниження слуху».
5. Охарактеризуйте особливості мовлення дитини зі зниженим слухом.
6. Яким чином зниження слуху впливає на засвоєння дитиною навчальних програм?
7. У чому полягає корекційна спрямованість навчання дітей із порушеннями слухової функції?
8. Перелічіть особливі освітні потреби дітей дошкільного віку з порушеннями слуху.

Тестові завдання

1. Сурдопедагогіка –це:

А- педагогічна наука, яка вивчає особливості розвитку, навчання і виховання осіб з порушеннями слухової функції;

В- педагогічна наука, яка вивчає людей, які втратили слух у віці, коли їхнє мовлення було більшою або меншою мірою сформоване;

С- педагогічна наука, яка займається вивченням людей у яких є відсутність або глибоке порушення слуху і, з огляду на це, відсутність мовлення;

Д- педагогічна наука, яка займається вивченням людей у яких є відсутність або глибоке порушення слуху і мовлення.

2. Глухі діти-це:

А- діти з цілковитою відсутністю слуху або його значним зниженням, за якого сприймання, розпізнавання і самостійне оволодіння усним мовленням (спонтанне формування мовлення) є неможливим;

В- діти з повною відсутністю слуху;

С- діти в яких відсутнє або глибоке порушення слуху і, з огляду на це, відсутність мовлення;

Д- діти з цілковитою відсутністю слуху або його значним зниженням, за якого можливе, сприймання, розпізнавання і самостійне оволодіння усним мовленням.

3. Не зараховуються до спеціальних шкіл (шкіл-інтернатів) для глухих дітей та дітей зі зниженим слухом:

А-діти з вадами слуху у поєднанні з тяжкою, глибокою розумовою відсталістю;

В-діти з тяжкими порушення мовлення на фоні нормального слуху (алалія, афазія та ін.);

С-дітей з порушенням діяльності вестибулярного апарату.

Д-діти з тяжкими комбінованими порушеннями.

4. На якій відстані сприймає розмовну мову дитина з ІІІ ступеню тугоухості:

А- менше 1 м;

В- більше 1 м;

С- розмовну мову не сприймає зовсім;

Д- біля вуха.

5. Серед дітей з розладами слуху не виділяють:

А- глухих;

В- дуже глухих;

С- слабочуючих;

Д- пізнооглухлих.

6. До категорії глухих відносять:

А- дітей, які втратили слух після того, як мовлення в них вже сформувалося;

В- дітей із частковою недостатністю слуху, що призводить до порушення мовленнєвого розвитку;

С- дітей, слух у яких пошкоджений так, що вони самостійно не можуть використати його для розвитку мовлення;

Д- усі відповіді є правильними.

7. Дактильїа форма мовлення - це:

А- засіб передачі інформації за допомогою міміки та жестів;

В- форма усного мовлення;

С- засіб передачі інформації за допомогою звукопідсилювальної апаратури;

Д- ручна азбука.

8. За класифікацією Л.В. Неймана, втрата слуху в мовленевому діапазоні частот поділяється на:

А- 7 ступенів;

В- 4 ступеня;

С- 2 ступеня;

Д- 5 ступенів.

9. Межа між туговухістю та глухотою пролягає на рівні:

А- 70 дБ;

В- 90 дБ;

С- 80дБ;

Д- 1 00 дБ.

10. Усі порушення слуху поділяють на:

А- кондуктивні;

В-нейросенсорні;

С- змішані;

Д- усі відповіді є правильними.

Рекомендована література:

Основна :

1. Навчання дітей із порушеннями слуху : навчально-методичний посібник / С. В. Кульбіда та ін. — Харків : Вид-во «Ранок», 2019. — 216 с.
2. Сергійчук О.М., Основи корекційної педагогіки: навчально-методичний посібник / О.М. Сергійчук, Ю.М. Багно, О.В Плужник ; за ред. О.М. Сергійчук. — Переяслав : Видавництво , 2020. — 224 с.
3. Спеціальна педагогіка : навчальний посібник для студентів вищій навчальних. закладів /О.В. Мартинчук, І.М. Маруненко, К.В. Луцько та ін. — К. : Київ. ун-т імені Бориса Грінченка, 2017. — 364 с.

Додаткова:

1. Дегтяренко Т.М., Вавіна Л.С. Корекційно-реабілітаційна робота в спеціальних дошкільних закладах для дітей з особливими потребами. – Суми : ВТД “Університетська книга”, 2008. – 302 с.
2. Іванюшева Н.В. Українська жестова абетка / Н.В. Іванюшева, С.В. Кульбіда – Київ : Педагогіка, 2005. – 64 с.
3. Миронова С.П., Гаврилов О.В., Матвеева М.П. Основи корекційної педагогіки : навчальний посібник / Миронова С.П., Гаврилов О.В., Матвеева М.П.; за заг. ред. Миронової С. П. – Кам'янець-Подільський: К-ПНУ ім. Івана Опенка, 2010. – 264 с.
4. Мороз Б.С., Луцько К.В. Сучасні технології реабілітації і навчання дітей з вадами слуху та мовлення : науково-методичний збірник / Б.С Мороз., К.В Луцько. – Київ: «А&Р», 2003. – 130 с.
- 5.. Фомічова Л.І Сурдопедагогіка : хрестоматія / Л.І Фомічова. – Київ : НПУ імені М.П. Драгоманова, 2003. 1, 2 тт.

ТЕМА 2. Особливості розвитку, виховання і навчання дітей із порушеннями зору

Зір (лат. visus – зір) – це здатність організму сприймати й диференціювати світлові подразнення за допомогою зорового аналізатора, що реалізується через зорову систему або зоровий аналізатор людини, який являє собою сукупність нервових структур, що сприймають і диференціюють світлові подразнення і визначають силу, напрямок, активність світла, його віддаленість, тобто проводять складну зорову орієнтацію в просторі. Зорові відчуття забезпечують людину найбільш диференційованими відомостями про те, що її оточує.

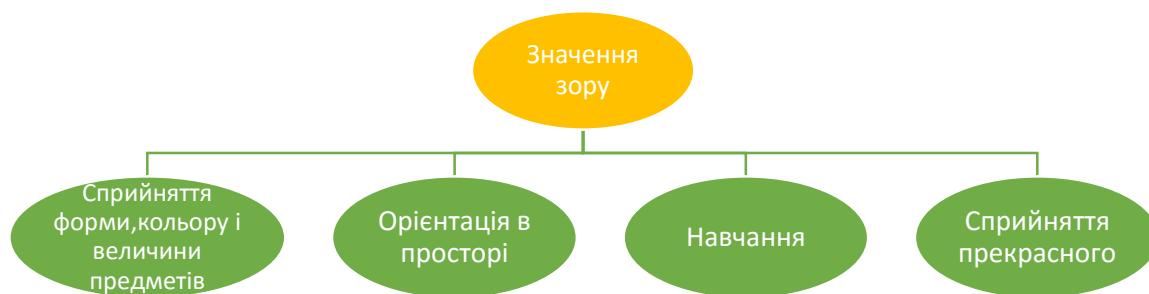


Рис. 9 – Значення зору

Зоровий аналізатор є складною нервово-рецепторною системою. Він складається з рецепторної частини (сітківки), зорових шляхів (зорових нервів, хіазми, зорових трактів), зорових центрів (підкіркових і кіркових). Периферійна частина зорового аналізатора – це очне яблуко із захисним (повіки, зіниця) і допоміжним (сльозові органи, м'язи очей, кон'юнктива) апаратом ока.

Висока організація нервових елементів зорової системи забезпечує складний зорово-просторовий аналіз і синтез предметів, процесів і явищ дійсності, що сприймаються.

У процесі сприйняття предметів і явищ навколишнього світу за допомогою зору ми дізнаємося про форму, величину, колір предметів, їх просторове розташування і ступінь їхньої віддаленості. Таку багату інформацію ми отримуємо за допомогою різних функцій зору. До основних (базових) функцій зору належать: гострота зору, розрізнення кольору, поле зору, характер зору та окорухові функції. Зниження будь-якої з перерахованих вище функцій неминуче

зумовлює порушення як під час самого процесу, так і в результаті зорового сприйняття.

Суттєвою особливістю зорового сприйняття є те, що воно завжди здійснюється у взаємодії з іншими видами чутливості. На відміну від інших сенсорних систем, зоровий аналізатор генетично розвивається в тісному зв'язку з мозком.

Із перших днів життя дитини зір тісно поєднується з дотиком, слухом, нюхом та іншими видами чутливості. У результаті утворюються складні динамічні системи зв'язків, які є чуттєвою основою всієї психічної діяльності та орієнтації дитини в просторі.

Основними захворюваннями, що призводять до розладів зору є аномалії рефракції (міопатія, гіперметропія, астигматизм), патологія кришталика (катаракта, афакія), атрофія зорового нерва, патологія судинної оболонки та сітківки ока, уроджені вади розвитку, глаукома, наслідки травм та опіки очей. У 85-95% випадків важка патологія очей у дітей є вродженою (табл. 1).

Табл. 1 – Причини порушення зору

<i>Вроджені</i>	<i>Набуті</i>
Вроджена сліпота обумовлюється ушкодженням або захворюванням плода в період внутрішньоутробного розвитку або виникає внаслідок впливу негативних спадкових факторів.	Набута сліпота в основному виникає внаслідок захворювань органів зору – сітчатки, роговиці або захворювань центральної нервової системи (менінгіт, пухлина мозку, менінгоенцефаліт), ускладнень після загальних захворювань організму (кір, грип, скарлатина), травматичних ушкоджень головного мозку або очей.

Окремо в соціальному розумінні виділяють:

➤ *практичну сліпоту* – втрачається здатність орієнтуватися в навколишньому середовищі, пересуватися без сторонньої допомоги поза межами власної оселі, хоча людина може володіти світловідчуттям;

➤ *побутову сліпоту* – різко знижується гострота зору загалом (0,02);

➤ *виробничу сліпоту* – зір падає настільки, що людина не може працювати навіть за умови застосування будь-яких оптичних засобів;

➤ *професійну сліпоту* – зір падає настільки, що виконання звичної професійної діяльності стає неможливим.

За ступенем порушення зору сліпі діти поділяються на:

✓ **Абсолютно** (тотально) сліпих, до яких відносяться і діти із залишковим світловідчуттям на рівні розрізнення світла і тіні або зі звуженням поля зору. Поле зору – це простір, усі точки якого видно при непорушному погляді. В нормі поле зору дорівнює 180° по горизонталі та 110° по вертикалі, але для червоного, синього та зеленого кольорів та для предметного бачення воно звужується також і в нормі. Звуження поля зору до 10° діагностується як сліпота.

✓ **Частково** (парціально) сліпих, до яких відносять дітей із залишковим зоровим сприйняттям, яке дозволяє розрізнити на близькій відстані контури предметів; дітей із гостротою зору від 0,01 до 0,04, що дозволяє орієнтуватися під час ходьби, розрізнити на деякій відстані форми предметів та яскраві кольори.

Табл. 2 – Групи дітей із порушеннями зору

<p><u>Сліпі діти (сліпота)</u> – різко виражений ступінь аномалії розвитку і порушення зорового аналізатора, при якому стає неможливим або дуже обмеженим зорове сприйняття дійсності внаслідок відсутності зору або глибокого порушення гостроти центрального зору (від 0 до 0,4), чи звуження поля зору (до 10°–15°) при більш високій гостроті зору. Такий розлад зору призводить до інвалідності. Сліпі діти поділяються на сліпонароджених і осліплених. Сліпонароджені – це діти, які народилися сліпими або втратили зір до формування мовлення.</p>	<p><u>Діти зі зниженим зором</u> – це діти, які мають захворювання очей, що викликає стійке зниження гостроти зору (від 0,05 до 0,4 на оці, що краще бачить, з використанням засобів корекції), або зі звуженням поля зору до 20° від точки фіксації; діти з косоокістю та амбліопією.</p>
--	---

Сліпі діти не можуть безпосередньо сприймати візуальні та просторові ознаки об'єктів і явищ, що негативно позначається на розвитку їхньої рухової активності, ускладнює орієнтацію в просторі, звужує чуттєвий досвід, перешкоджає розвитку образного мислення.

Сліпота та слабозорість із погляду спеціальної педагогіки являють собою категорію психофізичних порушень, що виявляються в обмеженні зорового сприйняття або його відсутності, що впливає на весь процес формування та розвитку особистості.

Ступінь вираженості відставання в розвитку у сліпих і слабозорих дітей залежить від причин, тяжкості та часу виникнення порушень зору, а також від своєчасного початку корекційної роботи.

Наслідками сліпоти у дітей є:

- обмеженість рухової сфери;
- неповнота змісту соціального досвіду;
- своєрідність емоційно-вольової сфери, характеру, чуттєвого досвіду;
- виникнення труднощів в ігровій та навчальній діяльності;
- невпевненість, пасивність, схильність до самоізоляції;
- підвищена збудливість, дратівливість, агресивність тощо.

Структура складного дефекту при порушеннях зору за Л. С. Виготським подана на рис. 10.

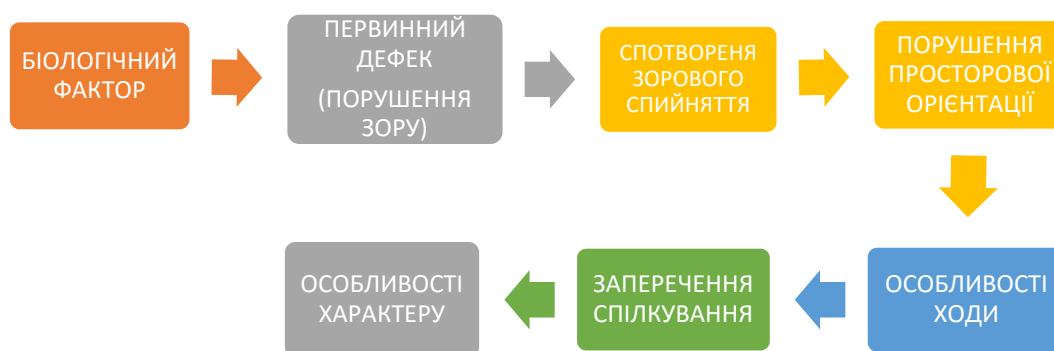


Рис. 10 – Структура складного дефекту при порушеннях зору

Особливостями розумового розвитку дітей з вираженими дефектами зору є обмеженість знань і уявлень про навколишнє середовище з переважанням загальних, неконкретних знань; при достатності формального словникового

запасу (вербалізм) відзначається недостатня предметна співвіднесеність слів. Втрата зору формує своєрідність емоційно-вольової сфери, характеру, чуттєвого досвіду. Незрячі діти стикаються з труднощами в навчанні, у грі, в оволодінні професійною діяльністю. У старшому віці з'являються побутові проблеми, які призводять до переживань та є причиною негативних реакцій. Дефекти зору в дітей можуть бути причиною затримки розвитку рухових умінь і навичок, а також низької моторної активності дитини, загальної повільності. На цьому фоні в дітей нерідко виникають рухові стереотипоподібні рухи. Для дітей із дефектами зору характерними є повільність, низька психічна активність, підвищена виснаженість.

Компенсація функції зору у сліпих дітей відбувається за рахунок активності збережених аналізаторів – слухового, тактильного, смакового, шкіряного та ін. Сліпі діти мають частково збережену зорову пам'ять, яку необхідно розвивати. У процесі розвитку в сліпих утворюються нові способи сприйняття та аналізу дійсності, просторової орієнтації, що відіграє відповідну роль у їх пізнавальній діяльності. Великого значення набувають спеціально організоване навчання і виховання сліпих дітей, що попереджає та коригує виникнення вторинних відхилень в їх розвитку, формує та стимулює компенсаторні процеси. Для забезпечення успішного компенсаторного розвитку сліпих необхідні: формування у них різних видів діяльності, виховання настирності та самостійності, оптимізація соціальних взаємин і групової взаємодії, спілкування в колективі.

Слабозорим дітям притаманні деякі особливості поведінки, спричинені дратівливістю, замкнутістю, негативізмом і деякими іншими рисами характеру. Ці недоліки є наслідками невдач, труднощів у навчанні, грі, спілкуванні з однолітками через дефекти зору. Своєрідність характеру та поведінки сліпих зумовлює в деяких випадках невпевненість, пасивність, схильність до самоізоляції або ж, навпаки, провокує підвищену збудливість, дратівливість. Саме тому такі діти потребують спеціальних умов виховання та навчання.

Корекційно-педагогічна робота з дітьми з порушеннями зору проводиться у спеціальних установах, як-от дитячі садки, ясла-садки та дошкільні групи для

сліпих дітей; групи для слабозорих дітей, дітей із косоокістю та амбліопією, спеціальні установи комбінованого типу.

Метою корекційної роботи з дітьми в спеціалізованих установах та групах є: виховання, лікування, відновлення і розвиток порушених функцій зору, а також підготовка сліпих і слабозорих дітей до шкільного навчання, соціальна адаптація та трудове навчання. До основних методів корекційно-педагогічної роботи з дітьми з порушенням зору відноситься:

- широке застосування наочності, що адаптується до умов сприйняття (зорового або дотикового);
- використання оптичних засобів корекції зорового сприйняття;
- проведення спеціальної роботи з ознайомлення з навколишнім світом (екскурсії, спостереження) за регулювальної ролі мовлення як засобу компенсації сліпоти та слабозорості;
- розвиток предметно-практичних дій на основі поетапного, поопераційного виконання завдань (ручна праця, конструювання, ліплення, аплікація тощо);
- організація наступності між навчанням у дитячому садку і школах інтернатах для дітей із порушенням зору, між громадським і сімейним вихованням.

На розвитку вищих психічних функцій сліпота, по суті, не позначається. Однак певний дисбаланс почуттів та інтелекту може спостерігається. Можливі вади характеру: дратівливість, негативізм, агресивність, замкнутість.

Із метою компенсації дефектів зору широко застосовуються тифлотехнічні та аудіовізуальні засоби навчання. **Тифлотехніка** є галуззю дефектології, що займається конструюванням технічних приладів і пристосувань для компенсації зору. Загальна мета тифлотехнічних засобів – наближення можливості навчання дітей з дефектами зору до рівня учнів з нормальним рівнем зору. Технічні засоби навчання допомагають передати інформацію про візуальні ознаки предметів та явищ, використовуючи замість ураженого збережений аналізатор, слухові або тактильні сигнали, також вони виконують функції зворотного зв'язку. Деяким дітям може знадобитися всього два-три спеціальних адаптивних пристрої. Деякі користуються безліччю різноманітних гаджетів.

Є кілька способів класифікації тифлотехніки. Найпростіший – розділити всі пристосування і пристрої на ті, в яких є лінзи, та ті, в яких їх немає, плюс окрема категорія для високотехнологічних електронних пристроїв (рис. 11).

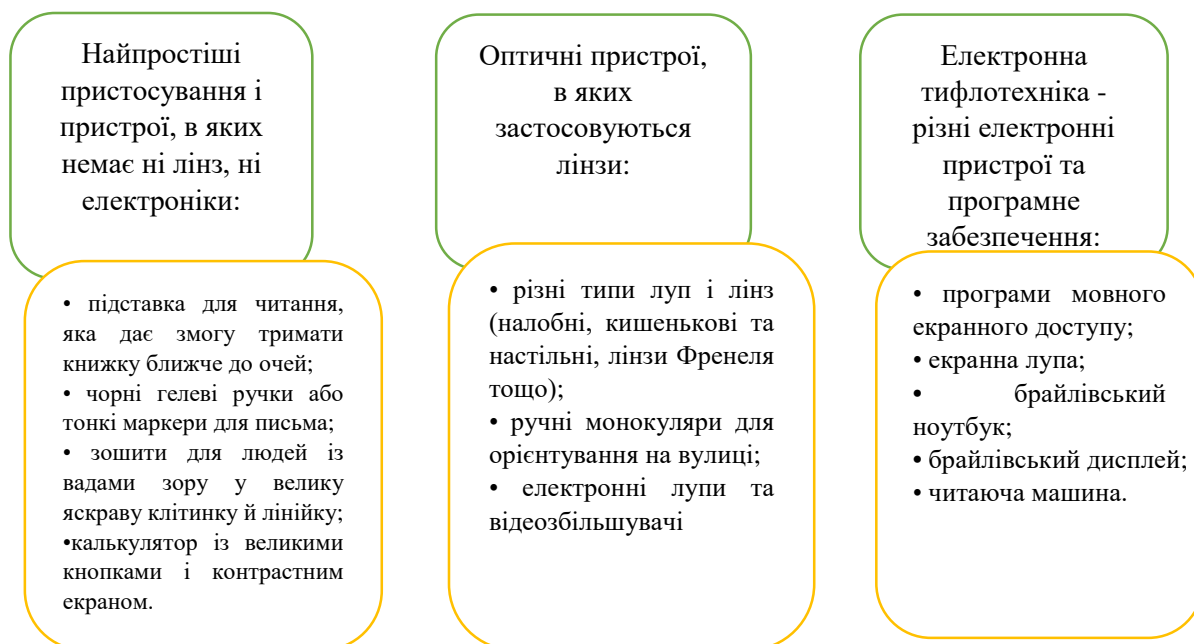


Рис. 11 – Категорії тифлотехнічних засобів

Набір пристроїв і гаджетів, яким користуватиметься конкретна дитина, індивідуальний і залежить від багатьох факторів: від її зорових можливостей, розумового розвитку, потреб для побуту та навчання (табл. 3).

Табл. 3 – Тифлотехнічні засоби

<i>Для слабозорих</i>	<i>Для незрячих</i>
<ul style="list-style-type: none"> • окуляри або контактні лінзи • кишенькова або настільна лупа • підставка для читання • кольорові прозорі накладки на сторінку для збільшення контрасту • зошити для людей із вадами зору у велику клітинку або лінійку • чорна гелева ручка • калькулятор із великими клавішами та екраном • електронна лупа, відеозбільшувач 	<ul style="list-style-type: none"> • брайлівська друкарська машинка, • папір з опуклим розлініюванням для письма або креслення • рамка для підпису • калькулятор із голосовими підказками • диктофон • електронний словник, програма мовного екранного доступу • брайлівський дисплей • аудіокниги

Для навчання і виховання дітей із порушеннями зору використовуються спеціальні засоби навчання:

➤ для сліпих видають різноманітну літературу з рельєфно-крапковим шрифтом (система Л. Брайля) – підручники, навчальні посібники; науково-популярна, дитяча, художня, музична тощо. Малюнки, креслення, схеми, інші ілюстрації – рельєфні, що сприймаються на дотик;

➤ для дітей із залишковим зором призначені видання, що поєднують рельєфний і кольоровий друк;

➤ для людей із ослабленим зором випускають спеціальні підручники та навчальні посібники з укрупненим шрифтом і адаптованими кольоровими ілюстраціями.

Система компенсації дітей із порушенням функції зору складається з низки психічних процесів і утворень, що виникають у дітей у процесі формування повноцінної особистості. Саме формування повноцінної особистості незрячого і є кінцевою метою розвитку системи компенсації.

Питання для самоконтролю

1. Поясніть сутність зору та зорового аналізатора.
2. Надайте визначення тифлопедагогіки.
3. Розкрийте сучасні погляди на проблеми осіб із порушеннями зору.
4. Охарактеризуйте групи дітей із порушеннями зору.
5. Назвіть причини виникнення зорових порушень.
6. Які особливості психічного розвитку сліпих дітей та дітей зі зниженим зором?
7. Які труднощі можуть виникнути у процесі шкільного навчання дітей із порушеннями зору?
8. У чому полягає корекційна спрямованість навчання дітей із порушеннями зорової функції?
9. Як впливає порушення зору на психічний розвиток дитини?
10. Охарактеризуйте особливості організації корекційно-педагогічного процесу в дошкільних освітніх закладах.

Тестові завдання

1. Діти з повною відсутністю зорових відчуттів це:

- A- сліпі;
- B- слабозорі;
- C- тотально сліпі;
- D- парціонально сліпі.

2. Наука про навчання і виховання осіб з порушеннями зору-це:

- A- дефектологія;
- B- тифлопедагогіка;
- C- сурдопедагогіка;
- D- тифлопсихологія.

3. За ступенем порушення зору сліпі діти можуть поділяються на:

- A-вроджених, набутих;
- B-загальних, основних,
- C-абсолютно сліпих, слабобачущі;
- D- спадкові, набуті.

4. Діти зі зниженим зором — це:

- A-діти, які мають захворювання очей, що викликає стійке зниження гостроти зору;
- B-діти, з різко вираженим ступенем аномалії розвитку і порушень зорового аналізатора;
- C- діти з залишковим світловідчуттям на рівні розрізнення світла і тіні або зі звуженням поля зору;
- D- діти які мають різке виражене тимчасове зниження функцій зорового аналізатора.

5. Зоровий аналізатор забезпечує виконання функцій:

- A- центрального зору;
- B- бінокулярного зору;
- C- відчуття світла;
- D- усі відповіді є правильними.

6. Периферійний зір призначений для:

- A- сприйняття кольорів та об'єктів малих розмірів;
- B- сприйняття навколишнього фону та великих об'єктів;
- C- просторового сприйняття, об'єму та рельєфу предметів, бачення двома очима;
- D- сприйняття й розрізнення різноманіття кольорів у навколишньому світі.

7. До ступенів втрати зору, які розрізняють, не входить:

- A- абсолютна сліпота;
- B- глибока сліпота;
- C- тотальна сліпота;
- D- практична сліпота.

8. До категорії сліпих відносять дітей:

- A- у яких повністю відсутні зорові відчуття;
- B- збережені відчуття світла;
- C- збережений залишковий зір;
- D- усі відповіді є правильними.

9. До категорії слабозорих відносять дітей з гостротою зору:

- A- від 0,01 D до 0,2 D;
- B- від 0,05 D до 0,4 D;
- C- від 0,03 D до 0,8 D;
- D- від 0,08 D до 0,5 D.

10. До особливостей психічного розвитку дітей з порушенням зору не належать:

- А- особливості уваги;
- В- особливості пам'яті;
- С- особливості розвитку мовлення;
- Д- особливості сприйняття

Рекомендована література:

Основна :

1. Костенко Т. М., Гудим І.М.. Навчання дітей із порушенням зором: навчально-методичний посібник. Харків : Ранок, 2019.184 с.
2. Синьова Є. П., Федоренко С. В Тифлопедагогіка: підручник для студентів вищих навчальних закладів. Київ : НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2018. 325 с.
3. Спеціальна педагогіка : навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / Мартинчук О.В. та ін. Київ : КУ ім. Бориса Грінченка, 2017. 364 с.

Додаткова:

1. Вавіна Л.С. Розвиваємо у дитини вміння бачити: Від народження до 6 років: [поради батькам] / Л.С. Вавіна, В.М. Ремаржевська. – К.: Літера ЛТД, 2008. – 128 с., іл.
2. Костенко Т. М. Навчання дітей із порушеннями зору : навчально-методичний посібник / Т. М. Костенко, І. М. Гудим. — Харків : Вид-во «Ранок», 2019. — 184 с.
3. Миронова С.П., Гаврилов О.В., Матвєєва М.П. Основи корекційної педагогіки : навчальний посібник / С.П Миронова, О.В. Гаврилов, М.П. Матвєєва ;за заг. ред. Миронової С. П. – Кам'янець-Подільський: К-ПНУ ім. Івана Опенка, 2010. – 264 с.
4. Гребенюк Т.М. Медико-психологічна корекція зорового сприймання у дошкільників з вадами зору : навчальний посібник / Т.М. Гребенюк, І.О. Сасіна, Ю.В. Тімакова. — К., 2005. — 147 с

ТЕМА 3. Особливості розвитку, виховання та навчання дітей із порушеннями мовлення

Порушення мовлення – збірний термін для позначення відхилень від норми, прийнятої в даному мовному середовищі, що повністю або частково перешкоджають мовленнєвому спілкуванню й обмежують можливості соціальної адаптації людини. Про порушення мовлення говорять тоді, коли мають місце відхилення функціонування психофізіологічних механізмів мовлення; невідповідність рівня мовленнєвого розвитку віковій нормі. Вади мовлення не долаються самостійно і можуть негативно впливати на психічний розвиток індивіда.

У спеціальній літературі термін «порушення мовлення» замінюються іншими термінами: «розлади мовлення», «мовленнєва патологія», «мовленнєві відхилення».

Специфіка відхилень та їхня вираженість залежать від часу їхнього прояву (у процесі мовленнєвого розвитку або після його завершення), від рівня психічного та інтелектуального розвитку дитини, від впливу довкілля та інших факторів.

Порушення мовлення характеризуються тим, що виникнувши, вони самостійно не зникають, а закріплюються; не відповідають віку мовця; потребують певного втручання залежно від їхнього характеру; можуть позначатися на подальшому розвитку дитини, затримуючи та спотворюючи його.

Діти з порушеннями мовлення виділяються в особливу групу серед дітей з різними патологіями. Наука, що займається порушеннями мовлення, способами їх подолання та корекції, називається логопедією. **Логопедія** – один із розділів дефектології, наука про порушення розвитку мовлення, його подолання й попередження шляхом спеціального корекційного навчання та виховання.

Усі вади мовленнєвих порушень можна розподілити на дві великі групи залежно від того, який вид мови порушений – усна чи письмова.

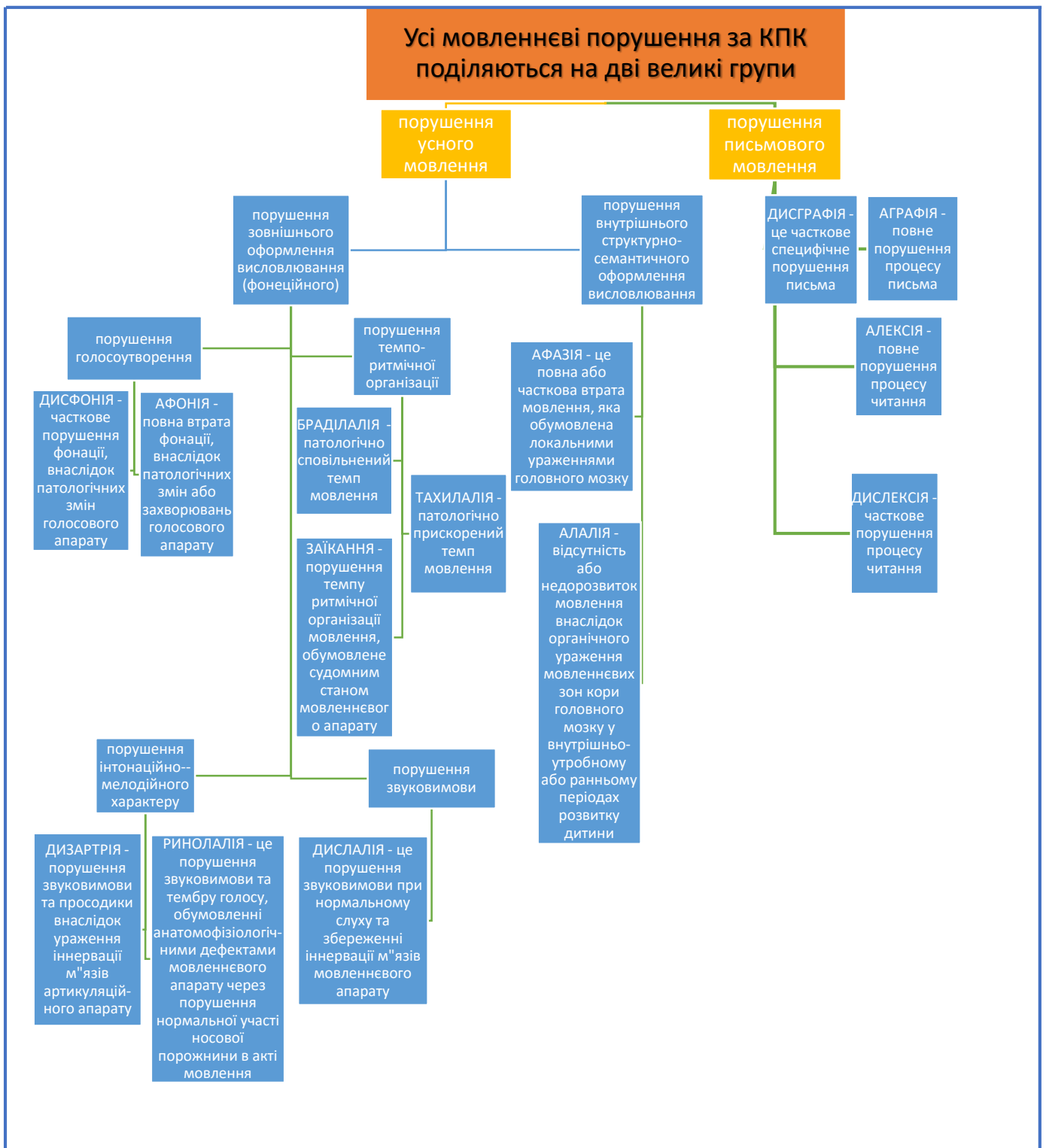


Рис. 12 – Клініко-педагогічна класифікація мовленнєвих порушень

Порушення усної мови поділяються на два типи:

1. Фонаційного (зовнішнього) оформлення висловлювання, яке називають порушенням вимовної сторони мови, до яких відносяться:

- *афонія, дисфонія* – відсутність або порушення голосу;
- *тахілалія* – патологічно прискорений темп мовлення;
- *брадилалія* – патологічно сповільнений темп мовлення;

- *заїкання* – порушення темпо-ритмічної організації мовлення, обумовлене судомним станом м'язів артикуляційного апарату;
- *дислалія* – порушення вимовної сторони мовлення при нормальному слуху та збереженій іннервації мовленнєвого апарату;
- *дизартрія* – порушення вимовної сторони мовлення, обумовлене недостатньою іннервацією мовленнєвого апарату;
- *ринолалія* – порушення тембру голосу та звуковимови, обумовлене анатомо-фізіологічними дефектами мовленнєвого апарату.

2. Структурно-семантичного (внутрішнього) оформлення висловлювання, яке називають системним або поліморфним порушенням мови.

- *алалія* – відсутність або недорозвинення мовлення внаслідок органічного ураження мовленнєвих зон кори головного мозку;
- *афазія* – повна або часткова втрата мовлення, обумовлена локальними пошкодженнями головного мозку.

Це складні вади, при яких страждають не лише всі сторони мовлення, а й особистісний розвиток людини.

До порушень писемного мовлення відносяться:

- *дислексія (алексія)* – часткове (повне) порушення процесів читання;
- *дисграфія (аграфія)* – часткове (повне) порушення процесів письма.

Таким чином, у сучасній логопедії виділяють 11 форм порушень мовлення. Дев'ять із них – це порушення усного мовлення, що виникають на різних етапах його формування та реалізації, та 2 – порушення писемного мовлення. Варто зазначити, що до цієї класифікації входять тільки ті види порушень, для яких створено спеціальні методики виправлення. Всередині цих порушень можуть бути свої види й підвиди, які детально розглядає логопедія.

До **загального недорозвинення мовлення (ЗНМ)** відносять різні поліморфні дефекти мовлення, при яких відбуваються порушення у формуванні всіх компонентів мовленнєвої системи, що належать до звукозмістової сторони.

Існує кілька загальних ознак цих порушень: пізній розвиток мовлення, бідний словниковий запас, різноманітні дефекти вимови, аграматизми; при відзначаються порушення при утворенні фонем.

Ступінь недорозвинення може бути різним: мовлення може бути відсутнє повністю, або бути лепетливим, або ж достатньо розгорнутим, але з різними елементами фонетичного та лексико-граматичного недорозвинення.

Основні причини патології дитячого мовлення:

- наявність різноманітних внутрішньоутробних патологій, зокрема порушення розвитку плода в період від 4 тижнів до 4 місяців, наявність токсикозу вагітності, вірусних та ендокринних захворювань, травм, несумісності крові за резус-фактором тощо;
- родові травми й асфіксії (кисневе голодування мозку через порушення дихання) під час пологів, які призводять до внутрішньочерепних крововиливів;
- наявність захворювань у перші роки життя дитини (інфекційно-вірусних, менінгоенцефалітів, ранніх тривалих шлунково-кишкових розладів);
- травми черепа, які супроводжувалися струсом мозку;
- наявність тих чи інших спадкових факторів;
- несприятливі соціально-побутові умови, які призводять до педагогічної занедбаності та дефіциту в розвитку мовлення.

Усі ці вади є різними за причинами, характером порушення ланки (голос, темп, звуковимова). Вони часто вимагають допомоги не лише логопеда, а й інших фахівців (лікаря, психолога, фоніатра). Психолого-педагогічна класифікація є необхідною для організації логопедичного впливу в умовах роботи з дитячим колективом (усередині окремої групи).

Порушення мовлення можуть виникати внаслідок дії як однієї причини, так і їх поєднання. Виражені відхилення в мовленнєвому розвитку дитини можуть мати найнесприятливіші наслідки:

- відставання в психічному розвитку;
- сповільненість формування вищих рівнів пізнавальної діяльності;
- поява порушень емоційно-вольової сфери, що може призвести до формування особливих особистісних якостей, а саме: замкнутості, емоційної нестійкості, відчуття неповноцінності, нерішучості тощо;
- виникнення труднощів у засвоєнні письма і читання, що знижує успішність дитини.

Структура складного дефекту при порушеннях мовлення за Л. С. Виготським подана на рис. 13.

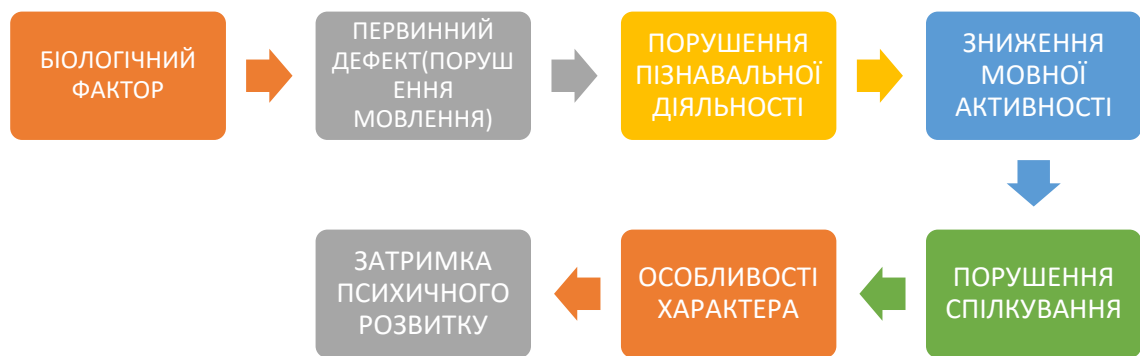


Рис. 13 – Структура складного дефекту при порушеннях мовлення

На початковому етапі навчання корекційна робота спрямована на розвиток передумов для розвитку мовлення: формування інтересу до довкілля, розвиток предметної діяльності, слухова увага та сприйняття, вдосконалення фонематичного слуху та активізація артикуляційного апарату.

Мета корекції мовлення – зведення наявних порушень до мінімуму. При цьому вирішуються основні завдання: розширення запасу слів (розвиток словника); активізація словника; уточнення значення слів; постановка – автоматизація – диференціація звуків (у складах, словах, реченнях); розвиток зв'язного мовлення; вироблення мовленнєвого дихання.

Планування роботи з корекції мовлення потрібно здійснювати, зважаючи на його структуру, тобто після з'ясування, з яких елементів складається мовлення, якими функціями володіє, чим характеризується тощо.

Діти, порушення мовлення яких обумовлені органічними ураженнями ЦНС, характеризуються швидкою втомлюваністю, передусім у розумових видах діяльності. Вони можуть бути дратівливими, збудженими, розгальмованими, неспокійними, непосидючими; їх настрій швидко змінюється внаслідок емоційної нестійкості. В окремих дітей спостерігається загальмованість, зниження уваги та розумової працездатності. Мовленнєві порушення будуть викликати в дітей цієї категорії нестійкість уваги, труднощі із запам'ятовуванням, недостатність регулюючої функції мовлення, порушення пізнавальної діяльності та розумової працездатності.

Діти з порушеннями мовлення функціонального характеру характеризуються як підвищеною збудливістю, негативізмами, розладами поведінки, так і навпаки – надмірною сором'язливістю, невпевненістю, ранимістю.

У роботі з дітьми, що потребують корекції порушень мовлення, потрібно брати до уваги, що будь-яке мовленнєве відхилення від норми може призвести до шкільної неуспішності, порушень поведінки, проблем у спілкуванні як з однолітками, так і дорослими. Такі діти після ретельного обстеження фахівцями мають одержувати відповідну психолого-педагогічну і (або) медичну допомогу; вони потребують індивідуального підходу у процесі навчання та виховання.

Основні напрями корекційної роботи з особами з мовленнєвими порушеннями:

- корекція сенсорних функцій;
- корекція моторних функцій;
- корекція пізнавальних функцій (пам'яті, мислення, мовлення тощо);
- корекція емоційно-вольової сфери;
- корекція особистісних і комунікативних особливостей.

Під час аналізу причин виникнення порушень необхідно враховувати співвідношення мовленнєвого дефекту та збережених аналізаторів і функцій, які можуть стати джерелом компенсації в процесі корекційного впливу. Велике значення має рання діагностика різних аномалій розвитку мовлення. Необхідні знання й оцінка вікових норм соматичного, сенсомоторного та психічного розвитку дітей. Обґрунтування корекційної роботи із званою категорією дітей передбачає ретельно зібраний анамнез із поглибленим аналізом домовленнєвого періоду, багатоаспектне логопедичне обстеження, оцінку вікової нормативності виявлених симптомів, спостереження за процесом комунікації дітей, спостереження та фіксація позитивних зрушень у спілкуванні. Від інших категорій осіб з обмеженими можливостями дітей із вадами мовлення відрізняють нормальний біологічний слух, зір і повноцінні передумови інтелектуального розвитку. Виокремлення цих диференціальних ознак необхідне для їхнього відмежування від мовленнєвих порушень, характерних для дітей з

олігофренією, затримкою психічного розвитку, незрячих і слабозорих, дітей із раннім дитячим аутизмом тощо.

Питання для самоконтролю

1. Охарактеризуйте закономірності розвитку мовлення в онтогенезі.
2. Назвіть причини, які призводять до порушень мовлення у дітей.
3. Наведіть сучасні класифікації порушень мовлення.
4. Опишіть особливості розвитку дітей із мовленнєвими порушеннями.
5. Назвіть та охарактеризуйте заклади для дітей із порушеннями мовлення.
6. Обґрунтуйте, чому заклади для дітей із порушеннями мовлення є диференційованими.
7. Які основні напрями корекційної роботи з дітьми? Розкрийте їх сутність.
8. Укажіть ознаки загального недорозвинення мови.

Тестові завдання для перевірки знань

1. Виділіть розлади усного мовлення:

- А- заїкуватість, дизартрія, алалія, дислалія, ринолалія ;
- В- заїкуватість, дизартрія, алалія, дислалія, ринолалія, дислексія;
- С- дислексія, дизартрія, алалія, дислалія, ринолалія, дисграфія;
- Д- дислексія, дисграфія, дислалія.

2. Виділіть розлади письмового мовлення:

- А- дислексія, дисграфія;
- В- дислексія, дисграфія, дислалія;
- С- дизартрія, алалія, дислалія, , дислексія;
- Д- дислексія, дисграфія, ринолалія.

3. Розлад мови в певній мірі негативно впливає на:

- А- весь психічний розвиток дитини;
- В- розумовий розвиток;
- С- формування особистості дитини;

D- розвиток мислення.

4. Які умови необхідні для своєчасного й нормального розвитку мови дитини?

A- збережений слух;

B- відсутність порушень будови артикуляційного апарата;

C- нормальний інтелект;

D- повноцінне мовне середовище;

E- всі перераховані умови.

5. Афазія - це:

A- повна або часткова втрата мови внаслідок важких соматичних захворювань;

B- порушення усного мовлення, що виникає при різних локальних ураженнях мозку;

C- відсутність або недорозвинення мови внаслідок органічної ураження мовленнєвих зон кори головного мозку;

D- порушенні граматичної сторони мовлення.

6. Частковий розлад процесу письма називається:

A- заїканням;

B- ринолалією

C- гіпотонією;

D- дисграфією.

7. Розлад голосу, що виражається в порушенні його основних характеристик - висоти, сили й тембру?

A- афонія;

B- дисфонія;

C- алалія;

D- брадилалія.

8. Всі мовні розлади класифікують за:

- A-клінічними симптомами мовного розладу;
- B-медичними показниками здоров'я;
- C-порушеннями психічних функцій;
- D-педагогічною занедбаністю.

9. Якісно нижчий рівень сформованості тієї чи іншої мовленнєвої функції або всього мовлення в цілому:

- A-симптом порушення мовлення;
- B-порушення мовлення;
- C-недорозвинення мовлення;
- D-патогенез порушення мовлення.

10. Що таке розлад мовлення?

- A-втрата сформованих писемних навичок внаслідок нерегулярного навчання;
- B-втрата сформованих лінгвістичних знань;
- D-втрата сформованих мовленнєвих навичок й комунікативних умінь внаслідок уражень головного мозку.

11. Психолого-педагогічна класифікація порушень мовлення поділяється на такі групи:

- A- фонаційного (зовнішнього) оформлення вислову;
- B- порушення засобів спілкування та порушення в застосуванні засобів спілкування;
- C- системних порушень мовлення;
- D- усі відповіді вірні.

Рекомендована література:

Основна :

1. Колупаєва А. А. Навчання дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивному середовищі: навчально-методичний посібник / А. А. Колупаєва, О.М. Таранченко. — Харків : Вид-во «Ранок», 2019. — 304 с
2. Рібцун Ю. В. Дитина з порушеннями мовленнєвого розвитку / Ю. В. Рібцун. — Харків : Вид-во «Ранок», ВГ «Кенгуру», 2018. — 40 с. — (Інклюзивне навчання).
3. Сергійчук О.М., Основи корекційної педагогіки: навчально-методичний посібник / О.М. Сергійчук, Ю.М. Багно, О.В. Плужник ; за ред. О.М. Сергійчук. — Переяслав : Видавництво , 2020. — 224 с.
4. Спеціальна педагогіка : навчальний посібник. для студентів вищих навчальних закладів. / О.В. Мартинчук, І.М. Маруненко, К.В. Луцько [та ін.] — К. : Київ. ун-т імені Бориса Грінченка, 2017. — 364 с.

Додаткова:

—316 с.

1. Колупаєва А.А., Таранченко О.М. Діти з особливими потребами в загальноосвітньому просторі: початкова ланка. Путівник для педагогів: Навчально-методичний посібник. – К.: «АТОПОЛ» – 2010.- 96 с.
2. Малярчук А. Я. Розвиток усного і писемного мовлення молодших школярів / А. Я. Малярчук. - К. : Літера ЛТД, 2008. — 336 с.
3. Тарасун В. В. Основи теорії і практики логодидактики: підручник. для вищих навчальних закладів / Тарасун В. В. — Київ.: «Каравела», 2017.
4. Шеремет М. К. Логопедія : підручник для студентів вищих навчальних закладів, які навчаються за спеціальністю «Дефектологія» / Шеремет М. К. [та ін.]; за ред. М. К. Шеремет. 3-тє вид., перероб. та доп. – Київ : Слово, 2013. – 672 с.

ТЕМА 4. Особливості розвитку, виховання і навчання дітей із порушеннями опорно-рухового апарату

Діти з порушеннями функцій опорно-рухового апарату (ОРА), за різними даними, становлять 5-7 % від загальної популяції. Це дуже різноманітна група порушень за клінічними проявами, симптоматикою та прогнозом. Поняття «порушення функцій опорно-рухового апарату» носить збірний характер і включає в себе рухові розлади:

- вроджений вивих стегна;
- кривошия;
- деформації стоп (клишоногість та ін.);
- аномалії розвитку хребта (сколіоз);
- недорозвинення і дефекти кінцівок;
- аномалії розвитку пальців кисті;
- артрогрипоз (вроджена потворність).

Ця частина дітей не має відхилень у розвитку пізнавальної діяльності та не потребує спеціального навчання та виховання, але потребує особливих умов життя, навчання і подальшої трудової діяльності.

Говорячи про навчання та виховання дітей цієї категорії, увага передусім акцентується на дітях із дитячим церебральним паралічем (ДЦП) та його наслідках.

Дитячий церебральний параліч – це група вроджених захворювань різної етіології з певним типом непрогресуючих рухових порушень центрального генезу, зумовлених ушкодженням мозку в пренатальний період. Цей стан розвивається внаслідок ураження рухових систем головного та спинного мозку від різних причин на ранніх стадіях внутрішньоутробного розвитку плода та під час пологів. ДЦП проявляється в нестачі або відсутності контролю з боку ЦНС за функціонуванням м'язів. Основним клінічним симптомом ДЦП є порушення рухової функції, яке проявляється в нездатності зберігати позу, виконувати довільні рухи. Крім того, спостерігається затримка або неправильний розвиток рефлексів, патологія тонусу, парези та деякі інші порушення.

Табл. 4 – Причини розвитку ДЦП

Пренатальні	Натальні	Постнатальні
37-60%	27-40%	5-25%
<ul style="list-style-type: none"> - конституція матері, її соматичні, інфекційні, ендокринні захворювання у період вагітності; - інтоксикація організму матері (вживання алкоголю, нікотину, наркотичних речовин, отруєння продуктами харчування, медикаментозними препаратами, хімічними речовинами тощо); - ускладнення попередньої вагітності; діабет; неправильне прикріплення плаценти; несумісність крові матері та плода; - негативний вплив факторів навколишнього середовища (проживання або робота на екологічно забруднених територіях, підприємствах, радіоактивних зонах, поблизу підприємств хімічної, видобувної, металургійної галузей тощо); - несприятливі попередні пологи; лікування стероїдними гормонами під час вагітності; кровотеча в пізні періоди вагітності; вживання екстрогенних гормонів, внутрішньоматкові ушкодження; - низька вага новонародженої дитини (до 1500 г); відсоток ДЦП серед таких дітей становить 43-50%, що в 6 разів більше, ніж у дітей з нормальною вагою тіла; - неправильне положення плода; - малу вагу плаценти; - вагітність терміном менше 37 тижнів; - виражений дефект пологів; - аномалія кінцівок; - мікроцефалія; - генетичні фактори (приблизно у 2 %). 	<ul style="list-style-type: none"> - недоношеність; - асфіксія під час пологів (частота випадків ДЦП серед дітей, які народилися з асфіксією становить від 3 до 20 %, при цьому чіткий зв'язок прослідковується порівняно з дітьми, які народилися передчасно); - механічні порушення під час пологів; - неправильне попереднє положення плода; - стрімкі пологи; - тривалі пологи; - слабкість пологової діяльності; - стимулювання пологів тощо. 	<ul style="list-style-type: none"> - травми черепа, кісток, субдуральні гематоми, травми шиї; - інфекційні захворювання: менінгіт, енцефаліт, абсцес мозку тощо; - інтоксикації: медикаментозними препаратами, хімічними речовинами, продуктами харчування, наркотиками, алкоголем, свинцем, миш'яком тощо; - киснева недостатність; - при новоутвореннях та інших набутих відхиленнях в мозку: кіста, гідроцефалія, пухлина тощо.

На сьогодні найбільш поширеною є класифікація К. А. Семенової, згідно з якою виділяються такі форми церебрального паралічу:

- спастична диплегія (хвороба Літла);
- подвійна геміплегія;
- гіперкінетична форма;
- гемипаретична форма;
- атонічно-астатична форма.

У більшості дітей спостерігаються змішані форми дитячого церебрального паралічу, тобто поєднання різних рухових розладів.

Які б причини не лежали в основі церебрального паралічу, це завжди призводить до ураження центральної нервової системи та головного мозку. Ураження певних структур головного мозку призводить до порушення рухової активності та супутніх захворювань. Часто ДЦП супроводжується проблемами зі слухом, зором, мовленням, загальним інтелектуальним розвитком.

Основна особливість при ДЦП – існування рухових порушень від самого народження та їхній тісний зв'язок із сенсорними порушеннями. Всі рухові розлади супроводжуються порушеннями в моториці, що завжди зумовлює супутні порушення. Згодом рухові порушення посилюються, з'являється обмеження в обсязі руху, формується неправильна посадка і хода, з'являються мимовільні рухи. Без спеціальної лікувальної та корекційно-педагогічної роботи вони несприятливо впливають на все формування нервово-психічних функцій дитини.

У дітей із дитячим церебральним паралічем уже з дитинства відзначаються судинні та вегето-судинні порушення. У них можуть спостерігатися зниження апетиту, порушення в роботі кишечника, постійна спрага; може підвищуватися температура без видимих соматичних захворювань; відзначається підвищена пітливість, збліднення кінцівок тощо.

Ще однією характерною рисою є порушення психоемоційного розвитку. Діти із ДЦП вирізняються нестабільною нервовою системою, частими перепадами настрою, швидкою стомлюваністю, порушеннями мотиваційної сфери.

Інтелектуальний розвиток дітей з дитячим церебральним паралічем може бути збережений, але дещо знижений. Приблизно у 25 % випадків ДЦП дітям ставлять діагноз «розумова відсталість різного ступеня тяжкості», що залежить від форми дитячого церебрального паралічу.

Корекційну роботу потрібно розпочинати якомога раніше, оскільки внаслідок порушення деяких психічних функцій можуть вторинно порушуватися інші психічні функції. Корекційні заходи, спрямовані на роботу з дітьми дошкільного віку, мають здійснюватися за допомогою різноманітних ігор, оскільки провідною діяльністю в цьому віці є ігрова. Гра сприяє сприятливому розвитку психіки дитини та її мовлення, набуттю нею різних умінь і навичок.

Оскільки основними при ДЦП є рухові порушення, їхній корекції надається велике значення. Ефективними вважаються заняття, на яких використовуються музично-ритмічні вправи. Основою виправлення та корекції порушень у руховій сфері є методи та прийоми фізичної терапії. Порушення інтелектуальної сфери завжди пов'язані з тим, які відділи головного мозку постраждали найбільше. Пізнавальні функції (мислення, мовлення, пам'ять, відчуття, сприйняття) можуть бути порушені незначно або повністю.

Майже всі діти із ДЦП вирізняються підвищеною стомлюваністю. Під час цілеспрямованих дій, що вимагають участі розумових процесів, вони стають млявими набагато раніше, ніж їхні здорові однолітки. Їм важко зосередитися та утримувати увагу на завданні. Може спостерігатися відмова виконувати завдання, якщо їм не дається з ним впоратися, і повна втрата інтересу до нього. У деяких дітей у разі стомлення може з'явитися руховий неспокій. При цьому дитина жестикулює, у неї посилюються гіперкінези, може бути слинотеча.

Важливою особливістю ДЦП є відсутність прогресивності. Однак вторинними порушеннями протягом життя є зміни в нервових і м'язових волокнах, суглобах, зв'язках, хрящах. Їхній розвиток визначається біомеханічними причинами і залежить від рівня догляду та впливу середовища. Ці ускладнення обтяжують стан дитини.

Особливості корекційно-педагогічної роботи з дитиною залежать від характеру наявного в неї дефекту, від вікових і компенсаторних можливостей,

від умов життя та виховання. Важливо враховувати не тільки те, що діти знають і можуть виконати в момент дослідження, а й їхні можливості в навчанні – «зону найближчого розвитку».

Ефективність корекційно-педагогічних заходів визначається своєчасністю, взаємопов'язаністю, наступністю в роботі різних ланок. Корекційно-педагогічна робота повинна носити комплексний характер. Важлива умова комплексного впливу – узгодженість дій фахівців різного профілю.

Напрями корекційної роботи з дітьми із ДЦП та порушеннями опорно-рухового апарату включають:

- корекцію особистісних якостей;
- корекцію пізнавальних можливостей;
- формування та розвиток комунікативної функції мовлення;
- корекцію сенсорних і рухових вад;
- корекцію збережених психічних функцій (уваги, сприйняття, пам'яті, мислення) з урахуванням зони найближчого розвитку;
- корекцію загальної моторики, дрібної моторики рук, артикуляційної моторики;
- корекцію емоційно-вольової сфери;
- підготовку до самостійної трудової діяльності в умовах соціуму.

До ефективних методів, форм і прийомів корекційної роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухового апарату та ДЦП відносяться:

1. Практичні методи та прийоми навчання: цілеспрямовані дії з дидактичними іграшками; багаторазове повторення практичних і розумових дій; наочно-дієвий показ; наслідувальні вправи; дидактичні ігри.

2. Наочні методи: обстеження предметів; спостереження за предметами і явищами навколишньої дійсності; розглядання предметних і сюжетних картин, фотографій.

3. Словесні методи: мовленнєва інструкція, бесіда, опис предмета; вказівки та інструкції як пояснення способів виконання завдання, послідовності дій, змісту; метод аудіювання; запитання як словесний прийом навчання; педагогічна оцінка ходу виконання діяльності, її результату.

Питання для самоконтролю

1. Що включає в себе поняття «порушення функцій опорно-рухового апарату»?
2. Назвіть причини розвитку та основні клінічні прояви ДЦП.
3. Що характерно для психоемоційного розвитку дітей із дитячим церебральним паралічем?
4. Назвіть напрями корекційної роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухового апарату.
5. Розкрийте роль музично-ритмічних вправ у корекції рухових порушень.
6. Поясніть вплив ігрової діяльності на розвиток психіки та мовлення дітей із дитячим церебральним паралічем.
7. Охарактеризуйте пріоритетність методів фізичної терапії для вирішення завдань виправлення та корекції порушень опорно-рухового апарату.
8. Які фактори визначають особливості та ефективність корекційно-педагогічної роботи з дітьми з дитячим церебральним паралічем?
9. Назвіть та охарактеризуйте методи і прийоми корекційної роботи з дітьми з порушеннями ОРА та з ДЦП.

Тестові завдання для перевірки знань

1. Термін "дитячий церебральний параліч" належить вченому:

А- Фрейду;

В- Павлову;

С- Біне;

Д- Виготському.

2. Недоношеність; асфіксія під час пологів (частота випадків ДЦП серед дітей, які народились з асфіксією в межах від 3 до 20%, при цьому

чіткий зв'язок прослідковується порівняно з дітьми, які народились передчасно)відносять до групи факторів:

- A- постнатальних;
- B- натальних;
- C- пренатальних;
- D-медичних.

3. Серед видів патологій опорно-рухового апарату не виділяють:

- A- захворювання нервової системи;
- B- розлад сформованих інтелектуальних і психічних функцій;
- C- вроджені патології ОРА;
- D- набуті захворювання та ушкодження ОРА.

4. Основну групу серед дітей з порушеннями ОРА складають:

- A- діти з недорозвиненням та дефектами розвитку кінцівок;
- B- діти з травматичними ушкодженнями спинного мозку;
- C- діти з наслідками ДЦП;
- D- діти із системними захворюваннями скелету.

5. Дитячий церебральний параліч — це:

- A- стійке, явно виражене зниження пізнавальної діяльності, що виникло на основі органічного ураження центральної нервової системи;
- B- захворювання незрілого мозку, яке виникає під впливом різноманітних шкідливих факторів;
- C- прояв незрілості психічних й психомоторних функцій у результаті сповільненого дозрівання морфофункціональних систем мозку;
- D- форма набутого слабоумства, недостатність пізнавальних функцій.

6. Серед причин ДЦП за часом виникнення не виділяють:

- A- вроджені;
- B- натальні;

С-спадкові;
D-післяпологові.

7. У дітей, які страждають на ДЦП, мають місце:

A-рухові порушення;
B-інтелектуальні порушення;
C-мовленнєві порушення;
D-усі відповіді є правильними.

8. Найбільш поширеною формою мовленнєвої патології при ДЦП є:

A-дизартрія;
B-алалія;
C-дислалія;
D-ринолалія.

9. Основоположником вивчення проблеми церебральних паралічів є:

A- К. Бобат і Б. Бобат;
B- К.А. Семенова;
C- М. Фелпс;
D- В. Літтль.

10. У дітей з наслідками ДЦП провідними є:

A- психічні порушення;
B- порушення слуху;
C- руховий дефект;
D- порушення емоційно-вольової сфери.

11. Навчання і виховання дітей із затримкою психічного розвитку вимагає:

A- лікувально-оздоровчої спрямованості;
B- специфічної корекційної спрямованості;

С- індивідуального підходу до кожної дитини в усіх видах діяльності.

Д- усі відповіді вірні.

Рекомендована література :

Основна :

1. Колупаєва А. А. Навчання дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивному середовищі: навчально-методичний посібник / А. А. Колупаєва, О.М. Таранченко. — Харків : Вид-во «Ранок», 2019. — 304 с
2. Миронова С.П., Гаврилов О.В., Матвєєва М.П. Основи корекційної педагогіки : навчальний посібник / С.П. Миронова, О.В. Гаврило, М.П. Матвєєва; за заг. ред. Миронової С. П. – Кам'янець-Подільський: К-ПНУ ім. Івана Опенка, 2010. – 264 с
3. Чеботарьова О. В., Дитина із церебральним паралічем / О. В. Чеботарьова, Л. В. Коваль, Е. А. Данілавічюте. — Х. : Вид-во «Ранок», ВГ «Кенгуру», 2018. — 40 с. — (Інклюзивне навчання)

Додаткова:

1. Бебешко О. В. Основи діагностики, лікування та реабілітації вад розвитку опорно-рухового апарату в дітей: навчально-методичний посібник для студентів медичних навчальних закладів, магістрів, інтернів, клінічних ординаторів, аспірантів, лікарів-неонатологів, педіатрів, дитячих ортопедів та хірургів / О. В. Бебешко та ін. ; за ред. А. Ф. Левицького, І. М. Бензар. — Тернопіль : ТНМУ "Укрмедкнига", 2020. — 220 с
2. Ілляшенко Т.Д. Корекція психосоціального розвитку дітей з церебральним паралічем у реабілітаційному центрі (Дошкільний і молодший шкільний вік) / Т.Д. Ілляшенко, А.Г. Обухівська, О.В. Романенко, Н.С. Скрипка. – К., 2003. – 155 с.

ТЕМА 5. Особливості розвитку, виховання і навчання дітей із розумовою відсталістю та ЗПР

Розумова відсталість – група станів, що характеризуються порушенням розумових здібностей. Стани різноманітні, їх виникнення визначають різні фактори, які залежать від віку.

Олігофренопедагогіка – це одна з галузей дефектології, яка вивчає проблеми навчання та виховання дітей, а також розумово відсталих людей і всі питання, що пов'язані з реабілітацією їх психологічного стану.

До осіб із порушенням розумового розвитку (розумово відсталих) відносять осіб зі стійким, незворотним порушенням переважно пізнавальної сфери, що виникли внаслідок органічного ураження кори головного мозку, яке носить дифузний характер.

Характерною особливістю дефекту при розумовій відсталості є порушення вищих психічних функцій. Виражається воно в порушенні пізнавальних процесів (відчуттів, сприйняття, пам'яті, мислення, уяви, мовлення, уваги), страждає емоційно-вольова сфера, моторика та особистість загалом. Дітям із недорозвиненням емоційно-вольової сфери нецікаві пропонувані завдання або будь-яка робота, у них відзначаються слабкість механізмів спонукання до діяльності, нечіткість виконуваної роботи, відсутність чіткого плану дій. У зв'язку з цим спостерігається низький рівень інтелектуальної діяльності.

Окрім того, у багатьох розумово відсталих дітей спостерігаються порушення фізичного розвитку: дисплазії, деформації форми черепа й розмірів кінцівок, порушення загальної дрібної та артикуляційної моторики, труднощі формування рухових автоматизмів.

Розвиток розумово відсталої дитини з перших днів життя істотно відрізняється від розвитку нормальних дітей. У багатьох дітей затримується розвиток прямостояння. Відтак тримати голову, сидіти, стояти, ходити вони починають значно пізніше, ніж їхні однолітки, які розвиваються нормально.

Як правило, у всіх розумово відсталих дітей спостерігаються відсутність або значне зниження інтересу до оточуючих, загальна патологічна інертність,

що, однак, не виключає крикливості, занепокоєння, дратівливості та рухової розгальмованості. Надалі в них не виникає інтерес до іграшок, підвішених над ліжечком або тих, що знаходяться у руках дорослого, не відбувається вчасного переходу до спілкування з дорослими на основі спільних дій з іграшками, не виникає нова форма спілкування, властива дитячому віку в нормі – жестова.

Це відставання починає позначатися на розвитку дитини від перших днів життя та в подальшому при перших контактах із предметами.

Дуже часто діти з глибокою розумовою відсталістю навчаються в спеціалізованих школах за відповідно розробленими для них програмами. Ці програми спрямовані на те, щоб навчити дитину обслуговувати себе в побуті, прищепити навички ручної праці, розвинути мовлення та письмо, а також лічбу. Тобто, основна спрямованість навчання має бути *практичною*. Трудова підготовка не тільки дає змогу дитині сформувати необхідні навички, а й сприяє набуттю позитивних особистісних якостей. У процесі праці в них виховуються моральні поняття, прищеплюється звичка до трудових зусиль, розвивається вміння працювати в колективі, а також відповідальність. Усе це в майбутньому допоможе дитині адаптуватися в суспільстві.

Виділяють дві клінічні форми розумової відсталості – олігофренія і деменція.

Олігофренія (грец. *olygos* – малий, *phren* – розум) – вроджене слабоумство, або загальний психічний недорозвиток. Особлива форма психічного недорозвинення, що виникає внаслідок різних причин: патологічної спадковості, хромосомних аберацій (лат. *aberratio* – спотворення), родової травми та патологій, органічного ураження центральної нервової системи у внутрішньоутробному періоді або на ранніх етапах постнатального розвитку (до трьох років, тобто до моменту становлення мовлення).

При олігофренії органічна недостатність мозку носить залишковий не прогресуючий характер. Дія шкідливого фактора значною мірою вже зупинилася, і дитина здатна до психічного розвитку, який здійснюється аномально, оскільки його біологічна основа патологічна.

Термін «олігофренія» був уперше введений у науковий обіг в ХІХ ст. німецьким психіатром Е. Крепеліном. Діти-олігофрени – переважний контингент учнів спеціальних (корекційних) шкіл. Вони є найбільш вивченими в психологічному та педагогічному планах.

Деменція (лат. dementia – безумство, слабоумство) – стійке ослаблення пізнавальної діяльності, що призводить до зниження критичності, ослаблення пам'яті, сплосчення емоцій.

Деменція носить прогресивний характер, тобто спостерігається повільне прогресування хворобливого процесу. Діагноз «деменція» констатують після трьох років, тобто після моменту становлення мовлення.

У дитячому віці деменція може виникнути внаслідок органічних захворювань мозку за шизофренії, епілепсії, запальних захворювань мозку (менінгоенцефалітів), а також унаслідок травм мозку (струсів та ударів). Виділяються чотири ступені розумової відсталості.

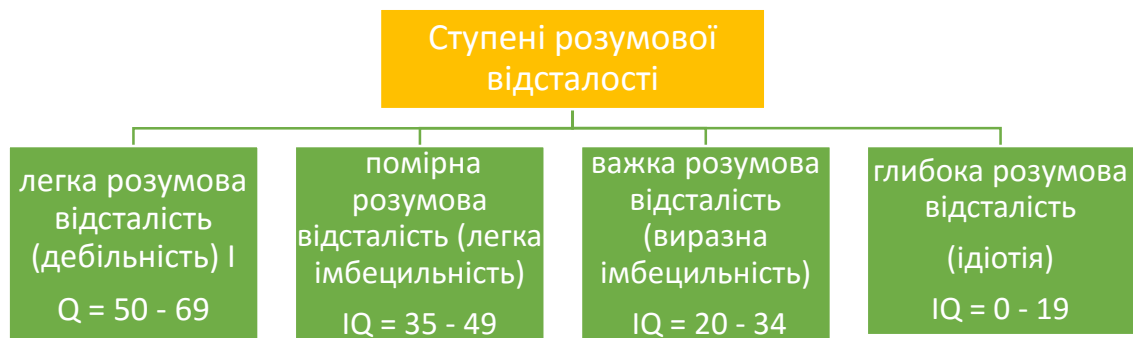


Рис. 14 – Ступені розумової відсталості

Специфіка психічного розвитку в дітей із будь-яким ступенем інтелектуальної недостатності визначається глибиною порушення і проявляється з перших днів життя. Першим тривожним для батьків сигналом має бути затримка у формуванні локомоторних функцій: тримати голову, сидіти, стояти, ходити такі діти починають значно пізніше, ніж їхні однолітки, які розвиваються нормально.

Діти з легким ступенем розумової відсталості (*дебіли*) становлять 75-80 %. Із роками відставання стає менш вираженим і проявляється не так явно. Добре розвинені механічна пам'ять і наслідувальність. Мають здатність до навчання.

Вони опановують кілька трудових процесів, можливе їхнє соціальне пристосування. Після закінчення спеціальної (корекційної) школи багато хто з них працевлаштовується і соціально адаптується.

Діти із середньо вираженою відсталістю (*імбецили*) – їх 15-20 % – навчаються за спеціальними програмами в спеціалізованих класах, освоюють елементарні навички письма, читання, лічби, найпростіші трудові операції (склеювання коробок, конвертів), побутові навички. Імбецили потребують постійної опіки та контролю. Не проявляють ініціативи та самостійності, в не знайомих умовах легко втрачають орієнтацію, виявляють розгубленість. Якщо імбецильність важкого ступеня (IQ = 20-34), навчання різних видів праці не є можливим. Ця категорія дітей має статус інваліда.

Діти з глибоко вираженою розумовою відсталістю (*ідіоти*) – 5 % – потребують постійного догляду. У таких хворих реакція на зовнішні подразники або неадекватна, або взагалі відсутня. Ця категорія дітей також має статус інваліда. Глибоке недорозвинення психіки супроводжується грубими дефектами фізичного розвитку. Часто хворі не можуть жувати їжу, відтак вживають тільки рідку їжу. Навички самообслуговування не можуть бути сформовані. Якщо хворі надані самі собі, то можуть впадати у стан безглузлого збудження з одноманітними стереотипними діями (плескають у долоні, розмахують руками, розгойдуються) або залишаються нерухомими.

Живуть і виховуються здебільшого в інтернатних установах Міністерства праці та соціального розвитку, в яких залишаються довічно.

Структура дефекту розумово відсталості дитини надзвичайно складна. Первинний дефект призводить до виникнення багатьох інших, вторинних і третинних відхилень, порушення пізнавальної діяльності та особистості дитини-олігофрена.

Структура складного дефекту при розумовій відсталості за Л. С. Виготським подана на рис. 15.

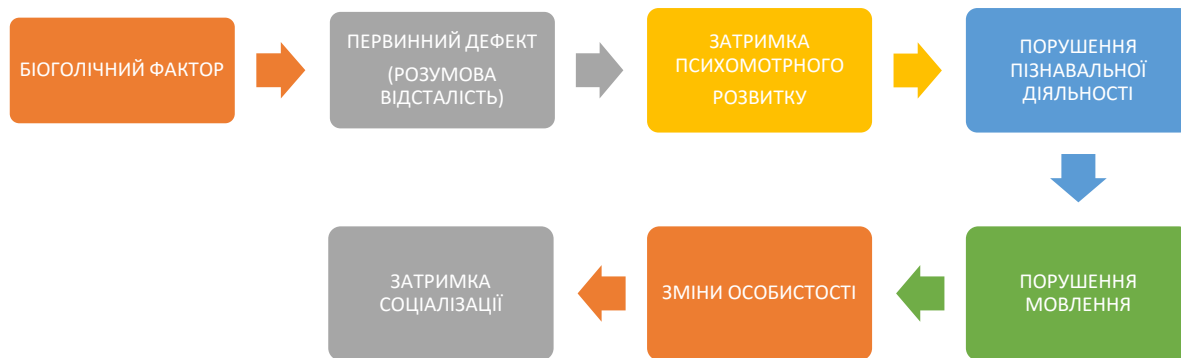


Рис. 15 – Структура складного дефекту при розумовій відсталості

Однак поряд із недоліками цим дітям притаманні й деякі позитивні якості, наявність яких слугує опорою, що забезпечує їх розвиток. Спостереження та експериментальні дослідження дають матеріали, які свідчать про те, що розумова відсталість не призводить до рівномірної зміни всіх аспектів психічної діяльності: одні психічні процеси виявляються в них порушеними різко, інші залишаються відносно збереженими. Це зумовлює індивідуальні відмінності, що існують між дітьми, у пізнавальній діяльності та в особистісній сфері. Діти-олігофрени здатні до розвитку, і хоча цей розвиток відбувається сповільнено, атипово, проте він є поступальним процесом, що вносить якісні зміни в психічну діяльність дітей, в їх особистісну сферу.

Розвиток дітей із порушенням інтелекту відбувається за своїм графіком і має свої особливості. Зазвичай такі діти пізнають навколишній світ через дотики та через рот. Саме так вони отримують можливість дізнатися максимум про предмети та об'єкти, які їх оточують.

У дітей з легким порушенням інтелекту мовленнєві навички розвиваються в тому ж віці, що й у здорових дітей, – близько 2-х років. У деяких із них поетапний розвиток дещо сповільнюється, але згодом вони майже наздоганяють однолітків.

Позитивне поводження з такими дітьми і визнання їх серед однолітків може допомогти їм набути впевненості в собі та навіть проявляти лідерські якості.

Порушення інтелекту призводить до певних труднощів в освоєнні навколишнього світу та розвитку загалом. У їх числі:

➤ мовленнєві навички, що не відповідають етапам розвитку: діти часто користуються жестами для того, щоб донести до співрозмовника інформацію, що, своєю чергою, ускладнює вербальну комунікацію;

➤ нездатність встановлювати дружні стосунки: розвиток дітей не дозволяє їм зрозуміти однолітків, що ускладнює їх участь в іграх через нездатність засвоювати правила;

➤ проблеми в засвоєнні шкільної програми.

Під час організації роботи з цією категорією дітей необхідно враховувати, що для просування дитини-олігофрена в загальному розвитку, для засвоєння нею знань, умінь, навичок істотно важливим є не будь-яке, а спеціально організоване навчання та виховання. Перебування в загальноосвітній масовій школі часто не приносить дитині користі, а в деяких випадках призводить до тяжких наслідків, до стійких, різко негативних зрушень в особистості.

Спеціальне навчання, спрямоване на розвиток розумово відсталих дітей, передбачає формування в них насамперед вищих психічних процесів, особливо – мислення. Цей важливий напрямок корекційної роботи теоретично обґрунтований тим, що дитина-олігофрен своєрідна у всіх своїх проявах, а саме в інактивності (пасивності) пізнавальної діяльності та в дефектності мислення, що виявляються в неї особливо явно та, своєю чергою, загальмовують і утрудняють пізнання навколишнього світу. Формування розумової діяльності сприяє просуванню в загальному розвитку дитини і створює основу для соціально-трудової адаптації. Інший, також дуже важливий, напрямок корекційної роботи передбачає вдосконалення емоційно-вольової сфери розумово відсталих дітей, що відіграє велику роль у засвоєнні знань, набутті умінь і навичок, у встановленні контактів з оточуючими та в соціальній адаптації дітей у школі та поза нею. Мислення та емоційно-вольова сфера являють собою складові єдиної людської свідомості, а весь перебіг розвитку дитини, на переконання Л. С. Виготського, ґрунтується на змінах, які відбуваються у співвідношенні інтелекту й афекту. Вплив на дитину довкілля визначається не тільки його характером, а й індивідуальними особливостями суб'єкта, тими

переживаннями, які виникають. Дефектна також моторно-рухова сфера олігофренів.

Сучасна систематична психолого-медико-педагогічна допомога розумово відсталим дітям, консультативно-методична підтримка їхніх батьків, соціальна адаптація та формування передумов до навчальної діяльності здійснюються в системі Міністерства освіти і науки України на базі таких установ:

- спеціальні (корекційні) освітні заклади для вихованців із відхиленнями в розвитку: дошкільні відділення (групи) спеціальних шкіл, шкіл-інтернатів, дитячих будинків для дітей-сиріт і дітей, які залишилися без батьківського піклування;

- дошкільні освітні (корекційні) заклади для дітей із порушенням інтелекту;

- групи короткочасного перебування для дітей із порушенням інтелекту при спеціалізованих дошкільних закладах корекційного типу.

У цю програму мають входити два важливих взаємопов'язаних напрями: по-перше, організаційні форми допомоги батькам, по-друге, змістово-педагогічна робота з дитиною. Змістово-педагогічна робота з дитиною має бути спрямована на стимуляцію основних аспектів розвитку дитини, сприяти формуванню основних характеристик її особистості.

Робота з батьками охоплює такі організаційні форми: лекційно-просвітницьку, консультативно-рекомендаційну, навчання батьків навичок взаємодії та спілкування зі своєю дитиною, проведення круглих столів, конференцій, дитячих свят тощо.

Провідною метою дошкільного корекційного виховання є створення умов для розвитку емоційного, соціального та інтелектуального потенціалу дитини, формування її позитивних особистісних якостей.

Завдання, що реалізуються в спеціальному закладі для розумово відсталих дітей, можна розподілити на такі групи: діагностичні, виховні, корекційно-розвивальні, освітні.

Виховна робота спрямована на розв'язання питань соціалізації, підвищення самостійності й автономії дитини та її сім'ї, формування моральних орієнтирів у діяльності та поведінці дитини, виховання позитивних особистісних якостей.

Наступним комплексом завдань є організація корекційної роботи, спрямованої на розвиток компенсаторних механізмів психіки та діяльності дитини, а також на подолання і запобігання у дітей вторинних відхилень у розвитку їхньої пізнавальної сфери, поведінці та особистісних орієнтирах. Цей комплекс завдань також включає навчання батьків окремих психолого-педагогічних прийомів.

Велике значення в перспективному плані має зона найближчого розвитку, що визначається завданнями, з якими дитина не може впоратися сама, але може зробити це за допомогою дорослого. Встановлення зони найближчого розвитку важливо тому, що вона дає можливість прогнозувати, які завдання будуть доступні дитині в найближчому майбутньому, тобто якого просування від неї можна очікувати.

Структурну характеристику зони найближчого розвитку подано на рис. 16.

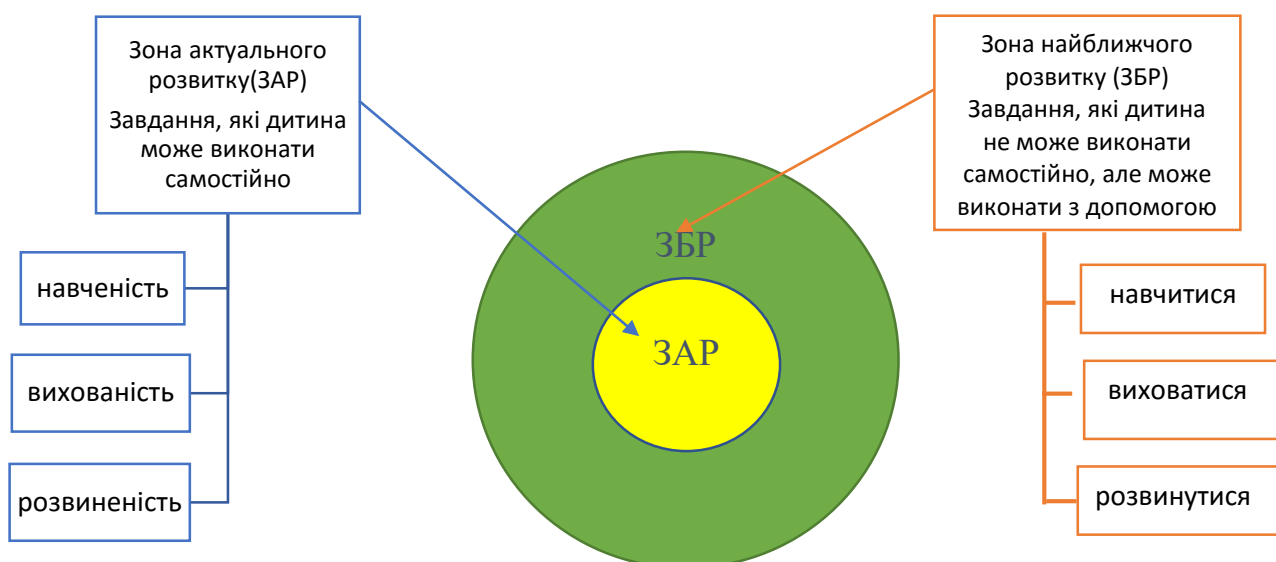


Рис. 16 – Зона найближчого розвитку

Просування розумово відсталих дітей відбувається нерівномірно в різному віці. Дослідженнями встановлено, що безсумнівна активізація пізнавальної діяльності змінюється тривалими періодами, протягом яких ніби готуються, концентруються можливості, необхідні для позитивних зрушень. Найбільше просування можна помітити в перші два шкільні роки, на четвертому-п'ятому році навчання і у випускних класах.

Основним методом навчання дітей із розумовою відсталістю є інтеграція дітей молодшого віку в дитячий колектив. Інтеграція перебуває в центрі уваги нині, що пов'язано з особливою актуальністю проблеми. Інтегроване навчання передбачає, що дитина з особливостями в розвитку оволодіє загальноосвітнім стандартом у більш близькі до норми терміни.

Поняття «**затримка психічного розвитку**» використовується до дітей зі слабо вираженою недостатністю центральної нервової системи – органічною або функціональною. У цих дітей немає специфічних порушень слуху, зору, опорно-рухового апарату, важких порушень мовлення, вони не є розумово відсталими. Водночас у більшості з них спостерігається поліморфна клінічна симптоматика: незрілість складних форм поведінки, недоліки цілеспрямованої діяльності на фоні підвищеного виснажування, порушення працездатності, енцефалопатичні розлади. Як правило, наявність таких симптомів свідчить про раніше перенесене дитиною органічне ураження центральної нервової системи.

Затримки розвитку можуть бути зумовлені різними причинами: не грубим внутрішньоутробним ураженням ЦНС, легкими родовими травмами, недоношеністю, інфекційними та хронічними соматичними захворюваннями. Етіологія ЗПР пов'язана не тільки з біологічними, а і з несприятливими соціальними факторами. Насамперед це рання соціальна деривація та вплив тривалих психотравмуючих ситуацій.

Порушення темпу нервово-психічного розвитку можуть бути виявлені вже в ранньому віці (до 3-х років). Наслідки раннього органічного ураження мозку або функціональна незрілість ЦНС зумовлюють низку відхилень, що ускладнюють взаємодію дитини з навколишнім середовищем, унаслідок чого не

складається формується повноцінна база для подальшого розвитку вищих психічних функцій.

Першими показниками порушення темпу нервово-психічного розвитку можуть слугувати:

- зниження орієнтовної активності та потреби в орієнтовно-дослідницькій діяльності. Це проявляється у слабкій вираженості орієнтовних реакцій, запізненні зорового та слухового концентрування;

- пізній прояв «комплексу поживлення», недостатня активність у плані емоційної взаємодії з дорослим;

- специфіка домовленнєвого періоду: більш пізня поява гуління, лепетання, перших слів, труднощі в реагуванні на жести, міміку, інтонації дорослих. Як правило, етапи гуління і лепетання розтягнуті в часі;

- повільний темп формування статичних (пов'язаних із рівновагою) і локомоторних (здатність до пересування) функцій;

- запізнення в розвитку ручної моторики та зорово-моторної координації.

Виразність вказаних вище недоліків психомоторного та мовленнєвого розвитку залежить від ступеня тяжкості ураження ЦНС. Проблеми в розвитку можуть посилюватися ранньою сенсорною та емоційною депривацією, якщо дитина виховується в несприятливих соціальних умовах.

Через затримку психічного розвитку ускладнюється соціальний розвиток дитини, її особистісне становлення: формування самосвідомості, самооцінки, системи-«Я». У старшому дошкільному віці така дитина безініціативна, її емоції недостатньо яскраві, вона не вміє висловити свій емоційний стан, утруднюється сприйняття та розуміння станів інших людей. Дитина не може регулювати свою поведінку на основі засвоєних норм і правил.

ЗПР впливає на всю психічну сферу дитини, що по суті є системним дефектом. Тому процес навчання та виховання має вибудовуватися з позицій системного підходу. Необхідно сформувати повноцінну базу для становлення вищих психічних функцій і забезпечити спеціальні психолого-педагогічні умови, необхідні для їх формування. При цьому потрібно враховувати той факт, що

порушення при ЗПР носять поліморфний характер, їхня психологічна структура складна. Виразність ушкоджень і (або) ступінь несформованості психічних функцій може бути різним, можливі різні поєднання збережених і несформованих функцій, цим і визначається різноманіття проявів ЗПР у дошкільному віці.

Корекційна робота при ЗПР будується за діяльнісним принципом. Система корекції включає:

- виправлення недоліків взаємодії індивідуума із середовищем (навчання комунікативних умінь; формування уявлень про себе; здатність бути собою і приміряти на себе інші ролі);
- формування загальних структур діяльності (навчання вміння створювати план-задум діяльності та здійснювати його реалізацію);
- розвиток пізнавальних функцій (усі психічні процеси плюс засвоєння знаково-символічної діяльності).

Основна відмінність дітей із ЗПР від розумово відсталих – уміння скористатися запропонованою допомогою. В обох випадках широко використовується гра як універсальний засіб корекції. Необхідно спиратися на гру як провідну діяльність і для цього можна використовувати ігротехніку, грати з дітьми на уроці та в позаурочний час. Також має бути створена позитивна атмосфера в навчальному середовищі та вдома. Відтак рекомендується виключати методи покарання, а саме: докори, іронію, догани, погрози тощо. Дитина не повинна боятися своїх помилок.

До особливостей навчання таких дітей можна віднести: правильну дозованість навчального матеріалу, опору на наочність, багаторазове повторення, зміну видів діяльності, використання здоров'язбережувальних технологій.

Для більш ефективної корекційної роботи та якісного засвоєння матеріалу застосовують різні методи:

- *словесні* (запитання, пояснення, бесіда, розповідь);
- *наочні* (екскурсії, спостереження, демонстрація різних наочних ілюстрацій, схем);

➤ *практичні* (вправи, графічні роботи).

Під час застосування словесних методів у корекційній роботі з дітьми із ЗПР необхідно мати на увазі, що запитання педагога мають бути добре продумані та чітко сформульовані, а також доступні дітям. Часто використовується одноступенева інструкція. Пояснення педагога звичайно потребує повторення. Розповідь педагога при цьому має бути лаконічною, чіткою, емоційною та виразною.

Діти із затримкою психічного розвитку відчують труднощі у сприйнятті та переробці вербальної інформації, у більшості з них страждає мовленнєвий розвиток, тому словесні методи доцільно поєднувати із застосуванням наочних і практичних.

Наочні методи особливо широко застосовуються в корекційній роботі. Наприклад, спостереження застосовується як цілеспрямоване сприйняття об'єкта чи явища і спеціально планується педагогами. Під час їхнього застосування варто пам'ятати такі особливості дітей, як сповільнений темп сприйняття, звуження обсягу сприйняття, порушення точності та концентрації сприйняття й уваги. Необхідно демонструвати дитині тільки той предмет, який розглядається на цьому етапі. Всі інші не показуються. А також у корекційній роботі необхідно застосовувати принцип полісенсорної основи навчання, тобто з опорою на всі органи чуття (подивитися, помацати, понюхати, спробувати на смак.). Наочний метод є дуже дієвим методом у корекційній роботі, тому до нього висуваються певні вимоги. Так, наприклад, ілюстративний матеріал має бути зрозумілий дітям, без зайвих деталей, відповідати засвоєній темі. Схеми мають бути гранично чіткими та доступними для розуміння.

Із загальноприйнятих практичних методів у корекційній роботі з дітьми із ЗПР найефективнішими є вправи та дидактична гра. Необхідність вправ зумовлена зниженою розумовою активністю дітей цієї категорії, ослабленою пам'яттю, труднощами сприйняття тощо. Тому за допомогою вправ, багаторазового виконання розумових і практичних дій досягається оволодіння певними знаннями.

Питання для самоконтролю

1. Розкрийте сутність поняття «розумова відсталість». Назвіть прояви розумової відсталості.
2. Назвіть та охарактеризуйте клінічні форми розумової відсталості.
3. Розкрийте особливості виховання та розвитку дітей із порушеннями інтелекту.
4. Які чинники необхідно враховувати при організації корекційно-педагогічної роботи з дітьми-олігофренами?
5. Укажіть напрями та завдання корекційної роботи з дітьми з розумовою відсталістю.
6. Назвіть причини та показники затримки в дітей психічного розвитку (ЗПР).
7. Що включає в себе корекційна робота з дітьми при ЗПР?
8. Охарактеризуйте гру як універсальний засіб корекції ЗПР.
9. Які методи зарекомендували себе як найбільш ефективні? Обґрунтуйте доцільність їх комплексного застосування.

Тестові завдання

1. Яке визначення «затримки психічного розвитку» є вірним:

- А- це патологія психічної діяльності, яка проявляється в невідповідності поведінки, поганій пристосованості до змін в навколишньому середовищі, невмінні підкорятися вимогам оточуючих, у підвищеній реактивності;
- В- це стійке незворотне порушення інтелектуальної сфери, внаслідок ураження головного мозку;
- С- це сповільнення темпів психічного розвитку, внаслідок функціонального пошкодження кори головного мозку;
- Д- це стійке зворотне порушення інтелектуальної сфери, внаслідок ураження головного мозку.

2. ЗПР конституційного походження обумовлена:

- А- хронічними захворюваннями (інфекціями і алергічними станами), вродженими і набутими соматичними захворюваннями;
- В- несприятливими умовами виховання, які перешкоджають правильному формуванню особистості дитини;
- С- вроджено-конституційною етіологією (наявність сімейних випадків), а також внутрішньоутробними або обмінно-трофічними розладами перших років життя;
- Д- патологією вагітності, недоношеністю, асфіксією, й травмами під час пологів, післяпологовими нейроінфекціями.

3. Найбільш поширеним типом ЗПР є:

- А-ЗПР конституційного походження;
- В- ЗПР соматогенного походження;
- С- ЗПР психогенного походження;
- Д- ЗПР церебрально-органічного походження.

4. У дітей із ЗПР яскраво виражена нерівномірність формування:

- А- уваги;
- В- сприйняття;
- С- пам'яті;
- Д- усі відповіді вірні.

5. Затримка психічного розвитку може бути викликана:

- А- соматичними захворюваннями;
- В- органічними ураженнями ЦНС;
- С- дефектами конституції дитини;
- Д- усі відповіді є правильними.

6. У вітчизняній корекційній педагогіці «затримка психічного розвитку»

є поняттям:

- А- соціальним;

- В- реабілітаційним;
- С-клініко-фізіологічним;
- Д- психолого-педагогічним.

7. ЗПР церебрально-органічного походження обумовлена:

- А- несприятливими умовами виховання, які перешкоджають правильному формуванню особистості дитини;
- В- патологією вагітності, недоношеністю, асфіксією й травмами під час пологів, післяпологовими нейроінфекціями;
- С- хронічними захворюваннями (інфекціями та алергічними станами), вродженими або набутими соматичними захворюваннями;
- Д- вроджено-конституційною етіологією (наявність сімейних випадків), а також внутрішньоутробними або обмінно-трофічними розладами перших років життя.

8. Як більш характерні для дітей із ЗПР особливості уваги виділяють:

- А-недостатньо сформовані просторові уявлення;
- В-нестійкість та труднощі переключення;
- С-аналіз, порівняння та узагальнення;
- Д-зниження пізнавальної активності.

9. Діяльність дітей із затримкою психічного розвитку характеризується:

- А-загальною неорганізованістю;
- В-низькою активністю в усіх видах діяльності;
- С-слабкістю мовленнєвої регуляції;
- Д-усі відповіді є правильними.

10. До напрямів реалізації системи навчання з дітьми із ЗПР не належить:

- А- діагностико-консультативний;
- В- корекційно-розвивальний;

С- професійно-орієнтований;

Д- навчально-виховний.

Рекомендована література:

Основна :

1. Гаяш О.В. Корекційна психопедагогіка (Олігофренопедагогіка) : навчально-методичний посібник / О.В. Гаяш. – Ужгород : ДВНЗ «Ужгородський національний університет», 2021. – 255 с.
2. Дегтяренко Т.М., Вавіна Л.С. Корекційно-реабілітаційна робота в спеціальних дошкільних закладах для дітей з особливими потребами : навчальний посібник / Т.М. Дегтяренко, Л.С. Вавіна. – Суми : Університетська книга, 2019. – 302 с.

Додаткова:

1. Гаврилов О.В. Особливі діти в закладі і соціальному середовищі: навчальний посібник / О.В Гаврилов. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2009. – 308 с.
2. Ілляшенко Т.Д. Аномальна дитина в школі / Т.Д. Ілляшенко, Н.М. Стадненко. – Київ, 1995. – 199с.
3. Миронова С.П. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка : підручник / С. П. Миронова. - Кам'янець-Подільський : К-ПНУ ім. І. Огієнко, 2015. - 311 с
4. Синьов В.М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник. Ч. I. / Синьов В.М. – Київ : НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2007. – 238 с.
5. Сак Т.В. Особлива дитина: Від народження до 6 років: [поради батькам] / Тамара Василівна Сак. – К.: Літера ЛТД, 208. – 144 с., іл.

Питання до заліку

1. Аномальні діти. Загальна характеристика.
2. Назвіть причини виникнення аномалій у розвитку дітей.
3. В чому проявляється державний підхід до суспільного виховання аномальних дітей.
4. Взаємозв'язок відхилень у функціонуванні психічних процесів та особистісному розвитку дитини.
5. Взаємозв'язок дефектології з іншими науками.
6. Внесок Виготського Л.С. в розвиток дефектології як науки.
7. Головні напрямки корекційно – виховної роботи з дітьми з ОМЗ.
8. Дефектологія як наука. Предмет і завдання дефектології.
9. Особливості корекційно-виховної роботи з дітьми з ДЦП.
10. Діти з затримкою психічного розвитку (ЗПР).
11. Клініко-психологічна характеристика.
12. Основні причини виникнення ЗПР.
13. Діти з комплексними порушеннями розвитку.
14. Діти з поєднанням сенсорного та інтелектуального дефектів.
15. Діти з порушенням зору.
16. Вплив порушень зору на особливості розвитку дитини.
17. Діти з порушенням зору. Основні види порушень зору .
18. Діти з порушеннями опорно – рухового апарату.
19. Основні причини порушень опорно-рухового апарату у дітей.
20. Діти з порушеннями слуху. Основні форми патології.
21. Загальні закономірності психічного дизонтогенезу.
22. Загальні закономірності психічного розвитку дитини..
23. Історія розвитку дефектології.
24. Класифікація олігофренії (ідіотія, імбецильність, дебільність).
25. Клініко-психологічна характеристика дітей з порушенням мовлення.
26. Клініко-психологічна характеристика розумово відсталих дітей.
27. Особливості корекційної роботи з розумово відсталими дітьми.

28. Особливості корекційної роботи із слабозорими та сліпими дітьми.
29. Особливості корекційної роботи із слабочуючими та глухими дітьми.
30. Особливості логопедичної роботи при порушенні слуху і зору.
31. Особливості навчання дітей із затримкою психічного розвитку.
32. Особливості розвитку дітей-олігофренів.
33. Охарактеризуйте основні форми олігофренії.
34. Порушення писемної мови. Характеристика розладів писемної мови.
35. Порушення усної мови. Характеристика розладів усної мови.
36. Поясніть погляд Л. С. Виготського на первинний і вторинний дефект.
37. Розкрийте предмет, мету та завдання логопедії, як одного з розділів дефектології.
38. Розкрийте суть понять «компенсація», «корекція».
39. Розкрийте суть понять «соціалізація», «реабілітація».
40. Роль зору, слуху та мовлення в процесі розвитку дитини.
41. Структура дефекту. Взаємовідношення між первинним і вторинним дефектом.
42. Які сторони мовного розвитку можуть бути порушені у дітей? Розкажіть про причини таких порушень.
43. Чому індивідуальне навчання дітей з порушеннями психофізичного розвитку має здійснювати вчитель-дефектолог?
44. Обґрунтуйте взаємозв'язок навчання, виховання, розвитку і корекції стосовно дітей з психофізичними порушеннями.
45. Визначить мету різних типів закладів для дітей, що потребують корекції психофізичного розвитку, і шляхи її реалізації. .
46. Які показники розвитку дитини покладаються в основу диференційованої системи спеціальних закладів?

Глосарій

А

Абазія (від грец. а — заперечна частка, basis — база, опора) — втрата здатності стояти або ходити, порушення координації рухів ніг.

Абілітація (від латин. *habilitatio* — вплив, діяння) — система лікувальних і психолого-педагогічних заходів, спрямованих на попередження, лікування, розвиток та корекцію патологічних станів і психологічних порушень у дітей, які ще не адаптовані до соціального середовища.

Абстракція (від латин. *abstractio* — віддаляти, відволікати) — виділення подумки певної ознаки предмета або явища серед інших.

Абулія (від грец. *abulia* — нерішучість) — ослаблення або втрата волі.

Аглосія (від грец. а — заперечна частка, латин. *glossa* — язик) — 1) відсутність язика; 2) відсутність членороздільного мовлення.

Агнозія (від грец. а — заперечна частка, латин. *gnosis* — пізнання) — розлад процесів впізнавання подразників зовнішнього середовища (оптичних, аутистичних, тактильних, нюхових, смакових) або частин власного тіла, що виникає внаслідок руйнування певних зон кори головного мозку із збереженням цілісності органів відчуття.

Аграматизм (від грец. *agrammatos* — нечленороздільний, незрозумілий) — неправильне користування граматичною системою мови.

Аграфія (від грец. а — заперечна частка, *grapho* — писати) — порушення писемного мовлення, повна нездатність до оволодіння навичками письма.

Агресивність (від латин. *aggressio* — напад) — не спричинена об'єктивними обставинами, неспровокована ворожість індивіда до інших людей та довкілля.

Адаптація (від латин. *adapto* — пристосовую) — пристосування людини до певних умов зовнішнього середовища, зокрема суспільства.

Адекватний — відповідний, точний.

Акінезія (від грец. а — заперечна частка, *kinesis* — рух) — цілковита втрата рухової активності.

Алалія (від грец. а — заперечна частка, латин. *lalia* — мовлення) —

відсутність або недорозвинення експресивного чи імпресивного мовлення внаслідок органічного ураження мовленнєвих зон кори головного мозку в пренатальний або післяпологовий періоди (до розвинення мовлення).

Алексія (від грец. α — заперечна частка, lekso — читати) — нездатність або втрата здатності до опанування процесу читання.

Альбінізм (від латин. albus — білий) — вроджена відсутність пігментації волосся, шкіри та райдужної оболонки очей.

Амавроз (від грец. α — заперечна частка, maigos — темний) — сліпота, що виникає внаслідок ураження центрального відділу зорового аналізатора.

Анкілоз — нерухомість суглобів.

Амнезія — порушення пам'яті.

Анофтальм (від грец. anophthalmos — відсутність ока) — вроджене порушення розвитку органа зору як наслідок патологічного пренатального розвитку дитини.

Апатія (від грец. apatheia — нечутливість) — байдужість до себе, оточення та подій, відсутність бажань, спонукань тощо.

Аплазія — природжена відсутність органа.

Апраксія (від грец. α — заперечна частка, praxis — дія) — порушення здатності виконувати складні предметні дії, рухи, що виникає через ураження певних ділянок кори головного мозку.

Асинергія (від грец. α — заперечна частка, syn — разом, ergon — робота) — розлад складних рухових актів та навичок.

Астенія (від грец. asthenia — слабкість) — хворобливий стан, підвищена втомлюваність, нездатність до тривалого розумового чи фізичного напруження.

Астигматизм (від грец. α — заперечна частка, stigmus — точка, astigmatismus — відсутність фокусної точки) — аномалія заломлюючої здатності ока.

Асфіксія (від грец. α — заперечна частка, sphugmos — пульс), або ядуха, — патологічний процес з гострим перебігом, що виникає через недостатність кисню у крові та тканинах, з наступним накопиченням в організмі вуглекислого газу; виникає у новонародженої дитини під час пологів.

Атрофія (від грец. а — заперечна частка, trophe — живлення) — зменшення обсягу певного органа, м'язів внаслідок порушення живлення.

Аутизм (від грец. autos — сам) — хворобливий стан психіки людини, що характеризується послабленням зв'язків із реальністю.

Аутизм (повна назва — розлади аутистичного спектра) — загальне порушення розвитку, що має неврологічну природу, характеризується такими групами розладів, як: 1) стійкий дефіцит соціальної комунікації та соціальної взаємодії; 2) обмежені, повторювані зразки поведінки, інтересів чи діяльності (моторні, інтелектуальні, мовленнєві та сенсорні стереотипії), що не залежать від стану інтелектуального розвитку.

Афазія (від грец. а — заперечна частка, phasis — мовлення) — повна або часткова втрата мовлення, яка виникає при ураженнях домінантної півкулі головного мозку в осіб із сформованим мовленням.

Афонія (від грец. а — заперечна частка, phone — голос) — відсутність гучності голосу при збереженні шепітного мовлення.

Б

Баттаризм (від грец. battarismos — заїкання) — патологічно прискорений темп мовлення, за якого виявляються неправильні формування фраз і слів.

Більмо — стійке помутніння рогової оболонки ока.

Брадикінезія (від грец. bradys — повільний, kinesis — рух) — сповільнення темпу рухів за нормальної сили м'язів.

Брадилалія (від грец. bradys — повільний, lalia — мовлення) — патологічно уповільнене мовлення.

Брадипсихія (від грец. bradys — повільний, psyche — душа) — уповільнення усіх психічних процесів.

Браdifразія (від грец. bradys — повільний) — надмірно уповільнений темп мовлення з подовженою вимовою голосних, млявою, нечіткою артикуляцією.

Брахідактилія, або короткопалість, — аномалія розвитку рук або ніг, вкорочення пальців.

Брахіцефалія — збільшення поперечного розміру голови.

Брока центр (Брок — франц. антрополог і хірург) — ділянка кори головного мозку, що міститься в нижній лобній звивині задньої третини лівої півкулі (у правшів) і забезпечує моторну організацію мовлення.

Бульбарний параліч (від латин. *bulbus* — цибулина, форму якої нагадує довгастий мозок) — клінічний прояв захворювання довгастого мозку, ядер рухових черепно-мозкових нервів: язикоглоткового, блукаючого та під'язикового. Мовлення стає невиразним, порушується дихання та серцева діяльність.

Буфтальм — природжена глаукома.

В

Верніке центр (на честь нім. психоневролога К. Верніке) — ділянка кори головного мозку, що розташована в задньому відділі верхньої скроневої звивини домінантної (частіше лівої) півкулі мозку, найважливіший складник сенсорної системи мовлення.

Відшаровування сітківки — відгородження сітківки від пігментного епітелію.

Вільямса синдром — рідкісна спадкова аномалія, для якої характерне специфічне поєднання розумової відсталості, вродженого пороку серця і своєрідної будови обличчя.

Вищі психічні функції — складні системні психічні процеси (свідомі форми психічної діяльності), що відбуваються під час розвитку людини під впливом суспільства, пов'язані з уживанням знаків, що забезпечують пластичність й адаптивність поведіння.

Воля — психічний процес свідомої та цілеспрямованої регуляції людиною своєї діяльності та поведінки, спрямований на досягнення мети. До структури вольової дії входять: потяг (неусвідомлене бажання), бажання (усвідомлене прагнення), воління (усвідомлення мети і засобів її досягнення), боротьба мотивів, прийняття рішення, дія виконання (подолання реальних перешкод).

Г

Галюцинації (від латин. *gallucinatio* — марення, видіння) — обман відчуттів, сприймання, що виникає без відповідних зовнішніх подразників.

Геміплегія (від грец. *hemi* — пів, *plego* — уражати) — втрата рухливості м'язів однієї половини тіла.

Ген — структурна одиниця спадковості; послідовність нуклеотидів, якій належить відповідна функція: кодування поліпептидів, кодування рРНК та тРНК, забезпечення транскрипції іншого гена.

Генетичний моніторинг — слідування за темпом та спектром мутаційного процесу.

Гетералопія (від грец. *hetmera* — день, *alaos* — сліпий, *ops* — око) — зниження здатності бачити при слабкому освітленні (присмерковому, нічному).

Гідроцефалія (від грец. *hydros* — вода, *kephale* — голова) — водянка мозку, надмірність спинномозкової рідини в порожнині черепа.

Гіпергідроз — надмірна пітливість.

Гіперкінези (від грец. *hyper* — частка, що вказує на надмірність; *kinesis* — рух) — мимовільні рухи, позбавлені змістового фізичного значення.

Гіперестезія (від грец. *hyper* — частка, що вказує на надмірність, *aisthesis* — відчуття, почуття) — підвищена хвороблива чутливість до подразників.

Гіпертелоризм — аномальна відстань між парними органами (очі, грудні соски).

Гіпертрихоз — надмірний ріст волосся.

Гіпертрофія (від грец. *hyper* — частка, що вказує на надмірність, *trophe* — живлення) — збільшення обсягу і маси органа, посилений розвиток окремих психічних функцій.

Гіпобулія (грец. *hypo* — префікс, *bule* — воля) — зниження волевої активності, ініціативи, що є наслідком перевтоми.

Гіпокінезія (грец. *hypo* — префікс, що означає зменшення, *kinesis* — рух) — зниження рухової активності.

Гіпостезія (грец. *hypo* — префікс, що означає зменшення, *aisthesis* — відчуття, почуття) — зниження чутливості до зовнішніх подразників.

Гіпотрихоз — недостатній ріст волосся.

Гірсутизм — аномальне оволосіння, надлишковий ріст волосся у жінок.

Глаукома (від грец. *glaukas* — зелений) — захворювання очей, яке є найчастішою причиною сліпоти.

Глухота — цілковита відсутність слуху або його значне зниження, за якого сприймання, розпізнавання усного мовлення неможливе.

Д

Дактилографія (від грец. *dactilos* — палець, *grapho* — писати) — допоміжний засіб спілкування з глухим або сліпоглухим співрозмовником.

Дактилологія (від грец. *dactilos* — палець, *logos* — слово, мовлення) — своєрідна форма мовлення, що базується на використанні пальців рук.

Далекозорість (гіперметропія) — різновид аномалії рефракції.

Дальтонізм (протанопія) — вроджений розлад кольорового зору.

Дауна хвороба (синдром Дауна) — хромосомна хвороба, одна із форм олігофренії, при якій розумова відсталість поєднується зі своєрідною зовнішністю хворого: диспропорціями будови тіла, недорозвитком черепа, монголоїдним типом обличчя, висолопленим язиком, деформованими вушними раковинами тощо.

Дебільність — див. Олігофренія.

Дезадаптація — порушення у процесі пристосування живого організму до дії факторів навколишнього і внутрішнього середовища.

Декомпенсація (від латин. *de* — префікс зі значенням відсутності, *compensatio* — врівноваження) — порушення діяльності організму.

Делеція — хромосомна чи генна мутація, при якій втрачається певна ділянка хромосоми чи гена.

Деменція (від латин. *dementia* — безумство) — набуте слабоумство, стійке ослаблення інтелектуальної діяльності у сполученні з розладами пам'яті та емоційно-вольової сфери.

Депресивний стан (від латин. *depressio*, *deprimo* — придушую, пригнічую) — хворобливий стан пригніченості, безвиході, відчаю.

Дефект (від латин. defectus — недолік) — фізичний чи психічний недолік, який порушує хід нормального розвитку.

Дефект розвитку — психічна чи фізична вада, що спричинює порушення нормального розвитку дитини.

Дефектологія (від латин. defectus — порушення і грец. logos — наука) — інтегрована галузь наукового знання про порушення психофізичного розвитку, закономірності та особливості розвитку, виховання, навчання і соціалізації осіб з психофізичними порушеннями.

Децентрація — один із механізмів розвитку пізнавальних процесів особистості.

Дизартрія (від грец. dys — розлад) — це розлад розбірливого мовлення, зумовлений недостатньою іннервацією мовленнєвого апарату.

Дизонтогенез — індивідуальний розвиток, що не збігається з умовно прийнятою нормою; психічний дизонтогенез — порушення розвитку психіки загалом та її окремих складових зокрема, а також стійке порушення співвідношення темпів і термінів розвитку окремих психічних сфер і різних компонентів усередині них.

Дисграфія (від грец. dys — розлад, grapho — писати) — це часткове специфічне порушення процесу письма.

Дискінезія (від грец. dys — розлад, kinesis — рух) — розлад рухової функції.

Дислалія (від грец. dys — розлад, lalia — мовлення) — порушення звуковимови за нормального слуху та збереженої іннервації мовленнєвого апарату.

Дислексія (від грец. dys — порушення, lekso — читати) — часткове специфічне порушення процесу читання, яке виявляється в помилках, що повторюються і мають стійкий характер.

Дисмнезія (від грец. dys — розлад, mneme — пам'ять) — розлади пам'яті, що характеризуються зниженням здатності до запам'ятовування, зменшенням обсягів пам'яті та погіршенням відтворення.

Дисплазія (від грец. dys — розлад, plasis — утворення) — неправильний розвиток органів та тканин.

Дисфорія (від грец. dys — розлад, euphoria — підвищений настрій) — похмурий, дратівливий, злостивий настрій.

Дистрофія (від грец. dys — розлад, trope — живлення) — патологічний стан у дітей, що спричинюється різноманітними проявами хронічних розладів живлення.

Дистрофія м'язова (міопатія) — група спадкових недуг м'язів.

Дитячий церебральний параліч(ДЦП) — захворювання, що виникає у дітей внаслідок уражень головного мозку у пренатальний період, під час пологів, а також коли основні структури мозку ще незрілі.

Діагностика (від грец. diagnostikos — здатний розпізнавати) — 1) розділ медицини, в якому вивчається сутність, методи, послідовні ступені розпізнавання хвороби; 2) процес розпізнавання хвороби й оцінювання індивідуальних біологічних і соціальних відмінностей суб'єкта, що полягає в цілеспрямованому медичному обстеженні, трактуванні отриманих результатів та їх узагальненні у вигляді діагнозу.

Доліхостеномелія — довгі, тонкі кінцівки.

Доліхоцефалія — подовжена форма черепа.

Е

Екзофтальм (від грец. exophthalmos — витрішкуватість) — зміщення очного яблука вперед.

Емпатія (від грец. empatheia — співпереживання) — проникнення в емоційний стан іншої людини.

Енурез (від грец. enureo — мочитися) — мимовільне сечовипускання.

Енцефаліт (від грец. enkephalos — головний мозок) — запалення головного мозку.

Епілепсія (від грец. epilepsy — схоплення, синонім — падуча хвороба) — неврологічне захворювання, що характеризується раптовими епілептичними нападами.

З

Заїкання — порушення темпоритмічної організації мовлення, зумовлене судомним станом м'язів мовленнєвого апарату.

Затримка психічного розвитку — особливий тип психічного розвитку дитини різного походження, характеризується як «межова» форма дизонтогенезу і виражається в уповільненому темпі дозрівання різних психічних функцій.

I

Інфантилізм (від латин. *infantilis* — дитячий) — збереження у психіці й поведінці дорослої людини особливостей, властивих дитячому віку.

Істерія (від давньогрец. *hystera* — матка) — нервово-психічні розлади, які у давні часи пов'язували з ураженням матки; згідно із сучасними уявленнями — різновид неврозу, що виникає через психотравмуючі обставини в осіб з певними особливостями характеру (егоцентризм, завищений рівень домагань, емоційність у поєднанні з поверховістю переживань, яскравість уяви та схильність до самонавіювання).

К

Катаракта (від грец. *katarakta* — каламутити) — помутніння кришталика ока або його капсули.

Клайнфельтера синдром — аномалія, що спостерігається у чоловіків і зумовлена порушенням кількості статевих хромосом.

Клаустрофобія (від латин. *claustrum* — закрите місце, *fobos* — страх) — страх замкнутого простору.

Клонічна судома (від грец. *klonos* — швидкий рух) — короткочасні скорочення та розслаблення м'язів, що швидко настають один за одним.

Компенсація (від латин. *compensatio* — урівноважування, зрівнювання) — відновлення недорозвинених чи порушених психічних функцій шляхом використання збережених чи перебудови частково порушених функцій.

Корекційна спрямованість освітнього процесу — передбачає вплив на особистість дитини з особливими освітніми потребами за допомогою спеціальних методів і прийомів, які стимулюють у дітей компенсаторні процеси розвитку пізнавальних можливостей.

Корекція (від латин. *correctio* — поліпшення, виправлення) — сукупність педагогічних та лікувальних засобів, спрямованих на поліпшення або послаблення недоліків психофізичного розвитку та відхилень у поведінці дітей.

Короткозорість (міопія) — різновид аномалії рефракції, при якому паралельні промені з'єднуються перед сітківкою у вигляді розсіяного пучка.

Косоокість — зміна положення очного яблука в очній щілині.

Кретинізм — стан, що характеризується незворотними порушеннями нервового та соматичного розвитку.

Криптофтальм — природжене повне зрощення повік.

Л

Лабіринтит — запалення лабіринту внутрішнього вуха.

Лагофтальм — неповне змикання повік.

Літгла хвороба — форма дитячого церебрального паралічу, при якій уражені переважно ноги.

Логоневроз (від грец. *logos* — слово, мовлення і *neuron* — нерв) — медичне визначення заїкання.

Логопати (від грец. *logos* — слово, мовлення та *pathos* — страждання, хвороба) — самостійна категорія дітей, у яких виявляються значні порушення мовлення при збереженні слуху та інтелекту.

Логопатія (від грец. *logos* — слово, мовлення, *pathos* — страждання, хвороба) — загальна назва розладів усного та писемного мовлення.

Логопедія (від грец. *logos* — слово, мовлення, *paideia* — виховання, навчання) — інтегрована галузь наукового знання, яка досліджує природу, механізми, симптоматику, перебіг, структуру і прояви порушень мовленнєвої діяльності, розробляє наукові основи їх попередження і подолання засобами спеціального навчання і виховання.

М

Макроглосія (від грец. *macro* — великий, латин. *glossa* — язик) — гіпертрофія (розростання) м'язів язика.

Макросомія (гігантизм) — збільшення розмірів тіла, внутрішніх органів.

Макростомія — надмірне збільшення ротової щілини.

Макроцефалія (від грец. *macro* — великий, *kephale* — голова) — збільшення голови, що є наслідком збільшення головного мозку.

Менінгіт (від грец. *meninx* — мозкова оболонка) — запалення мозкових оболонок і спинного мозку.

Мікроглосія (від грец. *micro* — малий, латин. *glossa* — язик) — вроджений недорозвиток язика.

Мікрогнатія — недорозвиненість верхньої щелепи.

Мікромелія — аномальне зменшення або укорочення кінцівок.

Мікротія (від грец. *otos* — вухо) — порушення розвитку: поєднання малих розмірів вушної раковини з атрезією зовнішнього проходу.

Мікрофтальм (від грец. *ophthalmos* — око) — вроджене порушення розвитку ока, що характеризується зменшенням усіх його параметрів.

Мікроцефалія (від грец. *micro* — малий, *kephale* — голова) — значне зменшення розмірів черепа при нормальних розмірах інших частин тіла та недостатність розумового розвитку.

Моноплегія (від грец. *monos* — один, латин. *oculus* — око *plēgo* — уражати) — параліч однієї кінцівки.

Мутація — стійка зміна генетичного апарату, що виникає раптово та призводить як до переходу гена з одного алельного стану до іншого, так і до різних змін кількості чи будови хромосом.

Мутизм (від грец. *mutus* — німий) — порушення мовленнєвого спілкування внаслідок психічної травми.

Мутування — процес, унаслідок якого в генетичній програмі з'являються зміни, що успадковуються.

Н

Нав'язливих станів невроз — форма неврозу, при якій, крім загальноневротичних симптомів, спостерігаються різні нав'язливі стани.

Неврастенія (від грец. neuron — нерв, astheneia — слабкість) — одна із форм неврозів, виникає переважно в умовах тривалих психотравмуючих ситуацій. Основні симптоми: дратівлива слабкість (збудженість, поєднана з легкою виснажливістю), лабільність емоцій, нестійкість настрою.

Неврози (від грец. neuron — нерв) — функціональний розлад вищої нервової діяльності внаслідок перенапруження основних нервових процесів.

Неврологія (від грец. neuron — нерв, logos — слово, мовлення) — медико-біологічна наука, що вивчає структуру та функції нервової системи.

Невропатія — хворобливий стан, спричинений уродженим порушенням функцій вегетативної нервової системи.

Невропатологія (від грец. neuron — нерв, pathos — страждання, хвороба, logos — слово, мовлення) — вчення про хвороби нервової системи.

Нейротизм (від грец. neuron — нерв) — стан, риса характеру людини, що виявляється в нестійкості.

Неофобія (від грец. neos — молодий, новий, fobos — страх) — патологічний страх перед усім новим.

Німота — збірний термін, який використовується для визначення умовленої різними причинами відсутності усного мовлення.

Ністагм (від грец. nistagmos — кивання) — мимовільні швидкі, ритмічні рухи очей.

Норма реакції — усі можливі фенотипи, які можуть сформуватися на основі певного генотипу в різних умовах середовища.

О

Олігофренія (від грец. olygos — малий, phren — розум) — одна з найпоширеніших форм психічної недорозвиненості, що виникає внаслідок ураження центральної нервової системи.

Онтогенез (від грец. ontos — єство, genesis — походження) — процес розвитку індивідуального організму, тобто сукупність послідовних морфологічних, фізіологічних та біохімічних перетворень організму від його зародження до кінця життя

Осліплі діти — діти, що втратили зір після 2–3 років.

Отосклероз (від грец. otos — вухо, scleros — твердий, жорсткий) — хвороба органа слуху.

П

Параліч (від грец. paralisis — розслаблення) — цілковите припинення рухових функцій.

Парафазія (від грец. para — префікс, що означає знаходження біля чогось чи відхилення від чогось, phasis — мовлення) — порушення експресивного усного мовлення, що виявляється в неправильному вживанні окремих звуків чи слів.

Парез (від грец. paresis — ослаблення) — неповний параліч, зменшення сили довільних рухів, зумовлене порушеннями іннервації відповідних м'язів.

Парестезії (від грец. para — префікс, що означає знаходження біля чогось чи відхилення від чогось, aisthesis — відчуття, почуття) — несправжні відчуття, спонтанні тактильні неприємні відчуття оніміння, поколювання без зовнішніх подразників.

Патологія (від грец. pathos — страждання, хвороба, logos — слово, мовлення) — 1) наука про структурні, біохімічні та функціональні зміни у клітинах, тканинах та органах, спричинені хворобою; 2) будь-яка ненормальність — фізична, психічна чи соціальна.

Пізнооглухі — це люди, що втратили слух тоді, коли їхнє мовлення було більшою чи меншою мірою сформованим.

Полідактилія (багатопалість) — збільшення кількості пальців на кистях чи стопах.

Поліморфізм — наявність у популяції кількох форм гена.

Поліомієліт (хвороба Гейне Медіна) (від грец. polios — сірий, mielos — мозок) — гостре інфекційне захворювання, що уражає сіру речовину.

Постнатальний (від латин. post — після, natalis — той, що відноситься до народження) — той, що відноситься до періоду після народження, тобто після пологів.

Пренатальний (від латин. *prae* — перед, *natalis* — той, що відноситься до народження) — у медицині застосовується як визначення періоду розвитку організму до моменту пологів.

Прогенія (від грец. *pro* — вперед, *geneion* — підборіддя) — порушення прикусу, значне висування нижньої щелепи уперед і відсутність контакту передніх зубів при зімкненні щелеп.

Прогнатія — порушення прикусу, значне висування верхньої щелепи уперед за відсутності контакту передніх зубів при зімкненні щелеп.

Псевдобульбарний параліч дитячий — центральний параліч м'язів артикулярної мускулатури, зумовлений двостороннім ураженням провідних шляхів, що йдуть від кори мозку до ядер язикоглоткового, блукаючого і під'язикового нервів (IX, X, XI, XII пари черепно-мозкових нервів).

Психогенії (від грец. *psyche* — душа, *genesis* — походження) — розлади психіки, що виникають під впливом психічних травм, тривалого нервового напруження.

Психози — розлад психічної діяльності, що виявляється в змінах поведінки.

Р

Реабілітація (у медико-педагогічному значенні: латин. *rehabilitation*, *re* — проти, *habilitas* — здатність) — повернення хворого до нормального життя і праці в межах його психофізичних можливостей; комплексна система медичних, соціальних, психологічних, педагогічних заходів, спрямованих на усунення чи пом'якшення порушень розвитку дітей з інвалідністю, дітей з порушеннями психофізичного розвитку, інтеграцію їх у соціальне середовище.

Реактивні стани (від латин. *re* — проти, *action* — дія) — патологічні прояви, породжені надмірно важкими переживаннями.

Резус-фактор — особлива антигенна речовина, яка вперше була виявлена у крові мавпи.

Ретрогнатія — зміщення верхньої щелепи назад, порівняно із звичайним абрисом.

Розщілина губи та піднебіння — уроджене порушення верхньої губи та піднебіння; виникає внаслідок затримки злиття ембріональних зародків, що утворюють цю частину ротової порожнини.

С

Саморегуляція (від латин. *regular* — впорядковувати, нагороджувати) — здатність людини управляти собою.

Сенсибілізація (від латин. *sensibilis* — чутливість) — підвищення чутливості організму до впливів будь-яких подразників.

Сигматизм (від грец. назва букви) — спотворена вимова свистячих та шиплячих звуків.

Синдактилія — зрощення двох чи більше пальців частково або повністю.

Синдром (від грец. *syndrome* — збіг) — сполучення симптомів хвороби.

Синестезії (від грец. *syn* — разом, *aisthesis* — відчуття, почуття) — несправжні відчуття дотику.

Синкінезії (від грец. *syn* — разом, *kinesis* — рух) — додаткові рухи, що мимовільно додаються до довільних.

Сиреномелія — злиття нижніх кінцівок.

Складний дефект — поєднання двох і більше дефектів розвитку.

Склероз (від грец. *scleros* — твердий, жорсткий) — патологічне ущільнення органа.

Слабозорі діти — діти, які мають захворювання очей, що викликає стійке зниження гостроти зору (від 0,05 до 0,4 на оці, яке краще бачить з оптимальною корекцією).

Слабозорість — значне зниження зору внаслідок важкого захворювання очей, травми чи порушення розвитку очних яблук.

Слабочуючі діти — це діти з частковою недостатністю слуху, що призводить до порушення мовленнєвого розвитку.

Сліпі діти — діти, в яких повністю відсутні зорові відчуття або мають місце незначне світловідчуття чи залишковий зір — 0,04 на оці, яке бачить краще.

Сліпоглухонімота — це відсутність зору і слуху, німота.

Сліпота — порушення, при якому стає неможливим або дуже обмеженим зорове сприймання дійсності внаслідок відсутності зору або глибокого порушення гостроти центрального зору (від 0 до 0,04) чи звуження поля зору (до 10–15°) при більш високій гостроті зору.

Спазмофілія (від грец. *spasmos* — судома, спазм, *philia* — схильність) — захворювання дітей здебільшого двох років, що проявляється в запальних і часткових судомних нападах.

Страбізм — косоокість.

Стрес (від англ. *stress* — напруга) — емоційний стан людини у складній ситуації.

Ступор (від латин. *stupor, stupeo* — засинаю) — форма психічного розладу, значна або повна нерухомість хворого, загальмованість мовлення.

Сублімація (від латин. *sublimare* — піднімаю, підношу) — у психоаналізі З. Фрейда — один із механізмів психологічного захисту.

Сурдомутизм (від латин. *surditas* — глухота, *mutismus* — мовчання) — функціональне порушення слуху та мовлення.

Сурдопедагогіка (від латин. *surdus* — глухий) — наука про закономірності виховання, навчання і корекцію розвитку дітей з порушеннями слуху

Т

Тахілалія (від грец. *tachys* — швидкий, *lalia* — мова) — патологічне прискорення темпу мовлення.

Тетизм (від назви грец. букви — «тета») — порушення мовлення, при якому більшість приголосних звуків замінюється звуками [т] і [т´].

Тифлопедагогіка (від грец. *typhlos* — сліпий) — наука про закономірності виховання, навчання і корекцію розвитку дітей із порушеннями зору.

Токсоплазмоз — захворювання людини і тварини, спричинене токсоплазмами; ураження лімфатичних вузлів.

Тонус (латин. *tonus*, грец. *tonos* — напруга) — тривале, без стомлювання, збудження нервових центрів та м'язових тканин.

Туговухість — стійке зниження слуху, яке значно утруднює сприймання мовлення.

Ф

Фенілкетонурія — особлива форма недоумства, в основі якого лежить спадково зумовлене порушення білкового обміну.

Фенокопії — неспадкові фенотипічні модифікації, що імітують подібний фенотип спадкової мутації.

Фільтр — відстань між носом та верхньою губою.

Фобії (від грец. phobos — страх) — нав'язливі страхи, які людина не в змозі перебороти.

Фокомелія — відсутність деяких проксимальних частин кінцівок.

Фонастенія (від грец. phone — голос, asthenia — слабкість) — порушення голосоутворення без явних органічних змін у голосовому апараті.

Фонація (від грец. fowun — звук) — утворення звуків (голосоутворення).

Х

Хорея (від грец. choreia — танок) — термін, що застосовується до групи неврологічних порушень (інша їх назва неврологічна дискінезія) для яких характерні аномальні мимовільні рухи однієї ноги і/або руки, що дещо схожі на танцювальні вправи або гру на піаніно.

Ц

Церебрастенія (від латин. cerebrum — головний мозок, грец. asthenia — слабкість) — ослаблення діяльності центральної нервової системи під впливом різних зовнішніх несприятливих факторів.

Ш

Шизофренія (від грец. schizo — розділяю, розсікаю, phren — розум, думка, душа) — психічне захворювання, яке характеризується глибокими змінами особистості.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. Гаяш О.В. Корекційна психопедагогіка (Олігофренопедагогіка) : навчально-методичний посібник / О.В. Гаяш – Ужгород : ДВНЗ «Ужгородський національний університет», 2021. – 255 с.
2. Колупаєва А. А. Навчання дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивному середовищі: навчально-методичний посібник / А. А. Колупаєва, О.М. Таранченко. — Харків : Вид-во «Ранок», 2019. — 304 с
3. Сергійчук О.М., Основи корекційної педагогіки: навчально-методичний посібник / О.М. Сергійчук, Ю.М. Багно, О.В. Плужник ; за ред. О.М. Сергійчук. — Переяслав : Видавництво , 2020. — 224 с.
4. Спеціальна педагогіка : навчальний посібник для студентів вищих навч. закл. / О.В. Мартинчук, І.М. Маруненко, К.В. Луцько та ін. — К. : Київ. ун-т імені Бориса Грінченка, 2017. — 364 с.

Додаткова:

1. Брушневська І. М. Комунікативний компонент мовленнєвої діяльності у дітей: діагностичний комплекс : навчально-методичний посібник для роботи з дітьми із порушеннями мовлення / І. М., Брушневська, Ю. В. Рібцун – Запоріжжя : ТОВ “ЛПС” ЛТД, 2020. – 124 с. : іл. – Бібліогр.: с. 119–122.
2. Навчання дітей із порушеннями слуху : навчально-методичний посібник / Кульбіда С. В., Литовченко С. В., Таранченко О. М., Жук В. В. [та ін.]; — Х. : Вид-во «Ранок», 2019. — 216 с.
3. Костенко Т. М. Навчання дітей із порушеннями зору : навч.-метод. посібник / Т. М. Костенко, І. М. Гудим. — Х. : Вид-во «Ранок», 2019. — 184 с.
4. Миронова С.П., Гаврилов О.В., Матвєєва М.П. Основи корекційної педагогіки : навчальний посібник / за заг. ред. Миронової С. П.. Кам'янець-Подільський: К-ПНУ ім. Івана Опенка, 2010. – 264 с.
5. Синьова Є. П. Тифлопедагогіка: Підручник для студентів вищих навчальних закладів / Є. П., Синьова, С. В. Федоренко.– Київ: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2018. — 325с.

6. Колупаєва А. А., Савчук Л. О. Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання. Видання доповнене та перероблене: наук.-метод. посіб. – К. : Видавнича група «АТОПОЛ», 2011. – 274 с. – (Серія «Інклюзивна освіта»)

Електронні джерела

1. «Єдність дітей» - портал для дітей з обмеженими можливостями та їх батьків [Електронний ресурс]. – Режим доступу www.kidsunity.org
2. «Реабілітаційний простір» Інтернет-портал Наукового товариства інвалідів «Інститут Соціальної політики» [Електронний ресурс]. – Режим доступу <http://info.rehab.org.ua/ukrainian/>
3. Запорізький державний медичний університет [Електронний ресурс]. – Режим доступу http://zsmu.edu.ua/p_183.html
4. Бібліотека Запорізького державного медичного університету на традиційних носіях [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://lib.zsmu.edu.ua>.
5. Запорізька обласна універсальна наукова бібліотека ім. О. М. Горького [Електронний ресурс] – Режим доступу <http://zounb.zp.ua/>.
6. Канадсько-український проект «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні» [Електронний ресурс]. – Режим доступу <http://www.education-inclusive.com/>
7. Національна бібліотека України імені В. І. Вернадського [Електронний ресурс] – Режим доступу <http://www.irbis-nbuv.gov.ua/>
8. Обласна медична бібліотека. – Режим доступу: [Електронний ресурс]. – Режим доступу <http://www.medlib.org.ua>.
9. Українська асоціація корекційних педагогів <http://uasp.org.ua>
10. Український логопедичний сайт [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://logopedia.com.ua/>

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна:

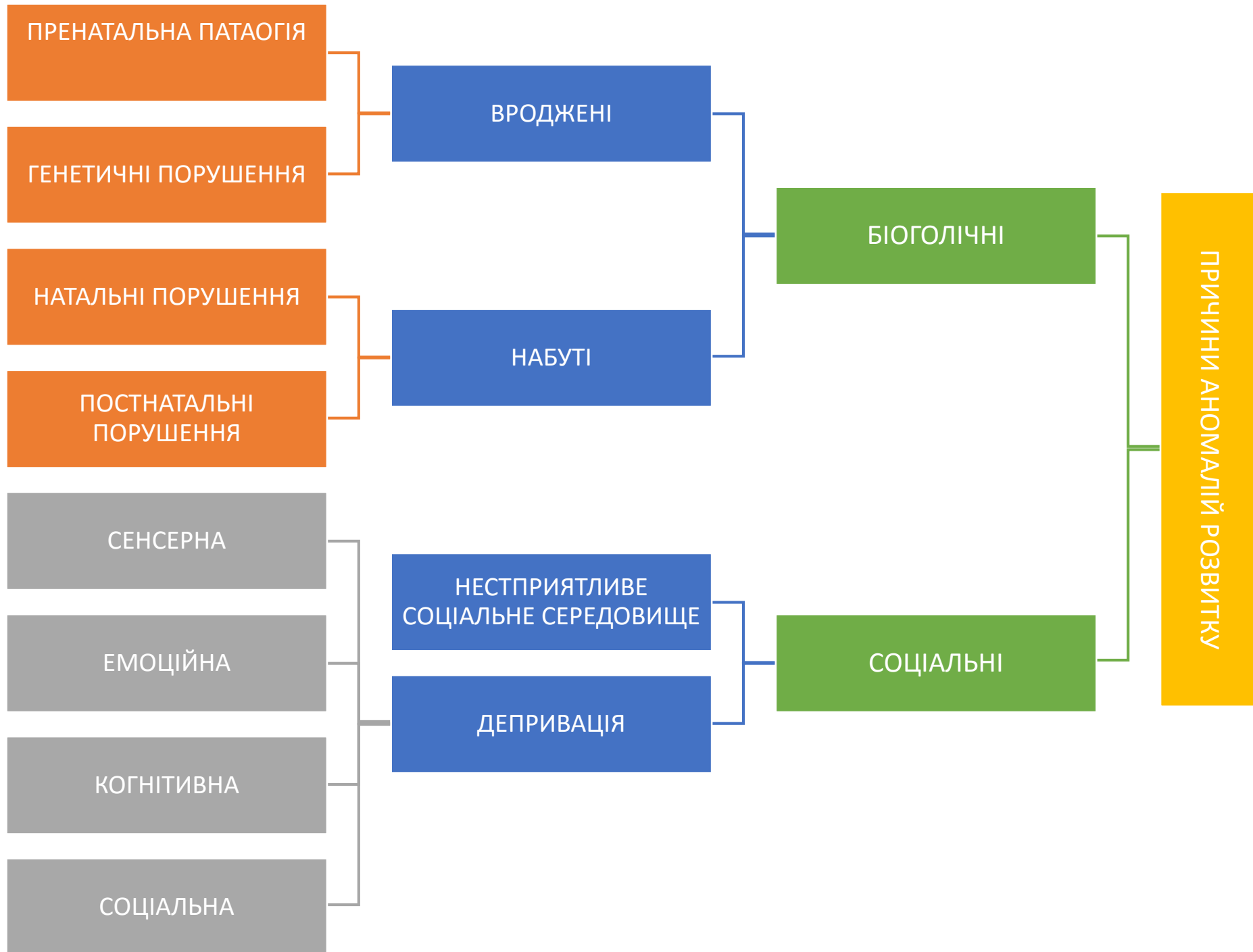
1. Колупаєва А. А. Навчання дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивному середовищі : навчально-методичний посібник / А.А.Колупаєва, О.М. Таранченко. — Харків : Вид-во «Ранок», 2019. — 304 с.
2. Миронова С.П. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка : підручник / С. П. Миронова. - Кам'янець-Подільський : К-ПНУ ім. І. Огієнко, 2015. - 311 с.
3. Сергійчук О.М., Основи корекційної педагогіки: навчально-методичний посібник / О.М. Сергійчук, Ю.М. Багно, О.В. Плужник ; за ред. О.М. Сергійчук. — Переяслав : Видавництво , 2020. — 224 с
4. Спеціальна педагогіка : навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів /О.В. Мартинчук, І.М., Маруненко, К.В. Луцько та ін. — К. : Київ. ун-т імені Бориса Грінченка, 2017. — 364 с.

Додаткова:

1. Дегтяренко Т. М. Корекційно-реабілітаційна робота в спеціальних дошкільних закладах для дітей з особливими потребами : навчальний посібник / Т. М. Дегтяренко, Л. С. Вавіна ; М-во освіти і науки України. - Суми : Унів. кн., 2008. - 302 с.
2. Колупаєва А. А. Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання : науково-методичний посібник / А. А. Колупаєва, Л. О. Савчук ; М-во освіти і науки України, Нац. акад. пед. наук, Ін-т спец. педагогіки. - Київ : Наук. світ, 2010. - 196 с. - (Серія "Інклюзивна освіта").
3. Концепція розвитку інклюзивної освіти: Наказ Міністерства освіти і науки України від 01.10.2010 №912. URL.: www.mon.gov.ua.2010
4. Методичні рекомендації щодо організації освітнього процесу у дітей з особливими освітніми потребами у 2022/2023 навчальному році(додаток до листа МОН від 06.09.2022) URL <https://mon.gov.ua/ua/npa/pro-organizaciyu-osvitnogo-procesu-ditej-z-osoblivimi-osvitnimi-potrebami-u-20222023-navchalnomu-roci> (дата звернення 10.01.2023)

5. Миронова С.П., Гаврилов О.В., Матвеева М.П. Основи корекційної педагогіки : навчальний посібник / за заг. ред. Миронової С. П.. Кам'янець-Подільський: К-ПНУ ім. Івана Опенка, 2010. – 264 с.
6. Психологія людини: Л. С. Виготський та сучасна наука : збірник. статей / за ред. М. В. Папучі. – Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2018. – Вип. 1. – 127 с
7. Синьов В. М. Основи дефектології : навчальний посібник. для студентів пед. ін-тів / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. - Київ : Вища школа, 1994. - 143 с.
8. Спеціальна педагогіка: Понятійно-термінологічний словник / АПН України; Інститут спеціальної педагогіки; Луганський держ. педагогічний ун-т ім. Тараса Шевченка / В. І. Бондар (голов. ред.). — Луганськ: Альма-матер, 2003. – 436 с

Додаток 1. Причини аномалій розвитку .



Натальні порушення: стрімкі пологи; затяжні пологи; некваліфікована акушерська допомога.

Постнатальна порушення: • біологічні фактори: інфекційні захворювання (грип, кір, скарлатина, менінгіт, енцефаліт, поліомієліт, отит та ін.);інтоксикації (передозування лікарських препаратів (особливо антибіотиків), радіація, алкоголізм чи паління матері, яка годує дитину Lгрудним молоком та ін.);травми; порушення харчування дитинитривалі соматичні захворювання; • соціальні фактори (соціально-психологічні причини):тяжкі переживання дитини, обумовлені несприятливим становищем у сім'ї чи школі, постійними стресами, хронічними соматичними і фізичними дефектами; несприятливі соціально-побутові умови; недостатність мовленнєвого спілкування; наслідування неправильного мовлення; психічні травми; педагогічна занедбаність.

Пренатальні порушення:патологічні процеси людського зародка, починаючи з запліднення і закінчуючи народженням дитини. генетичні захворювання (наприклад, фенілкетонурія, тирозиноз – хвороби, пов'язані з порушенням ферментної діяльності організму);хромосомні порушення (хвороба Дауна, синдром «котячого крику» та ін.);спадкові захворювання (наприклад, міопатія – порушення обміну речовин у м'язовій тканині, галактоземія – незасвоєння галактози, що входить у грудне молоко, муковісцидоз, певні типи порушень зорового та слухового аналізаторів, ринолалія та ін.);порушення харчування зародку і плоду – ця причина обумовлена неправильним харчуванням вагітної жінки (хаотичним, нераціональним, незбалансованим), в разі якого зародку і плоду не вистачає поживних речовин (білків, жирів, вуглеводів, мінеральних речовин тощо);інтоксикації (хімічний вплив) – безконтрольний прийом вагітною жінкою ліків, алкоголізм майбутньої матері, куріння, наркотичний вплив, радіація тощо; інфекційні захворювання вагітної жінки – токсоплазмоз, мікоплазма, сифіліс, вірусні інфекції (червінка, герпес, грип, цитомегалія, гепатит); травми зародку і плоду (механічний вплив);температурний вплив – переохолодження чи перегрівання вагітної жінки; соматичні та психічні захворювання вагітної жінки – ревматизм, хвороби серця, гіпертонія, цукровий діабет та ін.;несумісність груп крові чи резус-фактору матері та плоду.

Сенсорна депривація – Має на увазі такі умови розвитку дитини або життєві ситуації дорослої людини, в яких середовище має обмежений або надзвичайно мінливий набір зовнішніх стимулів (звуки, світло, запахи тощо).

Емоційна депривація. Передбачає розрив емоційного міжособистісного зв'язку чи інтимно-особистісного спілкування або неможливість встановлення соціальних близьких взаємин. У дитячому віці цей вид депривації ототожнюють із материнською депривацією, під чим мається на увазі холодність жінки у стосунках із дитиною. Це є небезпечним психічними порушеннями

Соціальна депривація або депривація ідентичності. Йдеться про обмежені умови для засвоєння будь-якої ролі, проходження ідентичності. Наприклад, соціальній депривації піддаються пенсіонери, ув'язнені, учні закритих шкіл

Когнітивна депривація. Середовище має надміру мінливі або хаотичні зовнішні умови. Особистість не встигає їх засвоїти, отже, може передбачати події. Через нестачу, мінливість і неадекватність інформації, що надходить у людини, формується помилкове уявлення про зовнішній світ. Порушується розуміння зв'язків між речами. Людина вибудовує хибні взаємозв'язки, має помилкові уявлення про причини та наслідки

Додаток 2. Структура системи закладів освіти для дітей з особливими можливостями здоров'я

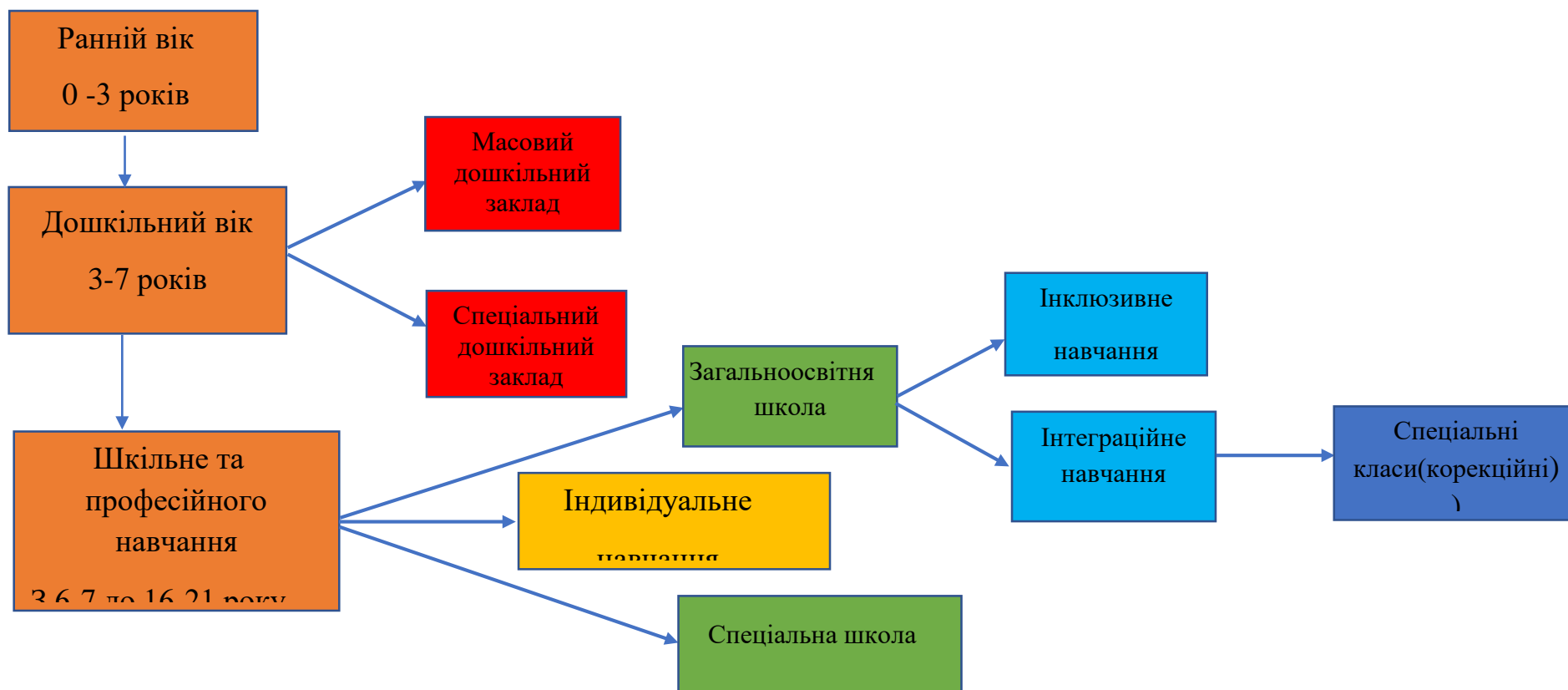


Рис. 1. Вертикальна структура системи закладів освіти для дітей з ОМЗ

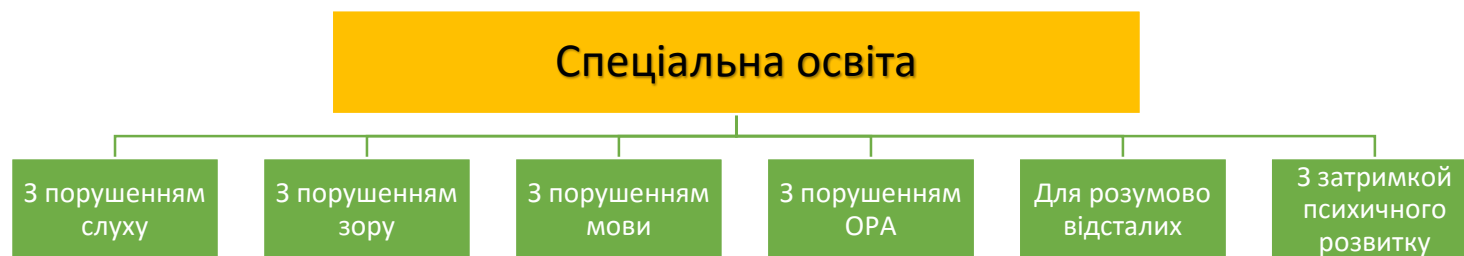


Рис 2. Горизонтальна структура системи закладів спеціальної освіти в Україні

Навчальне видання

ВАНЮК Дар'я Валеріївна

ГУРЄЄВА Антоніна Михайлівна

ДОРОШЕНКО Едуард Юрійович

ШАПОВАЛОВА Ірина Володимирівна

ЧЕРНЕНКО Олена Євгенівна

Основи дефектології

Навчально- методичний посібник

Здано в набір «__».____.2022 р. Підписано до друку «__».____.2022 р.

Папір офсетний. Друк - різograf

Тираж 30. Замовлення № _____

Видавництво ЗДМФУ

69035. м. Запоріжжя, вул. Маяковського, 26